



HAL
open science

Analyse de la viabilité d'une consultation avancée de PrEP dans les locaux du dispositif Poppy pour les personnes qui se prostituent : une étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Caroline Laguitton

► To cite this version:

Caroline Laguitton. Analyse de la viabilité d'une consultation avancée de PrEP dans les locaux du dispositif Poppy pour les personnes qui se prostituent : une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03931332

HAL Id: dumas-03931332

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03931332>

Submitted on 9 Jan 2023

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

Thèse n°125

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LAGUITTON Caroline

Née le 19 août 1990 à Rennes (35)

Le 17 octobre 2022

**Analyse de la viabilité d'une consultation avancée de PrEP dans les
locaux du dispositif Poppy pour les personnes qui se prostituent.**

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Sous la direction du Professeur ALLA François

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur BONNET Fabrice	Président
Monsieur le Professeur DABIS François	Juge
Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe	Rapporteur
Madame le Docteur HESSAMFAR Mojgan	Juge
Monsieur le Professeur ALLA François	Directeur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet, vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter votre regard et votre attention à ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François Dabis, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Merci d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour votre rapport. Merci pour le temps que vous avez consacré à la lecture et à la critique de mon travail de thèse. Soyez assuré de ma profonde et sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Mojgan Hessamfar, vous me faites l'honneur de votre présence dans ce jury. Merci infiniment pour l'intérêt que vous portez à mon travail mais aussi pour votre disponibilité et votre gentillesse lors de notre rencontre au dispositif Poppy. Ce projet n'aurait pas pu voir le jour sans vous, j'espère que ce travail vous plaira.

A mon directeur de thèse, le Professeur François Alla, je vous remercie d'avoir rendu possible ce travail qui me tenait à cœur en acceptant de diriger ma thèse. Je vous suis très reconnaissante de votre soutien, de votre disponibilité et de tous vos conseils avisés. Merci infiniment pour votre aide précieuse et toujours bienveillante.

A toute l'équipe du dispositif Poppy, merci pour votre accueil, votre bienveillance et tout ce que vous m'avez appris. Merci à Véronique Latour qui m'a ouvert les portes de son association. Merci à Camille, Stéphane, Sarah et Marielle pour tous ces moments passés avec vous. Vous êtes une équipe incroyable et inspirante qui force le respect et l'admiration. Ce sont des gens comme vous, disponibles et bienveillants, tendant la main aux personnes les plus vulnérables, qui incarnent selon moi le véritable « prendre soin ». Merci pour cette belle parenthèse passée à vos côtés, vous avez marqué à jamais mon expérience professionnelle mais aussi personnelle.

A ma maman, Mamounette, je n'y serais jamais arrivée sans toi. Merci pour tout le soutien et la force que tu m'as donné depuis le début. On s'en souviendra de cette première année de médecine, de ces repas express à 20h10 devant Plus Belle La Vie, de ces réveillons « Champagne-Sissi l'impératrice » entre deux items ou encore de ces balades en forêt quand le moral flanchait. Merci de m'avoir permis de redécorer ta salle de bains et tes toilettes avec mes fiches. Merci pour toutes les relectures et corrections que tu as faites au fur et à mesure de mon parcours universitaire. Tu as été mon pilier. Cette thèse, elle est pour toi. Je t'aime maman.

A mon papa, ces paroles que tu me disais petite me guident et résonnent en moi depuis toujours : « *Intéresse-toi aux gens et tu verras, les gens te le rendront bien* ». Finalement, c'est ce que j'ai trouvé aujourd'hui auprès de mes patients avec qui je m'épanouie tous les jours. A tous ces souvenirs de petite fille avec toi, à Carmina Burana au réveil, à nos compétitions de synchro, à nos virées anglaises en bateau, et à tous les moments à venir, j'espère que tu es fier de moi.

A mon petit frère, Thomas, merci pour tout ton soutien et tes conseils si précieux sur ce travail. Je suis tellement fière de l'homme que tu es devenu. Du petit garçon à la coupe au bol un peu craintif avec qui j'ai grandi, tu es maintenant un homme fort, cultivé et ingénieux sur qui on peut compter. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites et je nous souhaite de rester toujours aussi complices et soudés.

A mes tantes chéries et personnages emblématiques de la famille : Pascale et Nathalie. A mes oncles et mes cousins que je ne vois pas assez. Les derniers événements heureux de cette année nous ont permis de nous retrouver. Ces moments sont si précieux.

A mon petit Papi, qui dirait sûrement « *ah bah c'est bien* » s'il pouvait être avec nous aujourd'hui. A mes grands-parents qui veillent sur moi de là-haut. Mamie, Mamyvonne et Papyvon, j'espère que vous trinquez avec nous de là où vous êtes.

A Adeline, ma sœur de cœur, notre relation avait pourtant commencé du mauvais pied ou plutôt de la mauvaise pointe de pied. Une place à côté en 3^{ème}, quelques cours d'italien, des vacances en camping dans le Sud-Ouest, et nous voilà 20 ans plus tard devenues des grandes. Merci pour toutes ces années. Je suis si heureuse pour la jolie famille que tu construis et encore plus d'être ta témoin l'année prochaine.

A Inès, mon binôme, mon véritable repère de la fac. Des pauses clopes aux trajets Bordeaux-Rennes à refaire le monde, en passant par les debriefs aux Horizons au lendemain du Stanley, notre amitié nous promet encore de belles aventures. J'ai hâte de voir où nous serons dans 10 ans. J'espère en train de boire des verres de blanc au café d'en face avec quelques rides en plus.

A Camille, à notre amitié qui s'embellit au fil des années. Toi, ma bohémienne que j'admire tant. A ton amitié bienveillante, ta personnalité solaire et aventureuse. J'essaie parfois de te ressembler et de sortir de ma zone de confort. Je te souhaite tout le bonheur du monde avec Fabien, vous êtes si beaux, et j'espère secrètement que vous ne partirez pas trop loin de nous.

A mes sexy ladies de toujours, Maxou, ma meilleure et préférée rivale de natation synchronisée, Adèle, mon acolyte maman de la bande, Coline, à nos débuts en cours d'anglais, notre régime WW et notre voyage au Vietnam, Valente la pétillante aventurière, Queen de la paillette chez qui j'ai pu un jour être reine de la galette ;) Je vous souhaite encore plein de moments précieux.

A la meute de loups, Jérem, Elliot, Patrick, Ronan, Ferdi, Hugo, Louis et Tristan, nos sexy boys. A nos débuts au ski fac, à nos soirées au Pub Gall et à nos retrouvailles annuelles aux Trois Vallées. Chaque évènement est une occasion pour moi de vous retrouver et il faut l'avouer, entre chandeleur, bowling et tapage nocturne, pas de quoi s'ennuyer.

A Lauren, notre fameux croque-monsieur périgourdin restera dans les annales de notre amitié, à notre duo de choc Ribéry/Zahia, à notre coloc bordelaise, à nos soirées salades à refaire le monde. Je suis tellement fière d'être ton amie, merci pour ta présence et ton aide à toute épreuve. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ta si jolie famille, Jeff et Céleste, que j'aime tant.

A Lydia, ma plus belle rencontre bordelaise. Notre amitié aura commencé lors d'après-midis farniente café NES mousse à l'internat. Tu sais me redonner le sourire. Ta joie de vivre et ton enthousiasme illuminent chaque moment passé avec toi. J'ai été tellement fière d'être ta témoin. Tu mérites le meilleur avec Loulou. Vivement nos prochaines années tous ensemble.

A mes périgirls chéries. A Marine, notre rencontre lingette, notre BB détox, ton quinquage. A ma Jessou, ta sensibilité et ton second degré que j'aime tant. A Claire, à nos débuts mémorables aux urgences, à ton rire. A Victoire, à nos premiers WE bordelais comme des grandes. A Anne-Cha et nos soirées à Mont-De qui m'ont fait tenir ce semestre difficile. A toutes nos aventures,

la soirée Harry Potter, les vacances à Santander, les WE à la Rochelle. A tous ces évènements de love qui nous ont rassemblées ces dernières années, longue vie à notre amitié.

A mes « péri-gueux » évidemment, Joris, David, Paf, Geoffrey, Matthieu et Thibaut. A ces quelques mois de folie en dehors du temps, à nos weekends toulousains, à nos visites de distillerie de Cognac, à nos vaccins contre la grippe, à nos restaurants étoilés et soirées au Graal.

Au semestre d'Agen qui a renforcé notre amitié. A nos soirées GOT, à la cohabitation des préfabriqués, aux battles David/Thomas entre ceviche et poisson au barbecue. Que du love !

A la coloc évidemment, à mes lady boys que j'aime tant. A Matthieu, à nos pauses clopes et notre passion grignotage commune. A Alexis, à nos sessions sapins de Noël et kite surf passif pour moi, merci pour le panda. A Etienne et David, pour vos petits plats de chefs. Merci pour cette année avec vous, pour nos repas de Noël, nos soirées Black Mirror, nos sorties jogging dégrassage subies. Je suis tellement fière de vous. PS : désolée mais c'était quand même bien vos poils qui bouchaient la douche et mes cheveux ne faisaient que le grillage ;)

A Mathilde et nos sorties bordelaises avec la CCCLIM. A Typhaine et le temps de Libourne, à nos pauses clopes dans un certain bureau, ce semestre n'aurait jamais été le même sans toi.

A ma Capu, ma dernière rencontre bordelaise. Notre histoire avait pourtant commencé il y a bien longtemps entre 2 clous gamma lors du premier stage d'externat. La vie nous a fait nous retrouver et je suis si heureuse de partir bientôt avec toi et Marceau à l'autre bout du monde.

A ma nouvelle famille, la team Boudard. Caroline, Philippe, Olivia, Raph, Charlotte, vous m'avez accueillie chez vous à bras ouverts. A nos week-ends au Canon, à nos siphonages de Fiat Punto sur un parking, à nos pertes de dérive dans les passes, à votre soutien et votre présence. Merci pour tous ces moments en famille et vivement les prochains. Je vous aime fort.

Et enfin à Mathieu, mon amour. Merci d'avoir été là et de m'avoir donné ta force pour ce travail. A tous nos moments depuis plus de 4 ans qui me rendent si heureuse, à notre équipe de choc, à nos rires sur nos blagues pas drôles, au cocon que nous avons construit, à nos virées Leroy Merlin, à nos soirées à refaire le monde, à nos projets et notre famille à venir. Avec toi, je n'ai plus peur du dimanche soir. Avec toi, tout est possible (même nager avec des requins). Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	9
TABLEAUX ET FIGURES	10
I. INTRODUCTION	11
A. Les personnes qui se prostituent : panorama de la situation française	11
1. Un phénomène pluriel en constante évolution	11
2. Une situation sanitaire et sociale hétérogène	18
3. Le dispositif Poppy : un établissement de l'association La Case	21
B. La lutte contre le VIH chez les personnes qui se prostituent	26
1. Le VIH : un véritable problème de santé publique pour tous	26
2. Le risque d'infection VIH chez les personnes qui se prostituent	31
C. La PREP : un outil supplémentaire dans la lutte contre le VIH	36
1. Une méthode préventive contre le VIH sûre et efficace	36
2. La PrEP pour les PP : possible en théorie, difficile en pratique	41
D. Conclusion et Justification de recherche	47
II. MATERIEL ET METHODE	50
A. Choix du type de l'étude	50
B. Schéma d'étude	50
C. Population étudiée	51
D. Echantillonnage	51
1. Type d'échantillonnage	51
2. Recrutement	52
E. Recueil de données	53
1. Elaboration des guides d'entretien	53
2. Réalisation des entretiens individuels semi-directifs	57
3. Retranscription	57

F. Analyse qualitative	58
G. Aspects réglementaires et éthiques	60
III. RESULTATS	61
A. Description de la population source	61
1. Description des professionnels de Poppy	61
2. Description des personnes qui se prostituent	62
B. Analyse de l'acceptabilité	71
1. Enjeux éthiques et sociaux	71
2. L'implication dans sa santé	74
3. Le besoin médical ressenti	75
4. Les représentations de la PrEP	78
C. Analyse de l'accessibilité	82
1. Un accès à l'hôpital difficile	82
2. Eloignement des structures de soins	85
3. Nécessité d'une ouverture de droits sociaux	87
4. Centralisation dans un lieu ressource	87
5. Ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes	89
6. Promotion de la PrEP	90
D. Analyse de la faisabilité	92
1. Mise à disposition de l'infectiologue du CHU	92
2. Autorisation des médecins généralistes à la primo-prescription	94
3. La nécessité d'une observance rigoureuse	96
4. La nécessité d'un suivi régulier	98
E. Evaluation en pratique de la consultation PrEP	102
IV. DISCUSSION	104
A. Résultats principaux	104
1. Les enjeux éthiques et sociaux	104

2. Les pratiques sexuelles à risque	107
3. L'adhésion à la PrEP	108
4. La stigmatisation	111
5. La prise du médicament	113
B. Forces et limites de l'étude	115
1. Les forces de l'étude	115
2. Les limites de l'étude	117
C. Perspectives	118
1. L'information et l'éducation à la sexualité	118
2. La promotion de la PrEP	119
3. Le soutien par les pairs	120
4. La forme retard injectable de la PrEP	121
V. CONCLUSION	122
VI. REFERENCES	124
VII. ANNEXES	134
Annexe 1. Guide d'entretien des professionnels sociaux	134
Annexe 2. Guide d'entretien des professionnels médicaux	136
Annexe 3. Guide d'entretien de la direction	139
Annexe 4. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent avec PrEP	141
Annexe 5. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent sans PrEP	143
Annexe 6. Formulaire d'information et de consentement	145
Annexe 7. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent avec PrEP (version traduite en anglais)	147
Annexe 8. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent sans PrEP (version traduite en anglais)	149
Annexe 9. Formulaire d'information et de consentement (version traduite en anglais)	151
Annexe 10. Serment d'Hippocrate	153

ABREVIATIONS

AFRAVIH : Alliance FRancophone des Acteurs de Santé contre le VIH
AME : Aide Médicale d'Etat
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ARS : Agence Régionale de Santé
BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIL : Correspondant Informatique des Libertés
CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
COREVIH : COordination REgionale de lutte contre le VIH
CPP : Comité de Protection des Personnes
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
HAS : Haute Autorité de Santé
HPV : Human PapillomaVirus (Virus du papillome humain)
HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
HTA : Hypertension Artérielle
IC95% : Intervalle de Confiance à 95%
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
ITT : Intention de Traiter
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
OCRTEH : Office Central pour la Répression de la Traite des Êtres Humains
ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCR : Polymerase Chain Reaction (amplification en chaîne par polymérase)
PP : Personnes qui se Prostituent
PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis (Prévention pré-exposition)
PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH
RGO : Reflux Gastro-Œsophagien
RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
STRASS : Syndicat du Travail Sexuel
TasP : Treatment as Prevention (Traitement en tant que prévention)
TFA : Territoires Français d'Amérique
TPE : Traitement Post-Exposition
TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
UDI : Usagers de Drogues Injectables
UGD : Ulcère Gastro-Duodéal
URSAFF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
VHA/VHB/VHC : Virus de l'Hépatite A/B/C
VIH : Virus de Immunodéficiency Humaine

TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1. Examens biologiques à effectuer avant l'initiation de la prévention pré-exposition (PrEP) et au cours du suivi.....	40
Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des professionnels du dispositif Poppy participants	62
Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques des personnes qui se prostituent participantes	63
Tableau 4. Principaux freins à la mise en œuvre de la consultation PrEP pour les personnes qui se prostituent	99
Tableau 5. Principaux leviers à la mise en œuvre de la consultation PrEP pour les personnes qui se prostituent	101

Liste des figures

Figure 1. Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2012-2020	27
Figure 2. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population, France, 2012-2020	28
Figure 3. Schéma de prise à la demande de la PrEP (hors AMM)	39
Figure 4. Synthèse de l'efficacité des essais de PrEP	42
Figure 5. Connaissances des méthodes de prévention du VIH par les personnes qui se prostituent participantes	67
Figure 6. Utilisation des méthodes de prévention du VIH par les personnes qui se prostituent participantes	68
Figure 7. Freins et leviers à l'acceptabilité	72
Figure 8. Freins et leviers à l'accessibilité	83
Figure 9. Freins et leviers à la faisabilité.....	93

I. INTRODUCTION

A. Les personnes qui se prostituent : panorama de la situation française

1. Un phénomène pluriel en constante évolution

a) Le cadre législatif de la prostitution en France

Le statut légal de la prostitution varie selon les pays, influencé par les représentations sociales des populations. D'un point de vue législatif, on peut distinguer trois conceptions de la prostitution, traduisant trois approches politiques sur son exercice :

- Le réglementarisme : vouloir autoriser et encadrer la prostitution en tant qu'activité professionnelle sous le contrôle de l'Etat,
- L'abolitionnisme : vouloir éradiquer la prostitution par la pénalisation des proxénètes et des clients parallèlement à des actions de prévention auprès des personnes qui se prostituent (PP),
- Le prohibitionnisme : vouloir éradiquer la prostitution par la pénalisation de tous ses acteurs, clients et personnes qui se prostituent, avec des sanctions fortes (1).

La position de la France a évolué au fur et à mesure des époques, en fonction de la perception des populations sur ce phénomène prostitutionnel. Entre tolérance, accompagnée souvent de stigmatisation, et dénonciation au nom d'une atteinte à la dignité des personnes, les lois et réglementations ont illustré les différents mouvements politiques (2).

Un régime réglementariste a été mis en place en France au début des années 1800 sous la forme du système des maisons closes, allié à un dispositif de fichage obligatoire et de contrôle sanitaire imposé. Une inscription sur des registres et des visites médicales mensuelles sont alors obligatoires pour les personnes qui se prostituent. Ces dernières sont considérées comme un vecteur de maladies sexuellement transmissibles (surtout pour la syphilis), mais le phénomène prostitutionnel lui-même est considéré comme inévitable. La stigmatisation des personnes qui se prostituent est doublement renforcée, d'un côté par une condamnation morale des pratiques, et d'un autre côté par un risque sanitaire justifiant leur encadrement (1,2).

En 1946, la France franchit une première étape vers le système abolitionniste en adoptant la loi dite « Marthe Richard » du 13 avril 1946 tendant à la fermeture des maisons closes et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme (1). La position abolitionniste de la France est ensuite confirmée le 28 juillet 1960 lors de la ratification de la convention internationale des Nations Unies de 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui. Un lien, voir un raccourci, est clairement établi entre prostitution et traite des êtres humains, définissant alors la prostitution comme contraire à la dignité humaine (3). La lutte contre le proxénétisme est réaffirmée et des mesures d'accompagnement social pour les personnes se prostituent entrent en vigueur.

La prostitution reste cependant sans définition législative. La cour de cassation estime seulement en 1996 que le fait « *de se prêter, moyennant une rémunération, à des contacts physiques de quelque nature qu'ils soient, afin de satisfaire les besoins sexuels d'autrui* » relèverait de la prostitution (3). L'activité prostitutionnelle est tolérée, licite et informelle.

En 2003, la loi pour la sécurité intérieure rétablit la pénalisation du racolage passif soit le fait « *par tout moyen, y compris par une attitude même passive, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération* » (4). L'Assemblée nationale réaffirme en décembre 2011 la position abolitionniste de la France « *dont l'objectif est à terme, une société sans prostitution* » (5). La loi de pénalisation des clients est adoptée le 13 avril 2016. Elle abroge le délit de racolage, reconnaissant les personnes qui se prostituent comme des victimes et non plus comme des délinquantes. Un dispositif de parcours de sortie de la prostitution est mis en place. La loi responsabilise les clients par la création d'une nouvelle infraction d'achat d'acte sexuel (6). La France a ainsi suivi la position néo-abolitionniste des pays nordiques comme la Suède qui ont déjà mis en place il y a quelques années des lois de pénalisation des clients.

b) Les différents visages de la prostitution

En 2012, l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH) évalue entre 20 000 et 40 000 le nombre de personnes qui se prostituent en France (7). L'étude ProstCost réalisée en 2015 par le Mouvement du Nid reproduit cette estimation avec environ 37 000 personnes qui se prostituent (8). Cependant, les seules données disponibles émanent des autorités en charge de la sécurité publique et des associations de terrain et portent

essentiellement sur la prostitution visible. Cette estimation serait largement sous-estimée d'après le Syndicat du Travail Sexuel (STRASS) qui porte le nombre de PP à environ 400 000 sur le territoire français (7). En effet, une part importante de l'activité prostitutionnelle demeure invisible et très mal connue. Il s'agit notamment de la prostitution qui se développe sur internet et se pratique en appartement, hôtel ou encore de la prostitution dite « *indoor* » dans des bars à hôtesse et salons de massage (3). On estime que la répartition des rencontres avec les clients serait de 30% dans la rue, 62% sur internet et 8% en « *indoor* » (8).

Il n'y a pas une mais des prostitutions. Le terme de prostitution recouvre des formes multiples d'activités et s'exprime à partir de diverses réalités en constante évolution : le fossé est grand entre l'escorte travaillant à son compte en appartement à partir d'un site internet et l'étrangère sans papier qui se prostitue dans la rue pour le compte d'un réseau. Féminine pour l'essentiel, la prostitution concernerait 85% de femmes, 10% d'hommes et 5% de personnes trans (8).

L'exercice de la prostitution concerne des personnes de tous âges. La prostitution dite « traditionnelle » est représentée par des femmes françaises, parfois immigrées (originaires du Maghreb ou du Cameroun) généralement d'un certain âge travaillant dans la rue depuis de nombreuses années, revendiquant une forme de prostitution « à l'ancienne » maîtrisée et autonome, en opposition à l'activité contrôlée par les réseaux (7).

La prostitution chez les mineurs est un phénomène grandissant qui tend à mobiliser les autorités publiques après de nombreuses années de déni relatif du problème par les institutions. La commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) constate en 2021 que la prostitution des mineurs reste mal quantifiée et souvent mal comprise par les acteurs des services sociaux, judiciaires et policiers travaillant auprès des mineurs (9). Le nombre précis de mineurs concernés par la prostitution est à ce jour inconnu, mais il semble en évolution importante depuis 5 ans, touchant 7000 à 10 000 adolescents en majorité de sexe féminin (autour de 80 %), le plus souvent âgés de 15 à 17 ans. Les situations prostitutionnelles sont multiples et ne se réduisent pas seulement à la traite des mineurs d'origine étrangère (10).

La prostitution dite de « rue » est la plus visible et la plus connue mais elle représenterait actuellement moins d'un tiers de l'activité prostitutionnelle. Sur la voie publique, la prostitution traditionnelle a vu s'installer depuis les années 1990 une prostitution étrangère en progression,

souvent dans le cadre de réseaux. La dislocation de l'Union soviétique, le conflit des Balkans et les crises politiques en Afrique ont favorisé les mouvements de migration. Actuellement, environ 90% des personnes qui se prostituent dans la rue seraient d'origine étrangère (3). Selon l'OCRTEH, celles-ci viendraient des pays de l'Est (Bulgarie, Roumanie), d'Afrique subsaharienne (Nigeria), de Chine ou encore d'Amérique Latine (Brésil). Les estimations des associations vont dans le sens des données des services de police.

Une prostitution plus discrète s'est installée dans des établissements privés notamment dans des bars à hôtesse ou des salons de massage. Cette prostitution « *indoor* » s'est surtout déployée dans l'agglomération parisienne, notamment avec l'essor de la prostitution chinoise depuis les années 2000 (3).

L'activité prostitutionnelle sur internet s'est largement développée depuis ces dernières années (11). Offrant une meilleure discrétion pour les clients mais aussi pour les personnes qui se prostituent, les réseaux sociaux et sites spécialisés ont permis l'émergence d'une prostitution moins visible que la prostitution de rue, plus mouvante voire insaisissable. Sur internet, une population différente de celle de la rue est observée avec des trajectoires et des modalités d'entrée différentes dans la prostitution. On y retrouve notamment des personnes françaises, socialement insérées, qui exercent leur activité de façon autonome, revendiquant un statut de travailleur du sexe et militant pour la reconnaissance du métier et de la liberté du corps (12).

L'*escorting* est le terme généralement employé pour cette activité prostitutionnelle sur les réseaux sociaux. Il désigne le plus souvent un service d'accompagnement qui, généralement, est associé à des services sexuels (13). Cette forme de prostitution se distingue de celle de la rue par des prestations plus onéreuses, qui ne sont pas tarifées à l'acte, mais à l'heure. Y est valorisé tout ce qui entoure l'acte sexuel lui-même. On note une recherche des clients pour des services érotiques comme la « *girlfriend experience* » où la séduction est mise en avant, mimant une relation amoureuse et reflétant les qualités d'une relation non rémunérée (13). Les personnes qui se prostituent mettent en ligne des profils où elles proposent différents services. Les conditions et tarifs sont négociés en amont de la rencontre. Le sociologue Laurent Mérito, un des rares à travailler sur l'*escorting*, y voit pour les personnes qui se prostituent la possibilité de préciser leur prestation, leurs conditions, leurs limites et leur statut (occasionnel, professionnel etc.) dans un objectif de maîtrise de l'activité (14).

La prostitution étudiante connaît également un essor sur internet depuis les années 2000 en lien possiblement avec des difficultés financières rencontrées et une précarité augmentée (11). Une enquête réalisée par le syndicat Sud-Etudiant révèle en 2006 que 40 000 étudiants, surtout des femmes, se prostituaient régulièrement ou occasionnellement pour payer leur loyer, financer leurs études ou obtenir de l'argent de poche. En 2019, une étude réalisée dans le bassin grenoblois constate que 7% des étudiants interrogés auraient connu une situation de prostitution (15). Dans cette étude, la précarité ne serait plus la motivation première de l'activité prostitutionnelle. Le sentiment de liberté, de vivre une vie spéciale et plus confortable justifierait la rencontre de clients sur des sites dits de « *Sugar Daddy* ». Il s'agirait alors d'avoir des relations privilégiées, parfois intimes, avec un homme plus âgé afin de bénéficier d'un train de vie confortable et du financement des études pris en charge (15).

La diversification de ces termes (« *escorting* », « *girlfriend experience* », « *sugar dating* ») en lien avec des relations tarifées minimise la réalité de la prostitution et rend plus difficile son identification (3).

c) Les différentes trajectoires de l'activité prostitutionnelle

« Comment en arrive-t-on à se prostituer ? » Ainsi formulée, la question de l'entrée dans l'activité prostitutionnelle est lourde de représentations normatives, la posant implicitement comme l'aboutissement d'une irrésistible chute, à la fois sociale, économique et morale. Renvoyant à une pratique déviante de la sexualité, la condition de « prostituée » ne peut se justifier qu'au travers d'une contrainte violente et forcée. Il apparaît alors inimaginable qu'une personne disposant de son libre arbitre puisse « choisir » de se prostituer (12). Or la prostitution est un phénomène complexe et varié, qui ne se définit pas uniquement par le statut victimaire des personnes qui l'exercent. Elle se révèle sous de nombreux visages, prenant des formes et des modalités d'exercices diverses, parfois contraintes et parfois choisies, se heurtant aux normes sociétales actuelles et aux représentations culturelles de la sexualité (16). Il existe autant de modalités de prostitution que de personnes qui se prostituent et vouloir les catégoriser serait réducteur et nullement exhaustif. Cependant, une approche cherchant à explorer les différentes modalités et trajectoires de l'activité permettrait de mieux appréhender les enjeux sanitaires et sociaux qui en découlent.

La traite des êtres humains est une réalité et un phénomène en augmentation depuis ces dernières années via les réseaux internationaux de proxénétisme. Le rapport du Sénat mentionne ainsi qu'il « *est possible de considérer qu'une très grande partie des personnes prostituées de nationalité étrangère sont soumises à l'influence de réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains* » (3). Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, les femmes représentent 70% des victimes de traite des êtres humains dans le monde. Dans 79% des cas, elles sont victimes d'exploitation sexuelle. L'OCRTEH constate que les réseaux actifs en France sont principalement originaires d'Europe de l'Est (Roumanie, Bulgarie), du Nigéria et de Chine (17). Les méthodes de contrainte utilisées par ces réseaux sont variables : violences physiques, sexuelles et psychologiques, chantage opéré sur les familles, soumission filiale ou conjugale ou encore « envoûtement » culturel. La majorité de ces personnes sont en situation irrégulière : faux papiers, visa touristique expiré, demande d'asile refusée (7). La sujétion des personnes s'explique par leur enrôlement dans les réseaux familiaux ou mafieux appliquant une menace sur la famille restée au pays ou du fait d'une nécessité de rembourser une dette contractée lors du passage en France. Les autorités ont également noté une augmentation des personnes françaises victimes de trafic sexuel, ainsi qu'une augmentation générale d'enfants victimes depuis 2016 (18).

Les réseaux de prostitution sont également présents sur internet via des plateformes en lignes qui permettent aux proxénètes d'exploiter les personnes de manière plus discrète. Les clients entrent en contact avec un standard téléphonique à l'étranger pour négocier les tarifs, le lieu de rencontre et les modalités de prestation. Les personnes qui se prostituent n'ont alors aucune maîtrise sur le rythme et la nature des relations tarifées (3).

La question est donc de savoir s'il existe une prostitution « libre » à côté d'une prostitution « forcée ». L'usage même de ces termes est controversé et renvoie au débat de fond sur la nature de la prostitution. Certaines personnes qui se prostituent militent pour la reconnaissance du « travail du sexe » et insistent sur la notion de libre disposition de son corps. Les personnes concernées déclarent qu'elles ont choisi cette activité et revendiquent une indépendance qui les démarque de la situation des personnes exploitées par les réseaux (7). Le STRASS, créé par les travailleurs du sexe, revendique l'application du droit commun pour toutes les personnes qui se prostituent.

Même si la prostitution peut être « choisie », il faut y entrevoir différentes nuances de consentements pouvant aller de la revendication à la résignation. Même si elle n'est pas exercée sous l'emprise de réseaux de proxénétisme, l'activité de prostitution peut aussi être source de souffrance ou de culpabilité (16). L'entrée dans la prostitution peut être influencée par différents facteurs de vulnérabilité personnels, psychologiques ou encore socio-économiques, reflétant l'histoire de vie de la personne (12). La prostitution peut ainsi constituer l'activité principale voir exclusive de la personne qui l'exerce, se définissant à travers elle. Elle peut aussi être pratiquée de façon régulière mais à temps partiel pour compléter les revenus insuffisants d'un autre emploi. Elle peut enfin être exercée de façon occasionnelle pour répondre à un besoin financier précis (exemple de la prostitution étudiante) ou tout simplement à la nécessité de boucler les fins de mois (exemples des mères isolées) (7).

Nous voyons ainsi apparaître la diversité et la complexité de la réalité prostitutionnelle. De la revendication autonome d'un « travail du sexe » à l'exploitation de personnes dans le cadre de réseaux internationaux de proxénétisme, l'activité de prostitution ne peut se résumer à une seule perspective et nécessite une prise de recul et une remise en question de nos propres perceptions en tant que soignant.

d) Une appellation délicate

Une des premières interrogations de cette étude a été le choix de la terminologie employée pour la population étudiée. Initialement, le terme « travailleurs du sexe », communément retrouvé dans la littérature scientifique sous la traduction anglophone « *sex workers* » avait été retenu. Cependant, cette appellation renvoyait à une forme de prostitution choisie, exercée comme un travail, un métier. Elle pouvait alors difficilement être employée pour désigner les personnes victimes de réseaux migratoires et internationaux où l'activité prostitutionnelle est exercée sans véritable consentement ou alors sous une forme de liberté très réduite. D'un autre côté, le terme « prostitués » renvoyait à un statut victimaire de la prostitution. En effet de nombreuses personnes se revendiquant « travailleur/euses du sexe » ne souhaitent pas se définir comme « prostituées », bien qu'elles admettent parfaitement se livrer à la prostitution, parce qu'elles refusent une étiquette vécue comme stigmatisante voire infâmante (7). D'autres personnes, qui, notamment chez les très jeunes, échangent occasionnellement des faveurs sexuelles contre des cadeaux, services ou avantages divers, n'ont pas conscience de se livrer à la prostitution et ne se considèrent pas comme « prostituées ». Le

terme « personnes en situation de prostitution » avait donc été retenu temporairement pour sa dénotation intermédiaire et neutre. Finalement, il mettait au premier plan l'activité de prostitution dans la vie de la personne, la définissant presque exclusivement et lui empêchant de prétendre à d'autres perspectives. C'est pourquoi il nous est apparu plus pertinent de parler de « personnes qui se prostituent » (PP), comme une activité et c'est donc cette terminologie qui a été retenue pour cette étude.

2. Une situation sanitaire et sociale hétérogène

a) Une vulnérabilité sanitaire

Le panorama de la prostitution décrit précédemment nous a permis de constater une diversité marquée des profils de prostitution. Cette hétérogénéité est également retrouvée dans les situations sanitaires et sociales des personnes qui se prostituent.

Les différents risques sanitaires émanant de l'activité prostitutionnelle sont connus : infection VIH, infections sexuellement transmissibles (IST), problèmes gynécologiques, grossesses non désirées... Ces risques sont en lien avec l'activité sexuelle donc non exclusifs à la prostitution mais se retrouvent renforcés au travers de la prostitution par le multipartenariat, la fréquence des rapports sexuels et une protection parfois insuffisante ou mal maîtrisée (3).

A côté de ces risques spécifiques, les études montrent également des risques sanitaires en lien avec des conditions de vie et l'environnement des personnes qui se prostituent (3,7,19). Ces troubles s'illustrent au sein de populations en situation de précarité, indépendamment de toute activité prostitutionnelle. Différentes pathologies ont été observées chez les personnes travaillant dans la rue : des problèmes respiratoires (asthme, BPCO) en lien avec le tabac et l'attente en extérieur, des problèmes dermatologiques (eczéma) en lien avec des conditions précaires et stressantes, parfois le manque d'hygiène (mycose, gale), des problèmes digestifs (RGO, UGD) liés au stress, des troubles musculo-squelettiques en lien avec des violences, des troubles métaboliques (HTA, diabète, dyslipidémies) et dentaires en lien avec des déséquilibres alimentaires, ou encore des troubles psychiques (somatisation, troubles du sommeil, anxiété, dépression, troubles psychotiques) en lien avec des violences, des abus, des traumatismes ou des conditions d'exercice stressantes et stigmatisantes.

Ces données varient en fonction des différentes modalités d'exercice de l'activité et ne peuvent être extrapolées à tous les profils prostitutionnels, notamment à la prostitution sur internet par manque de données sur cette population difficilement accessible dans les études. Cependant, les données récoltées montrent que les personnes victimes de réseaux de prostitution dans le cadre de la traite des êtres humains sont particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire (3,7,19).

b) Un manque de suivi médical

Tout comme l'exposition aux risques sanitaires, l'accès aux soins est très hétérogène au sein de la population prostitutionnelle et varie selon les situations individuelles et les conditions d'exercice de la prostitution. Certaines personnes, notamment les françaises insérées, auront plus de facilités dans l'accès aux soins et bénéficieront d'un meilleur suivi médical. Les personnes étrangères et migrantes seront, quant à elles, souvent très éloignées du système de santé (3).

Dans son rapport de 2012, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) constate des difficultés d'accès aux soins majorées chez la population de prostitution de rue, en comparaison avec la prostitution d'intérieur dite « *indoor* ». Les personnes travaillant dans la rue, majoritairement représentées par des personnes étrangères, ont ainsi moins recours aux dépistages IST, au contrôle par frottis cervico-utérin du cancer du col de l'utérus ou encore à un suivi régulier chez un médecin traitant (7). La contraception connaît également une utilisation plus faible chez les personnes étrangères, les exposant à un risque de grossesse non désirée. Les associations de terrain évoquent le poids des tabous et des représentations culturelles comme freins à l'adhésion (3).

Les différentes études réalisées sur la santé des personnes qui se prostituent ont montré que, comme pour toute population, les conditions de vie ont un impact sur les représentations, les pratiques et les comportements de santé. Parallèlement, les déterminants tels que l'âge, le sexe, la nationalité, ou encore le temps passé dans la prostitution amènent à un rapport au corps et à la santé différent (19). D'une manière générale, plus la situation de la personne qui se prostitue est précaire, plus le recours aux soins sera compliqué. Le cumul des difficultés économiques et sociales apparaît comme un frein évident à l'accès aux soins : problèmes de papiers ou de logement, absence de droits sociaux, précarité financière, isolement social... (3).

Pour certaines personnes la santé n'est pas une priorité. Elle arrive derrière une série de problématiques plus concrètes vécues au quotidien. Pour d'autres, un mécanisme protecteur face à l'activité prostitutionnelle se met en place à travers un phénomène de « dissociation » entre le corps et l'esprit ce qui amène les personnes à délaisser leurs besoins en santé. Enfin, la peur de la stigmatisation et du jugement d'autrui conduit les personnes qui se prostituent à ne pas mentionner leur activité aux professionnels de santé, aboutissant ainsi à une perte d'information pour les soins (3).

c) Un accès aux soins et aux droits sociaux difficile

Théoriquement, les personnes qui se prostituent ont accès aux mêmes droits sociaux que les autres citoyens : affiliation au régime de la sécurité sociale, couverture maladie, assurance retraite. Le retour d'expériences de terrain des associations semble pourtant montrer une toute autre réalité.

L'accès aux droits sociaux paraît plus difficile pour cette population car, dans le contexte de la position abolitionniste de la France, la prostitution n'est pas une activité professionnelle reconnue du point de vue juridique (3). L'activité n'est pas illégale mais elle n'est pas reconnue en tant que profession. De plus, même si les personnes qui se prostituent ont la possibilité de s'enregistrer comme travailleur indépendant auprès de l'URSAFF (20), la plupart d'entre elles y sont réticentes. Cela se justifie par une crainte d'officialisation de cette activité qui les expose administrativement à une identité socialement stigmatisante (2).

Au sein de cette population, les personnes étrangères victimes de réseaux sont encore plus éloignées des dispositifs de prise en charge, du fait de leur statut juridique précaire, de leur potentielle situation irrégulière mais aussi de l'emprise exercée par leurs proxénètes (3).

Les différents obstacles rencontrés par les personnes qui se prostituent pour l'accès aux droits sociaux peuvent provenir, au-delà de la précarité financière et de la barrière de la langue, d'une méconnaissance du système de santé et de protection sociale, d'une inadaptation des services sociaux et sanitaires qui s'illustre dans une complexité de dispositifs et de démarches administratives, mais aussi de la peur d'être stigmatisé, d'un sentiment de honte au regard de leur activité, ou encore d'un sentiment d'isolement social. La méfiance ressentie à l'égard des

institutions conduit à des comportements d'évitement des structures publiques surtout pour les personnes en situation irrégulière (7).

D'autres vulnérabilités liées à l'environnement comme les conditions d'hébergement précaires, les violences subies ou encore la pression des proxénètes viennent renforcer les vulnérabilités sanitaires et sociales (19). La violence du monde prostitutionnel est souvent perpétrée par des clients à travers des violences psychologiques (insultes, stigmatisation) et physiques (vols, retraits forcés du préservatif, viols). La violence est aussi le fait des proxénètes au sein des réseaux. La docilité des personnes qui se prostituent est assurée par des violences psychologiques, physiques ou encore sexuelles. Elles subissent souvent un parcours de « dressage » avant d'arriver en France pouvant se traduire par des menaces sur la personne ou sur sa famille restée au pays d'origine, ou encore par des viols à répétition afin de garantir son emprise psychologique (3). La loi de 2003 pénalisant le racolage passif a initié un éloignement des centres-villes de l'activité prostitutionnelle vers des lieux périurbains cachés et isolés, rendant la prostitution plus dangereuse pour les personnes l'exerçant. Elle a également renforcé la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui se prostituent (sentiment de délinquance, d'être coupable), mais aussi leur isolement géographique et social, tout en les éloignant des structures de soins (3).

La prise en compte de ces déterminants dans l'accompagnement des personnes qui se prostituent permettrait d'améliorer l'accès aux soins, aux droits sociaux et plus globalement l'état de santé général de ces personnes (19). L'objectif de faciliter la prise en charge et l'accueil des personnes qui se prostituent s'inscrit dans le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 avec la volonté de développer et systématiser l'accompagnement global (sanitaire, social, médico-social) nécessaire aux personnes qui se prostituent (21).

3. Le dispositif Poppy : un établissement de l'association La Case

a) Un dispositif médico-social

Si la position abolitionniste de la France est sans ambiguïtés, les débats en lien avec la prostitution restent malgré tout marqués par des approches idéologiques opposées. Cette division s'illustre également au sein du panel associatif qui prend en charge les personnes qui

se prostituent. D'un côté, des associations dites de réinsertion sociale appréhendent la prostitution comme une violence faite aux femmes et leur objectif est concentré sur l'accompagnement des personnes en dehors de la prostitution. C'est le cas des associations nationales comme le Mouvement du Nid ou encore Le Cri. D'un autre côté, des associations dites communautaires considèrent la prostitution comme une activité professionnelle librement choisie et leur objectif est centré sur l'amélioration des conditions de vie des personnes qui se prostituent en passant par l'accès aux soins et aux droits sociaux. C'est la position choisie par le STRASS créé par et pour les travailleurs du sexe (3).

La Case est une association issue du programme de réduction des risques ouvert à Bordeaux en 1994 par Médecins du Monde, fondée et soutenue par Médecins du Monde en 2006 à l'occasion de la création des CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues) dont elle s'est vue confier la gestion dès 2007 à Bordeaux. Elle gère des établissements médico-sociaux agréés et financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ainsi que différentes actions en lien avec la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Le dispositif Poppy, établissement de l'association La Case, s'inscrit dans une position neutre, apolitique et médico-sociale qui accompagne les personnes qui se prostituent dans la réduction des risques et des dommages liés à l'activité de prostitution. Ouvert en janvier 2018, le dispositif accueille toutes les personnes qui se prostituent, quelles que soient leurs modalités d'exercice ou trajectoires de prostitution. L'objet du dispositif est de proposer un accès à la santé pour tous à travers les dimensions médicales, psychologiques, juridiques et sociales de la santé globale. Un travail d'immersion au sein du dispositif a été effectué pendant plusieurs mois et aura permis de faire remonter plusieurs données de terrain.

b) Le travail de réduction des risques liés à l'activité prostitutionnelle

La mission de réduction des risques liés à la prostitution s'oriente naturellement vers la santé sexuelle et particulièrement la gynécologie, principale demande des personnes qui se prostituent rencontrées au local, majoritairement des femmes. Les différentes actions du dispositif s'articulent autour de la prévention du VIH et des IST, de l'accès à la contraception, de l'accès à l'IVG et si nécessaire de l'accompagnement de la grossesse. La santé étant vue de façon globale, une aide sociale et juridique est aussi proposée par les professionnels permettant

aux personnes d'accéder aux droits sociaux et aux soins dans le dispositif du droit commun (aide à la couverture sociale, aide au logement, aide alimentaire). La réduction des risques passe également par une information des personnes, une éducation à la santé sexuelle et des actions de prévention. L'objectif est d'améliorer l'autonomisation des personnes qui se prostituent, en favorisant leur capacité d'agir pour leur propre santé.

Ce travail de réduction des risques prend forme au sein d'un local situé dans le centre-ville de Bordeaux, ouvert du lundi au vendredi de 14h à 17h pour les personnes qui se prostituent. Le dispositif Poppy permet d'offrir un lieu de confiance à la population prostitutionnelle, où la liberté de parole et l'absence de stigmatisation font de lui un lieu ressource pour ses usagers. L'équipe des professionnels est pluridisciplinaire et composée de la coordinatrice du dispositif et assistante sociale, d'un médecin généraliste, d'un médecin psychiatre, d'une infirmière diplômée d'état et d'un éducateur spécialisé. Deux médiateurs en santé pairs ont rejoint l'équipe en avril 2022 (22).

En complément de l'accueil des usagers et de l'accompagnement social quotidien, des consultations médicales sont proposées deux après-midis par semaine le lundi et le vendredi par le médecin généraliste de Poppy. Un médecin psychiatre travaille une après-midi par semaine au sein du dispositif. Une permanence juridique est assurée de façon bimensuelle par une juriste et des avocats partenaires. L'accueil spécifique se réalise au local mais une grande partie de l'activité du dispositif Poppy se déroule autour du travail de proximité dans la rue et sur internet.

Les professionnels du dispositif estiment à environ 600 le nombre de personnes se prostituant dans les rues de l'agglomération bordelaise. Là encore, cette évaluation reste difficilement exhaustive. De plus, les estimations de l'activité sur internet ne sont pas disponibles. Au total, 2247 personnes qui se prostituent ont été contactées ou rencontrées par l'équipe de Poppy en 2021. Le rapport d'activité de cette année-là établit une file active de 269 personnes venues au local, 283 personnes rencontrées lors des tournées de rue et 1890 personnes contactées lors des interventions 2.0. La file active majoritaire sur internet donne un aperçu de la part importante de cette modalité d'activité en développement et notamment dans la région bordelaise. La file active de l'antenne mobile représente 47% de la population prostitutionnelle de rue estimée, ce qui souligne l'investissement des acteurs du dispositif Poppy dans le travail de proximité.

c) Le travail de proximité dans une démarche de « l'aller vers »

Les personnes qui se prostituent ne sont pas facilement accessibles. Turn-over, méfiance des institutions, réticence à révéler une activité souvent stigmatisée freinent leur accès aux institutions et aux dispositifs de droit commun. Le développement de l'activité prostitutionnelle sur internet et les rencontres avec les clients à l'hôtel ou en appartement ont fait émerger une prostitution discrète voire invisible. Le repérage et donc l'aide aux personnes qui se prostituent par les associations est devenu plus compliqué (7).

Le milieu associatif a développé pour la prostitution de rue des modalités d'intervention spécifiques qui ont démontré leur pertinence. Elles combinent généralement une démarche de « l'aller vers » avec un travail de proximité réalisé lors de tournées de rue pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu d'activité à un accueil sans rendez-vous dans un local fixe, sans jugement et avec respect (22). C'est le cas du dispositif Poppy qui réalise deux fois par semaine le mardi matin et le jeudi soir des tournées de rue à la rencontre des usagers. La distribution de boissons chaudes et de matériel de prévention amorce la discussion. Des messages de prévention, des conseils et une aide sociale sont proposés. La personne qui se prostitue est ensuite orientée vers le local si de plus amples démarches sont nécessaires en fonction de ses problématiques ou de ses besoins.

Concernant l'activité prostitutionnelle sur internet, l'équipe a mis en place des tournées virtuelles sur des sites spécialisés d'*escorting*, s'inscrivant dans une démarche similaire de « l'aller vers 2.0 ». La prise de contact s'effectue directement sur le profil de la personne qui se prostitue via un message prérédigé qui présente le dispositif, explique les différentes missions et interventions de Poppy et propose à la personne de venir rencontrer l'équipe au local si elle en a envie. Même si le retour des personnes contactées sur les réseaux reste faible, de l'ordre de 5-10% selon les données de terrain, et l'impact des messages de prévention difficile à mesurer, l'objectif de ce travail de proximité sur internet est de faire connaître le dispositif et de donner l'information qu'il existe aux personnes qui se prostituent.

Ces tournées digitales sont en plein développement et s'inscrivent dans une démarche d'adaptation des associations face à une modification progressive de l'activité prostitutionnelle qui tend à devenir majoritaire sur internet.

d) Les missions de prévention du VIH

Le travail de réduction des risques en santé sexuelle du dispositif Poppy s'illustre parfaitement dans les missions de prévention des infections sexuellement transmissibles et notamment du VIH. L'information des personnes qui se prostituent sur le VIH est renforcée au sein du dispositif lors des temps d'accueil et d'échanges, lors des consultations médicales et aussi lors du travail de proximité, dans une démarche de sensibilisation. Un travail d'éducation à la santé sexuelle est entrepris auprès des usagers sur les modes de contamination du VIH et les outils de prévention disponibles.

Le dispositif propose la réalisation de dépistages réguliers à toutes les personnes qui se prostituent. Il encourage les usagers à venir se faire dépister tous les 3 mois et en cas de situation à risque. Les professionnels ont à leur disposition des TROD (Tests rapides d'orientation diagnostique) combinés VIH/Syphilis et VHB/VHC. Le résultat est obtenu en 5 min au local. L'objectif est de dépister puis d'orienter si nécessaire les personnes pour une confirmation et une prise en charge rapide et adaptée. De plus, une machine GeneXpert qui réalise des tests de biologie moléculaire est disponible à l'association La Case. Ce système permet la confirmation des TROD VIH et VHC positifs ou encore la réalisation de dépistages Gonocoque et Chlamydia à partir d'un prélèvement vaginal ou urinaire grâce à des tests PCR. Des autotests VIH sont proposés au local et également distribués lors du travail de proximité.

La distribution de matériel de prévention (préservatifs externes, internes, gels lubrifiants) est réalisée au local lors de l'accueil des usagers, lors des consultations médicales, lors des dépistages ou encore lors du travail de proximité dans la rue et sur internet (envoi par colis postaux de matériel aux usagers contactés sur les sites spécialisés).

En cas d'accident de préservatif ou de rapports à risque, un accompagnement des personnes est effectué pour l'accès au Traitement Post Exposition (TPE). Malgré l'orientation et l'information des usagers par l'équipe de Poppy, le recours au TPE semble tout de même difficile et reste insuffisant d'après les données de terrain, en lien avec une prescription uniquement hospitalière et la nécessité de se rendre aux urgences.

L'objectif du dispositif Poppy est de donner accès à un maximum d'outils de prévention du VIH et des IST dans un même lieu ressource pour les personnes qui se prostituent.

B. La lutte contre le VIH chez les personnes qui se prostituent

1. Le VIH : un véritable problème de santé publique pour tous

a) Epidémiologie de l'infection du VIH

Le VIH/SIDA continue d'avoir des effets dévastateurs sur la santé dans le monde, avec plus de 40 millions de décès liés au VIH/SIDA à ce jour et plus de 38 millions de personnes vivant avec le VIH en 2021 (23). Parmi ces personnes vivant avec le VIH (PVVIH), 54 % sont des femmes. La proportion féminine est en augmentation par rapport aux données de 2018 qui retrouvaient 51% de femmes au sein des PVVIH.

On estime que 85% de toutes les personnes infectées par le VIH connaissent leur statut sérologique, ce qui amène environ 5,9 millions de personnes à ignorer leur infection au VIH en 2021. Sur toute la population vivant avec le VIH, 75% des personnes avaient accès au traitement cette année-là (23).

Malgré les grands progrès de la thérapie antirétrovirale et le développement de nombreux outils de prévention comme le TasP (Traitement comme prévention) (24), 1,5 million de nouvelles infections au VIH ont été recensées en 2021, soit environ 4000 contaminations par jour dans le monde. Parmi les 3600 infections chez l'adulte, près de 49% sont des femmes et 19% sont des jeunes femmes de 15 à 24 ans. Les dernières données publiées par les Nations-Unies font état de 650 000 décès en lien avec le sida en 2021 (25). Tous ces chiffres montrent l'ampleur de l'enjeu de santé publique concernant la lutte contre le VIH à l'échelle mondiale et notamment chez les femmes, largement représentées.

En France, les données disponibles pour 2020 estiment le nombre de nouvelles infections VIH à environ 4 900 [IC95% : 4 481-5 231], en diminution de -22% par rapport à 2019 (6 205 [IC95% : 5 839-6 571]) (26). Cette diminution fait suite à une période de stabilité jusqu'en 2017, puis de fluctuations en 2018-2019 (Figure 1).

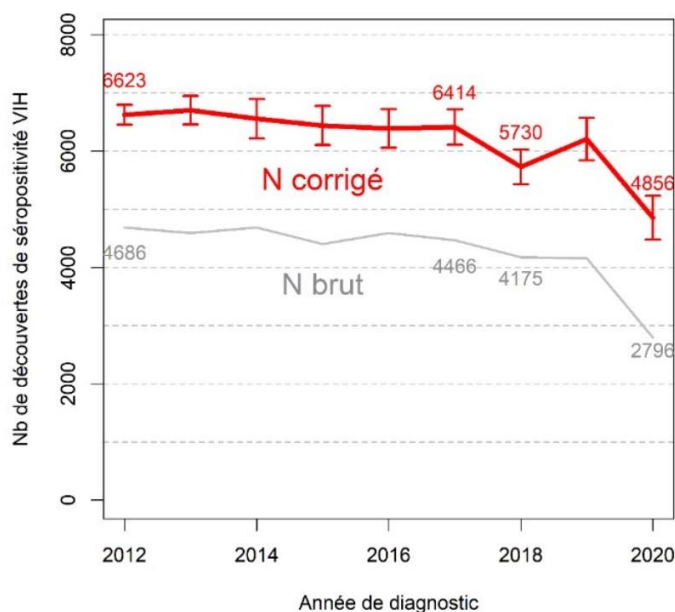


Figure 1. Nombre de découvertes de séropositivité VIH (nombre brut et nombre corrigé), France, 2012-2020. *Source : Santé publique France, DO VIH, données au 30/06/2021.*

Cependant cette estimation est plus fragile pour cette année-là en lien avec l'épidémie à SARS-CoV-2 qui aura eu plusieurs retentissements :

- La diminution du recours au dépistage VIH en lien avec le premier confinement (-14% de sérologies réalisées en laboratoire de biologie médicale, -22% de ventes d'autotests VIH en pharmacie) après une période d'augmentation ininterrompue depuis 2013,
- Une moindre exposition au VIH liée aux mesures de distanciation sociale, qui a plus vraisemblablement été limitée au premier confinement,
- La chute de l'exhaustivité de la déclaration obligatoire du VIH, liée notamment à la mobilisation des biologistes et des cliniciens sur l'épidémie à SARS-CoV-2 dès le début de l'année 2020.

Sur la base de ces estimations, les hommes représentent 69% des découvertes de séropositivité VIH en 2020, les femmes 30% et les personnes trans 1%, ce qui diffère avec les données mondiales. Le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de façon plus marquée chez les femmes (-30% entre 2019 et 2020) que chez les hommes (-18%), tandis qu'il est resté stable chez les personnes trans. On constate notamment une forte diminution chez les hétérosexuels nés à l'étranger (-29%), plus marquée encore une fois chez les femmes (-33%) que chez les hommes (-22%). La diminution chez les femmes contraste avec la stabilité du nombre de découvertes dans cette population jusqu'en 2019 (Figure 2). Outre des flux migratoires en diminution, cette baisse peut s'expliquer par un accès au dépistage rendu plus particulièrement difficile pour cette population dans le contexte de la crise sanitaire (26).

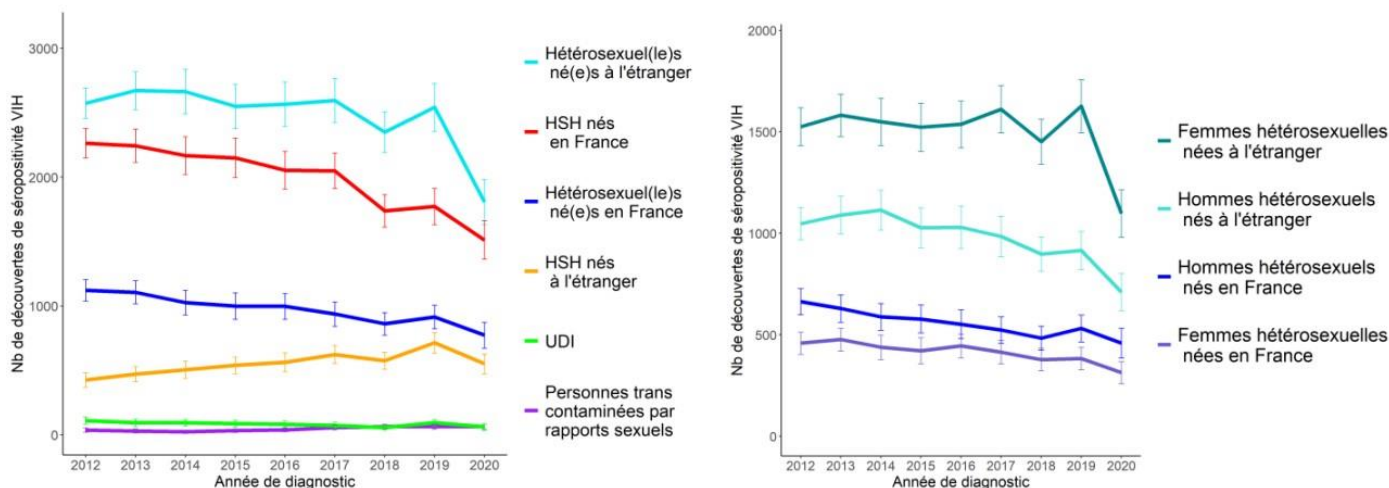


Figure 2. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population (définie par le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance), France, 2012-2020.
Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2021.

En 2020, on estime que 30% des infections VIH ont été découvertes à un stade avancé (taux de CD4 < 200 ou stade sida). Concernant les femmes, la part des diagnostics au stade avancé est de 28 % chez celles nées en France et de 33% chez celles nées à l'étranger. Ces chiffres sont trop élevés et constituent une perte de chance en termes de prise en charge individuelle et un risque de transmission du VIH aux partenaires avant l'introduction d'une trithérapie (26).

b) Stratégies de lutte contre le VIH

Afin de lutter contre la pandémie de VIH, plusieurs stratégies ont été mise en place au niveau mondial autour de programmes de traitement et de prévention de l'infection à VIH. En 2014, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) a adopté l'objectif 90-90-90 pour 2020, soit 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90 % de ces personnes diagnostiquées sont sous traitement, et parmi celles-ci, 90% sont virologiquement contrôlées (soit une charge virale VIH indétectable) afin de réduire la transmission du VIH. De nouveaux objectifs sont portés pour 2030 avec un continuum mondial de 95-95-95 (24). La cascade de la prise en charge du VIH dans le monde se situe en 2021 à 85-88-92, correspondant à la suppression virale chez 68% des personnes vivant avec le VIH (25).

Les progrès réalisés dans la thérapie antirétrovirale ont permis une baisse significative de l'incidence du sida, de la létalité du VIH et de la part du sida dans les causes de décès grâce

à l'essor de la trithérapie depuis 1995 (27). Depuis 2013, les recommandations françaises sont d'instaurer un traitement antirétroviral chez toute personne vivant avec le VIH, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4, y compris quand il est supérieur à 500/mm³. Cette initiation précoce est associée à des bénéfices en termes de tolérance clinique et biologique, de réduction des comorbidités associées au VIH ou encore d'une amélioration de la qualité de vie (28).

S'inscrivant dans une stratégie préventive, le traitement antirétroviral constitue également un moyen performant de réduction du risque de transmission du VIH. En effet, une corrélation a été démontrée entre la charge virale dans le sang et celle dans les sécrétions sexuelles (29). L'étude HPTN052 effectuée chez 1 763 couples sérodifférents pour le VIH (autant d'hommes que de femmes vivant avec le VIH, plus de la moitié de couples africains, nombre de CD4 compris entre 350 et 500 /mm³ chez le conjoint séropositif) a démontré une réduction de 96 % du risque de transmission du VIH au partenaire (IC95 % [73 % ;99 %]) (30). Le TasP pour « *treatment as prevention* » est actuellement la stratégie de prévention la plus efficace dans la lutte contre le VIH. Ce bénéfice majeur en termes de réduction du risque de transmission est un argument supplémentaire pour l'initiation d'un traitement antirétroviral le plus précocement possible, tant à l'échelon individuel que collectif (28).

Le socle de toute stratégie de prévention reste le dépistage et la connaissance du statut des personnes vis à vis du VIH. En effet, un diagnostic précoce du VIH permet une mise sous traitement antirétroviral qui ralentit l'évolution de la maladie et limite le risque de transmission du VIH. Le dépistage de l'infection par le VIH est largement ancré et admis dans les pratiques. En 2020, 5,2 millions (IC95% [5,14 ;5,35]) de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale en France. L'activité de dépistage du VIH, qui avait augmenté entre 2013 et 2019, a diminué entre 2019 et 2020 (-14%), en raison de l'épidémie du SARS-CoV-2 et du premier confinement au printemps 2020. Les diagnostics à un stade avancé de l'infection sont de l'ordre de 30% et restent trop nombreux (26). Le nombre de personnes vivant avec le VIH et ignorant leur statut sérologique ne diminue pas.

Pourtant, l'offre de dépistage proposée en France est diversifiée tant en termes d'outils que de structures : laboratoires d'analyses, centres VIH, établissements de santé, médecine de ville, CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic). Les structures associatives habilitées par les Agences Régionales de Santé (comme l'association La Case et son dispositif Poppy) ont la possibilité depuis novembre 2020 de réaliser des TROD. Des

autotests de dépistage VIH sont également en vente dans les pharmacies depuis 2015. Cette diversification d'outils et de lieux s'inscrit dans un objectif de faciliter l'accès au dépistage notamment pour les populations clés : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), femmes et hommes hétérosexuels nés en Afrique sub-saharienne et dans les territoires français d'Amérique (TFA) et usagers de drogues injectables (UDI) (31).

En 2017, une actualisation des recommandations de dépistage est mise en place (32) :

- Dépistage tous les trois mois pour les HSH à haut risque d'exposition et dans les régions les plus affectées (Ile de France, PACA, TFA, Rhône-Alpes),
- Dépistage tous les ans pour les HSH, les UDI et pour les personnes originaires des pays de forte prévalence (Afrique sub-saharienne, Guyane).

En pratique, toute opportunité de dépistage doit être encouragée si possible en associant VIH, VHB et VHC. Dans la population générale, la réalisation d'un dépistage au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans est recommandée.

Le préservatif masculin occupe une place de choix dans la stratégie de prévention du VIH car c'est le seul outil à assurer une protection contre le VIH et contre les autres IST. D'une efficacité théorique de 98%, les conditions d'utilisation sont variables en pratique et aboutissent à une réduction du risque de transmission du VIH d'environ 80% en cas d'utilisation systématique (33). Le préservatif féminin « interne » connaît un succès moins franc depuis son arrivée sur le marché en 1991. Vendu sur le marché 7 euros la boîte de 3, son prix élevé n'est pas favorable à sa diffusion. Il reste encore distribué gratuitement dans les associations et les centres de planning familial.

A l'échelle individuelle, le TPE fait partie intégrante de la stratégie de prévention du VIH. A la suite d'un accident d'exposition sexuelle (rapports non protégés), le statut du partenaire sera systématiquement recherché. Si ce statut sérologique ne peut être obtenu et que ce dernier appartient à un groupe à prévalence élevée pour le VIH, un TPE doit être systématiquement proposé dans les heures qui suivent l'exposition, (sauf en cas de fellation sans éjaculation). Les groupes à prévalence élevée sont les HSH ayant des partenaires sexuels multiples, les travailleurs/euses du sexe, les personnes originaires de régions à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), les usagers de drogues injectables (34). Le TPE consiste en une trithérapie mise en place initialement pendant 2-4 jours par un service d'urgences (starter kit) après évaluation du risque

de contamination. Une consultation avec un médecin référent pour le VIH est organisée par la suite pour poser ou non l'indication à la poursuite du traitement pour 28 jours. Un suivi sérologique régulier est organisé jusqu'à 4 mois après l'exposition. L'accès au TPE est actuellement uniquement hospitalier (et aux CeGIDD aux heures ouvrables).

La prévention du VIH a évolué vers une approche combinée et synergique des différents outils de prévention (35). Il s'agit de penser l'offre de prévention en associant l'ensemble des stratégies structurelles, biomédicales et comportementales validées (préservatif, dépistage, TasP, TPE, lutte contre la stigmatisation et les inégalités) tout en prenant en compte les différences entre la population générale et les populations clés. L'éducation et la promotion à la santé sexuelle ainsi que la rééducation des risques sont des piliers de la prévention diversifiée. En 2016, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) rejoint l'arsenal préventif dans la lutte contre le VIH en France (36).

2. Le risque d'infection VIH chez les personnes qui se prostituent

a) La prévalence du VIH chez les personnes qui se prostituent

Population clé dans la prévention dans la lutte contre le VIH, l'ONUSIDA estime que les femmes qui se prostituent ont un risque 30 fois plus élevé de contracter le VIH par rapport aux autres femmes. Elles représentent 12% des nouvelles infections VIH dans le monde en 2021 (23). Les estimations du nombre mondial des personnes qui se prostituent et de la proportion infectée par le VIH sont cependant remises en question par les limites de la surveillance, des méthodologies de recherche et des données disponibles (37).

En France, très peu de données sont disponibles. En 2016, la Haute Autorité de Santé estime que le sur-risque d'infection au VIH au sein des personnes qui se prostituent est très modéré chez les femmes. La prévalence du VIH serait inférieure à 0,8 % dans la plupart des études, c'est-à-dire identique à la prévalence en population générale en France (38). Dans l'étude ProSanté de 2011, l'InVS retrouve une prévalence de 1,2% mais toutes les femmes vivant avec le VIH étaient aussi consommatrices de drogues (19). On distingue parmi les personnes qui se prostituent des populations plus vulnérables au VIH et à risque d'infection comme les personnes usagères de drogues intraveineuses, les HSH, et les personnes étrangères

en particulier les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et les personnes trans originaires d'Amérique du Sud (38).

La prostitution n'est pas en soi un sur-risque d'infection du VIH (38). Cependant, par leur activité, les personnes qui se prostituent sont plus exposées que la population générale au VIH en raison des multiples facteurs de risque, tels que les partenaires sexuels multiples et l'utilisation irrégulière du préservatif (39). La prévalence du VIH chez les personnes qui se prostituent varie considérablement d'une région à une autre en raison de facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels. Une compréhension de la façon dont les facteurs structurels façonnent les risques d'acquisition et de transmission du VIH commence à émerger.

b) Facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique

Les facteurs de vulnérabilité physiologique, sociale et économique (situation irrégulière, usages de drogues, précarité, stigmatisation, violences, emprise des réseaux) contribuent à diminuer la capacité des personnes qui se prostituent à accéder à la prévention et à l'information, à se protéger par rapport aux risques sexuels, à résister aux pressions des clients et des proxénètes (38). Ces facteurs influencent de façon très variable les stratégies préventives mises en place par les PP et notamment l'emploi systématique du préservatif, la résistance aux pressions pour des rapports non protégés, la réaction en cas d'accident notamment le recours au TPE et à la contraception d'urgence.

Une partie des personnes qui se prostituent présentent en effet des facteurs de vulnérabilité individuelle et sociale. Les conditions parfois difficiles dans lesquelles les personnes exercent leur activité fragilisent considérablement leur accès à la prévention et aux soins et majorent leur exposition au VIH (39). De façon générale, l'isolement et la clandestinité apparaissent comme des facteurs de risque d'infection en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention. L'inexpérience, notamment chez les jeunes, la pratique occasionnelle de la prostitution et la méconnaissance des codes constituent d'autres facteurs de risque (38).

On retrouve particulièrement ces facteurs de vulnérabilité dans la prostitution de rue et essentiellement chez les étrangers en situation irrégulière qui éprouvent de grandes difficultés

à faire valoir leurs droits et à accéder aux dispositifs de droit commun et notamment aux soins et à la prévention. Certaines personnes vivent sous l'emprise de réseaux de prostitution dans le cadre de la traite des êtres humains et subissent quotidiennement des pressions pour accepter des rapports à risque en lien avec une obligation de rapporter de l'argent, ce qui contribue à diminuer leur capacité de négociation. Dans certains cas, c'est la précarité financière elle-même qui amène les personnes à accepter les rapports à risque pour un meilleur tarif dans un univers concurrentiel entre les personnes qui se prostituent (39).

De plus, la consommation d'alcool, de drogues, de médicaments psychotropes ajoutée à une vulnérabilité psychologique chez certaines personnes peut conduire à un relâchement des comportements de prévention (38).

Malgré une grande hétérogénéité de prévalence du VIH, une constante apparaît néanmoins dans tous les pays : les taux de contamination les plus importants sont rencontrés chez les personnes qui se prostituent, dont les conditions de vie sont les plus précaires (40).

c) Une utilisation du préservatif variable

Le risque de contamination des personnes qui se prostituent au VIH est directement corrélé au niveau d'utilisation du préservatif. Son utilisation est globalement élevée car les personnes qui se prostituent le considèrent comme un outil de travail (7). L'une des vocations du préservatif est de protéger contre la transmission du VIH et des IST, mais il permet également une mise à distance du client comme une sorte de barrière physique (39). On observe cependant des variations d'utilisation en fonction des profils et des conditions de prostitution. Chez les femmes, l'utilisation du préservatif serait quasiment systématique pour les rapports avec pénétration (90 à 100%) mais pourrait être moins fréquente pour les rapports bucco-génitaux (66 à 84%) (41). Concernant la prostitution masculine, malgré le manque de données, on estime le niveau de protection plus faible que chez les femmes d'après l'étude Pro Santé (19).

Le niveau de protection dépend aussi de l'adhésion et du degré d'appropriation des messages de prévention ainsi que de la réalité des pratiques (3). Les études constatent que les personnes qui se prostituent d'origine étrangère sont souvent moins informées des méthodes de prévention que les personnes d'origine française. Un faible niveau de connaissances se traduit par une sous-utilisation des outils préventifs disponibles (38). En prenant l'exemple de la PrEP

et du TPE, une étude réalisée en Afrique constate que la connaissance et la sensibilisation des personnes qui se prostituent étaient faibles pour ces deux outils. Peu de personnes qui se prostituent étaient informées de l'existence du TPE, de ses bénéfices en cas d'accident de préservatif et de ses conditions d'accès (42).

Les personnes étrangères qui se prostituent sont souvent originaires de pays où la prévention du VIH et l'éducation sexuelle sont encore peu développées (Afrique subsaharienne, Asie, certains pays d'Europe de l'Est), ce qui explique leur faible niveau de connaissances initiale. En plus de la barrière de la langue et de la pression des réseaux de prostitution, certaines femmes migrantes, notamment originaires d'Afrique subsaharienne, ont encore recours à des pratiques inadaptées, fondées sur des représentations culturelles anciennes comme par exemple la douche vaginale ou l'assèchement vaginal par l'utilisation de produits détergents ou de tissus, à des fins hygiéniques (les sécrétions étant considérées comme impures et sales) qui fragilisent les muqueuses et augmentent le risque de transmission (7). Certaines personnes utilisent des gels lubrifiants non adaptés, d'autres mettent en place deux préservatifs l'un sur l'autre dans l'idée d'une protection supplémentaire (38).

De nombreuses personnes ont une bonne connaissance des potentielles situations à risque mais ce sont les mécanismes de contamination qui sont parfois appréhendés de manière très approximative. Des fausses croyances se répandent autour de la transmission du VIH comme par exemple avec le partage des couverts, les piqûres de moustiques, les baisers profonds ou encore même l'utilisation du préservatif (41).

Depuis plusieurs années, on constate une forte augmentation des demandes de rapports non protégés par les clients. Le rôle du client dans les pratiques sexuelles à risque ne doit pas être négligé. La loi de pénalisation de 2016 a changé le rapport de puissance dans la relation entre la personne qui se prostitue et le client. Devenant celui qui prend le risque, le client peut se permettre de négocier et d'imposer ses pratiques dans un contexte de majoration de la précarité et de tension financière. La diminution de la capacité des personnes qui se prostituent à imposer le préservatif est liée à plusieurs facteurs : diminution du temps de négociation pour éviter la police, diminution des clients, augmentation de la concurrence entre les personnes, augmentation du tarif si rapports non protégés, chantage, délocalisation de l'activité dans des zones périphériques plus isolées et insécures, augmentation des agressions, viols ou encore retrait forcé du préservatif par le client (43).

La promotion et la distribution de préservatifs adaptés au travail prostitutionnel restent donc indispensables via notamment les associations dans le cadre de la réduction des risques (30). L'éducation sexuelle et l'information sur les méthodes et outils de prévention disponibles apparaissent comme des enjeux majeurs dans l'accompagnement des personnes qui se prostituent.

d) Le recours au dépistage du VIH contrasté

Le rapport de 2010 du Conseil national du sida constate que le recours aux dépistages pour le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C reste insuffisant pour la population des personnes qui se prostituent. D'un autre côté l'IGAS estime « *qu'il est difficile d'évaluer de façon générale le niveau d'accès des publics prostitués au dépistage et à la prévention dans ce domaine* », celui-ci étant différent en fonction des profils et modalités de prostitution (7). Les données remontées par les associations communautaires font état d'un taux d'accès au dépistage élevé pour les personnes usagères des dispositifs mais d'un taux plus faible pour les personnes exerçant sur internet. D'un autre côté, le rapport du Sénat estime que les personnes d'origine étrangère ont moins de chances de se faire dépister, possiblement en lien avec une culture préventive insuffisante, une absence de droits sociaux ouverts pour certaines, mais aussi une méconnaissance des CeGGID, de la localisation et de la gratuité de ces lieux de dépistages (3). Le dépistage renvoie ainsi à la dimension d'accès aux soins.

L'émergence des TROD apparaît comme une opportunité pour « aller vers » les personnes qui se prostituent, s'inscrivant dans une démarche de dépistage « hors les murs », notamment via les associations habilitées par l'ARS qui travaillent au plus près de ce public (22). Cependant la prise en charge suivant la réalisation de ses TROD reste parfois incertaine avec des résultats qui peuvent être sous évalués (sensibilité inférieure au test Elisa) ou difficiles à exploiter. Les TROD représentent donc un outil complémentaire au dépistage classique mais non un substitut (7).

Les recommandations actuelles de dépistage pour les personnes qui se prostituent sont annuelles : réalisation d'un dépistage tous les ans de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (en l'absence de vaccination), voire plus fréquemment en cas de prise de risque (31).

Dans le monde entier, les personnes qui se prostituent continuent d'être confrontées à un accès réduit aux services nécessaires de prévention, de traitement et de soins du VIH. Des approches efficaces diversifiées de prévention et de traitement sont réalisables pour répondre aux besoins non satisfaits des personnes qui se prostituent en matière de lutte contre le VIH notamment grâce à une autonomisation des personnes dans le dépistage, une lutte contre les inégalités et la stigmatisation et de surcroît une amélioration de l'accès au TPE et à la PrEP (37).

C. La PREP : un outil supplémentaire dans la lutte contre le VIH

1. Une méthode préventive contre le VIH sûre et efficace

a) Efficacité de la PrEP à travers des essais randomisés

La Prophylaxie pré-exposition (PrEP) est une modalité de prévention du VIH qui s'appuie sur une bithérapie anti-rétrovirale : l'emtricitabine (analogue nucléosidique) et le ténofovir disoproxil fumarate (analogue nucléotidique) sous le nom de TRUVADA® 200 mg/245 mg. Le Truvada® possédait une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement du VIH depuis 2005 (44).

En 2010 les premiers résultats de l'étude IPReX sur la PrEP sont disponibles (45). Cette étude réalisée aux Etats-Unis et dans 5 autres pays en voie de développement chez 2500 HSH séronégatifs avec des rapports à risque (plus de 2 partenaires en moins de 6 mois ou activité prostitutionnelle) compare la prise quotidienne de Truvada® contre placebo. L'analyse en intention de traiter (ITT) conclut à une réduction de l'incidence du VIH de 44% (IC 95% [15% ; 63%]) (Figure 4). Ces résultats sont prometteurs compte tenu d'une observance de seulement 50% retrouvée sur des échantillons de taux plasmatiques. Un approfondissement des résultats était nécessaire dans un contexte européen.

L'étude IPERGAY est une étude franco-canadienne réalisée chez 414 personnes, HSH et femmes trans avec des rapports à risque (au moins 2 partenaires en moins de 6 mois) pendant 2 ans (46). C'est la première étude à comparer la PrEP contre placebo sur un schéma discontinu (2 comprimés 24h avant le rapport à risque, 1 comprimé 24h après et 1 autre 48h après le

rapport). L'analyse en ITT modifiée (exclusion des nouvelles infections, des perdus de vue, des retraits de consentement) a montré une réduction relative du risque d'infection de l'ordre de 86% (IC95% [39 ; 99]) (Figure 4).

Parallèlement, d'autres essais randomisés ont été réalisés chez des HSH sur le schéma continu avec l'étude PROUD (47) qui retrouvait une réduction du risque similaire à IPERGAY de 86% (IC95% [52 ; 96]), mais aussi chez des hétérosexuels en couple sérodiscordants sur le schéma continu avec les études Partners PREP (48) et TDF2 (49) qui retrouvaient respectivement des efficacités de 75% (IC95% [55 ;87]) et de 62% (IC95% [21,5 ;83,4]) (Figure 4).

Suite au succès de l'étude IPERGAY, une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) est mise en place pour rendre la PrEP disponible en France à partir de janvier 2016 pour les personnes au haut risque d'acquisition du VIH pour les schémas continu et discontinu.

En 2016, la seule étude à avoir analysé l'efficacité du schéma discontinu est l'essai IPERGAY chez des HSH. La RTU pour le schéma à la demande est donc recommandée uniquement pour cette population. En, mars 2017, le Truvada® obtient une AMM dans le cadre de la PrEP avec un remboursement intégral du médicament pour le schéma continu. Le schéma discontinu conserve sa RTU uniquement pour les HSH à haut risque (44). En 2018, une analyse intermédiaire d'une grande étude d'application Prévenir sur la PrEP à la demande en France (dont les résultats définitifs viennent de paraître en 2022) (50) a conduit l'OMS à reconnaître en 2019 la nécessité de considérer la PrEP à la demande comme une option pour la population HSH (51).

Les autres populations comme les femmes, les hommes trans avec rapports sexuels vaginaux, les hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes ou encore les personnes vivant avec le virus de l'hépatite B (risque de décompensation hépatique à l'arrêt du traitement ou d'émergence de VHB résistants) sont concernées uniquement par le schéma continu avec AMM (51).

Ainsi la PrEP représente un outil supplémentaire qui s'intègre dans une stratégie globale de prévention du VIH reposant sur approche combinée des différentes modalités déjà préconisées et principalement sur l'utilisation du préservatif (31).

b) Une tolérance satisfaisante : peu d'effets indésirables graves

La tolérance du Truvada® a été estimée satisfaisante dans les différentes études sur la PrEP (52). Les effets secondaires sont majoritairement peu graves et temporaires : nausées, diarrhées, douleurs abdominales, maux de tête. Cependant des effets indésirables plus graves, comme des atteintes rénales et des altérations osseuses, ont pu être rencontrés dans des cas plus rares. La toxicité rénale du ténofovir disoproxil peut entraîner une atteinte tubulaire proximale avec hypophosphatémie et atteintes osseuses (ostéopénie et ostéomalacie). Il est donc important d'assurer une surveillance régulière de la fonction rénale au cours du suivi. Une vigilance particulière est requise par rapport à l'automédication, notamment avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens pouvant majorer la toxicité rénale du Truvada®. L'atteinte osseuse peut se traduire par une perte de la densité minérale osseuse, sans évènements fracturaires significatifs (44).

c) Indications et contre-indications

La PrEP est actuellement recommandée chez tous les adultes et les adolescents de plus de 15 ans (53), exposés à un haut risque de contracter le VIH (36) :

- Les HSH ou les personnes trans, avec au moins un de ces critères :
 - rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois,
 - épisodes d'IST dans les 12 derniers mois,
 - au moins un recours au TPE dans les 12 derniers mois,
 - usage de drogues psychoactives lors des rapports sexuels (chemsex).

- au cas par cas, les personnes dans les situations suivantes :
 - usagers de drogues injectables avec échanges de seringues,
 - personnes qui se prostituent avec rapports sexuels non protégés,
 - vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH : personnes ayant des partenaires sexuels multiples, originaires de région à prévalence du VIH >1% (Guyane) ou avec des facteurs physiques augmentant le risque de transmission (ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

La PrEP est contre-indiquée dans les situations suivantes (30) :

- séropositivité au VIH ou sérologie VIH inconnue,
- présence de symptômes d'infection aiguë par le VIH,
- insuffisance rénale : clairance de la créatinine <60 ml/min ou signes de tubulopathie,
- allaitement,
- hypersensibilité.

d) Mise en pratique de la PrEP

En 2015, l'actualisation des recommandations par un groupe d'experts met en place (54) :

- Soit une prévention continue par un comprimé quotidien (AMM) à heures fixes au moment des repas pour éviter les effets secondaires digestifs,
- Soit une prévention « à la demande » (hors AMM pour les HSH) comprenant :
 - 2 comprimés pris entre 24h et 2h avant l'acte sexuel,
 - Puis 1 comprimé 24h (+/- 2h) après la première prise,
 - Puis 1 comprimé 48h (+/- 2h) après la première prise.

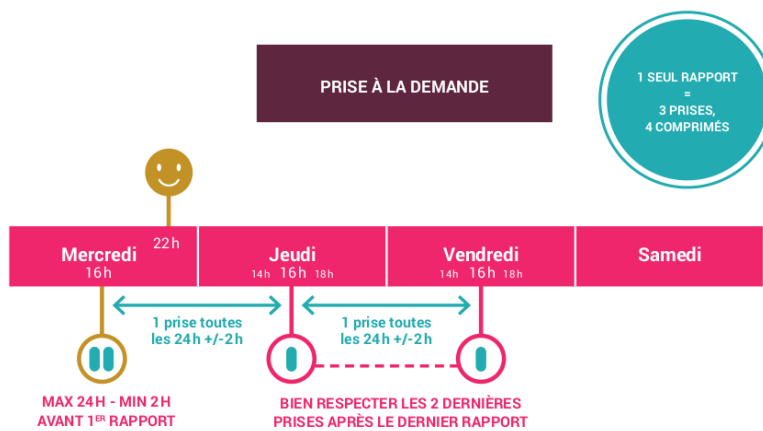


Figure 3. Schéma de prise à la demande de la PrEP (hors AMM).

Source : AIDES. *La PrEP, mode d'emploi*. 2018. Disponible sur : <https://www.aides.org/prep>

En cas de rapports répétés, il est nécessaire de poursuivre la prise avec un comprimé par jour jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel. L'efficacité de la PrEP est clairement corrélée à l'observance du Truvada®. Une prise oubliée ou décalée expose au risque d'infection par le VIH (36).

La PrEP nécessite un suivi médical, clinique et biologique afin de s'assurer de l'absence d'infection par le VIH et d'autres IST, de l'efficacité du médicament et de sa tolérance,

notamment sur le plan rénal. Une vérification du statut vaccinal pour les VHA, VHB et HPV est également recommandée afin de les mettre à jour le plus rapidement possible, en plus du calendrier vaccinal français. Le suivi permet d'accompagner les personnes afin d'améliorer l'adhésion et de délivrer des messages de prévention sur les pratiques sexuelles à risque. Un premier bilan doit être réalisé un mois avant la prescription de la PrEP pour détecter une infection par le VIH ou une autre IST, rechercher une insuffisance rénale ou une grossesse (même si la grossesse n'est en soit pas une contre-indication à la PrEP). Le jour de la prescription de ténofovir disoproxil/emtricitabine un nouveau bilan de confirmation (statut VIH et grossesse) est recommandé. Un suivi clinico-biologique un mois après le début du traitement puis régulièrement tous les 3 mois est ensuite instauré (Tableau 1) (54).

La surveillance rapprochée de la sérologie VIH s'explique par la nécessité de la mise en place d'un traitement adapté en cas de séroconversion (trithérapie) et par le risque d'apparition d'une résistance de ce traitement antirétroviral contre le VIH sous bithérapie dans le cadre de la PrEP (44).

Tableau 1. Examens biologiques à effectuer avant l'initiation de la PrEP et au cours du suivi

Examens biologiques	Avant l'initiation de la PrEP	En cours de suivi, 1 mois après l'initiation, puis tous les 3 mois minimum
Créatininémie	X	X†
Clairance créatinine estimée	X	X†
Sérologie VIH (Test 4 ^e génération antigène/anticorps)	X	X
Sérologie VHA	X	£
Sérologie VHB	X	£
Sérologie VHC	X	£
Dépistage des IST [§]	X	£
Recherche d'une grossesse	X	X

* Source : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prophylaxie-pre-exposition-au-VIH-I-ANSM-rappelle-les-mesures-additionnelles-de-reduction-des-risques-Point-d-Information>

† Suivi de la fonction rénale après 2 à 4 semaines de traitement, à 3 mois de traitement et tous les 3 mois par la suite ; la fréquence de la surveillance de la fonction rénale doit être renforcée chez les personnes présentant des facteurs de risque d'altération de la fonction rénale.

£ Test à pratiquer une fois par an ou en cas d'indication clinique

§ infection à gonocoque, chlamydia, syphilis, HPV à rechercher même en l'absence de symptômes

Jusqu'à présent limitée aux médecins hospitaliers ou exerçant en CeGIDD, la primo-prescription de la PrEP est autorisée pour tout médecin, en particulier pour les médecins généralistes, depuis le 1er juin 2021. Cette décision du ministère de la Santé s'appuie sur la

recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) émise en avril 2021 et est la conclusion d'une démarche d'amélioration de l'accès à la PrEP, initiée depuis plusieurs mois et accélérée avec la crise sanitaire de la Covid-19 (55).

2. La PrEP pour les PP : possible en théorie, difficile en pratique

Dans un communiqué de 2020, AIDES, association nationale de lutte contre le VIH déclare que seulement 3% des usagers de la PrEP sont des femmes alors qu'elles représentent plus d'un tiers des contaminations en France (56,57). Les femmes sont plus vulnérables au virus que les hommes en raison d'une surface de muqueuse génitale plus grande, mais aussi d'inégalités de genre, de violences sexistes, sexuelles et de conditions de vie précaires chez beaucoup d'entre elles. Parmi elles, les femmes migrantes, les usagères de drogues, les femmes trans et les femmes qui se prostituent sont en première ligne de risque d'infection au VIH (56).

a) Peu d'études chez les femmes : exemples de FEM-PreP et VOICE

Pendant les deux premières décennies du VIH, les femmes qui se prostituent ont été au centre de nombreux efforts de recherche et de programmes sur le VIH. Plusieurs événements et tendances ont sensiblement modifié cette situation et ralenti les progrès ultérieurs. La controverse sur l'éthique des premiers essais de prophylaxie pré-exposition orale chez les femmes qui se prostituent au Cambodge en 2004 et au Cameroun en 2005 a interrompu les deux études. De nombreux chercheurs se sont dirigés vers des populations moins contestées (58). L'incidence très élevée du VIH chez les femmes d'Afrique subsaharienne dans les années 2000 signifiait que des études sur le VIH nécessitant des paramètres de séroconversion du VIH (microbicides, vaccins contre le VIH, PrEP) pouvaient être menées parmi la population générale des femmes en âge de procréer, ce qui réduit considérablement la nécessité de recruter des PP (37). Nous sommes dans une situation où nous avons une augmentation considérable des outils et des approches efficaces de prévention du VIH, mais aucune de ces avancées, et notamment la PrEP, n'a été spécifiquement étudiée parmi les personnes qui se prostituent, alors qu'elles représenteraient 12% des personnes vivant avec le VIH dans le monde (23).

La PrEP chez les femmes a été initialement confrontée à une difficulté de démontrer son efficacité dans les études. Des résultats décevants et négatifs ont été observés dans 2 essais randomisés réalisés chez des femmes à haut risque. Le premier, FEM-PrEP (Figure 4), évaluait

l'usage du Truvada® en schéma continu chez 2120 femmes au Kenya, Afrique du Sud et Tanzanie. Il a dû être interrompu à la suite de résultats intermédiaires ne montrant pas d'effet protecteur significatif du Truvada® par rapport au placebo (RR 6 % (IC95% [-52 ; 41]) (59). Le deuxième, l'étude VOICE (Figure 4), a comparé trois approches, le Truvada® en continu, le Viread® (ténofovir disoproxil fumarate seul per os) en continu et le ténofovir 1 % gel vaginal quotidien contre placebo, chez 5 029 femmes en Afrique du Sud, Ouganda et Zimbabwe. L'essai a été interrompu par manque d'efficacité avec une protection de - 49 % (IC 95% [-129 ; 3]) pour le Viread® , - 4,4 % (IC 95% [-49 ;27]) pour le Truvada® et 15 % (IC 95% [-21 ; 40]) pour le gel de ténofovir (60).

Des problèmes d'observance ont été mis en avant pour expliquer ces résultats. Respectivement, seulement 21% et 29% d'observance ont été signalés pour le Truvada® dans ces deux essais. Pourtant, des études réalisées chez des couples sérodiscordants avaient montré une efficacité significative chez les femmes dans les essais Partners PrEP et TDF 2 (Figure 4). Pour expliquer ces discordances, on peut supposer que l'appréhension du risque et le niveau de protection est plus important chez une femme exposée dans un couple sérodifférent, se traduisant par une observance et donc une efficacité de la PrEP supérieure.

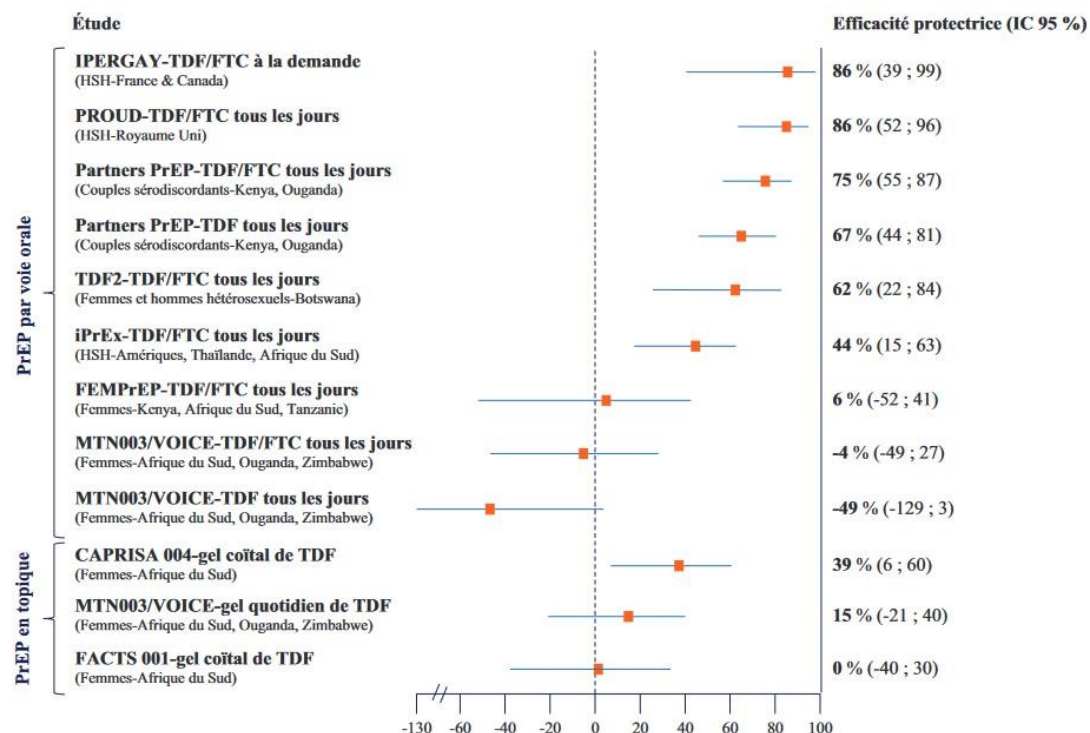


Figure 4. Synthèse de l'efficacité des essais de PrEP

Source : Molina JM et al. *La prévention pré-exposition au VIH-1 par les antirétroviraux, la PrEP. Virologie. 2016;20(3):147-57.*

b) Les différentes formes de PrEP envisagées pour les femmes

Différentes formes galéniques ont été étudiées chez la femme. L'essai CAPRISA (Figure 4) a comparé l'efficacité d'un gel vaginal au ténofovir 1% contre un gel placebo chez 899 femmes avec un protocole de 2 applications : une première dans les 12h avant le rapport et la deuxième le plus tôt possible dans les 12h suivant le rapport (61). Le gel de ténofovir a réduit l'incidence de transmission du VIH de 39 % pour l'ensemble de la population et de 54 % pour les femmes les plus observantes (> 80 % d'utilisation du gel pour les rapports).

Des résultats décevants ont été observés dans l'étude FACTS (Figure 4) conduite en Afrique du Sud chez 2 059 femmes. Elle a évalué le gel de ténofovir 1 % contre placebo avant et après un rapport sexuel. L'essai n'a pas démontré d'efficacité du gel de ténofovir avec une réduction d'acquisition de 4 %, identique dans les deux groupes et probablement expliquée par une faible observance d'environ 50 % (62). L'observance est donc un facteur majeur dans les résultats.

Afin de pallier aux difficultés d'observance observées, d'autres modalités de PrEP ont été envisagées. Un anneau vaginal en silicone contenant 25 mg de la dapivirine (inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse), changé toutes les 4 semaines, a été évalué dans l'étude ASPIRE chez 2629 femmes en Afrique (63). Cet essai randomisé montre une réduction de la transmission du VIH de 27 % (IC95 %, [1 ;46]) avec une bonne tolérance sur le plan rénal et osseux. En 2021, l'OMS recommande que l'anneau vaginal de dapivirine puisse être proposé comme option de prévention supplémentaire pour les femmes présentant un risque substantiel d'infection par le VIH dans le cadre d'approches de prévention combinées (absence d'AMM en France) (64).

De nouvelles avancées ont également été faites sur la PrEP injectable pour les femmes avec le cabotégravir, inhibiteur de l'intégrase. L'étude HPTN084, publiée en 2022, a comparé l'efficacité d'une injection toutes les 8 semaines de cabotégravir versus la PrEP orale quotidienne chez 3224 femmes à haut risque. Sur le plan de la tolérance, quelques douleurs au niveau du site d'injection ont été rapportées. Sur le plan de l'efficacité, la PrEP injectable montre une réduction du risque d'incidence de 89% (IC95% [68 ;96]) par rapport à la forme orale, en lien avec une adhérence plus faible pour le bras Truvada® et seulement 34% d'observance en fin d'étude (65).

L'OMS a publié en juillet 2022 de nouvelles lignes directrices pour l'utilisation du cabotégravir injectable comme PrEP pour le VIH et a appelé les pays à envisager cette option de prévention sûre et très efficace pour les personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH (66). L'AMM en France est espérée pour début 2023.

Enfin de nouvelles molécules sont actuellement en cours d'études comme le lénacapavir (essai PURPOSE 2 avec une injection sous cutanée tous les 6 mois versus Truvada® en continu) (67) et l'islatravir, un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse expérimental. Une étude de phase III IMPOWER 22 (68) est en cours, randomisée et en double aveugle sur l'efficacité et l'innocuité de l'islatravir par voie orale une fois par mois versus Truvada® en continu chez les femmes cisgenres à haut risque. Cependant, les études sur l'islatravir dont IMPOWER 22 sont actuellement suspendues depuis 2021 en raison d'une possible toxicité lymphocytaire.

c) Particularités pharmacologiques chez les femmes

Les résultats discordants chez les femmes dans les études d'efficacité de PrEP pourraient être expliqués par des difficultés d'observance mais aussi par la diffusion dans l'organisme et notamment au niveau génital, différente selon le sexe (51).

La pharmacologie du ténofovir, en particulier dans le tractus génital féminin, suggère que la stratégie préventive de la PrEP à la demande ne confère pas une protection suffisante aux femmes. En effet une étude montre que les concentrations des métabolites au niveau du tissu vaginal à 24h de la prise orale de Truvada® étaient nettement inférieures à celles du tissu rectal (69). La PrEP en discontinu n'est donc pas recommandée chez la femme. De plus ce schéma n'a pas été évalué auprès de cette population dans des études d'efficacité.

En cas de prise en schéma continu, le Truvada® est réputé efficace après 7 jours de prise chez les hommes et 21 jours chez les femmes, correspondant aux délais d'atteinte de la concentration maximale dans les muqueuses exposées. Cette différence est fondée sur la diffusion plus lente des antirétroviraux et la moindre concentration cervico-vaginale du ténofovir disoproxil fumarate, comparativement à la muqueuse rectale (54). Actuellement, on estime à 7 jours le délai d'efficacité de la PrEP chez la femme contre seulement 24h pour l'homme avec une dose de charge de 2 comprimés le premier jour (70).

Chez les femmes trans, les interactions médicamenteuses avec l'hormonothérapie féminisante sont un point de vigilance à prendre en compte. Une étude publiée en 2019 n'observe pas de modification du taux hormonal sous PrEP mais plutôt une diminution du taux plasmatique de ténofovir de 13% (71). L'efficacité de la PrEP n'est pas diminuée si l'administration est quotidienne mais possible en cas de PrEP à la demande. A l'heure actuelle, le schéma discontinu n'est pas indiqué chez les femmes trans. En revanche, la prise quotidienne de la PrEP orale peut être mise en place en toute sécurité.

d) La PrEP chez les personnes qui se prostituent

Dans la littérature, la plupart des études réalisées sur la PrEP auprès des personnes qui se prostituent provenaient d'Asie du Sud-Est (Inde), d'Afrique, des Etats-Unis et de Chine. Très peu de données européennes sont retrouvées. Plusieurs études d'acceptabilité et de faisabilité ont été réalisées parmi les personnes qui se prostituent. Malgré le fait que l'adhésion et l'intérêt soient souvent satisfaisants, plusieurs défis de mise en œuvre sont observés (72–75).

Les personnes qui se prostituent montrent un intérêt élevé à la PrEP. Certaines personnes évoquent la volonté de prendre soin de soi et y voient un moyen de rester en bonne santé (42,73,76). Les pratiques à risque chez certaines personnes qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif avec leurs clients argumentent l'utilisation de la PrEP (42,77). Certaines personnes y voient un moyen rentable de pouvoir tarifier leur rapports plus chers sans utilisation de préservatifs (73), d'autres au contraire y voient une protection supplémentaire au VIH en association avec le préservatif (42,73,76).

En effet, la gestion du risque d'infection VIH grâce à la PrEP est souvent évoquée notamment en cas d'accident de préservatif (42,73,75) ou de contraintes subies par le client comme un retrait forcé du préservatif (78) et des violences sexuelles (75,77). De nombreuses personnes qui se prostituent se sentent en position de vulnérabilité par rapport à leurs clients (75). Enfin la protection du partenaire dans la vie personnelle de la personne est également un argument pour la PrEP (73,75).

La connaissance de la PrEP et la sensibilisation aux outils de prévention sont souvent faibles et peuvent limiter l'accès et l'adhésion à la PrEP (42,78). En effet, la majorité des

personnes intéressées par la PrEP dans les études ne le sont qu'une fois informées par les investigateurs de la recherche et ne connaissent pas initialement la PrEP.

Les freins à l'acceptabilité de la PrEP chez les personnes qui se prostituent retrouvés dans les différentes publications sont : la peur des effets secondaires (42,72,75–77,79,80), l'inquiétude sur l'efficacité de la méthode (79–81), le manque de confiance dans la médecine (82), la peur de devoir arrêter le préservatif (73,75), le manque de temps et de disponibilité pour aller dans les cliniques faire le suivi et récupérer le traitement à cause du travail (75) ou encore l'imprévisibilité de la vie quotidienne (76). Beaucoup de personnes évoquent la peur de la stigmatisation et d'être jugé par les professionnels de santé et les clients (72,73,76,77,79,80,82) mais aussi par leur entourage proche qui ne validerait pas la mise sous PrEP (73). Certaines ont peur que la prise de Truvada® soit assimilée à une véritable infection au VIH pour d'autres personnes (73,77). Enfin certaines personnes ne ressentent pas le besoin de prendre la PrEP et estiment que leurs pratiques à risque sont contrôlées avec le préservatif (73,80).

Les leviers à l'acceptabilité et au déploiement de la PrEP proposés dans la littérature sont le travail d'information et d'éducation à la prévention (72,75), la flexibilité des structures dans l'offre de PrEP et notamment les horaires (75), la gratuité de la PrEP (72), la lutte contre la stigmatisation et la dépénalisation de l'activité prostitutionnelle (83). Enfin, l'autonomisation et l'investissement communautaire sont au cœur du déploiement de la PrEP avec la mise en place de lieux de confiance pour les personnes qui se prostituent et le soutien par des pairs (72–74,84,85).

Trois projets d'intervention communautaire pour le déploiement de la PrEP chez les personnes qui se prostituent dans des espaces de confiance ont été recensés : l'étude PEARL aux Etats-Unis (84), le projet ASHODAYA en Inde (86) et le projet TAPS en Afrique du Sud (87). Des difficultés d'observance ont pu être observées en lien avec une baisse de l'adhésion à travers l'apparition d'effets secondaires (87) ou une perte de motivation (75). Des oublis de prises ont été rapportés par les personnes (75,79,86), parfois en lien avec une consommation d'alcool ou de substances (72,75,86). La difficulté à prendre tous les jours un médicament était abordée et notamment pour une maladie dont la personne n'était pas atteinte, dans une approche préventive (73). Enfin la difficulté, pour certaines personnes, à se déplacer dans les lieux de déploiement pour venir chercher les comprimés de Truvada® était un frein à l'accès et à la bonne observance de la PrEP (86).

Comme pour l'efficacité du traitement antirétroviral, l'observance du schéma de PrEP est essentielle pour l'efficacité de la PrEP (52). Des leviers pour favoriser l'observance ont été évoqués par les auteurs : utiliser une alarme pour le rappel des prises, garder ses comprimés sur soi toute la journée (75), ou encore prendre le Truvada® en même temps que la pilule contraceptive le cas échéant (79). Le recours à la PrEP injectable est également abordé dans la littérature (79).

Bien que des progrès importants aient été réalisés dans les interventions biomédicales contre le VIH, une couverture et une observance limitées de la PrEP chez les personnes qui se prostituent suggèrent qu'un investissement soutenu dans les interventions communautaires et structurelles est nécessaire pour que ces personnes bénéficient des outils de prévention dont disposent les autres populations clés (83).

D. Conclusion et Justification de recherche

De par leur activité, les personnes qui se prostituent sont plus exposées que la population générale au VIH et aux autres IST (3). L'utilisation du préservatif est globalement élevée car les personnes le considèrent comme un outil de travail. Cependant le niveau de protection dépend du degré d'appropriation des pratiques de prévention (grande vulnérabilité des personnes travaillant sous l'emprise de réseaux) et de la pression exercée par les clients. En effet, la politique de pénalisation des clients adoptée en 2016 a limité la capacité de la population prostitutionnelle à imposer le préservatif devant la diminution du nombre de clients, la tension financière, l'aggravation de la précarité et surtout l'augmentation des demandes de rapports non protégés par les clients (38).

La PrEP (Pré-exposition Prophylaxie) apparaît comme un outil complémentaire efficace et durable de prévention du VIH pour cette population (72). Mise sur le marché depuis 2016, elle s'est largement développée parmi la population HSH mais reste encore peu utilisée chez les autres populations à risque ciblées comme les personnes qui se prostituent. En 2021, seulement 3% des usagers français de PrEP étaient des femmes. De plus, nous notons très peu de femmes incluses dans les études d'efficacité.

Dans la littérature, l'intérêt de la PrEP chez la population prostitutionnelle est élevé. Quelques projets pilotes menés à l'étranger sur la délivrance de la PrEP aux personnes qui se prostituent soulignent cependant un manque initial de connaissances sur cet outil, une adhésion relative et des difficultés d'observance à long terme (87). Un autre frein mis en évidence est l'accès à la PrEP et notamment la difficulté pour certaines personnes à se rendre dans les cliniques où la PrEP est distribuée (86). En France, la PrEP s'initiait uniquement dans les centres hospitaliers ou les CeGIDD au début de notre étude en 2020. L'accès aux soins de la population prostitutionnelle peut être limité par une précarité financière et sociale, une peur de la stigmatisation, une méfiance des institutions ou encore une absence de droits sociaux pour des personnes en situation irrégulière (7).

Le dispositif Poppy, établissement médico-social de l'association La Case à Bordeaux, travaille auprès des personnes qui se prostituent dans une démarche d'accès à la santé globale pour tous et de réduction des risques liés à l'activité prostitutionnelle. Ce dispositif a lancé en 2020 un projet innovant de PrEP pour les personnes qui se prostituent : la mise en place d'une consultation extrahospitalière bimensuelle de PrEP directement dans les locaux de Poppy, assurée par un praticien hospitalier détaché du CHU. L'objectif est de faciliter l'accès à la PrEP aux PP en délocalisant la consultation dans un lieu « ressource » de confiance. Ce projet pilote étant une première nationale, il apparaît nécessaire d'en étudier la viabilité dans une perspective de pérennisation, transférabilité et possible mise à l'échelle.

Question de recherche

Quels sont les facteurs (freins et leviers) de la viabilité d'une consultation avancée de PrEP chez les personnes qui se prostituent ?

Hypothèse(s)

Cette intervention de prévention en santé chez les personnes qui se prostituent est viable, c'est-à-dire capable d'être mise en œuvre de façon routinière en étant acceptable, accessible et faisable.

Objectifs

L'objectif principal était de déterminer les freins et les leviers de la viabilité d'une consultation PrEP pour les personnes qui se prostituent en extrahospitalier dans un lieu « ressource » d'après les différentes parties prenantes.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la réalisation de cette consultation PrEP en pratique quotidienne, de décrire les différents profils de personnes qui ont eu accès à cette consultation et d'analyser leurs connaissances en prévention VIH ainsi que les méthodes de prévention utilisées.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Choix du type de l'étude

La mise en place de cette consultation avancée de PrEP directement dans les locaux du dispositif Poppy pour les personnes qui se prostituent est une intervention innovante en santé publique. Après une recherche bibliographique et documentaire, cette intervention complexe en promotion de la santé nous est apparue comme étant une première au niveau national. Dans une démarche de recherche évaluative, il nous a donc paru pertinent de réaliser une étude de viabilité afin d'analyser en premier lieu sa capacité à être mise à l'échelle et sa transférabilité dans d'autres villes dans un défi de durabilité.

Une étude de viabilité (*viable validity*) consiste à déterminer dans quelles conditions une intervention innovante peut être mise en œuvre et « réussir » dans des conditions de routine (88). Elle permet d'identifier les potentiels freins et leviers à son déploiement et son fonctionnement, en prenant en compte l'opinion et l'expérience des différentes parties prenantes et en analysant différents facteurs spécifiques qui influencent sa transférabilité (exemple : acceptabilité idéologique, accessibilité géographique, faisabilité financière et organisationnelle...). Il en découle ensuite des recommandations et des propositions pour favoriser son déploiement, en tant qu'étude pilote. Les principales composantes de la viabilité sont (89) :

- L'acceptabilité, définie comme l'appropriation de la pertinence, des enjeux et du contenu par les parties prenantes,
- L'accessibilité, définie comme les conditions de facilitation et les obstacles à la participation, à l'implication,
- La faisabilité, définie comme la mise en pratique quotidienne.

B. Schéma d'étude

Nous avons mené une étude qualitative transversale de viabilité par entretiens individuels semi-directifs auprès des différentes parties prenantes.

C. Population étudiée

Ont été incluses dans l'étude les différentes parties prenantes impliquées dans la mise en place de cette consultation PrEP : les personnes qui se prostituent et les professionnels travaillant au sein du dispositif Poppy.

Pour les personnes qui se prostituent, les critères d'inclusion étaient d'être majeur, d'exercer ou d'avoir exercé une activité prostitutionnelle et d'être en lien avec le dispositif Poppy. Le refus de répondre constituait un critère de non inclusion.

Pour les professionnels, le seul critère d'inclusion était de travailler au sein du dispositif Poppy auprès des personnes qui se prostituent.

D. Echantillonnage

1. Type d'échantillonnage

Notre étude qualitative reposant sur le point de vue des différentes parties prenantes impliquées, l'objectif de notre échantillonnage théorique était de diversifier les cas de manière à inclure la plus grande variété possible. Le principe de diversification est en effet présenté comme un critère majeur de sélection dans les échantillons qualitatifs par cas multiples. Il permet d'apporter un panorama le plus complet possible des opinions et donc une vision d'ensemble de la question de recherche (90).

Pour les professionnels de santé, une analyse auprès de tous les corps de métier qui composent l'équipe travaillant au sein du dispositif Poppy a pu être réalisée : un médecin, une infirmière diplômée d'état, une assistante sociale, un éducateur spécialisé, deux médiateurs santé pairs et la directrice de l'association La Case.

Pour les personnes qui se prostituent, nous avons réalisé un échantillonnage de variation maximale en se basant sur le principe de diversification externe (intergroupe) ou encore appelée de contraste (90). Il nous est apparu important de choisir des profils de prostitution les plus divers possible. L'échantillon a donc été constitué à partir de critères de diversification en

fonction de variables stratégiques pour obtenir des points de vue de la plus grande diversité possible (91). Nous nous sommes basés sur des variables générales comme le sexe, l'âge, la nationalité, le lieu de prostitution ou encore la couverture sociale. Il nous semblait également pertinent de s'appuyer sur des variables spécifiques comme la prise ou non de la PrEP. Ainsi nous avons pu comparer les différents points de vue entre les personnes qui se prostituent prenant la PrEP et celles qui ne la prenaient pas. Nous avons donc privilégié l'échantillonnage par contraste qui maximise la diversification externe au dépend de la diversification interne (intragroupe) qui nous aurait permis une saturation empirique des données (90).

2. Recrutement

Le recrutement des différentes parties prenantes a été effectué par l'investigatrice principale, Caroline Laguitton, étudiante en médecine.

Pour permettre un recrutement des personnes qui se prostituent, population souvent vulnérable et méfiante d'un intervenant extérieur inconnu, l'investigatrice a effectué un travail d'immersion au sein du dispositif Poppy à partir de novembre 2020 à raison de deux après-midis par semaine en moyenne en fonction de son emploi du temps. Cette immersion a permis, en plus d'un travail d'investigation sur le terrain, une entrée en contact progressive avec le public cible. L'investigatrice, qui a participé aux consultations médicales, aux temps d'accueil des usagers ou encore au travail de proximité dans la rue, a ainsi pu être repérée par les personnes qui se prostituent. Elle a été identifiée comme professionnel de santé récurrent, ce qui a permis un lien de confiance et ainsi favorisé le recrutement par la suite.

Le recrutement des personnes qui se prostituent a été effectué de janvier à avril 2022. La sélection des personnes contactées était orientée en fonction des différentes variables préalablement identifiées pour l'échantillonnage et évoluait au fur et à mesure des recrutements afin de diversifier les profils et les points de vue.

La prise de contact était généralement faite en face-à-face directement au local de Poppy sur les horaires d'ouverture du dispositif quand les personnes se présentaient pour des motifs divers. Elle a également été réalisée lors de tournées de rue dans le cadre du travail de proximité auprès de personnes qui se prostituent sur le lieu de travail. Deux prises de contact ont été faites de façon téléphonique pour des personnes travaillant sur internet.

L'approche consistait pour l'investigatrice à se présenter de nouveau en tant qu'étudiante en médecine travaillant sur un projet de thèse de médecine générale auprès des personnes qui se prostituent. Les objectifs principaux de l'étude concernant la mise en place de la consultation PrEP étaient repris et expliqués de façon simple et claire. L'équipe des professionnels de Poppy appuyait la démarche de l'étude, ce qui a facilité le recrutement.

La prise de contact permettait alors, si la personne acceptait de participer à l'étude, soit de réaliser l'entretien directement, soit de convenir d'un rendez-vous ultérieur au local de Poppy en fonction de ses disponibilités.

Le refus de participation d'une personne approchée au local était expliqué par la peur d'être enregistrée par le dictaphone au moment du recueil de données malgré les explications données sur la garantie de l'anonymat et la destruction ultérieure des enregistrements par l'investigatrice. Une personne contactée par téléphone n'avait pas donné suite.

Pour le recrutement des professionnels du dispositif Poppy, la prise de contact a été facilitée par le travail d'immersion au sein du dispositif Poppy pendant plusieurs mois, qui a permis de créer un lien et une appartenance directe à cette équipe. L'approche a donc été réalisée en face-à-face pour la majorité des cas au local de Poppy sur les temps de présence de l'investigatrice. En fonction des disponibilités du professionnel, l'entretien était programmé à une date définie. La directrice de l'association La Case a été contactée par mail pour convenir d'un rendez-vous en présentiel dans les bureaux de La Case.

E. Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé par l'investigatrice principale à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs auprès des différentes parties prenantes impliquées.

1. Elaboration des guides d'entretien

En s'intéressant aux points de vue et intérêts des différentes parties prenantes, il nous a semblé pertinent de ne pas réaliser les mêmes entretiens pour toutes les personnes interrogées. En effet, les entretiens nécessitaient d'être orientés différemment selon que la personne soit un

professionnel de Poppy ou un usager du dispositif. Même à l'intérieur de ces deux groupes de parties prenantes, il nous paraissait judicieux de séparer les différents métiers chez les professionnels de Poppy ou encore la prise ou non de la PrEP chez les personnes qui se prostituent. Nous avons donc établi cinq guides d'entretien différents, représentant les cinq sous-groupes principaux des parties prenantes :

- Un guide d'entretien pour les professionnels médicaux
- Un guide d'entretien pour les professionnels sociaux
- Un guide d'entretien pour la direction
- Un guide d'entretien pour les personnes qui se prostituent avec PrEP
- Un guide d'entretien pour les personnes qui se prostituent sans PrEP

Les deux guides d'entretien pour les personnes qui se prostituent avec ou sans PrEP ont été élaborés avec l'aide des professionnels de Poppy qui connaissaient mieux les usagers. Ces deux guides ont également été traduits en anglais dans l'éventualité d'un entretien avec des personnes uniquement anglophones, public fréquemment rencontré au dispositif Poppy.

L'élaboration des guides d'entretien est la résultante d'un travail de revue de littérature et d'une analyse sur le terrain pendant l'immersion de l'investigatrice au sein de l'équipe de Poppy pendant plusieurs mois. La participation aux différentes missions du dispositif, comme les discussions avec les personnes qui se prostituent pendant les temps d'accueil, les consultations médicales y compris quelques consultations PrEP, le travail de proximité lors des tournées de rue et des tournées virtuelles ou encore l'intégration dans l'équipe professionnelle, a permis de dégager une première vision d'ensemble de la problématique. Ainsi, grâce au recueil des données de terrain mis en relation avec les données de littérature, différentes axes thématiques ont pu être établis dans les guides d'entretien pour répondre aux objectifs de l'étude.

Les cinq guides d'entretiens différents étaient composés de questions générales avec différents thèmes principaux à aborder (questions notées en gras dans les guides). Les questions étaient ouvertes pour une parole et un point de vue les plus libres possibles. Pour chaque thème, des questions plus fines permettaient de relancer la personne sur un point pertinent qui n'aurait pas été abordé spontanément.

Les guides d'entretiens pour les personnes qui se prostituent étaient articulés selon trois axes principaux :

- La première partie consistait à aborder la biographie de la personne et son lien avec le dispositif Poppy. L'objectif était de recueillir les données socio-démographiques et de créer un lien de confiance pour ouvrir la discussion.
- La deuxième partie s'intéressait aux pratiques sexuelles à risque et aux méthodes de prévention VIH connues et utilisées par la personne. Cet axe permettait d'aborder les questions de conscience du risque VIH, des violences potentiellement subies de la part des clients et la notion de maîtrise des pratiques à risque.
- La dernière partie explorait le point de vue de la personne sur la PrEP. Pour les personnes sous PrEP, cet axe recueillait l'expérience du parcours PrEP vécu par la personne de l'initiation au suivi, en explorant l'observance, les bénéfices et les contraintes perçus. Pour les personnes ne prenant pas la PrEP, cet axe visait à explorer leurs connaissances initiales sur la PrEP. Après un bref rappel systématique sur la PrEP par l'investigatrice, les raisons pour lesquelles la personne ne prenaient pas la PrEP étaient explorées ainsi que les potentiels bénéfices qu'elle aurait à la prendre.

Pour les professionnels travaillant au sein du dispositif Poppy, plusieurs axes étaient étudiés en fonction du métier de la personne :

- La première partie abordait le dispositif Poppy chez tous les professionnels au sens global, afin d'explorer les différents publics rencontrés et les différentes missions de la personne en fonction de son métier. Un abord particulier pour la direction était la création de l'association avec ses objectifs et ses enjeux initiaux ainsi que la place du dispositif au sein du panel associatif national s'occupant des personnes qui se prostituent.
- La seconde partie se consacrant aux pratiques sexuelles à risque et aux missions de prévention VIH de Poppy n'était explorée que chez les professionnels sociaux et médicaux. Elle s'intéressait à l'intérêt des personnes qui se prostituent dans la prévention VIH du point de vue des professionnels, aux difficultés rencontrées par

l'équipe et aux outils à développer. La notion d'accès aux soins de ce public était abordée.

- La troisième partie abordait chez tous les professionnels la création de la consultation PrEP dans les locaux de Poppy en soulevant les enjeux éthiques et sociaux ainsi que les motivations initiales de ce projet. Cet axe permettait d'aborder la question de la représentation de la PrEP pour le public HSH, le cadre légal de la prostitution avec la loi de pénalisation des clients ainsi que la notion de stigmatisation.
- Une quatrième partie concernant l'aspect administratif et le financement du projet n'a été explorée que dans l'entretien avec la direction afin de connaître les démarches et autorisations administratives effectuées.
- Une autre partie explorant l'organisation pratique de la consultation au local Poppy était abordée uniquement avec les professionnels médicaux par rapport au rythme des consultations, au suivi, aux ordonnances et aux examens complémentaires réalisés.
- Une sixième partie visait à explorer les moyens de promotion mis en place pour cette consultation et ceux à envisager pour favoriser son déploiement, chez les professionnels médicaux et sociaux.
- Une septième partie s'intéressait à l'autorisation de la primo-prescription de la PrEP par les médecins généralistes et aux impacts positifs et négatifs envisagés par tous les professionnels en réponse à ce changement d'organisation. Un point particulier était abordé avec les professionnels médicaux sur la formation proposée ainsi que sur l'intérêt et l'accès des médecins généralistes à cette primo-prescription.
- Enfin, une dernière partie reprenait chez tous les professionnels l'état des lieux de cette consultation PrEP. Cet axe permettait d'explorer le point de vue des professionnels sur l'intérêt des personnes qui se prostituent à la mise en place de cette consultation, aux freins et limites observés, ainsi qu'aux leviers qui permettraient un déploiement de la PrEP auprès de ce public cible.

Des entretiens pilotes ont été réalisés au préalable avec une personne de l'entourage de l'investigatrice ainsi qu'avec une stagiaire assistante sociale du dispositif Poppy. Ces entretiens ont permis de valider la durée de l'entretien, la faisabilité et la pertinence de ces guides.

2. Réalisation des entretiens individuels semi-directifs

Les entretiens des personnes répondant aux critères d'inclusion ont été réalisés individuellement en face-à-face dans un des bureaux du local Poppy dans le centre-ville de Bordeaux. Un entretien a eu lieu en appel téléphonique du fait de l'impossibilité de la personne de se déplacer au local, en lien avec son emploi du temps. Deux entretiens ont été réalisés en anglais pour faciliter le recueil des données auprès de deux personnes uniquement anglophones.

Les entretiens débutaient par une présentation orale de l'investigatrice et de l'étude. Le sujet interviewé connaissait donc le statut de médecin du chercheur ainsi que la question de recherche autour de la consultation PrEP pour les personnes qui se prostituent. Un rappel du traitement anonyme et confidentiel des données, ainsi que de la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment était donné. L'accord en vue de l'enregistrement audio des données était recueilli. Un formulaire d'information et de consentement était co-signé par la personne interviewée et l'investigatrice.

Le guide d'entretien a été suivi et les relances, reformulations ou questionnements, ont été adaptés selon l'interviewé. Les caractéristiques socio-démographiques étaient recueillies uniquement pour les personnes concernées par l'étude, soient les personnes qui se prostituent.

L'enregistrement des entretiens a été réalisé grâce à un dictaphone placé entre l'investigatrice et le sujet. Ce recueil audio exhaustif permettait à l'investigatrice de ne pas prendre de notes pendant l'entretien et ainsi rester uniquement focaliser sur le discours de la personne afin de rebondir plus facilement sur certains propos ou d'en approfondir d'autres.

3. Retranscription

Les enregistrements audios des entretiens semi-directifs ont été utilisés comme base de travail par l'investigatrice. Une retranscription intégrale mot pour mot a été réalisée pour chaque entretien dans un fichier individuel à l'aide d'un logiciel de traitement de texte Word. Les deux

entretiens réalisés en anglais ont été directement retranscrits en français, après traduction, pour faciliter l'analyse.

Les entretiens ont été anonymisés. Les éventuelles personnalités désignées dans le discours des personnes interrogées ont également été anonymisées. Pour faciliter la lecture de l'entretien pendant la phase d'analyse, nous avons séparé les parties prenantes en deux groupes distincts : les professionnels de Poppy (PROF) et les personnes qui se prostituent (PP). Pour chaque sujet, un numéro de 01 à 05 pour les professionnels et de 01 à 09 pour les personnes qui se prostituent lui a été attribué, correspondant à l'ordre chronologique de réalisation des entretiens (ex : PROF02, PP05...).

Lors de la retranscription, le texte correspondant aux questions de l'investigatrice était surligné en italique pour le différencier de la personne interviewée.

F. Analyse qualitative

L'analyse des données a été réalisée selon le modèle de l'analyse de contenu thématique. Selon Moliner et al., l'analyse de contenu est la technique la plus appropriée pour identifier les opinions, les croyances, les prises de position et les points de vue véhiculés par les discours (92). De fait, elle nous a semblé adaptée pour une étude de viabilité s'intéressant aux points de vue et intérêts des différentes parties prenantes impliquées.

Notre analyse thématique a consisté à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et à l'examen discursif des thèmes abordés dans le corpus (93). Nous avons organisé et décrit l'ensemble des données collectées en faisant ressortir les thèmes et sous-thèmes du texte retranscrit exhaustivement au moyen d'un codage.

Nous avons choisi de réaliser notre analyse à partir d'un codage « générique ». Ce type de codage est un mixte entre les approches inductives (codage ouvert) et conceptualisées (codage préalable) (94). Il repose sur une liste de thèmes à étudier, établie à priori, en laissant la possibilité de découvrir des thèmes insoupçonnés. En effet, lors de l'élaboration du guide d'entretien, un travail de recueil de données de terrain et de littérature avait permis une première vue d'ensemble de la problématisation et ainsi de dégager des axes et hypothèses préalables

pour la construction des guides. Ces catégories thématiques transversales, inscrites dans un cadre théorique, ont donc permis une première ébauche de grille analytique qui est restée ouverte et qui a évolué tout au long de l'analyse en fonction des spécificités des données du corpus explorées.

Pour commencer, nous avons effectué ce travail de codage générique à l'aide du logiciel NVivo 12. Cela consistait à repérer et à étiqueter des noyaux de sens comme des mots, des groupes de mots ou des phrases retrouvés dans le corpus initial. Le codage élabore un découpage du texte en unités de sens. Il permet une illustration et un rassemblement des données du texte sous forme d'unités d'analyse significatives et condensées (94). Cette phase d'étiquetage a permis une première identification de thèmes et de sous-thèmes.

Nous avons ensuite réalisé une étape de catégorisation sémantique qui consistait en une opération de classification des unités de sens (sous-thèmes) en catégories (thèmes) selon des regroupements analogiques par association d'idées. Le thème comme catégorie devait capturer quelque chose d'important et de pertinent en relation avec la question de recherche. Il représente un certain niveau objectif de réponse ou de connaissance concernant l'ensemble des données (95). Nous sommes restés dans une même démarche mixte/générique que pour le codage. Le travail évolutif de la catégorisation était influencé par le cheminement théorique d'hypothèses initiales tout en gardant un esprit ouvert et réceptif à l'apparition de nouvelles relations entre les thèmes. Le travail de catégorisation a permis une deuxième lecture du corpus. Les étiquettes (sous-thèmes) ont été retravaillées et modifiées, les thèmes ont été consolidés et approfondis. Les thèmes et sous-thèmes sont surlignés dans les résultats de la thèse pour une lecture facilitée.

Dans une démarche de réflexion analytique, nous avons mis en relation les différentes catégories afin d'établir des connexions et de les structurer dans un système porteur de sens. Ce travail d'inférence a permis d'approfondir les résultats en sortant d'une logique « comptable » pour interroger d'avantage le sens des entretiens réalisés (96). Nous avons recontextualisé le travail de catégorisation dans un cadre conceptuel pour rendre compte d'expériences, de représentations et de perceptions nouvelles (93). Les catégories ont été retravaillées pour les rendre signifiantes en les reliant aux objectifs de l'étude. Ce travail d'interprétation a permis l'élaboration de schémas théoriques dans un objectif de conceptualisation.

Enfin, la modélisation a nécessité la construction d'une représentation synthétique et structurée des données explorées. Nous avons cartographié les différents thèmes au travers d'une reconstitution dynamique et logique des relations entre ces thèmes coexistant les uns avec les autres. Nous avons ainsi pu élaborer une nouvelle arborescence thématique articulée autour de la question de recherche.

G. Aspects réglementaires et éthiques

D'après l'article R.1121-1 du Code de Santé Publique, notre étude n'avait pas pour but de développer des connaissances biologiques ou médicales mais s'inscrivait dans un recueil de différents points de vue et intérêts auprès des parties prenantes impliquées sur une intervention en santé publique. Il s'agit d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH). L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était donc pas requis.

Notre travail a été soumis pour validation de sa conformité aux lois de protection des données personnelles en octobre 2021. Il a été porté au registre des traitements de données à caractère personnel du Correspondant Informatique des Libertés (CIL) de l'université de Bordeaux.

Avant de débiter chaque entretien, les personnes incluses à l'étude recevaient une information claire, loyale et appropriée, par des termes compréhensibles, des différents objectifs de l'étude, de la nature des informations recueillies et de la possibilité d'interrompre l'étude à n'importe quel moment sans justification. L'anonymat de chaque patient a été assuré. Un formulaire d'information et de consentement était co-signé entre la personne entrevue et l'investigatrice, avant d'initier l'entretien.

Les données des entretiens recueillies et les données d'analyse et d'exploitation des résultats seront conservées 36 mois après la fin effective du projet. Les données auditives enregistrées sur le dictaphone lors des entretiens seront détruites à la fin de l'étude.

III. RESULTATS

A. Description de la population source

Au total, quatorze personnes ont été interrogées lors d'entretiens individuels entre janvier et avril 2022 :

- Cinq entretiens auprès des professionnels travaillant au sein du dispositif Poppy,
- Neuf entretiens auprès des personnes qui se prostituent dont deux personnes médiatrices en santé pairs. Parmi ces neuf entretiens :
 - Quatre personnes prenaient la PrEP,
 - Cinq personnes ne prenaient pas la PrEP.

La durée moyenne des entretiens était de 32 minutes avec un entretien le plus long de 51 minutes et un entretien le plus court de 12 minutes. Nous notons une différence entre les deux familles de parties prenantes, en lien avec des guides d'entretien plus longs pour les professionnels. En effet, la durée moyenne des entretiens avec les professionnels de Poppy était de 44 minutes et celle des entretiens avec les personnes qui se prostituent de 25 minutes.

Concernant la description de la population source, nous avons choisi d'approfondir uniquement les caractéristiques des parties prenantes ciblées pour l'initiation de la PrEP soit les personnes qui se prostituent usagères du dispositif Poppy.

1. Description des professionnels de Poppy

Pour les professionnels de Poppy, des entretiens ont été effectués auprès de cinq personnes travaillant au sein du dispositif (Tableau 2). Les différents corps de métiers étaient représentés dans une démarche de diversification. L'expérience de ces professionnels, évoluant dans leurs différents métiers auprès des personnes qui se prostituent, a permis de recueillir des points de vue et opinions variés sur la question de recherche.

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des professionnels du dispositif Poppy participants

	Tranche d'âge	Sexe	Fonction	Ancienneté
PROF01	25-34 ans	Femme	IDE	1 an
PROF02	35-49 ans	Homme	Educateur spécialisé	2 ans
PROF03	34-49 ans	Femme	Médecin	3 ans*
PROF04	51 ans et plus	Femme	Directrice	3 ans*
PROF05	35-49 ans	Femme	Assistante sociale et coordinatrice	3 ans*

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

** Depuis la création du dispositif Poppy, établissement de l'Association La Case*

2. Description des personnes qui se prostituent

Pour les personnes qui se prostituent, le recueil a été interrompu une fois la diversification externe des profils d'usagers de Poppy obtenue et satisfaisante par rapport aux variables générales et spécifiques retenues (Tableau 3).

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques sociologiques, aux différents profils de prostitution, aux connaissances en matière de VIH des personnes ainsi qu'aux méthodes de prévention utilisées. Compte tenu de l'effectif de notre étude, les résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des personnes qui se prostituent. Cependant, certains résultats enrichis par le point de vue des professionnels, permettent un éclairage sur les différentes pratiques sexuelles à risque chez les personnes qui se prostituent.

Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques des personnes qui se prostituent participantes

Usagers	Tranche d'âge	Sexe	Nationalité	Lieu de travail	Prise PrEP	Protection sociale	Méiateur Pair
PP01	25-34 ans	Femme	Nigériane	Rue	Oui	AME	Non
PP02	35-49 ans	Femme	Française	Internet	Oui	AMO	Non
PP03	50 ans et plus	Femme	Camerounaise	Rue	Non	AMO	Non
PP04	50 ans et plus	Femme	Camerounaise	Rue	Non	AMO	Non
PP05	25-34ans	Femme	Nigériane	Rue	Oui	CSS	Non
PP06	25-34ans	Homme	Française	Internet	Oui	AMO	Non
PP07	18-24ans	Femme	Roumaine	Rue	Non	AME	Non
PP08	25-34ans	Homme trans	Française	Internet	Non	AMO	Oui
PP09	25-34ans	Femme	Française	Internet	Non	AMO	Oui

AME: Aide Médicale d'État

AMO: Assurance Maladie Obligatoire

CSS: Complémentaire Santé Solidaire

a) Age et sexe des participants

La majeure partie des personnes interrogées avaient entre 25 et 34 ans et étaient des femmes. Deux hommes de cette même tranche d'âge ont participé aux entretiens dont un homme trans. Deux femmes avaient plus de 50 ans. Concernant les personnes usagères du dispositif Poppy « *on aura majoritairement des femmes, un peu moins d'hommes et pas beaucoup de personnes trans.* » (PROF02) « *Sur du déclaratif, on a des personnes de 18 à 74 ans.* » (PROF04).

b) Différentes nationalités

Presque la moitié des personnes qui se prostituent de l'étude étaient d'origine française. Parmi les autres participants, deux femmes étaient d'origine nigériane, deux autres d'origine camerounaise et une femme était d'origine roumaine « *On en a d'Afrique, des pays de l'Est :*

Bulgarie, Roumanie, Albanie. » (PROF01) « *Après on aura un peu d'Amérique du Sud avec le Brésil et quelques personnes trans.* » (PROF02).

c) Protection sociale

Toutes les personnes de nationalité française étaient sous le régime de la sécurité sociale générale avec complémentaire. Les deux femmes d'origine camerounaise, insérées depuis longtemps en France, avaient aussi une ouverture de droits AMO en déclarant leurs revenus à l'URSSAF en tant que travailleuses indépendantes dans la catégorie « autres services personnels/services des hôtesse, services des prostituées ». Une femme nigériane bénéficiait de la Complémentaire santé solidaire (CSS). Une femme d'origine roumaine et une autre d'origine nigériane bénéficiaient de l'Aide Médicale d'Etat (AME) « *On a des gens très précaires et des gens très insérés.* » (PROF04).

d) Lieux de travail

Dans notre étude, plus de la moitié des personnes travaillaient dans la rue (à pied ou dans une camionnette). Les autres personnes travaillaient via internet. Si nous rapportons la nationalité au lieu de travail, toutes les personnes d'origine étrangère travaillaient dans la rue et toutes les personnes françaises interrogées travaillaient via internet.

On a pu identifier au sein des personnes qui se prostituent dans la rue majoritairement des personnes étrangères, possiblement sous l'emprise de réseaux « *victimes de la traite des êtres humains.* » (PROF04). La prostitution traditionnelle, assurée par des françaises plus âgées, perdurait mais était en nette diminution « *On a des vieilles françaises qui tricotent sur leur pliant en attendant le client dans la rue.* » (PROF05).

Le travail sur internet était en plein développement depuis quelques années « *On ne retrouve pas toutes les personnes qui se prostituent dans la rue sur internet parce que se prostituer sur internet ça implique d'avoir un ordinateur ou un smartphone [...] des personnes plus précaires ou plus anciennes ne savent pas forcément s'en servir.* » (PROF 04). La population était majoritairement représentée par une population jeune et d'origine française « *On a une prostitution étudiante qui émerge beaucoup.* » (PROF05).

Après un contact via un site spécialisé ou « *via une application directement* » (PP06), une négociation des pratiques et des tarifs est effectuée entre la personne et le client. L'activité sur internet semblait plus rentable avec des tarifs plus élevés que dans la rue « *La bonne chose c'est qu'il y a beaucoup d'argent avec internet et la différence est énorme.* » (PP01). La rémunération variait en fonction de la spécialité et du genre. La *girlfriend experience* était une des prestations les plus rentables « *on leur propose un peu une espèce de simulacre de relation cocon, donc je vais être ta meuf durant une heure ou deux [...] c'est 200 euros pour une heure et ensuite je facture à 150 euros l'heure supplémentaire.* » (PP08). Les hommes avaient tendance à devoir tarifier moins cher pour avoir des demandes « *Quand ce sont des services d'hommes gays pour d'autres hommes gays, des fois je vois des mecs qui sont à 50 ou 80 euros pour une heure.* » (PP08). Les demandes pour des rapports non protégés étaient très nombreuses et les prix proposés très élevés « *Tu peux rencontrer sur internet un client qui te propose 200-500-600 euros pour juste une fellation... mais sans préservatif.* » (PP01). La personne qui se prostitue et le client convenaient ensuite d'un lieu de rendez-vous « *En général, je rencontre les clients dans un lieu neutre, souvent à l'hôtel.* (PP06) « *C'est plus risqué de recevoir au domicile, tu es toute seule s'il y a un problème.* » (PP09).

Certaines personnes racontaient partir en tournées pendant quelques jours dans une autre ville « *Quand tu es nouvelle dans une ville tu as plus d'attractivité, c'est plus facile d'avoir des clients.* » (PP09). Le rythme de travail était très intense avec beaucoup de rendez-vous sur une courte période « *J'essaye de faire pas mal de rendez-vous. De rentabiliser le voyage.* » (PP09).

e) Différentes trajectoires de prostitution

« *On a des gens qui sont d'origines et de cultures extrêmement différentes, et dont le recours à la prostitution relève de raisons très différentes.* » (PROF05). Nous avons pu identifier deux axes de trajectoire principaux : la prostitution subie et la prostitution choisie.

La prostitution subie ou encore non choisie était reliée « *à des réseaux de prostitution et de migration [...] qui sont dans le cadre de réseaux internationaux avec une liberté plus ou moins altérée on va dire.* » (PROF05). On retrouvait des populations étrangères et migrantes comme par exemple des personnes de « *la communauté nigériane, qui sont victimes de la traite des êtres humains* » (PROF02). Les personnes des pays de l'Est travaillaient souvent depuis leur plus jeune âge « *il y a une prostitution qui est plus institutionnalisée sous la main de la*

famille, non choisie mais dirigée par certains membres de la famille. » (PROF05). Plus tard, elles pouvaient aussi être « *sous l'emprise d'un compagnon* » (PROF04). Cet axe de trajectoire était surtout illustré dans l'activité de prostitution de rue.

D'un autre côté, il y avait la prostitution choisie. On y retrouvait une notion de métier avec des « *personnes qui se déclarent travailleurs du sexe, qui revendiquent un statut autour de ça.* » (PROF05), parce qu'elles y trouvaient un aspect « *empouvoirant* » (PP02). Il y avait aussi des personnes qui ont choisi cette trajectoire par contrainte, en lien avec des problèmes financiers « *Je suis tombée en faillite et les banques n'ont pas suivi* » (PP04) « *je n'avais pas d'argent et il fallait que je paye mon loyer* » (PP08). Certaines personnes avaient essayé plusieurs métiers et « *en termes de temps et d'argent, il n'y a que celui-là qui convient, en tous cas qui convient mieux que les autres.* » (PP02) « *ce n'est pas pire que d'aller faire des ménages au Novotel [...] je préfère même car c'est moi qui gère quand je travaille et je ne me casse pas le dos.* » (PP08). Il y avait des prostitutions qui étaient occasionnelles « *qui sont liées à un contexte bien particulier comme le confinement pendant le Covid.* » (PROF04). Il pouvait y avoir aussi une sexualité tarifée « *qui ne se déclare pas comme de la prostitution mais qui en est néanmoins.* » (PROF05). Nous avons retrouvé cette approche de la prostitution majoritairement sur internet, auprès de personnes françaises insérées. Dans notre étude, six personnes sur neuf s'identifiaient dans cette catégorie.

Les profils et trajectoires de l'activité de prostitution étaient nombreux et variés « *On pourrait dire qu'il y a autant de types de prostitution que de personnes qui se prostituent parce que chacun déjà le nomme de la façon qui lui correspond.* » (PROF04). Certaines personnes parlaient « *d'escorting* » (PROF04), d'autres de « *travailleurs du sexe* » (PROF02), ou encore certains qui « *ne mettent jamais le mot prostitution sur cette activité et qui vont parler de relations tarifées.* » (PROF04). Finalement, chacun se nommait « *en fonction de l'approche qu'il a de la chose et de son positionnement dessus.* » (PROF04).

Pour une partie des travailleurs du sexe, « *la prostitution est un gros mot* » (PROF04) en étant associée à une connotation victimaire de l'activité. Sur internet, « *tu ne peux pas parler de prostitution [...], tu peux te faire bannir par les modérateurs des sites.* » (PROF04).

Cependant il était difficile « *de parler de travail du sexe avec des personnes qui sont victimes d'exploitation.* » (PROF04). Pour les professionnels de Poppy, il fallait donc mesurer,

parler de relations tarifées au début et ensuite « *adapter le discours au fur et à mesure [...] parce qu'on ne veut surtout pas heurter.* » (PROF04).

f) Les connaissances en VIH et méthodes de prévention

Nous nous sommes d'abord intéressés aux connaissances des personnes qui se prostituent sur les modes de contamination possibles du VIH. La réponse la plus fréquente était le risque de contamination lors de rapports sexuels à risque non protégés « *pendant un rapport sans préservatif* » (PP01). La contamination possible pendant les rapports oro-génitaux était aussi évoquée chez la plupart des personnes interrogées « *La contamination peut aussi se faire en dehors de la pénétration, pendant les préliminaires avec des baisers, des fellations, des cunnilingus, des doigts dans le vagin, tu peux être contaminé.* » (PP01). La notion de contamination possible via des objets souillés par le sang était évoquée chez deux personnes « *On évite de partager ses aiguilles quand on s'injecte des choses dans le corps. Voilà.* » (PP08).

Nous nous sommes ensuite penchés sur les méthodes de prévention du VIH connues des personnes qui se prostituent, qu'elles soient utilisées ou non (Figure 5).

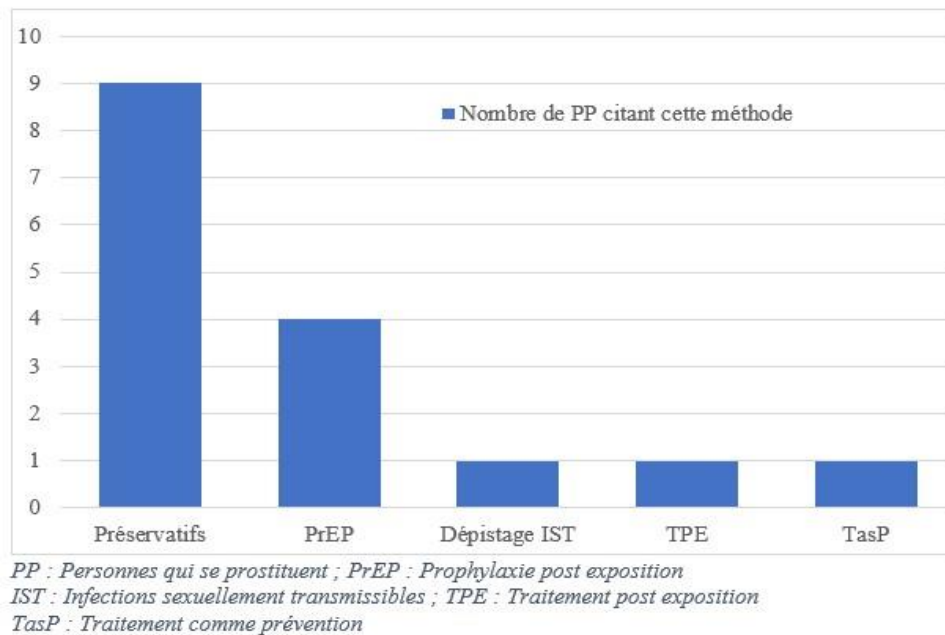


Figure 5. Connaissances des méthodes de prévention du VIH par les personnes qui se prostituent participantes

La totalité des personnes interrogées signifiaient en premier le préservatif. La PrEP a été citée chez quatre personnes dont deux personnes sous PrEP et deux personnes médiatrices en santé pairs. Spontanément, les deux autres personnes sous PrEP n'avaient pas parlé de cet outil de prévention. Le dépistage des IST a été énoncé par une personne sous PrEP n'utilisant pas de préservatifs lors de ses rapports tarifés. Enfin une autre personne, également sous PrEP, a identifié le TPE et le Traitement comme Prévention (TasP) comme étant d'autres méthodes de prévention du VIH possibles.

Nous avons enfin évalué les méthodes de prévention du VIH utilisées par les personnes qui se prostituent (Figure 6).

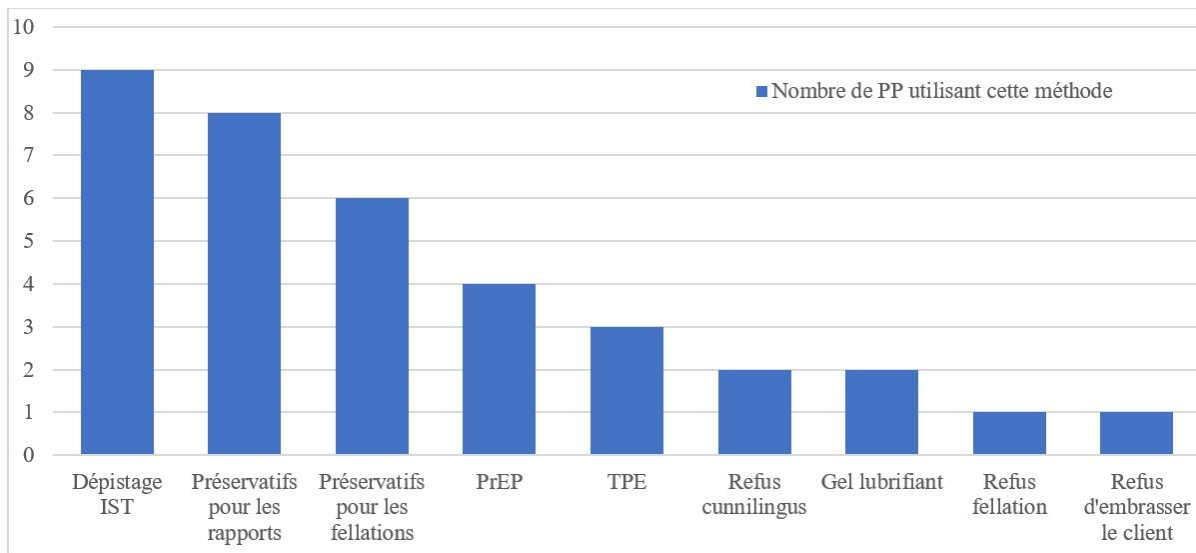


Figure 6. Utilisation des méthodes de prévention du VIH par les personnes qui se prostituent participantes

L'ensemble des personnes qui se prostituent réalisaient des dépistages IST régulièrement. Six personnes faisaient des dépistages tous les trois mois, une personne en faisait tous les mois, une autre tous les quatre mois ou moins et enfin une dernière en faisait tous les ans. Le lieu de réalisation de ces dépistages était partagé quasiment à équivalence entre le local Poppy et un laboratoire de ville. Deux personnes indiquaient réaliser des dépistages supplémentaires en fonction de situations à risque ou de rapports tarifés très rapprochés « *des fois quand j'ai un doute sur un client ou une situation, je peux faire un test entre deux suivis.* » (PP06). Deux autres personnes ont notifié aller directement faire un dépistage IST en cas d'accident de préservatif.

Le préservatif était utilisé pour tous les rapports tarifés avec des clients chez huit personnes. Une personne sous PrEP n'utilisait pas de préservatif « *je n'ai jamais été un grand fan du préservatif.* » (PP06). Le préservatif féminin était très peu utilisé en lien avec des problèmes de méthode d'utilisation ou de tolérance cutanée « *je pense que je ne saurais pas l'utiliser.* » (PP04). Concernant les rapports oro-génitaux, le préservatif était utilisé pour la fellation chez six personnes. Deux personnes sous PrEP réalisaient des fellations non protégées. Une personne refusait de pratiquer toute fellation qu'elle soit protégée ou non. Sur l'ensemble des participants de sexe féminin, deux personnes refusaient la réalisation de cunnilingus par les clients.

Quatre personnes étaient sous PrEP ou l'avaient été. Trois personnes avaient déjà eu recours au Traitement Post Exposition (TPE) pour des situations d'agression par un client, rupture de préservatif ou encore oubli de protection lors d'une soirée avec consommation d'alcool. Deux personnes indiquaient utiliser systématiquement le gel lubrifiant pour prévenir une rupture de préservatif « *Si tu utilises plein de gel, ça protège le préservatif qui ne casse pas.* » (PP05). Enfin une personne refusait d'embrasser les clients « *car avec la salive ou du sang dans la bouche on peut contracter le VIH.* » (PP01).

Au cours de nos entretiens, nous avons pu relever certaines fausses croyances et pratiques erronées autour des modes d'infection et de prévention du VIH. Certaines personnes pensaient « *qu'on ne peut être contaminé qu'avec la pénétration* » (PP01), que « *si tu as eu un accident de préservatif mais que tu vas directement faire pipi, c'est bon.* » (PROF04), ou encore que « *quand tu vas dans la salle de bain te nettoyer après* » (PP01), cela diminuait le risque d'infection VIH. D'après les professionnels, certaines personnes expliqueraient que « *si tu mets une gousse d'ail dans ton vagin, c'est bon, ça va tuer toutes les chances au virus de te contaminer.* » (PROF04). D'autres personnes assimileraient la contraception comme une protection contre les IST, certaines pratiqueraient la méthode du retrait utilisée pour la contraception et « *s'imaginent que de cette façon, ils réduisent aussi le risque d'infections.* » (PROF04) ou encore « *celles qui prennent la pilule et qui pensent que c'est bon, elles ne vont jamais attraper la gonorrhée.* » (PP08).

g) Parcours des personnes qui se prostituent sous PrEP

Sur les neuf personnes qui se prostituent de l'étude, quatre personnes étaient sous PrEP ou l'avaient été. Un homme était sous PrEP depuis cinq ans et deux femmes prenaient la PrEP depuis un mois. Il s'agissait du deuxième épisode de mise sous PrEP pour l'une d'entre elles. Le motif d'arrêt de la PrEP au premier épisode était la difficulté d'observance et les effets indésirables ressentis « *J'avais des difficultés avec l'observance du traitement et je me sentais fatiguée.* » (PP02). Enfin, une dernière femme avait été sous Truvada® pendant deux ans et l'avait suspendu au moment de l'arrêt de son activité professionnelle.

Le schéma de prise de la PrEP était en continu pour toutes les personnes. L'homme avait initialement commencé un schéma à la demande. Des périodes de rapports non protégés très rapprochées et des difficultés d'observance l'avait conduit à choisir la prise en continu « *il y a des fois où je ne vais rien faire pendant plusieurs semaines voire un ou deux mois, et il y a des moments où j'en vois tous les jours [...] comme je n'arrivais pas forcément à m'en rappeler, ça ne m'allait pas [...] Moi quand j'ai un truc, pour que je le fasse bien, il faut que ce soit de manière régulière.* » (PP06).

Du point de vue de la tolérance, quelques effets secondaires temporaires ont été décrits « *j'en ai eu très légèrement au début, un peu de nausées, mais ça s'est vite estompé au bout de quelques semaines.* » (PP06) ou « *J'ai eu un peu mal à l'estomac au début avec quelques nausées.* » (PP05). Une personne n'avait connu aucun effet indésirable « *Je n'ai pas eu d'effets secondaires avec la PrEP* » (PP01). Enfin une personne avait mal toléré la première initiation de PrEP « *je me sentais fatiguée.* » (PP02), contrairement à la deuxième « *Cette fois-ci, je n'ai pas l'impression d'avoir des effets secondaires.* » (PP02).

L'orientation initiale des personnes était variée. L'homme avait connu la PrEP via l'association AIDES et avait directement eu accès à la PrEP à l'hôpital. La personne qui prenait la PrEP pour la deuxième fois avait initialement commencé la PrEP au sein du dispositif Poppy après les conseils d'un ami séropositif « *et qu'il me dise : « c'est trop con parce que si j'avais pris la PrEP, ça ne serait pas arrivé. » Et ça m'a beaucoup fait réfléchir.* » (PP02). La deuxième initiation était motivée par une exposition à risque lors d'une agression d'un client « *qui a enlevé le préservatif avec éjaculation donc je suis allée prendre le TPE [...] l'infectiologue m'a proposé de mettre la PrEP en continuité du TPE.* » (PP02). Une personne

avait initié la PrEP après le travail de promotion des professionnels de Poppy « *C'est l'équipe de Poppy qui m'en a parlé un jour autour de la table de l'accueil [...] et ça m'a intéressé.* » (PP05). La quatrième personne avait été orientée par un médecin généraliste au CHU de Saint-André après des infections à Chlamydia et Gonocoque récidivantes.

Le suivi PrEP était assuré pour deux personnes au sein du dispositif Poppy. Les deux autres personnes étaient suivies au CHU dans le service de maladies infectieuses. L'une d'entre elles bénéficiait des renouvellements par son médecin généraliste.

B. Analyse de l'acceptabilité

L'analyse qualitative des données a permis de faire émerger différents freins et leviers à l'acceptabilité, cartographiés dans la figure 7.

1. Enjeux éthiques et sociaux

Il s'agissait ici d'analyser l'acceptabilité du point de vue contextuel. Quelles ont été les motivations et les objectifs qui ont influencé la mise en place de cette consultation PrEP pour les personnes qui se prostituent ?

Les professionnels de Poppy faisaient le constat d'une persistance de contaminations VIH au sein de leur public malgré des outils de prévention efficaces existants « *ce sont des personnes qui se sont contaminées dans nos rues, alors qu'il y a les préservatifs, alors, qu'on passe en tournées de proximité, alors qu'on a tout ce qu'il faut. Et simplement, elles n'ont pas accès et c'est compliqué d'avoir accès.* » (PROF03).

Une forte demande de dépistages a été constaté notamment suite à des accidents de préservatifs, témoignant de « *beaucoup d'expositions au VIH [...] On s'est dit mais quel dommage que notre public connaisse si peu la PrEP. Quel dommage qu'il y ait si peu accès.* » (PROF04). Ces constats étaient évoqués chez des personnes, souvent des migrants et des femmes, très éloignées des soins, représentant dans le milieu de la prostitution, le public majoritaire des usagers du dispositif Poppy.

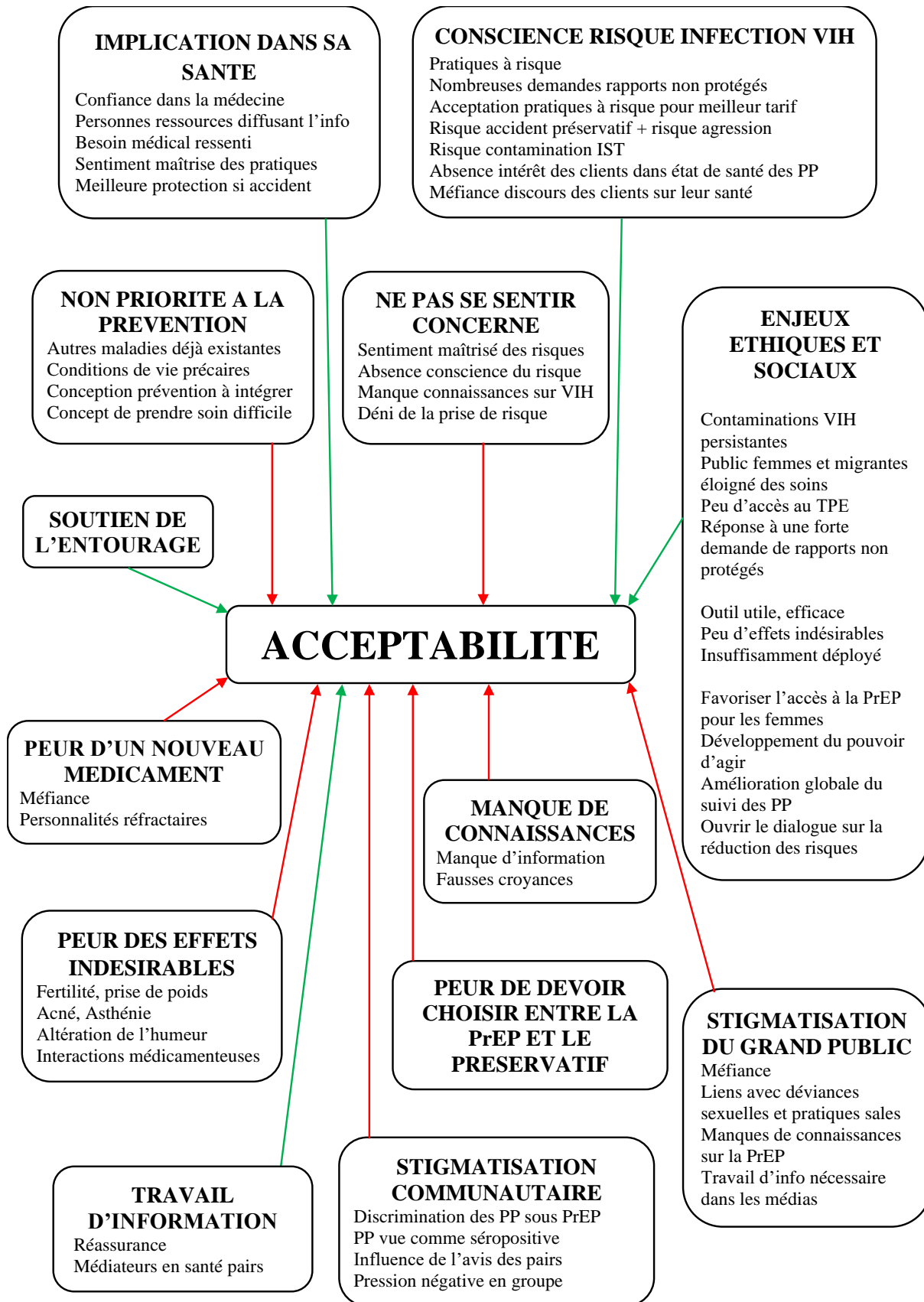


Figure 7. Freins et leviers à l'acceptabilité (flèches rouges : freins, flèches vertes : leviers)

Face à une forte demande de rapports non protégés, une utilisation très limitée du TPE « pas de possibilité de prescrire le TPE au local de Poppy » (PROF03), la PrEP apparaissait comme un outil de prévention utile et efficace avec peu d'effets indésirables « ça permettait aux personnes qui tarifaient leurs rapports, d'être protégées, quand bien même le client exigeait, imposait un rapport non protégé. » (PROF05) « si les personnes n'ont plus le contrôle sur le préservatif à un moment, elles pourront se dire : heureusement, j'étais sous PrEP ! » (PROF04) « Tu n'as plus à stresser s'il y a un accident de préservatif. » (PROF02).

Un des principaux objectifs de l'ouverture de cette consultation avancée était de favoriser l'accès à la PrEP pour les femmes « il y a encore les représentations que le VIH c'est pour les HSH. » (PROF01). La PrEP est devenue un outil utilisé « quasiment exclusivement par les HSH, et pas du tout développé auprès des minorités comme les migrants et les personnes qui se prostituent. » (PROF05). On rencontre « une difficulté d'accès qui est beaucoup plus importante pour ces publics qui sont plus vulnérables que des HSH qui sont plutôt sociologiquement d'un niveau culturel plus élevé, plus riche, etc. » (PROF05).

Dans le déploiement de la PrEP pour les femmes, les professionnels y rajoutaient une volonté de contrer une discrimination de genre en lien avec un schéma de prise imposé, plus lourd chez la femme « C'est plus simple pour un HSH de prendre un traitement 24h avant une session de sexe et l'arrêter en suivant que de le prendre en continu [...] Pour les femmes, il n'y a pas vraiment le choix, le temps que le traitement agisse, c'est plus long sur les muqueuses vaginales donc c'est comme ça [...] c'est une discrimination de genre, c'est comme ça » (PROF05).

Le développement du pouvoir d'agir et l'autonomisation des personnes qui se prostituent étaient recherchés « La PrEP c'est un outil qui permet à la personne concernée d'avoir la main sur la protection qu'elle peut avoir par rapport à un risque de contamination VIH. » (PROF 05). Dans un esprit de lutte contre la victimisation des personnes qui se prostituent, l'objectif était de souligner que certes, il n'y a pas toujours consentement ou alors « le choix est extrêmement réduit et peu existant, mais reconnaître une capacité d'agir des gens est beaucoup plus aidant que de les désigner en tant que victimes et donc sans capacité d'agir sur la situation. » (PROF05).

Il s'agissait aussi d'améliorer l'état de santé et le suivi global des personnes qui se prostituent. Le suivi trimestriel imposé par la PrEP permettait d'avoir une consultation médicale et des examens biologiques récurrents auxquels les personnes n'auraient pas forcément eu accès sans la PrEP « *Avec la PrEP ce qui est bien c'est que tous les 3 mois on fait un bilan IST complet et donc on améliore le suivi des personnes qui se prostituent de façon globale.* » (PROF02).

Enfin, cette consultation permettait d'ouvrir le dialogue sur la santé sexuelle en générale et d'effectuer un travail supplémentaire sur la réduction des risques au sens large. La consultation PrEP permettait de « *parler des pratiques* » (PROF01) « *elles discutaient de santé sexuelle* » (PROF03). L'équipe de Poppy pouvait avoir un meilleur « *regard sur les pratiques, sur les prises de risques, et leur assurer une bonne santé, enfin le meilleur possible en tous cas* » (PROF01) « *L'idée c'était de proposer dans un seul et même lieu l'accès à absolument tous les outils de réduction des risques.* » (PROF04).

2. L'implication dans sa santé

Du point de vue des professionnels, l'implication dans sa santé et dans la prévention apparaissait comme un des facteurs favorisant l'acceptabilité. Cela soulevait la question « *d'adhérer à la médecine en fait et de s'investir et de faire confiance.* » (PP03). Ils décrivaient de nombreuses personnes qui se prostituent comme étant en « *demande de prévention [...], très sensibles à la préservation de leur bonne santé parce que leur corps ne s'arrête pas à l'activité prostitutionnelle.* » (PROF03).

Certains usagers du dispositif étaient considérés comme des personnes ressources aidant l'équipe de Poppy à promouvoir les outils de prévention auprès de leurs pairs grâce à leur implication « *Il y a des personnes qui sont totalement au clair avec tout ça, qui vont se renseigner, qui vont diffuser l'info, qui vont vraiment être des personnes ressources.* » (PP04).

Dans le sens contraire, l'absence de priorité à la prévention chez certaines personnes était un frein majeur à l'adhésion. En effet, le concept de prévention pouvait être difficile à appréhender « *Pourquoi je prendrais un médicament pour une maladie que je n'ai pas ?* » (PROF01) « *Si on doit prendre un médicament pour tous les problèmes, ça fait beaucoup de médicaments.* » (PP07). Pour certaines personnes avec des conditions de vie précaires, la priorité ne s'exprimait pas dans la prévention mais plutôt dans le logement ou l'alimentation

« il faut que ce soit une priorité aussi. Il ne faut pas que la priorité soit manger, trouver un logement. Sinon ça passe après. La prévention, c'est vécu comme du luxe. » (PROF05). Certaines personnes atteintes de maladies chroniques souhaitaient rester focalisées sur la prise en charge de ces problèmes existants « j'ai déjà mes problèmes de santé et des médicaments à prendre. Je n'ai pas envie de prendre d'autres médicaments. » (PP03). Enfin, pour d'autres personnes, le concept en lui-même de prendre soin de soi était difficile à mettre en œuvre.

3. Le besoin médical ressenti

Du point de vue des personnes qui se prostituent, les principaux bénéfices de la PrEP évoqués étaient un sentiment de maîtrise des pratiques et une meilleure protection en cas d'accident de préservatif « j'ai le sentiment de maîtrise de mes pratiques et d'autant plus que maintenant je prends la PrEP [...] Avant, j'avais toujours une appréhension vis-à-vis des fellations non protégées [...] Depuis que je prends la PrEP, je me sens mieux protégée » (PP02) « j'ai besoin d'une protection supplémentaire pour les baisers et pour les problèmes de préservatif par exemple quand la capote est cassée. » (PP05).

La conscience du risque VIH des personnes qui se prostituent au travers de leurs pratiques favorisait l'adhésion à la PrEP « je n'ai pas l'impression d'avoir le contrôle, personne n'a le contrôle par rapport à la prévention du VIH. » (PP01). Cette notion apparaissait à partir de la reconnaissance de pratiques à risque par les personnes qui se prostituent.

Une personne qui se prostitue sous PrEP proposait aux clients des rapports sans préservatif « moi je prends la PrEP. Si vous voulez le faire sans préservatif, on peut le faire, vous n'aurez pas de problèmes avec le VIH. » (PP06).

Certaines personnes acceptaient des rapports à risque pour une meilleure tarification en réponse à une forte demande de rapports non protégés par les clients « Oui ils demandent sans, à chaque fois ils demandent sans capote. » (PP05) « Il y a des gens qui arrivent à proposer 100 euros juste pour une fellation nature. » (PP04) « il y a des filles qui font ce métier sans préservatif, pour la fellation et même aussi pour l'acte sexuel, je connais des filles qui le font sans préservatif pour gagner plus d'argent. » (PP07).

La conscience du risque lors des rapports oro-génitaux avait été abordée. Une personne proposait des fellations sans préservatif « *A part les fellations, je ne pense pas avoir des conduites à risque, ça reste protégé. Mais j'ai la bouche en mauvais état donc ça reste une pratique à risque.* » (PP02). Une autre personne en réalisait occasionnellement « *la fellation nature je la fais parfois, mais c'est rare.* » (PP09). Les cunnilingus étaient effectués majoritairement sans protection « *je reçois de manière non protégée comme les cunnilingus. Faire utiliser une digue à un client c'est très compliqué.* » (PP09) « *Je me dis si quelqu'un saigne de la bouche, si la femme est en période de règles, il y a beaucoup de choses qui peuvent se passer.* » (PP04).

La conscience du risque VIH était aussi signifiée dans le risque d'accident de préservatif « *Même si je fais attention avec les clients, il y a toujours un risque d'accident. Je travaille beaucoup en ce moment, ça me fait peur d'attraper des maladies.* » (PP05) « *le préservatif peut éclater et tu ne sais pas si la personne va bien, si elle a des maladies transmissibles.* » (PP01). Quatre personnes avaient déjà vécu un accident de rupture de préservatif « *ça c'était passé une fois au début [...] J'ai eu une peur bleue et depuis je fais très attention.* » (PP04), une personne a raconté un épisode de glissement du préservatif « *qu'il remonte et reste en moi ou alors qu'il s'enlève du pénis, c'est déjà arrivé.* » (PP09). Certaines personnes positionnaient elles-mêmes le préservatif pour limiter ce risque « *c'est moi qui mets le préservatif et c'est moi qui regarde pendant le rapport s'il reste bien à sa place, je regarde tout.* » (PP07) ou encore guidait le changement de position « *Quand vous vous tournez, c'est votre main qui y va pour le guider pour être sûre que le préservatif est bien en place* » (PP04).

Les expositions à risque du VIH par des agressions de clients avaient été abordées. « *Parfois tu rencontres une mauvaise personne qui te force ou qui enlève le préservatif pendant le sexe, il y a toujours un risque.* » (PP01) « *il a essayé de forcer. Il voulait faire ce qu'il voulait [...] je lui avais dit que je ne faisais pas de fellation nature.* » (PP09) « *j'ai un client qui a retiré le préservatif pendant l'acte, sans mon accord.* » (PP02) « *il est rentré en moi comme ça sans préservatif* » (PP09).

Le sentiment de vulnérabilité des personnes qui se prostituent face au client était exprimé lors des entretiens « *Je ne pouvais pas lui faire face parce qu'il était bien plus fort que moi* » (PP01) « *j'étais sur le dos allongé sur le lit, et lui il est venu sur moi, et il faisait 10 fois ma taille. Et je me suis dit que là, s'il voulait me forcer, c'était la meilleure position.* » (PP09)

« Parfois pendant un rapport sexuel [...] tu es dos à lui et tu ne peux pas voir ce qu'il peut être en train de faire derrière toi. » (PP01) « on a mis des glaces dans nos camions [...] Les clients pensent que c'est pour faire monter l'excitation mais en fait c'est pour les surveiller. » (PP04) « On visualise tout le temps l'espace où on est. C'est à dire si je parle avec un client, dans ma tête je sais que la porte elle est là, qu'il y a mon sac là, qu'il y a mes affaires là. » (PP09).

Le risque de contamination par d'autres IST argumentait la conscience du risque VIH «il n'y a pas que pour le VIH d'ailleurs, il y a aussi beaucoup d'autres transmissions de maladies. » (PP01). Des contaminations à plusieurs IST ont été relevées « J'ai attrapé il y a un an de la gonorrhée à cause d'un rapport oral à la suite d'un client. » (PP09) « j'ai eu une infection à la suite du sexe oral [...] j'ai découvert que j'étais positive à la chlamydia. » (PP01).

Les clients n'exprimaient souvent pas de craintes envers le VIH avec les PP. L'absence d'intérêt des clients dans la prévention et l'état de santé des personnes qui se prostituent était notifiée avec très peu de demandes sur la réalisation éventuelle de dépistages IST par les PP « il ne va pas te demander si tu es en bonne santé. Certains vont même te demander de faire la fellation sans capote sans même se soucier de si tu vas bien. » (PP03). La responsabilité de la prévention VIH reposait principalement sur la personne qui se prostitue « c'est à toi de dire NON, moi je ne fais pas ça, je ne peux pas sans préservatif. » (PP03).

Une méfiance vis-à-vis du discours des hommes sur leur état de santé exprimait une certaine conscience du risque d'infection VIH « moi je ne les connais pas. On dit toujours, les putes c'est des nids à IST sauf que ce sont souvent les clients qui nous refilent des choses. » (PP08) « Ils disent qu'ils n'ont pas de maladies de leur côté pour qu'on accepte [...] Je ne leur fais pas confiance. » (PP04).

La loi de pénalisation de 2016 était souvent abordée pour illustrer le contexte actuel d'augmentation des pratiques à risque et d'agression « ce qui fait baisser le port du préservatif, c'est la tension financière, les textes de lois punitifs et surtout la pression des clients dont c'est la principale demande. » (PROF03). L'augmentation de la précarité a été signalée « Il y avait moins de clients, donc moins de demandes donc pour accéder à un niveau de vie approchant, les personnes qui se prostituent sont obligées d'accepter des clients potentiellement plus dangereux dans les pratiques et dans les comportements. » (PP02). Le pouvoir de négociation était passé du côté du client « les clients peuvent se positionner en tant que négociateur étant

donné que c'est eux qui prennent le risque pour aller voir la prostituée. » (PROF02) « Ils imposent plus facilement des pratiques, genre sans préservatif et tout ça » (PP09) « C'est déjà arrivé que j'ai des clients très insistants pour ne pas mettre de préservatifs. » (PP03).

En opposition, le fait de ne pas se sentir concerné par la PrEP était un des freins les plus radicaux de l'acceptabilité de la PrEP « *Du moment que l'on est protégé avec le préservatif, moi je me dis qu'il n'y a pas de danger. » (PP03). Certaines personnes exprimaient un sentiment de maîtrise de leurs pratiques avec un discours affirmant une utilisation systématique des préservatifs « *Franchement je ne pense pas avoir de risque, je fais tout le temps attention. » (PP07). L'absence de conscience du risque par certaines personnes était aussi notifiée « Je pense que beaucoup de filles ne se rendent pas compte des risques qu'elles prennent, soit par déni, soit par manque de connaissances. » (PP01).**

Le déni du risque était constaté par les professionnels chez certains usagers du dispositif « *De toute façon, les accidents de préservatif, ça n'existe pas, moi je me protège tout le temps. » (PROF04). Du point de vue de l'équipe de Poppy « prendre un médicament qui nous relie au VIH, c'est penser qu'on prend ce risque en permanence au quotidien : ça, c'est un énorme frein psychologique à passer. » (PROF03). Certaines personnes pouvaient percevoir dans la PrEP un jugement de leurs pratiques avec « *quelque chose d'assez accusateur sur le regard de ses propres pratiques alors qu'en fait il ne s'agit que d'un moyen de prévention. » (PROF04).**

4. Les représentations de la PrEP

Le manque de connaissances sur la PrEP était identifié comme un frein majeur à l'acceptabilité. D'après les professionnels de Poppy, les femmes ne connaissaient pas la PrEP ni la possibilité qu'elle avait d'y accéder « *un des principaux freins, ça va être sur la méconnaissance complète du public et notamment des femmes sur l'intérêt, l'existence et l'innocuité. » (PP03). Très peu de demandes spontanées étaient observées « *je dirais qu'il y a très peu de demandes spontanées parce que ce n'est pas connu. » (PROF01). Dans notre étude, deux femmes n'avaient jamais entendu parler de la PrEP.**

Le manque de connaissances faisait écho à un manque de visibilité « *l'absence complète d'information là-dessus. Personne n'en parle, c'est-à-dire que même quand elles vont se*

renseigner, il n'y a pas grand-chose, ça c'est un vrai frein. » (PROF03) « il y a peu d'information, il y a eu peu de ciblage des communautés pour ce traitement-là. » (PP02).

Des croyances et idées préconçues ralentissaient l'adhésion. La peur de devoir choisir entre la PrEP et le préservatif illustre le manque de connaissances des PP sur cet outil de prévention « *je préfère la méthode classique avec le préservatif. » (PP07) « ce qui fait que je ne le prends pas c'est que ça ne couvre pas les autres MST. » (PP07) « j'estimais que le préservatif était suffisant et que... j'avais peur qu'on me demande, enfin entre guillemets, peur qu'on me demande d'abandonner le préservatif. » (PP02).*

Un travail d'information et d'explication de la PrEP auprès des personnes qui se prostituent apparaissait comme un levier à l'acceptabilité « *je pense qu'elles ont besoin qu'on leur explique, qu'on les informe pour bien leur faire comprendre ce qu'est la PrEP. » (PP01) « Je pense qu'il faut vraiment informer sur la PrEP, ne pas voir ça comme une contrainte mais comme une couverture en fait. » (PROF04) « Je pense que tout sera dans la répétition de l'information, dans l'éducation. » (PROF02) « je me suis juste renseignée correctement, j'en ai parlé avec des professionnels [...] Donc là j'avais la connaissance et donc là c'était à moi de décider ou pas » (PP09).*

La peur d'un nouveau médicament était un frein à l'adhésion. Certaines personnes exprimaient une méfiance envers un traitement qu'elles ne connaissaient pas « *d'abord le NON direct parce que c'est méfiance : Qu'est-ce que c'est que ce nouveau traitement ? Qu'est-ce qu'on essaie de nous faire ? » (PROF02) « il y a un réflexe de peur vis-à-vis d'un nouveau traitement. » (PP02).* D'autres personnes étaient réfractaires de base au principe de médication pour quelle que soit l'indication. « *Il y a des personnes qui sont réticentes à n'importe quel traitement, qui sont très solides à la douleur donc prendre un traitement alors qu'on n'est pas malade, c'est compliqué. » (PROF02).*

La peur des effets indésirables était aussi souvent évoquée chez les personnes qui se prostituent « *mais attends, on n'a pas de solutions [...] le VIH est incurable [...] mais on peut quand même empêcher de l'avoir avec un comprimé donc forcément c'est du poison. » (PROF04).* La peur de l'atteinte à la fertilité était un frein important. La prise de poids, l'apparition d'acné, la fatigue ou encore l'altération de l'humeur avaient été énoncés « *Est-ce que ça va me rendre stérile ? » (PROF04) « que ça puisse atteindre leur fertilité pour le futur.*

Ça, c'est un vrai frein » (PROF03) « Est-ce que ça fait grossir ? » (PP03) « ou alors me donner des boutons ? » (PP07) « Est-ce que ça va altérer mon humeur ? Est-ce que je vais être plus sensible ? Est-ce que ça va me fatiguer ? » (PROF04).

Les interactions médicamenteuses potentielles avec d'autres traitements déjà en place pour d'autres pathologies installaient le doute chez certaines personnes qui se prostituent « J'ai déjà mes problèmes de santé et des médicaments à prendre. Je n'ai pas envie de prendre d'autres médicaments. Je ne sais pas ce que ça va faire dans mon corps. » (PP03).

L'implication des médiateurs en santé pairs apparaissait comme un levier dans l'adhésion grâce à l'identification des personnes qui se prostituent dans leur discours « Je pense qu'ils vont nous aider à faire partir quelques freins [...] notamment en santé sexuelle, puisqu'on est dans l'intime, dans des choses très particulières qui ne peuvent être comprises que si on les vit aussi. » (PROF03) « Il y a une sorte d'identification à ce pair qui vit la même chose et c'est très intéressant parce que le lien de confiance peut se faire encore plus rapidement et donc les messages de prévention peuvent aussi être plus forts. » (PROF04). Deux médiateurs santé pairs venaient de rejoindre l'équipe de Poppy « Il y a quand même un truc qui se détend et je vois que le rapport est quand même différent [...] La communication devient beaucoup plus facile sur des choses précises comme la manière dont elles parlent des clients, des pratiques. » (PP09).

Un travail de réassurance auprès des personnes qui se prostituent sur la PrEP représentait un levier pour l'acceptabilité « Après il y a toujours des personnes qui ont un peu peur des effets indésirables. Ils ont surtout besoin d'être rassurés. » (PROF02) « Il y a beaucoup de croyances autour de plein de maladies et du rapport que nous on a à la santé qui font que ça crée des freins et des craintes là où il ne devrait pas y en avoir. » (PROF04). Les professionnels souhaitaient déconstruire les idées reçues « questionner les freins et les lever. Alors je ne dis pas que c'est facile, ça demande du temps. » (PROF4) « Il y a plein de choses comme ça que nous, on doit déconstruire. » (PROF02).

Le soutien de l'entourage favorisait l'adhésion des personnes qui se prostituent sous PrEP. Une personne avait été soutenue par son petit ami « il m'a encouragé, c'est le seul qui m'a soutenue. » (PP01). Une autre personne avait eu le soutien de sa mère « Ma mère, quand j'ai eu l'agression, m'a dit : « Mais tu prends la PrEP ! » [...] Donc elle est plutôt pour, plutôt

favorable. » (PP02). Enfin une troisième personne avait fait la promotion de la PrEP dans son entourage « *j'ai beaucoup d'amis gays et aussi des consommateurs de produits dans un contexte festif, donc avec la PrEP, j'ai plutôt eu des remarques positives. J'ai même certains de mes amis qui m'ont suivi dans cette démarche de prendre la PrEP.* » (PP06).

La stigmatisation communautaire a été, au contraire, identifiée comme un frein important à l'acceptabilité « *il y a une fille qui prenait le Truvada et toutes les autres filles disaient : « non, mais c'est parce qu'elle est séropositive et elle ne veut pas le dire » [...] du coup la fille en question doit se cacher pour prendre sa PrEP, elle doit cacher les médicaments.* » (PROF02). La discrimination des personnes sous PrEP était décrite par une personne ayant pris du Truvada® « *j'en ai parlé aux autres filles qui travaillaient dans la rue, mais elles ont pensé que j'étais positive au VIH. J'ai essayé de leur expliquer que c'était de la prévention mais elles pensaient quand même que j'étais positive et que je mentais.* » (PP01). Une autre personne n'avait pas prévenu son entourage qu'elle prenait la PrEP « *Je pourrai avoir des remarques des filles comme quoi je suis sale ou alors même que j'ai le VIH.* » (PP05).

L'influence de l'avis des pairs sur l'adhésion était abordée « *c'est vrai qu'il y a certaines personnes [...] dont l'avis pèse un peu et qui peuvent faire tout basculer pendant une conversation [...] ça coupe la parole à tous les autres et même s'ils avaient des questions, même s'ils en avaient envie, ils vont se l'interdire.* » (PROF04). D'après les professionnels, la pression négative du groupe poussait les personnes à se positionner contre la PrEP « *quand on en parlait en groupe, certains rigolaient et de dire : « le VIH moi ça ne m'atteint pas, je me protège et je n'en ai pas besoin » et par contre en individuel, les personnes étaient plus accessibles et on pouvait plus en parler.* » (PROF01). Pour l'équipe de Poppy « *C'est plus facile de travailler en individuel avec les personnes parce qu'il n'y a pas la pression du groupe.* » (PROF02).

D'une manière contextuelle, la stigmatisation du grand public vis-à-vis de la PrEP renforçait les difficultés d'adhésion « *dans énormément de cultures c'est encore très stigmatisant. C'est une maladie qui est reliée à des pratiques sexuelles sales ou inadaptées. C'est une maladie honteuse.* » (PROF03). La méfiance générale envers les personnes sous PrEP était abordée « *il y a quand même une méfiance parce prendre la PrEP pour certains veut dire avoir des pratiques à risque, être sale [...] ce médicament relie au SIDA-maladie donc relie à la mort, aux pratiques qui peuvent donner la mort, la peur...* » (PROF03). Le manque de

connaissances de la population générale était illustré chez une personne sous PrEP qui confiait avoir des difficultés à expliquer son traitement préventif. « *Dans l'esprit de la majorité des gens, si on prend un traitement, c'est qu'on a quelque chose. J'ai dû en parler quelques fois, et puis je me suis abstenue parce que ça demandait trop d'explications, il fallait rassurer...* » (PP02).

Un travail d'information à grande échelle de la population générale dans les médias apparaissait comme un levier pour le déploiement de la PrEP auprès des personnes qui se prostituent « *Il y a un gros chantier d'information à faire [...] auprès de la population en général pour rassurer sur qu'est-ce que c'est ce traitement, à quoi il sert et le fait que c'est une avancée formidable en fait. Il y a un gros travail à faire dans les médias et pas que sur les soi-disant publics cibles* » (PP02) « *Les grandes campagnes ça nous aiderait bien parce que la plupart de notre public suit quand même les actualités, tout le monde a internet, etc., et du coup on pourrait s'appuyer là-dessus [...] si on n'est pas porté par une connaissance de base du public, c'est plus difficile d'aller les chercher.* » (PROF03).

C. Analyse de l'accessibilité

L'analyse qualitative des données a fait émerger différents freins et leviers à l'accessibilité qui ont été cartographiés dans la figure 8.

1. Un accès à l'hôpital difficile

A la création de la consultation avancée de PrEP dans les locaux de Poppy, la primo-prescription était uniquement hospitalière. La difficulté d'accès à l'hôpital était décrite comme l'un des plus grands freins à l'accessibilité de la PrEP « *Je pense qu'il était très difficile pour cette population-là d'aller à l'hôpital pour cette demande de PrEP, et déjà si elles la connaissaient, la possibilité d'avoir accès à la PrEP.* » (PROF01).

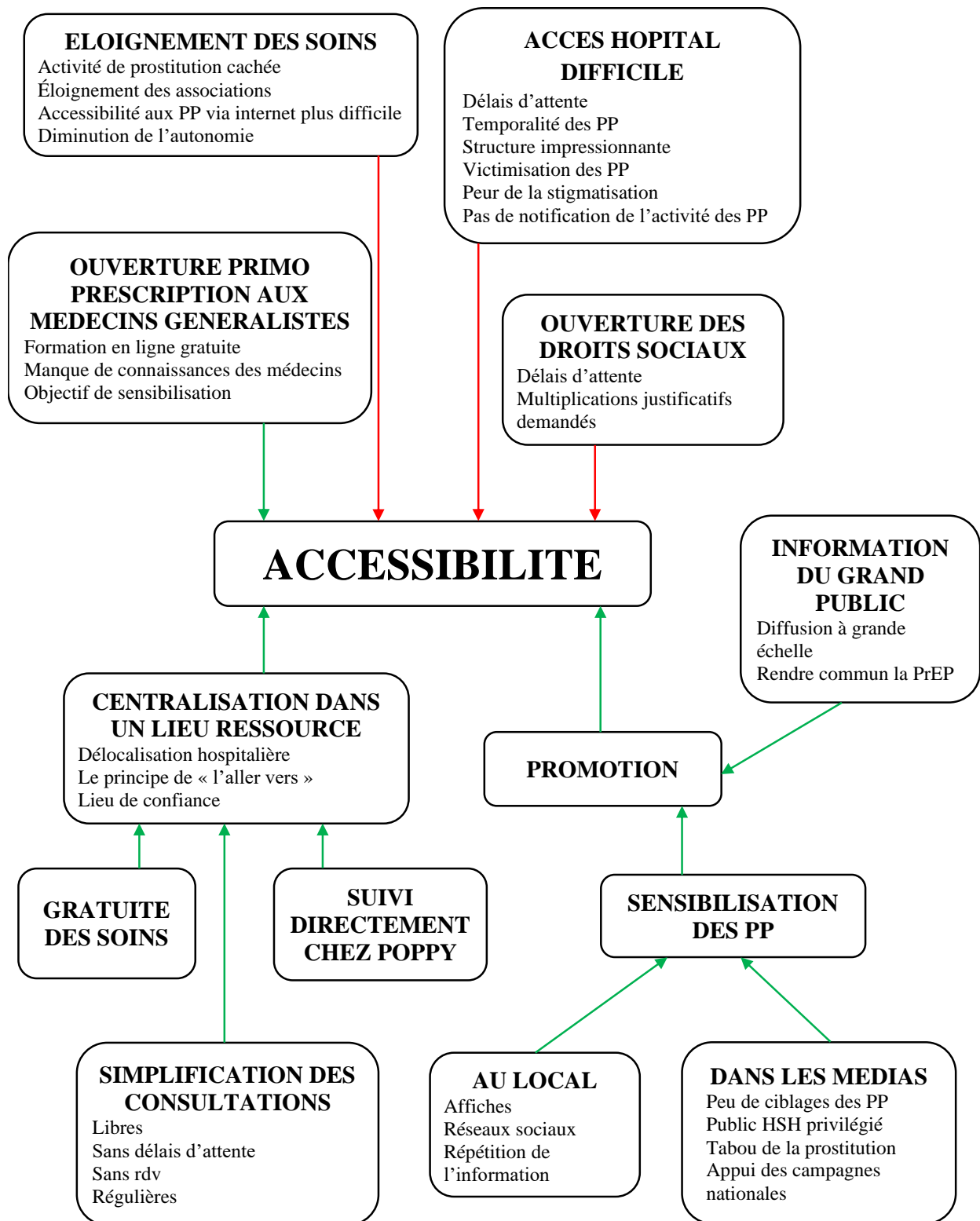


Figure 8. Freins et leviers à l'accessibilité

Le constat que le public de Poppy ne se rendait que rarement à l'hôpital pour des soins a été abordé lors des entretiens « *Je vais très rarement à l'hôpital, j'essaie d'éviter au maximum.* » (PP07) « *C'est une population qui ne va pas spontanément à l'hôpital pour chercher le soin [...] Elles y vont pour des urgences, contraintes et forcées d'y aller, parce qu'il n'y a pas de droits ouverts, ou parce que c'est en dernier recours.* » (PROF01).

Les délais d'attente pour avoir accès aux consultations des spécialistes n'étaient pas adaptés au public du dispositif Poppy « *C'est compliqué de demander à notre public d'aller à l'hôpital [...] parce qu'il faut attendre* » (PROF04) « *Il faut accéder aux rendez-vous. Alors les rendez-vous pour la PrEP c'est à perte de vue pour les délais, pour n'importe quel spécialiste [...] Il ne faut pas que les rendez-vous soient à 3 mois, il y a une temporalité qui est plus compliquée.* » (PROF05).

La temporalité différente des usagers de Poppy n'était pas adaptée à l'organisation de l'hôpital « *on a un public où la temporalité est particulière, elles ne le maîtrisent pas forcément, se lever aux horaires de RDV c'est compliqué.* » (PROF03).

La structure hospitalière pouvait impressionner les personnes qui se prostituent, freinant ainsi l'accessibilité « *ce sont dans des locaux hospitaliers qui ne sont pas forcément les plus faciles d'accès* » (PP05) « *c'est une institution qui fait peur* » (PROF04) « *c'est vraiment une grosse machine* » (PROF04).

Des difficultés d'accès à l'hôpital pour les personnes vulnérables en particulier étaient décrites par les professionnels « *l'hôpital public a pour objet l'accès aux soins pour tous mais c'est rendu assez inaccessible pour des tas de raisons d'organisation, de couverture maladie, la facturation éventuelle [...] Déjà il faut avoir une couverture maladie ouverte, c'est la base.* » (PROF05). La barrière de la langue était aussi identifiée comme un frein « *Il y a la langue aussi qui intervient [...] L'hôpital manque d'agilité pour se rendre accessible ou pour « aller vers » les publics les plus vulnérables.* » (PROF05).

Le sentiment de victimisation des personnes qui se prostituent dans la population générale, mais aussi chez les professionnels de santé, avait été exprimé par plusieurs PP « *C'est quelque chose qu'on ressent la stigmatisation, même chez les professionnels les plus bienveillants, il y a une forme de victimisation [...] il y a tendance à voir la prostitution comme*

un dommage plutôt qu'un métier, qu'un choix, qu'une activité » (PP02) « Après quand on en parle dans les médias, c'est toujours un discours hyper misérabiliste [...] « voilà ces pauvres femmes qui sont tombées dans la prostitution et il faut les en sortir ». » (PP08).

En lien avec la victimisation, la peur de la stigmatisation des personnes qui se prostituent de la part des professionnels de santé avait été identifiée comme un frein important à l'accessibilité « *Elles ont peur de la stigmatisation ce qui freine leur accès aux soins.* » (PROF03). Elles choisissaient majoritairement de ne pas notifier leur activité de prostitution auprès des professionnels « *Non, ce n'est pas facile d'en parler et ça fait partie des trucs qui me bloquent je pense.* » (PP09) « *Mon médecin n'est pas au courant que je travaille dans la rue.* » (PP04) « *j'ai été obligée de dire que c'était une agression pour éviter de dire que j'étais prostituée. Je ne me suis pas vraiment sentie en confiance pour le dire.* » (PP02).

Il en résultait une prise en charge moins adaptée au contexte erroné « *Mais bon c'est vrai que je n'ai pas expliqué totalement la situation, j'ai dit que c'était avec un ami parce que je n'avais pas envie de dire que c'était pendant mon travail. Ce n'est pas si simple d'en parler [...] je suis toujours un peu gênée et j'ai peur de ce qu'ils vont penser si je leur dis tout.* » (PP03) « *Donc le professionnel de santé va dire : « vous n'avez pas besoin du TPE parce que le risque n'est pas énorme » » (PROF02) « du coup elles passent au travers et n'accèdent pas au TPE alors qu'en fait elles cochent toutes les cases de l'urgence des personnes à risque. » (PROF04).*

2. Eloignement des structures de soins

D'après les professionnels, les personnes qui se prostituent représentaient un public souvent très éloigné des soins « *Comment rendre ça possible pour les gens les plus éloignés du soin ? [...] Ce sont des personnes, souvent des migrants et des femmes, puisque quand même en prostitution il y a une majorité de femmes [...] qui ne vont pas se montrer dans les services hospitaliers facilement* » (PROF05) « *les gens qui se prostituent sont moins pris dans le soin. Ils y vont certainement moins mais ils y sont moins happés et moins ciblés* » (PROF01).

L'activité de prostitution cachée était abordée pour illustrer les conséquences de la loi de pénalisation des clients de 2016 « *en criminalisant le client, ça sort la prostitution de la rue*

de ce qui est visible parce que les clients ne veulent pas prendre de risques [...] donc ça a rendu cachée l'activité prostitutionnelle » (PROF05).

Un des constats observés de cette prostitution cachée était l'éloignement des associations des personnes qui se prostituent *« quand elle est cachée, c'est beaucoup plus difficile pour les structures qui s'en occupent de la voir et de pouvoir entrer en contact. »* (PROF05) *« Ça les éloigne des soins, ça les éloigne des associations, ça les éloigne de tout parce qu'il faut préserver la discrétion, la sécurité des clients. »* (PROF03).

Le développement de l'activité prostitutionnelle sur internet avait été une réponse à la problématique de pénalisation des clients *« ça a permis à l'activité en ligne, sur les réseaux sociaux, sur des espaces dédiés pour, de se développer. C'est une prostitution qui est du coup invisible, qui cache davantage les prostitués et qui permet aux clients d'être totalement invisibles »* (PROF04). L'accessibilité aux personnes qui se prostituent était cependant plus difficile pour les professionnels sur internet *« plus c'est éloigné du public et de la rue, plus c'est difficile à entrer en contact avec. »* (PROF05) *« Ça complique beaucoup les choses. Le fait qu'aujourd'hui 90% de la prostitution se passe sur internet, « l'aller vers » est beaucoup plus compliqué [...] et du coup c'est compliqué de faire de la prévention dans ce sens. »* (PP02).

Une augmentation des agressions a été notifiée par les professionnels sur le terrain depuis la loi de 2016 *« ça rend aussi plus dangereux l'activité puisque ça se passe dans des lieux non connus, non publics, non entourés. »* (PROF 05) *« Il y a plus d'agressions, il y a plus d'insécurité, il y a plus de faits de violence, ça c'est sûr car elles sont obligées de se cacher et de s'éloigner du centre-ville pour protéger le client [...] proposer des endroits où elles ne peuvent pas appeler à l'aide s'il y a un problème ou elles se font voler, violer... »* (PROF04).

L'autonomie des personnes qui se prostituent pouvait être diminuée de façon générale, en lien avec un retour du proxénétisme face aux agressions. *« Et du coup ça remet le proxénétisme au centre parce que les proxénètes peuvent proposer une protection [...] et du coup ça remet des personnes qui se prostituent sous l'emprise de réseaux alors qu'elles pouvaient se débrouiller seules de façon autonome. Donc c'est un effet pervers de la loi. »* (PROF05).

3. Nécessité d'une ouverture de droits sociaux

L'ouverture des droits sociaux pouvait être envisagée comme un frein à l'accessibilité si elle n'était pas mise en place à l'initiation de la PrEP « *Ça peut être compliqué pour pleins de raisons : parce qu'il n'y a pas de droits ouverts effectivement même si ça, ça peut se faire dans un second temps* » (PROF01).

Les délais d'attente pour l'ouverture des droits semblaient significatifs « *Oui les délais d'ouverture de droits c'est un frein. Parfois il y a 9 mois, un an d'attente entre la réalisation du dossier et l'obtention de l'AME* » (PROF02) « *le Covid a tout rallongé* » (PROF01).

Les nombreuses demandes de justificatifs ralentissaient la constitution du dossier « *quand il faut des justificatifs ça met beaucoup plus longtemps. C'est clairement plus facile quand les droits sont ouverts, ils peuvent le prendre direct.* » (PROF01) « *la difficulté c'est encore d'avoir des papiers, ou d'avoir des papiers traduits [...] ça représente un coût, ça veut dire qu'il faut trouver des interprètes, il faut trouver une source d'argent pour pouvoir le financer, c'est compliqué.* » (PROF04).

Certains professionnels en revanche ne voyaient pas l'ouverture de droits comme un frein « *parce qu'on peut faire presque tout le bilan pré-PrEP : on peut le faire chez nous. Et après, on peut se donner le temps d'avoir une ouverture de droits.* » (PROF03) « *on n'a pas eu de demandes d'ouverture de droits spécifiquement au sujet de la PrEP* » (PROF04).

4. Centralisation dans un lieu ressource

Le projet d'ouverture d'une consultation PrEP au local Poppy se fondait sur l'intérêt d'une délocalisation hospitalière dans une stratégie de « l'aller vers » « *Donc il faut d'autres modalités d'accès, il faut faire « l'aller vers ». Il faut déjà être au plus près des personnes [...] C'est-à-dire que si on veut approcher notre public cible de la PrEP, il faut délocaliser.* » (PROF05).

L'objectif de l'équipe des professionnels de Poppy était une centralisation dans un lieu ressource de l'accès à la PrEP « *L'idée c'était de proposer dans un seul et même lieu l'accès à absolument tous les outils de réduction des risques.* » (PROF04) « *Je pense que d'avoir tout*

centralisé dans un seul et même endroit c'est favoriser l'accès aux soins. » (PROF01) « le fait que les gens puissent le prendre ici, je pense que c'est important et c'est très bien. » (PP09).

La simplification du parcours PrEP au sein du dispositif Poppy représentait un des leviers majeurs de l'accessibilité « *On a essayé de rendre ça le plus simple possible » (PROF05). Les consultations étaient libres « On n'a pas vraiment sélectionné les personnes parce qu'en fait l'idée était vraiment d'étendre la connaissance donc le but du jeu était justement d'avoir la consultation la plus libre possible pour avoir une communication très pratique : que la PrEP est accessible à tous et à toutes et que c'est fait pour tous et pour toutes » (PROF03), sans rendez-vous « c'est un public où la méthode sur RDV est peu adaptée » (PROF03), sans délai d'attente « on leur dit que c'est possible dans des délais en plus tout à fait intéressants » (PROF04) « Il ne faut pas que les rendez-vous soient à 3 mois, il y a une temporalité qui est plus compliquée. » (PROF05).*

La gratuité des soins était un levier à l'accès de la PrEP « *Il faut que ce soit gratuit, complètement gratuit quel que soit le droit des personnes au séjour par exemple. » (PROF05).*

On retrouvait une régularité dans les consultations biannuelles « *il y avait un rythme [...] 2 fois par mois [...] Le rythme il est très important pour que les consultations soient visualisées par notre public » (PROF03). Le lundi avait été choisi spécifiquement pour mettre en place la consultation PrEP « On a essayé de mettre en place la consultation le lundi car l'autre médecin référent de Poppy est aussi présent si besoin et on sait qu'il y a un peu plus de monde qui vient le lundi à Poppy. » (PROF02). La fréquence des consultations permettait à l'infectiologue d'être identifiée et repérée par les personnes du dispositif « *qu'il y ait une prise de connaissance de la part des deux d'ailleurs : de l'infectiologue et de notre public. C'est un public qui a besoin de faire confiance » (PROF03).**

Le suivi était assuré directement au local Poppy afin de faciliter la continuité des soins « *Il y a très peu de choses qu'on ne peut pas faire en interne » (PROF05) avec l'aide de tous les professionnels du dispositif « que toute l'équipe soit formée aussi pour que la mise sous traitement soit la plus rapide possible, de ne pas avoir à réorienter des personnes pour des examens ou des choses » (PROF05) « On s'est organisé nous aussi pour pouvoir faire les dépistages en amont s'il y avait des gens intéressés » (PROF01).*

Le fait que les consultations se déroulaient au sein du dispositif Poppy, lieu ressource pour les PP qui y sont en confiance, favorisait l'accès à la PrEP « *ici, il y a une liberté de parole* » (PROF04) « *c'est ici qu'on se sent le mieux pour discuter de tout sans être jugé. Ici on se sent protégé.* » (PP04) « *ici c'est un endroit sécurisant, je connais déjà, je sais qui il y a, je sais qu'il y a le médecin de Poppy, je suis en confiance.* » (PP09).

5. Ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes

L'autorisation de la primo-prescription de la PrEP par les médecins généralistes depuis juin 2021 représentait un levier récent pour l'accessibilité de la PrEP pour tous « *la délocalisation hospitalière de la première prescription PrEP à tous les généralistes me semble hyper facilitateur.* » (PROF03).

Une formation gratuite était proposée sur internet pour faciliter l'accès aux médecins généralistes « *La formation PrEP elle est en ligne donc c'est facile.* » (PROF05).

Cependant, un manque de connaissances de la PrEP par les médecins généralistes avait été relevé « *même les soignants qui s'occupaient de moi à l'hôpital n'étaient pas au courant de ce qu'était la PrEP...* » (PP02) « *Tout le monde ne connaît pas la PrEP. L'ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes est un levier mais les médecins il faut les former, il faut qu'ils accèdent à l'information, il faut déjà qu'ils sachent que ça existe.* » (PROF05). D'après les professionnels, la possibilité de primo-prescription de la PrEP n'était pas forcément repérée par tous les médecins « *Après l'information aux médecins généralistes de la possibilité d'accès et la prescription à la PrEP, c'est plus compliqué.* » (PROF05).

Un travail d'information et de sensibilisation auprès des médecins généralistes sur la PrEP et la possibilité de prescription était proposé comme axe de développement « *Il y a un gros chantier d'information à faire auprès des professionnels de santé.* » (PP02). Une promotion de la PrEP centrée sur les médecins était proposée « *On pourrait aussi imaginer un travail pour les professionnels de santé [...] Le COREVIH a fait une réunion régionale avec une centaine de médecins qui se sont connectés donc plutôt un bon retour.* » (PROF05).

6. Promotion de la PrEP

Le travail de promotion de la PrEP était au centre des outils pour favoriser l'accès à la PrEP. Un travail de sensibilisation et d'information auprès du public concerné, les personnes qui se prostituent, a été abordé par les professionnels de l'équipe « *Je pense que pour les personnes qui se prostituent elles ont tout intérêt à être informées de la PrEP [...] Je pense qu'il faut qu'on accentue la promotion [...] c'est à nous de faire de la pub, c'est à nous d'en parler, de dédramatiser.* » (PROF02).

Au local, des moyens de promotion avaient été mis en place pour faire connaître la PrEP « *On a mis en place des affiches, des stories sur Instagram, des choses très factuelles pour vraiment mettre la PrEP en avant [...] on en a parlé un peu plus lors des tournées de proximité ou virtuelles.* » (PROF02) « *on mettait les dates de présence de l'infectiologue en évidence dans le local, on l'avait spécifié sur Instagram.* » (PROF01) « *On a utilisé des petits supports d'affichage et on a photocopié plein de comprimés bleus de Truvada en gros sur papier qu'on a laissé exposés longtemps dans le local et c'était assez ludique.* » (PROF03) « *on a fait aussi de la documentation, traduite dans toutes les langues.* » (PROF04).

Un travail de sensibilisation en amont de la venue de l'infectiologue était effectué auprès des usagers du dispositif Poppy « *quelques jours en amont, on en parlait plus que d'habitude dans les locaux et on les proposait aussi sur les tournées de rue [...] sur les tournées virtuelles.* » (PROF01) « *On disait : « tiens, lundi, il y a l'infectiologue qui est là, ça pourrait être intéressant que tu ailles la voir, discuter un peu des nouveaux traitements qui existent notamment dans la prévention du VIH ! »* (PROF02) « *Lorsqu'on donne du matériel ou lorsqu'on a recours à un dépistage, on en parle systématiquement.* » (PROF04). La répétition de l'information renforçait le travail de promotion « *Juste de savoir que c'est possible ici ce n'est pas suffisant si on ne t'en reparle pas. Il faut en parler régulièrement.* » (PP09) « *A force de répéter, répéter : ça va peut-être finir par agir dans les habitudes et les croyances des gens. Je pense que tout sera dans la répétition de l'information, dans l'éducation.* » (PROF02).

Dans les médias, l'intérêt d'un travail de communication plus national semblait important pour améliorer l'accès chez les personnes qui se prostituent « *Les médias, ce serait important car tout le monde s'informe par les médias, que ce soit télévisuel ou par les réseaux sociaux. C'est là qu'on prend nos informations maintenant* » (PP09).

Dans nos entretiens, les personnes interrogées expliquaient que la population des personnes qui se prostituent était peu ciblée dans les médias pour la PrEP « *il y a eu peu de ciblage des communautés pour ce traitement-là.* » (PP02) « *Ce n'est pas un public qu'on va mettre en avant et donc on va moins le cibler dans les campagnes de prévention* » (PROF04) « *dans les faits, moi j'ai vu très peu de pub pour les personnes qui se prostituent en ce qui concerne la PrEP [...] Je pense à l'association la plus connue en termes de prévention du VIH qui reste quand même AIDES [...] on va plus parler du public HSH à AIDES que des autres publics d'à côté.* » (PROF02).

La représentation de la PrEP uniquement pour le public HSH était évoquée comme un frein à l'accessibilité pour les autres publics cibles « *il y en a encore qui pensent que ça ne s'adresse qu'aux hommes, aux hommes homosexuels et que ce n'est pas quelque chose qui s'adresse aux femmes* » (PROF04) « *la communication autour de la PrEP s'est développée dans les milieux HSH, à peu près exclusivement, avec un support communautaire assez important, avec AIDES aussi qui avait participé aux études en France* » (PROF05) « *Dans le milieu homosexuel ça a été très bien repéré [...] tout a été orienté vers les HSH et on a laissé les prostitués de côté, les TDS aussi, ce n'était pas le public cible en premier pour la PrEP alors que ça aurait dû.* » (PROF02).

Le tabou autour de l'activité de prostitution a été évoqué « *La prostitution c'est une activité qui reste tabou en France, tout le monde fait un peu l'autruche, et dans les médias c'est pareil, on ne parle pas souvent des personnes qui se prostituent.* » (PROF04) « *Quand on regarde à la télé, dans les journaux, c'est très rare qu'on parle de prostitution finalement [...] ça reste un peu plus tabou que les HSH à mon avis.* » (PROF02).

Un travail national de communication ciblé sur les populations cibles de la PrEP comme les personnes qui se prostituent a été plébiscité par les professionnels pour le développement de l'accès à la PrEP « *On le sait qu'il y a un travail de communication à faire sur les personnes les plus éloignées de la PrEP : les personnes qui se prostituent, les migrants, les femmes [...]* Je pense que cela serait bien qu'il y ait un groupe de travail national spécifique qui se fasse sur l'accès à la PrEP [...] il faut le réfléchir avec des spécialistes et avec les personnes concernées [...] Il y a déjà un travail qui se fait à Bordeaux Ville Sans Sida » (PROF05).

La sensibilisation de la population générale sur la PrEP, et non uniquement pour les publics cibles, était aussi évoquée comme levier supplémentaire à la diffusion de l'information « *Je pense que la connaissance globale et grand public de la PrEP sera un vrai levier pour diffuser la PrEP* » (PROF03) « *Quand c'est plus accessible à tous, c'est plus accessible au gens qui sont liés.* » (PROF05) « *si le grand public a un peu plus d'informations sur la possibilité que les femmes peuvent prendre la PrEP, des choses comme ça, elles demanderont aussi à leur médecin. Pour nous, je trouve ça intéressant l'information grand public.* » (PROF03).

D. Analyse de la faisabilité

L'analyse qualitative des données a permis de cartographier les freins et leviers à la faisabilité de cette consultation PrEP dans la figure 9.

1. Mise à disposition de l'infectiologue du CHU

Au début du projet, automne 2020, la PrEP était uniquement à délivrance hospitalière. Pour pouvoir mettre en place cette consultation dans les locaux du dispositif de Poppy, l'équipe de professionnels avait dû faire venir un médecin spécialiste sur place « *hors les murs de l'hôpital* » (PROF05).

L'investissement de l'infectiologue avait permis de porter le projet « *L'infectiologue de Saint-André qui est venu faire les consultations a été rapidement présente dans les discussions et a montré beaucoup d'intérêt au projet.* » (PROF05) « *c'est vrai qu'elle a porté ce projet de l'intérieur de l'hôpital et je pense que tout cela n'aurait pas été possible si on n'avait pas eu ce lien fort avec elle* » (PROF03).

Un accord du chef de service des maladies infectieuses a été donné. « *Évidemment l'accord de tout le service des maladies infectieuses, chef compris* » (PROF03) avait été recherché « *le chef de service a accepté tout de suite en fait, si l'administration du CHU était d'accord.* » (PROF05).

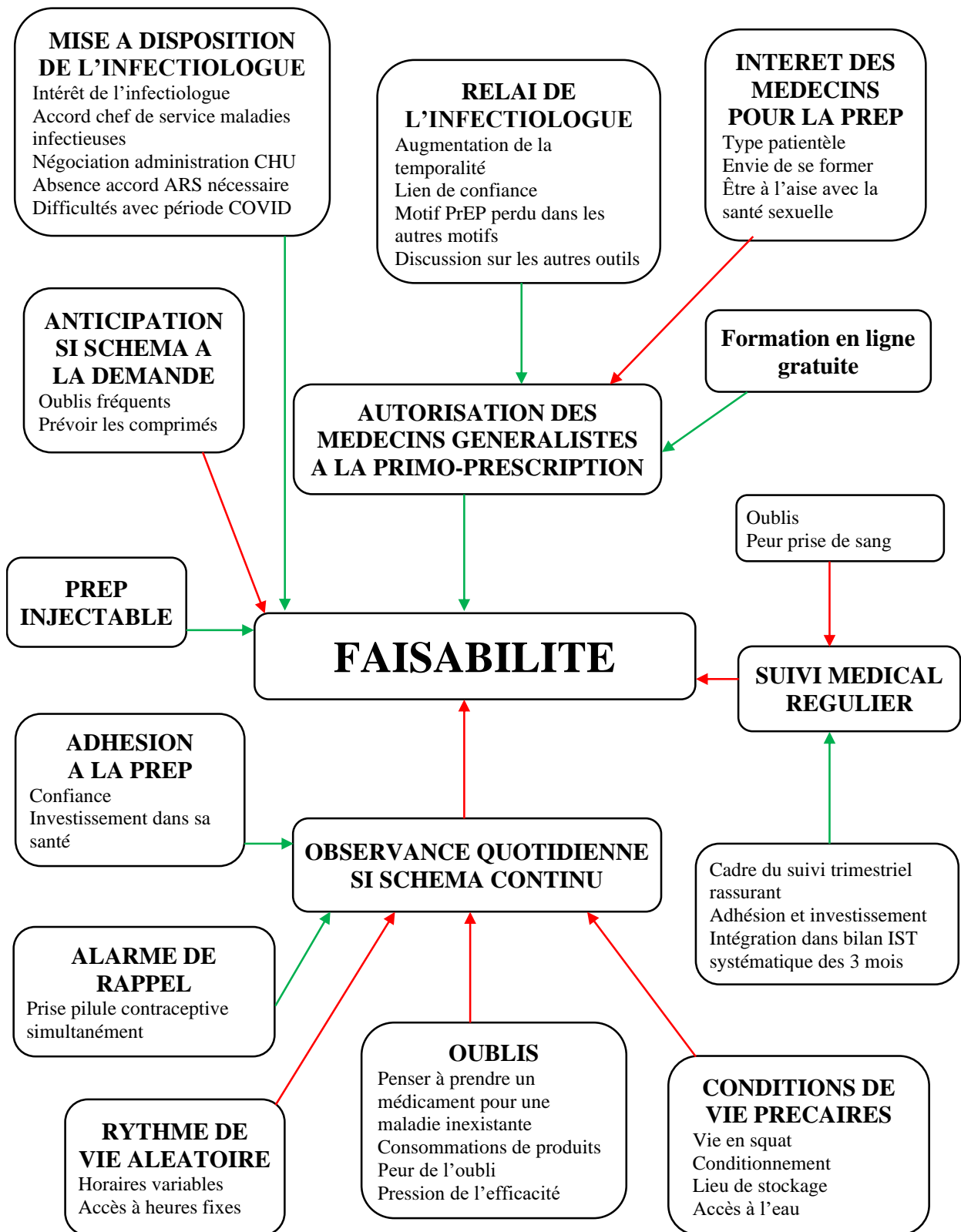


Figure 9. Freins et leviers à la faisabilité

Des négociations administratives avec le CHU avaient eu lieu autour du statut de l'infectiologue « *ça a été un peu compliqué, c'est l'administration, c'est procédurier mais on y est arrivé [...] Il y a eu un premier accord de l'administration du CHU qui a pris quelques mois.* » (PROF05). Une première convention refacturait la présence de l'infectiologue « *Ils m'ont envoyé une convention où ils refacturaient la présence de l'infectiologue à Poppy [...] On n'avait pas envisagé ça comme ça et qu'il fallait plutôt une mise à disposition réelle, non facturée* » (PROF05). Une proposition initiale de détachement de l'infectiologue de son service hospitalier n'avait pas pu être mise en place « *le détachement, ce dont à quoi je pensais pour l'infectiologue pour les consultations PrEP. Mais pour ça il faut que l'objet du service auquel est rattaché le praticien prévoit du « hors les murs » on va dire* » (PROF05). Un accord avait finalement été trouvé sur une mise à disposition du praticien « *la mise à disposition au titre des actions d'intérêt général. L'hôpital peut considérer que l'objet des établissements de La Case constitue quelque chose de l'ordre de l'intérêt général et publique, et dans ce cas-là de mettre à disposition du personnel.* » (PROF05).

Aucune autorisation de l'ARS n'a été nécessaire « *en fait il n'est pas nécessaire que l'ARS intervienne et donne son autorisation. Ils pourraient intervenir et mettre leur poids dans la discussion mais administrativement, ce n'est pas nécessaire.* » (PROF05).

La période de crise sanitaire de la Covid-19 avait compliqué la mise en œuvre de cette consultation avancée de PrEP « *après il y a eu la crise du Covid donc ça a été hyper compliqué à mettre en place* » (PROF02) « *en fait il y a eu un long moment où il a fallu négocier avec le CHU en période de crise sanitaire de surcroît, de détacher un infectiologue !! (Rires) C'était une vraie folie* » (PROF05).

2. Autorisation des médecins généralistes à la primo-prescription

Au premier juin 2021, la primo-prescription de la PrEP a été autorisée pour les médecins généralistes. Le médecin titulaire de Poppy avait pris le relai du travail initié par l'infectiologue au sein du dispositif « *maintenant la PrEP est accessible aux médecins généralistes pour la première prescription, du coup l'infectiologue est partie parce que le médecin titulaire d'ici peut prendre la relève de cette consultation.* » (PROF02) « *ça a été rendu beaucoup plus facile du coup à Poppy. Il n'a plus été nécessaire de détacher l'infectiologue du CHU.* » (PROF05).

Ce relai par le médecin titulaire améliorerait l'offre de consultations PrEP en termes de temporalité « ça ouvrait deux consultations par semaine alors qu'il n'y en avait que deux par mois avant. C'était donc plus faisable entre guillemets en termes de proposition et de temporalité [...] les gens venaient voir le médecin et on pouvait donc proposer en même temps la consultation PrEP. Ça a été la chose la plus facilitante » (PROF01) « on a plus besoin d'attendre la venue de notre infectiologue, donc ça facilite au niveau du timing. » (PROF03).

La confiance des usagers du dispositif Poppy envers ce médecin titulaire connu et reconnu favorisait la mise en place de la consultation PrEP « je sais qu'il y a le médecin de Poppy, je suis en confiance » (PP09) « notre médecin titulaire est très reconnu. Elle est très connue dans le milieu de la prostitution donc on a tendance à lui faire confiance donc ça c'est bien. » (PROF02).

Le fait que le motif de la PrEP pouvait être perdu dans les différents motifs de consultations de ce médecin avait été rapporté comme point de vigilance « on s'y perd aussi parce que ça se mêle au reste habituel, aux autres demandes de consultations [...] on fait peut-être moins de rappels sur le fait qu'on peut avoir la PrEP » (PROF01). Cependant, cela n'était pas vu comme un frein par d'autres professionnels « elles viennent pour différents motifs de consultation à chaque fois [...] c'est intéressant, ça nous oblige à en parler systématiquement. » (PROF03) « Je ne pense pas que maintenant la PrEP soit perdue dans tous les motifs de consultations. Et même si c'est le cas, ce n'est pas très grave parce que c'est un moyen de prévention de plus. » (PROF04).

L'inclusion de la PrEP parmi les différents motifs de consultations permettait d'ouvrir la discussion sur les autres outils de prévention complémentaires « lorsqu'on propose la PrEP, on propose toujours des préservatifs. L'un n'empêche pas l'autre. Je crois que c'est bien que la PrEP vienne s'ajouter à la longue liste de notre boîte à outils sans que ce soit quelque chose de stigmatisant. » (PROF04).

D'un point de vue général, l'autorisation des médecins généralistes à initier la PrEP augmentait les possibilités de consultations auprès des personnes qui se prostituent. Pour rendre cela faisable, les médecins devaient se former à la prescription de la PrEP d'une part et avoir envie de le faire d'une autre part. Pour la formation « il existe une formation en ligne qui est faite sur internet, avec un site qui est assez complet au final. » (PROF03).

L'intérêt des médecins généralistes pour la PrEP était nécessaire pour pouvoir assurer son déploiement « *Je ne suis pas certaine que ça intéresse tous les médecins généralistes [...] on est tous différents [...] on a des patientèles qui nous ressemblent en général [...] Il y a des médecins généralistes pour qui c'est complètement inadapté par rapport à leurs pratiques et puis d'autres qui sont avec des publics avec qui ça serait intéressant.* » (PROF03) « *Il faut être intéressé par ça, il faut connaître surtout.* » (PROF04).

Les professionnels de Poppy avaient abordé la nécessité d'être à l'aise avec la santé sexuelle en tant que médecin pour pouvoir prescrire la PrEP « *je ne suis pas sûre que tous les professionnels de santé soient à l'aise avec la PrEP. Et puis il faut être à l'aise avec la santé sexuelle* » (PROF04) « *C'est un peu la problématique de la gynécologie, de la sexualité, de la santé sexuelle. Il ne me semble pas pertinent de forcer tous les médecins généralistes mais proposer des formations : oui, à ceux qui ont le temps et qui sont intéressées.* » (PROF03).

3. La nécessité d'une observance rigoureuse

Pour la prise de la PrEP dans un schéma à la demande, la nécessité d'une anticipation des rapports à risque pouvait être un frein « *Pour les hommes c'était compliqué, le schéma à la demande c'est assez compliqué, d'anticiper quand.* » (PROF01). Des oublis ont été notifiés par une personne sous PrEP en schéma discontinu « *quand j'ai commencé la PrEP, j'ai pris le schéma à la demande, mais comme je n'arrivais pas forcément à me rappeler, ça ne m'allait pas [...] me dire : « il faut que je le prenne après mon rapport », des fois j'oubliais.* » (PP06).

Pour la prise de la PrEP dans un schéma continu, la nécessité d'une observance quotidienne apparaissait comme l'un des principaux freins à la mise en place de la PrEP « *cette histoire de prendre tous les jours un nouveau médicament, c'est pénible* » (PP04) « *Le fait de prendre un traitement tous les jours, j'ai du mal à être observante. Je n'arrive pas à être assidue* » (PP09) « *une charge supplémentaire de devoir penser à prendre un traitement en plus* » (PP08).

Des difficultés d'observance sur des oublis avaient été évoquées chez une personne prenant la PrEP « *J'avais des difficultés avec l'observance [...] Là bah récemment, le l'ai oublié un jour et demi [...] Les oublis, c'est parce que je n'y pense pas, parce que j'oublie.* » (PP02). Le traitement préventif était plus facilement oublié que les traitements pour des maladies

symptomatiques « *Penser à prendre un traitement quand on n'est pas malade c'est compliqué [...] prendre un médicament dont je ne ressens pas le besoin physique ou une contrainte par les symptômes c'est compliqué* » (PP02) « *En soit, on n'est pas malade, on se dit c'est juste au cas où* » (PP04). Les consommations de produits pouvaient favoriser les oublis « *j'avais pas mal de soirées et aussi des consommations de produits, j'avais oublié de prendre la PrEP presque 2 jours d'affilée à cause de toutes ces consommations* » (PP06).

Les conditions de vie précaires de certaines personnes qui se prostituent pouvaient être un frein à la bonne observance de la PrEP « *C'est toujours plus compliqué pour les gens qui sont très précaires de prendre des traitements au long cours de façon régulière* » (PROF05) « *Dans les squats, ce sont des conditions de vie compliquées, on n'a pas toujours de l'eau, on n'a pas toujours la boîte de médocs à côté de soi.* » (PROF02) « *il faut pouvoir garder son traitement dans les bonnes conditions.* » (PROF01) « *Il faut avoir un endroit où stocker.* » (PROF04).

Le rythme de vie aléatoire pouvait aussi avoir un impact négatif sur l'observance « *elles ont un rythme de vie décalé [...] c'est difficile de venir intégrer quelque chose de très régulier dans quelque chose de très éparpillé* » (PROF04) « *Ça veut dire prévoir le comprimé avant de partir ou avant de rester car l'emploi du temps est complètement variable [...] il suffit qu'il y ait une passe qui se propose de 20h à 23h, bah elles doivent aller au boulot et donc la prise de médicament peut être différée de quelques heures.* » (PROF02).

La contrainte de devoir prévoir les comprimés à l'avance avait été évoquée « *Ce qui peut être contraignant, ça va être de bien penser à l'emmener avec soi quand on va quelque part et prévoir si on va rester longtemps à un endroit [...] si j'ai des consommations de produits, du coup ouai ça peut arriver des fois quand on est en soirée un peu prolongée [...] on n'a pas ramené le cachet du coup bah on se retrouve devant le mur quoi.* » (PP06).

Certaines personnes évoquaient la peur de l'oubli et la pression de l'efficacité du Truvada® reposant sur une observance stricte « *Et si je l'oublie ?* » (PROF04) « *on en a quelques-unes qui disent : « non mais moi je ne suis pas capable de prendre un cachet par soir, je risque de l'oublier » » (PROF02) « *Je pense que ça peut être un frein parce qu'il y a la peur de l'oublier « du coup si je l'ai pris pendant trois semaines et que je l'oublie une fois, c'est**

comme si j'avais fait tout ça pour rien, quels sont les risques ? » C'est beaucoup de pression en fait. » (PROF04).

L'arrivée de la forme retard de la PrEP en injection IM apparaissait comme un atout pour les personnes avec des difficultés d'observance « *ça permettrait à des personnes pour qui c'était compliqué la prise de comprimés tous les jours, que ce soit plus facilitant pour le coup. » (PROF01) « Je pense aux personnes qui peuvent oublier [...] Je pense aussi aux personnes qui vivent dans des conditions précaires, je pense que la forme injectable, ça sera super. » (PROF02) « s'il y a aussi peu d'effets secondaires qu'avec le comprimé Truvada au quotidien, vraiment ça pourrait être absolument génial pour notre public. » (PROF03).*

La prise quotidienne du Truvada®, réalisée parfois simultanément avec la pilule contraceptive, pouvait être facilitée par une alarme de rappel sur téléphone « *Je le prends avec ma pilule le soir vers 19H. » (PP05) « j'ai mis une alarme pour pouvoir y penser » (PP02) « si tu prends ta pilule tu peux t'en servir en même temps pour prendre la PrEP, à adopter le réflexe ou à mettre une horloge sur ton téléphone [...] C'est quelque chose dont on peut se servir. » (PROF01).*

L'adhésion et la confiance dans le traitement préventif étaient énoncées comme des leviers majeurs à l'observance quotidienne « *Ça ne me dérange pas de prendre un comprimé tous les jours. Au contraire, ça me plaît. Tous les moyens pour rester en bonne santé sont bons pour moi. Je fais confiance à la médecine. » (PP05) « Ce public est tout à fait en aptitude de prendre un traitement quotidien. C'est le problème d'adhérer à la médecine en fait et de s'investir et de faire confiance. » (PROF03).*

4. La nécessité d'un suivi régulier

Quelques freins au suivi trimestriel ont été évoqués en lien avec les prélèvements sanguins et les oublis de consultation « *Il y en a qui ont peur du moment où il faut aller faire un bilan sanguin [...] Il faut aller se faire prélever, il y en a qui ne veulent pas. » (PROF01) « Mais on voit aussi la personne qui peut oublier, parce que c'est long en même temps. » (PROF02).*

L'équipe de Poppy facilitait le suivi PrEP avec un accompagnement individuel « *Nous, on est là pour faire le service après-vente, on peut noter dans notre agenda : penser à rappeler un tel pour qu'il vienne faire son bilan et renouveler sa PrEP* » (PROF02).

Le cadre du suivi trimestriel était rassurant pour les personnes sous PrEP « *Le suivi tous les 3 mois, je trouve ça plutôt rassurant en fait [...] puisque le chemin est balisé et du coup il y a comme un cadre.* » (PP02) « *ça ne me gêne pas de faire les prises de sang [...] ça me rassure de savoir que tout va bien, que je suis en bonne santé* » (PP05).

Le suivi était, comme pour l'observance, facilité par l'adhésion et l'investissement dans la prévention de la personne « *Ce sont des personnes qui viennent, qui sont soucieuses de leur santé [...] si on réussit à faire qu'elles se réinvestissent, il n'y a aucun problème, elles sont là et elles font les choses* » (PROF03) « *je crois que les personnes ont quand même envie d'être en bonne santé donc investissent bien leur suivi.* » (PROF04).

La routine du dépistage IST trimestriel pouvait être un levier pour intégrer le suivi PrEP « *Je pense que ça peut s'intégrer facilement à du dépistage classique. On recommande aux personnes de se faire tester avec les TROD tous les trois mois. Alors pourquoi pas à l'occasion de ce TROD, explorer d'avantage le suivi PrEP.* » (PROF04).

Les principaux freins et leviers à la mise en œuvre de cette consultation PrEP pour les usagers de Poppy ont été mis en évidence à l'aide d'une grille d'analyse (Tableau 4 et 5).

Tableau 4. Principaux freins à la mise en œuvre de la consultation PrEP pour les personnes qui se prostituent

<i>Principaux freins à la mise en place de la consultation PrEP</i>	
Item	Entretiens
<i>Absence de besoin médical ressenti</i>	
Prévention non vue comme une priorité	PROF01/02/04/05
Focalisation sur d'autres problèmes de vie	PP03/08, PROF01
Incompréhension concept de prévention	PP02/07, PROF01/02/03/04
Ne pas se sentir concerné par la PrEP	PP03/04/07, PROF02
Sentiment de maîtrise des pratiques à risque	PP03/04/07/08, PROF02
Déni du risque	PP09, PROF01/02/04
<i>Représentations de la PrEP</i>	
Manque de connaissances de la PrEP	PP01/02/04/07/08/09, PROF01/02/03

Peur de devoir choisir entre préservatif et PrEP	PP02/07/09
Peur d'un nouveau traitement	PP02/03/04/05/07/08, PROF02/04
Peur des effets indésirables	PP03/04/05/07/09, PROF02/03/04
Stigmatisation communautaire	PP01/02/05, PROF01/02
Stigmatisation du grand public	PP02/06/08, PROF03
<i>Difficultés d'accès aux soins</i>	
Difficultés d'accès à l'hôpital	PP02/09, PROF01/04/05
Temporalité différente des PP	PROF03/04/05
Absence de notification d'activité de prostitution	PP02/03/04/09, PROF01/02/04
Peur de la stigmatisation des professionnels	PP02/03/04, PROF01/02/03/04
Activité de prostitution cachée	PP02, PROF03/04/05
Eloignement des soins	PROF03/05
Eloignement des associations	PP02, PROF03/05
Accès aux PP sur internet plus difficile	PP02, PROF02/05
<i>Nécessité de droits sociaux ouverts</i>	
Nombreux justificatifs demandés	PROF01/04
Lenteur administrative de l'assurance maladie	PROF01/02/04
<i>Sensibilisation insuffisante dans les médias</i>	
Peu de ciblage des PP dans les médias	PP02, PROF01/02/04
Représentations de la PrEP pour le public HSH	PP08, PROF01/02/04/05
Tabou de la prostitution	PROF02/04/05
<i>Mise à disposition de l'infectiologue du CHU</i>	
Négociations avec le CHU	PROF02/03/05
<i>Autorisation des médecins généralistes à la primo-prescription</i>	
PrEP perdue dans les autres motifs de consultations	PROF01/02/03
Intérêt des médecins généralistes dans la PrEP	PROF03/04
Être à l'aise avec la santé sexuelle	PROF03/04
<i>Nécessité d'une observance rigoureuse</i>	
Anticipation pour le schéma à la demande	PP06, PROF01
Contrainte de prendre un comprimé tous les jours	PP02/04/07/08/09, PROF02/04/05
Peur de l'oubli	PP09, PROF02/04
Conditions de vie précaires	PROF01/02/04/05
Rythme de vie aléatoire	PROF02/04
Oublis de la PrEP	PP02/05/06, PROF01
<i>Nécessité d'un suivi médical régulier</i>	
Peur des prises de sang	PROF01/02
Oublis du suivi	PROF01/02

Tableau 5. Principaux leviers à la mise en œuvre de la consultation PrEP pour les personnes qui se prostituent

<i>Principaux leviers à la mise en place de la consultation PrEP</i>	
Item	Entretiens
<i>Enjeux éthiques et sociaux</i>	
Favoriser l'accès de la PrEP pour les femmes	PROF01/02/04/05
Outil supplémentaire de lutte contre le VIH	PP05/06/08, PROF02/04/05
Amélioration globale du suivi des PP	PP02/05/06, PROF02/05
Lutte contre l'infantilisation des PP	PP02, PROF05
Travail sur la réduction des risques	PROF01/04
<i>Besoin médical ressenti</i>	
Implication dans sa santé et dans la prévention	PROF01/02/03/04
Maîtrise des pratiques à risque avec la PrEP	PP01/02/05/06
Autre protection contre les accidents de préservatifs	PP01/02/05/06
Conscience du risque VIH et des pratiques à risque	PP01/02/04/05, PROF02
Rapports à risque acceptés pour meilleur tarif	PP02/04/07, PROF04
Beaucoup de demandes de rapports non protégés	PP01/02/03/05/07, PROF03/05
Absence d'intérêt des clients dans l'état de santé des PP	PP01/02/03/04/05/07/08/09
Méfiance du discours des clients sur leur état de santé	PP01/04/05/07/08/09
Contaminations IST	PP01/09
Risque de rupture de préservatif	PP02/03/04/09
Retrait forcé du préservatif par le client	PP01/02/04/07/09, PROF04
<i>Représentations de la PrEP</i>	
Travail d'information et explication par équipe Poppy	PP01/02/04/05/08/09, PROF02/03/04
Travail de réassurance par équipe Poppy	PP01/02/05, PROF02/03
Arrivée des médiateurs en santé pairs	PP02, PROF01/02/03/04/05
Soutien de l'entourage	PP01/02/06
<i>Amélioration de l'accès à la PrEP</i>	
Centralisation dans un lieu ressource	PP09, PROF01/04/05
Délocalisation hospitalière	PROF03/04/05
Simplification des rendez-vous	PROF03/04/05
Rythme régulier des consultations	PROF02/03
Suivi au sein du dispositif Poppy	PROF01/02/04/05
Lieu de confiance	PP04/09, PROF04
Ouverture des prescriptions aux médecins généralistes	PP02, PROF03/05
<i>Promotion</i>	
Sensibilisation des PP au local Poppy	PROF01/02/03/04/05
Information des PP via les médias	PP09, PROF02/05
Communication auprès du grand public	PROF03/04/05
<i>Prescription médicale de la PrEP</i>	
Mise à disposition de l'infectiologue du CHU	PROF01/02/03/04/05
<i>Autorisation des médecins généraliste à la prescription</i>	
Relai de l'infectiologue par le médecin titulaire Poppy	PROF01/02/03/04/05
Temporalité augmentée deux fois par semaine	PROF01/03/05
Formation des médecins généralistes gratuite	PROF03/05
<i>Nécessité d'une observance rigoureuse</i>	
Adhésion et confiance dans le traitement préventif	PP05/06, PROF03
Alarme de rappel	PP02/05/06, PROF01

Arrivée de la forme retard injectable IM	PP02, PROF01/02/03/04
<i>Nécessité d'un suivi médical régulier</i>	
Cadre du suivi rassurant pour les PP	PP02/05/06

E. Evaluation en pratique de la consultation PrEP

De novembre 2020 à aout 2021, les consultations PrEP ont été assurées par l'infectiologue du CHU à raison de deux demi-journées par mois. Au total, 42 consultations PrEP avaient été réalisées. La moyenne du nombre de personnes vues en consultation était de 2,6 par demi-journées. Le nombre variait entre une et cinq personnes par vacation. La file active représentait 24 personnes. Sur ces 24 personnes, quatre personnes étaient sous PrEP. La moitié d'entre d'elles (13 personnes) n'avait consulté qu'une seule fois.

Si nous mettons en parallèle la file active des consultations PrEP (24 personnes) avec celle de la fréquentation du local (269 personnes en 2021), nous observons que presque 10% des usagers du local Poppy ont pu bénéficier d'une consultation PrEP avec le praticien hospitalier.

Les consultations avaient lieu dans un bureau du local de Poppy. L'IDE de Poppy était majoritairement présente lors des consultations « *En général, l'infirmier était présent tout du long des consultations, comme ça l'infectiologue faisait les entretiens et nous on faisait les dépistages et les vaccinations en même temps s'il y avait besoin.* » (PROF01).

Un dépistage IST par TROD était effectué lors de la consultation « *en général l'infectiologue demandait à ce qu'on refasse les TROD le jour de la consultation sauf s'ils étaient très récents.* » (PROF01). Une ordonnance de bilan sanguin pré-PrEP ou de suivi leur était remise « *ils repartaient avec un bilan sanguin. Quand ils avaient des droits ouverts, ils le faisaient en laboratoire [...] On a aussi monté un partenariat avec un laboratoire aux frais de l'association pour qu'on puisse faire les bilans si nécessaire. Sous validation de la direction, c'est moi qui fais le prélèvement au local et ensuite je les amène au labo.* » (PP01).

Une vaccination pour les IST était proposée simultanément «*« La vaccination aussi, il n'y a jamais de caractère obligatoire mais on propose la vaccination en même temps [...] On a fait hépatite B et papillomavirus.* » (PROF01).

Les professionnels notaient une certaine curiosité générale des usagers du dispositif autour de la consultation PrEP « *Il y en plein qui sont allés voir l'infectiologue pour avoir des renseignements, parce qu'elles étaient très curieuses, très intéressées mais qui ne sont pas forcément allées jusqu'à prendre le traitement.* » (PP05) « *Ce que j'ai trouvé d'intéressant, c'est qu'on a eu du public de toutes sortes de prostitution [...] des profils assez variés et assez représentatifs, c'était plutôt une bonne surprise.* » (PP03).

L'adhésion était variable en fonction des différents profils de prostitution. Elle était plus difficile auprès de la population des pays de l'Est « *pour la PrEP, les personnes des pays de l'Est sont beaucoup difficiles à prendre en consultation, à orienter en consultation* » (PROF01). Les populations sub-sahariennes ont montré un intérêt plus marqué dans la consultation PrEP « *beaucoup de personnes plutôt d'Afrique. Après elles prenaient ou ne prenaient pas mais c'était majoritairement ce public-là.* » (PROF01). L'adhésion était enfin plus facile chez les personnes qui se prostituent HSH où la PrEP est déjà connue « *J'avais déjà le formatage de AIDES, si on peut dire, dessus.* » (PP06).

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

1. Les enjeux éthiques et sociaux

a) Un outil peu déployé chez les personnes qui se prostituent

L'une des motivations premières de la création de cette consultation PrEP extrahospitalière pour les personnes qui se prostituent est le constat par les professionnels de Poppy de contaminations VIH persistantes au sein de leurs usagers. Comme l'indique le rapport de l'ONUSIDA de 2022, les personnes qui se prostituent représentent environ 12 % des contaminations mondiales, ce qui en fait une population clé (23).

Face à ces contaminations, des outils de prévention sont pourtant élaborés depuis plusieurs années dans une stratégie de lutte contre le VIH combinée. La PrEP apparaît comme une opportunité préventive pour ce public à risque, majoritairement féminin, en réponse à une forte demande de rapports non protégés et une tension financière en augmentation. Lors de la 9^{ème} conférence de l'AFRAVIH à Bordeaux en 2018, il est souligné que si des essais ont parfois rencontré des difficultés pour prouver l'efficacité de la PrEP chez les femmes en raison d'une mauvaise observance, la recherche lui confère maintenant près de 94% d'efficacité potentielle. (97). Et pourtant en France en 2021, seulement 2,5% des usagers de la PrEP sont des femmes (57).

Pour expliquer cette discrimination de genre, les professionnels évoquent le fait que la PrEP est encore soumise aujourd'hui à des représentations et notamment qu'elle s'adresse uniquement à la population HSH. Avec un soutien communautaire puissant, notamment l'association nationale AIDES qui cible majoritairement et historiquement les HSH, et un niveau socio-économique potentiellement plus élevé que chez la population prostitutionnelle qui favorise l'accès à l'information, la PrEP est largement investie et déployée par le public HSH, au détriment des autres populations cibles. En partant de l'idée que la PrEP est réservée à la population HSH, un certain nombre de personnes qui se prostituent ignorent l'intérêt ou encore les possibilités d'accès à la PrEP (98).

Peu de campagnes de sensibilisation au niveau national sont orientées vers les personnes qui se prostituent. Là encore, nous retrouvons un biais historique avec l'arrivée de la PrEP en France en 2016 suite à l'étude IPERGAY réalisée auprès de la population HSH (46). Dès lors, la communication autour de la PrEP s'est essentiellement faite à destination de ce public. Si dès 2018, à travers sa campagne #PrEP4Love (99), AIDES a communiqué sur l'usage de la PrEP auprès d'un large public en intégrant les femmes, il n'y a en revanche jamais eu de campagne autre qu'associative. Aucune campagne ciblant la PrEP et la prostitution n'a encore vu le jour.

b) Un public éloigné des soins

Un autre enjeu de la délocalisation de la consultation PrEP chez Poppy découle du fait que ce public est en partie représenté par des femmes migrantes, étrangères, parfois en situation irrégulière et souvent très éloignées des soins. Bien sûr, certaines prescriptions hospitalières de PrEP sont évoquées par les professionnels de Poppy mais il s'agit souvent de femmes ou d'hommes d'origine française et insérés, travaillant majoritairement de façon autonome sur internet. Une proportion importante des usagers de Poppy ne dispose pas d'un accès suffisant aux offres de soins existantes et notamment à la prescription de la PrEP.

D'après le Conseil national du sida, le système de santé ne fournit pas de services adaptés aux besoins sanitaires, aux connaissances linguistiques, aux valeurs culturelles et à la mobilité des personnes qui se prostituent (41). En effet, la méconnaissance du dispositif médico-social français, le recours insuffisant à l'interprétariat en milieu hospitalier, même si des moyens sont prévus, les réticences de la part du personnel à l'égard de certains publics, en particulier les personnes transgenres, le problème global d'accueil des migrants dans les structures de soins, notamment pour le TPE, constituent des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins (41).

La loi de pénalisation des clients de 2016 est souvent évoquée dans les entretiens pour illustrer l'isolement des personnes qui se prostituent. En effet, ces mesures ont poussé l'activité prostitutionnelle à s'excentrer dans des zones périphériques plus isolées et moins visibles dans un objectif de discrétion pour les clients. Une prostitution cachée s'est développée dans la rue mais aussi sur internet avec un anonymat des clients plus sécurisant sur les réseaux sociaux. Cette loi contribue à éloigner le public prostitutionnel des associations et des institutions sanitaires, rendant plus difficile le travail de réduction des risques (43).

c) Délocaliser pour favoriser l'accès et l'autonomie des personnes

Pour contrer cet isolement et favoriser l'accès de la PrEP aux personnes qui se prostituent, la création de cette consultation PrEP par l'association La Case au sein du dispositif Poppy s'inscrit dans une démarche stratégique de « l'aller vers ». Il fallait aller chercher ce public sur le terrain au plus près de leur activité (22). Dans une thèse soutenue en 2022 sur les facteurs limitant et renforçant le recours à la PrEP chez des femmes qui se prostituent dans l'arc alpin, des actions de santé communautaires sont plébiscitées par les participantes pour augmenter le recours à la PrEP (98). Dans la littérature internationale, les rares études sur la PrEP chez les personnes qui se prostituent sont unanimes sur la nécessité d'interventions communautaires ciblées pour déployer la PrEP au sein de ce public clé (74,83,86,87).

Même si l'association La Case ne se définit pas comme une association communautaire, la mise à disposition de l'infectiologue du CHU a permis la prescription de la PrEP « hors les murs » dans un lieu ressource pour les personnes qui se prostituent. Cette consultation bimensuelle était adaptée à la temporalité spécifique de ce public : consultations régulières et gratuites, sans rendez-vous, sans délai d'attente. En effet, le rythme d'activité aléatoire et les conditions de vie précaires de certaines personnes nécessitent une disponibilité et une flexibilité dans l'offre de PrEP (75).

La primo-prescription de la PrEP par les médecins généralistes a été autorisée le 1^{er} juin 2021 (55), au cours de notre étude. Le médecin titulaire de Poppy a ainsi pu prendre le relai de l'infectiologue dans les consultations PrEP, les intégrant dans ses consultations bi-hebdomadaires. Ce changement a permis une facilitation de l'accès à la PrEP en termes de temporalité, notamment pendant la crise sanitaire de la Covid-19.

La mise en place d'une consultation avancée de PrEP au sein du dispositif permet, en plus de l'accès à cet outil de prévention, un travail plus global sur la réduction des risques. En effet, chaque consultation permet d'aborder les pratiques sexuelles potentiellement à risque des personnes qui se prostituent, de délivrer des messages et du matériel de prévention dans un objectif d'éducation à la sexualité et d'autonomisation. Cet accompagnement des personnes qui se prostituent vers la PrEP s'inscrit donc dans une démarche de santé sexuelle globale dans le cadre de la stratégie nationale préventive combinée contre le VIH (54).

2. Les pratiques sexuelles à risque

a) Connaissances et méthodes de prévention utilisées

Quand nous avons interrogé les personnes qui se prostituent sur leurs connaissances en VIH, le préservatif était identifié très clairement comme la méthode de prévention de référence contre l'infection au VIH. Toutes les femmes qui se prostituent de notre étude affirmaient y avoir recours pour les rapports vaginaux. Cependant, son utilisation n'était pas systématique pour les fellations chez trois personnes. Ces résultats concordent avec le rapport du Conseil national du sida qui estime une utilisation quasi-systématique du préservatif pour les rapports avec pénétration (90 à 100%) et une utilisation moindre pour les rapports oro-génitaux de 66 à 84% (41).

En dehors du préservatif, nous nous sommes heurtés à une connaissance relativement faible des autres outils de prévention de la part des participants. La PrEP était méconnue chez plus de la moitié des personnes qui se prostituent interrogées. Ceux qui identifiaient la PrEP comme un outil de prévention étaient tous des personnes françaises et insérées travaillant sur internet. Elles avaient toutes été sensibilisées en amont à la PrEP grâce à un parcours associatif personnel (une personne ayant travaillé chez AIDES, un travailleur pair, deux médiateurs en santé pairs). Dans son étude, Tomko et al. retrouvaient seulement 21% de PP connaissant la PrEP (78). Le dépistage des IST, le recours au TPE ou encore le TasP n'ont été évoqués qu'une seule fois par un travailleur pair.

De plus, de nombreuses idées reçues ou fausses croyances chez certaines personnes en matière de prévention au VIH traduisent un faible niveau d'éducation sexuelle. Le manque d'information et de connaissances sur les outils de prévention apparaît comme un frein à l'accès et à l'adhésion de la PrEP (98). Ce constat s'illustre particulièrement au sein de la population étrangère travaillant dans la rue, confirmant le lien entre précarité et accès aux soins limité (38).

D'un autre côté, le recours au dépistage des IST était très élevé chez les participants. Bien que les personnes qui se prostituent n'identifiaient pas le dépistage comme un outil de prévention, un rythme régulier de surveillance était observé environ tous les 3 mois. Ces résultats contrastent avec les données des autorités sanitaires qui estiment un recours insuffisant au dépistage pour le public prostitutionnel (7). Cela pourrait être expliqué par le travail

d'éducation et de promotion du dépistage par les professionnels de Poppy et encouragerait les perspectives du déploiement de la PrEP grâce à l'investissement de l'équipe.

b) Une demande forte des clients de rapports non protégés

La prise de risques dans le milieu prostitutionnel est largement en lien avec une augmentation des demandes de rapports non protégés des clients. Que ce soient les personnes qui se prostituent, les professionnels, ou encore la littérature, tous s'accordent sur le fait que les clients sont en recherche de rapports sans préservatifs et proposent des tarifs plus importants pour les obtenir (13). La tension financière et la situation de précarité de certaines personnes, renforcées par la crise sanitaire de la Covid-19 (100), tendent à faire accepter ces pratiques à risque par la population prostitutionnelle.

La loi de pénalisation des clients de 2016 illustre une nouvelle fois la dégradation socio-économique des personnes qui se prostituent (43). En effet, les mesures ont fait diminuer le nombre de clients et donc diminuer l'activité prostitutionnelle elle-même. Le rapport de force dans la négociation des conditions de l'acte tarifé est passé du côté du client. La précarité et la pression de rentabilité exercée par les réseaux de prostitution diminuent la capacité de certaines personnes à imposer le préservatif lors des rapports.

De plus, l'excentration de l'activité vers une prostitution moins visible et plus isolée dans la rue et sur internet a majoré le risque de vulnérabilité des personnes qui se prostituent face aux clients. Une augmentation des violences et des agressions est observée depuis 2016 (43). Les professionnels de Poppy notent un accompagnement des usagers plus fréquent pour les dépôts de plaintes d'agression dans les services de police. Ces violences subies majorent le risque d'infection au VIH car elles se traduisent souvent par un retrait forcé du préservatif, une fellation non protégée forcée, un viol.

3. L'adhésion à la PrEP

a) Implication dans sa santé et dans le concept de prévention

Au cours des consultations PrEP au local Poppy, les professionnels ont observé des degrés d'adhésion variables en fonction des nationalités et des profils de prostitution. La

population originaire d’Afrique sub-saharienne, et notamment les personnes nigérianes et camerounaises, a montré un certain intérêt pour la PrEP. Sans faire de généralités, les professionnels s’accordent sur le fait que cette population est souvent très impliquée dans son état de santé général avec une demande fréquente de prévention et d’information. Leur condition ne s’arrête pas à la prostitution qu’elles voient comme une activité temporaire. Elles se projettent dans une vie future sans prostitution, ce qui favorise leur adhésion. La volonté de rester en bonne santé est également décrite dans la littérature comme un levier à l’acceptabilité de la PrEP chez les personnes qui se prostituent (42,73,76). Une fois l’adhésion acquise, cette implication des PP facilite un suivi régulier de la PrEP sans contraintes, intégré dans une volonté d’être acteur de sa santé globale (98).

L’adhésion était plus difficile chez les personnes originaires des pays d’Europe de l’Est, majoritairement très éloignées des soins. En effet ces femmes sont souvent issues de réseaux de prostitution communautaires et familiaux fermés, et se prostituent depuis leur enfance. Elles n’ont connu et ne se définissent qu’à travers la prostitution. Comme décrit dans la littérature, ces personnes ont souvent peu confiance dans les médecins (82) et notamment dans le système de soins français qu’elles ne connaissent pas. La gratuité et l’efficacité de la PrEP sont remises en question par ces femmes qui sont culturellement confrontées à des médicaments de contrebande, très onéreux dans leur pays d’origine.

Du côté de la population HSH qui se prostituent, l’adhésion était facilitée par le fait que la PrEP était déjà bien repérée et déployée au sein de la communauté avec une communication associative importante autour de cet outil de prévention (99,101).

L’adhésion est donc variable au sein du public prostitutionnel en fonction de son implication dans sa santé. Pour certains, la prévention n’est pas une priorité (98). Les conditions de vie précaires vécues par des personnes qui se prostituent se traduisent par des problématiques plus concrètes à gérer au quotidien comme par exemple trouver une aide au logement ou encore une aide alimentaire. L’adhésion et l’investissement dans le suivi de la PrEP se heurtent à la réalité du milieu prostitutionnel. Le concept de prévention en lui-même est apparenté à un « luxe » que certaines PP ne peuvent se permettre.

Dans de rares cas, un mécanisme de défense peut être observé : la décorporalisation. La répétition des actes sexuels depuis le jeune âge entraîne ce phénomène. La personne qui se

prostituée se met à distance de son propre corps pour survivre aux violences (102). Ainsi le concept de prendre soin de soi et de son corps est très éloigné pour certains et rend difficile l'adhésion à la prévention.

b) Maîtrise des pratiques à risque

L'adhésion à la PrEP se fonde sur un besoin médical ressenti et une reconnaissance de pratiques sexuelles à risque par les personnes qui se prostituent dans un contexte de multipartenariat (42,77). Certaines personnes qui se prostituent interrogées admettent une absence de maîtrise des risques dans leur activité, soit dans le cadre de rapports non protégés sans préservatifs, soit dans le cadre d'accidents de préservatifs par rupture ou glissement.

Dans notre étude comme dans la littérature, l'acceptabilité de la PrEP est favorisée par un désir de gestion des risques (42,73,75) notamment vis-à-vis des situations de vulnérabilité que rencontrent les personnes qui se prostituent (73,75), des possibles contraintes de rapports sans préservatifs par les clients (78) , des violences subies sexuellement (75,77). La PrEP apparaît comme un outil de protection supplémentaire contre le VIH (42,73,76) et permet de se libérer d'un poids en cas de rapports à risque (98).

L'indication de la PrEP recommandée par le groupe d'experts français en 2015 est la suivante : « *personne en situation de prostitution exposée à des rapports sexuels non protégés* » (54). Toutes les personnes qui se prostituent n'ont donc pas une indication à la PrEP si les rapports sont strictement protégés. Certaines d'entre elles affirment maîtriser leurs pratiques sexuelles en ayant un recours systématique au préservatif. Dans un projet communautaire de déploiement de la PrEP pour les PP réalisé en Inde, l'acceptabilité était également freinée par une affirmation de pratiques à risque estimées contrôlées avec le préservatif chez certaines personnes (72).

Cette affirmation peut cependant être erronée dans plusieurs situations. La première par un manque de connaissances sur les risques de contamination et les stratégies préventives adaptées contre le VIH, notamment avec des fausses croyances ancrées culturellement. La sous-estimation du risque d'infection est également décrite dans le travail de Deblaise sur la PrEP et les PP, notamment dans des situations de précarité ou d'emprise par les réseaux de prostitution (98). La seconde, par un déni du risque. En effet, reconnaître avoir des pratiques à risque

équivalent à reconnaître sa mise en danger quotidienne et rappelle sa vulnérabilité face au VIH. Enfin la troisième, par une peur de la stigmatisation. Les professionnels abordent en effet dans notre étude le fait que les rapports ne sont pas toujours protégés chez certaines personnes qui se prostituent même si l'inverse était affirmé lors des entretiens avec ces PP.

4. La stigmatisation

Dans notre étude, la peur de la stigmatisation apparaît comme un frein majeur à l'adhésion de la PrEP. Cette observation est largement retrouvée dans la littérature (72,73,77,79,80,82). La stigmatisation s'illustre dans trois dimensions différentes.

a) La stigmatisation communautaire par ses pairs

L'influence de l'avis des pairs concernant l'acceptabilité de la PrEP est majeure. Si des témoignages de personnes sous PrEP peuvent favoriser l'adhésion des pairs, la pression du groupe la freine souvent très fortement. Il suffit que des personnes qui se prostituent affirment que la PrEP ne soit pas une bonne chose lors de réunions à plusieurs pour que d'autres n'osent pas s'exprimer dessus ni émettre un avis différent. En effet, les professionnels de Poppy ont décrit des situations concrètes où face à la pression du groupe, certaines personnes ne montraient pas d'intérêt à la PrEP alors que l'inverse était observé en entretien individuel. Deblaise remonte des données similaires dans sa thèse et propose de favoriser la promotion de la PrEP en format individuel (98).

La discrimination des personnes sous PrEP est également observée au sein de communautés prostitutionnelles. Les fausses croyances et le manque d'information de certaines personnes par rapport à la PrEP les induisent à penser que les personnes sous PrEP sont séropositives. La peur d'être jugé infecté au VIH est un frein à la PrEP qui est aussi retrouvée dans des études étrangères (73,77). Certaines personnes sous PrEP sont alors obligées de se cacher de leurs pairs ou de leur entourage pour limiter les retentissements au travail et dans leur cercle familial quand le soutien est absent (73,98).

b) La stigmatisation du grand public

A plus grande échelle, la stigmatisation de la population générale vis-à-vis de la PrEP mais aussi de l'activité prostitutionnelle en elle-même ralentit le déploiement de la PrEP chez ce public clé. Concernant la PrEP, il s'agit surtout d'un manque de connaissances de la part du grand public, chez qui on retrouve également des représentations de la PrEP exclusivement pour la population HSH. Par manque de sensibilisation, la PrEP reste un outil qui interroge, souvent assimilée à des pratiques à risque sales et déviantes.

Concernant la prostitution, la stigmatisation des personnes qui se prostituent s'inscrit dans des représentations normatives de la société actuelle vis-à-vis de la sexualité, influencées par des facteurs socio-culturels et religieux (12). La prostitution reste taboue en France (98), évoluant dans un contexte légal aux limites floues entre autorisation de l'activité prostitutionnelle et pénalisation de l'achat d'actes tarifés. Cette population marginale dont on évite de parler est rarement mise en avant dans les campagnes de prévention. Les personnes qui se prostituent restent assimilées à des vecteurs de maladies transmissibles comme le VIH, infantilisées et incapables de prendre un traitement au long cours. Cette stigmatisation freine l'adhésion des personnes qui se prostituent à la PrEP qui craignent un renforcement de leur discrimination actuelle.

c) La stigmatisation des professionnels de santé

Enfin, la peur de la stigmatisation des personnes qui se prostituent se retrouve au sein du corps médical. Les personnes qui se prostituent de notre étude ont toutes évoqué le fait qu'il est difficile de parler de son activité de prostitution à un médecin par peur du jugement. Elles ont tendance à ne pas parler de leur activité prostitutionnelle ce qui peut limiter l'accès aux soins, avec des informations erronées et des indications de TPE ou de PrEP non retenues (41). Le travail de Deblaise sur les personnes qui se prostituent retrouve également cette peur du jugement par les médecins ou les pharmaciens comme frein à l'accès à la PrEP (98).

L'autorisation de la prescription de la PrEP par les médecins généralistes est un levier au déploiement de la PrEP en ville. Une formation gratuite a été mise en place accessible sur internet FORMAPREP (103). Un livret d'aide à la primo-prescription et au suivi de la PrEP à destination des médecins généralistes a été publié en novembre 2021 par le COREVIH

Nouvelle-Aquitaine (70). Cependant tous les médecins généralistes ne connaissent pas la PrEP, ses indications ni la possibilité qu'ils ont de la prescrire. Dans notre étude, la notion de l'intérêt des médecins par rapport à la PrEP a été évoqué. En effet, même si les médecins connaissent la PrEP, tous ne se sentent pas forcément à l'aise avec la santé sexuelle et tous ne trouvent pas forcément d'intérêt à la prescrire ou à se former, ce qui peut freiner son déploiement.

5. La prise du médicament

a) Les représentations du traitement

Dans notre étude, plusieurs craintes envers le Truvada® sont émises par les participants. La méfiance vis-à-vis de l'efficacité et de l'innocuité du médicament sont des freins à l'adhésion de la PrEP. La peur d'un nouveau médicament que l'on ne connaît pas est souvent source de refus. Nous pouvons faire le parallèle avec le vaccin contre la Covid-19 qui a mis du temps à être accepté par la population générale mais aussi par les usagers de Poppy. Dans la littérature, plusieurs études notent une inquiétude des personnes qui se prostituent sur l'efficacité de la méthode préventive (79–81). Dans la nôtre, c'est surtout la potentielle toxicité du Truvada® qui était évoquée.

Les craintes des personnes qui se prostituent sont principalement orientées vers l'atteinte de la fertilité, la prise de poids, l'apparition d'acné, l'asthénie ou encore la perturbation de l'humeur. Dans la littérature, la peur des effets indésirables est aussi un frein majeur à l'adhésion de la PrEP retrouvé dans de nombreuses études (42,72,75–77,79,80). La potentielle toxicité du Truvada® sur l'organisme s'argumente sur le fait que la molécule doit être très puissante, donc toxique, pour prévenir une infection au VIH alors qu'aucun traitement curatif n'est encore établi par la science actuellement malgré de nombreuses années de recherches. La notion de « poison » pour le corps remonte dans notre étude mais aussi dans la thèse de Deblaise (98).

Le risque d'interactions médicamenteuses avec des traitements déjà en place pour des pathologies actives limite également l'adhésion à la PrEP. Le cumul de médicaments est un frein pour certaines personnes qui préfèrent se concentrer sur la prise en charge de pathologies évolutives et ne pas rajouter de potentiels effets indésirables nouveaux.

b) La peur de devoir choisir entre la PrEP et le préservatif

La question de la majoration des risques sous PrEP est souvent évoquée pour la population HSH car elle renvoie à une activité sexuelle récréative où la notion de risques est parfois absente. La PrEP permettrait de se libérer du préservatif tout en gardant une protection contre le VIH au détriment des autres IST. Elle est notamment utilisée dans la pratique du chemsex et du slam avec une consommation de substances psychoactives dans un contexte récréatif sexuel (104).

Dans notre étude, nous observons le phénomène inverse avec une crainte chez plusieurs personnes qui se prostituent de devoir choisir entre la PrEP et l'utilisation du préservatif. Ce frein à l'adhésion de la PrEP est en relation avec un manque de connaissances sur la stratégie combinée et complémentaire des outils de prévention. Cette peur de devoir abandonner le préservatif est aussi retrouvée dans des projets d'interventions communautaires de PrEP en Inde et en Afrique du Sud (73,75). Dans une étude de 2019 sur l'utilisation de la PrEP chez 255 femmes qui se prostituent, aucune majoration de rapports à risque sans préservatifs n'est démontrée (105). Le préservatif va au-delà de la protection mécanique contre les IST pour les personnes qui se prostituent. Il permet de garder le client à distance grâce à une barrière physique (40).

c) La pression de l'observance

Devoir prendre un traitement tous les jours peut s'avérer être un obstacle à la faisabilité de la PrEP, d'autant plus lorsque l'on n'est pas malade (73). Des difficultés d'observance sont évoquées chez certaines personnes qui se prostituent en lien avec des oublis plus ou moins fréquents malgré la mise en place d'une alarme. En 2017, la mise en pratique d'un projet communautaire de PrEP en Afrique du Sud se heurte également à des freins d'observance comme des oublis, mais aussi une perte de motivation ou encore une consommation d'alcool et de drogues chez certaines PP (75). L'absence de symptômes à traiter ou de maladie évolutive en jeu peut diminuer la motivation de l'observance. Cela nous renvoie à l'intégration du concept de prévention en lui-même. Dans notre étude, comme dans le travail de thèse de Deblaise, la culpabilité de l'oubli, qui engendre une moindre efficacité de la PrEP, remet en question l'intérêt et la mise en place de la PrEP (98).

L'observance stricte et nécessaire du Truvada® pour atteindre le niveau de protection attendu de la PrEP est parfois en inadéquation avec l'activité prostitutionnelle. En effet, les conditions de vie précaires de certains limitent le conditionnement et le stockage du Truvada®, notamment chez les personnes vivant en squats. Chez d'autres, le rythme de vie aléatoire et l'imprévisibilité de l'activité prostitutionnelle rend plus difficile la prise et le suivi régulier de la PrEP, comme le notifient Shea et al. dans leur étude (76). Les projets communautaires de Reza-Paul et al. et de Eakle et al. remontent des freins à la faisabilité de la PrEP en lien avec des difficultés de disponibilité et d'organisation pour se rendre dans les cliniques à cause de l'activité (73,75). Une adhésion et une implication dans la PrEP semblent donc nécessaires pour garantir une observance quotidienne et efficace de cette modalité préventive.

B. Forces et limites de l'étude

1. Les forces de l'étude

Au temps de la prescription hospitalière et dans les CeGIDD, la délocalisation d'une consultation PrEP en extrahospitalier pour un public cible comme les personnes qui se prostituent est une première nationale. Notre travail de recherche était donc une étude pilote concernant la préparation de l'intervention préventive, étape essentielle dans le processus d'innovation (89).

L'analyse de viabilité, novatrice et émergente dans la recherche interventionnelle, permet, avant d'étudier l'efficacité d'une intervention complexe nouvelle, d'analyser sa possible mise à l'échelle et sa transférabilité en déterminant dans quelles conditions une intervention peut réellement s'adapter aux conditions de la vie réelle.

La méthodologie qualitative nous a paru évidente pour explorer les facteurs de viabilité comme l'acceptabilité, l'accessibilité et la faisabilité de la consultation avancée de PrEP pour les personnes qui se prostituent. Elle nous a permis de recueillir les opinions, intérêts et représentations des différentes parties prenantes impliquées.

Le fait de réaliser cette étude auprès des différentes parties prenantes en incluant, en plus des personnes qui se prostituent, les professionnels travaillant auprès de ce public, a permis

une triangulation des sources. Nous avons pu en effet enrichir nos résultats avec un point de vue sociétal et socio-médical supplémentaire. Au sein des personnes qui se prostituent participantes, le fait que nous ayons pu nous entretenir avec des personnes sous PrEP mais aussi sans PrEP a permis d'élargir le recueil d'opinions des personnes concernées par cette intervention.

L'immersion de l'investigatrice principale au sein du dispositif pendant plusieurs mois et sa participation aux différentes missions de l'équipe a permis une mise en confiance des personnes qui se prostituent et a ainsi favorisé la participation aux entretiens de ce public difficilement accessible dans les études. Ce temps d'observation a aussi facilité la rédaction des guides d'entretien qui ont été élaborés à partir des données de terrain et de littérature.

Cinq guides d'entretiens différents ont été élaborés et adaptés pour les différents sous-groupes de parties prenantes. Cela a permis une exploration plus spécifique et approfondie des intérêts et opinions des participants. Les entretiens semi-dirigés ont favorisé la liberté d'expression des participants du fait des questions ouvertes évitant une polarisation des réponses et donc limitant les biais internes. De plus, les guides d'entretiens n'étaient qu'un support, adapté au fur et à mesure des réponses apportées. La reformulation des réponses des participants permettait d'améliorer la compréhension réciproque. Les entretiens ont été riches et nombreux, au total quatorze entretiens ont été réalisés avec une durée moyenne de 32 minutes.

L'originalité de notre étude résidait dans le fait que nous nous soyons intéressés à un public peu et difficilement étudié dans la littérature : les personnes qui se prostituent, que l'intervention de délocalisation était innovante en matière de prévention, que nous ayons réalisé une étude de viabilité qui est encore peu retrouvée dans la recherche interventionnelle et que nous ayons pu analyser le point de vue des personnes qui se prostituent mais également des professionnels qui travaillent auprès d'elles, offrant une vision plus globale de l'intervention, des résultats plus approfondis et des perspectives plus amples à la question de recherche.

2. Les limites de l'étude

a) Biais de sélection

Nous avons effectué notre étude avec un objectif de diversification externe et un échantillonnage des personnes qui se prostituent en variation maximale sur des caractéristiques socio-démographiques multiples (prostitution de rue et sur internet, personnes étrangères et françaises, catégories d'âge différents, femmes / hommes / personnes trans). Cependant nous nous sommes confrontés à un biais de représentativité. En effet, au vu de la diversité des profils et des modalités de prostitution, il est impossible de couvrir la totalité du panel prostitutionnel et d'extrapoler les résultats de notre étude à l'ensemble de ce public.

Nous avons également eu un biais de recrutement en lien avec le fait que les personnes qui se prostituent interrogées étaient des personnes qui fréquentaient régulièrement le dispositif Poppy, et donc potentiellement plus sensibilisées aux messages de prévention de l'équipe. En effet, il était facilitant que la personne ait rencontré plusieurs fois l'investigatrice pour accepter de participer à l'étude. La fréquentation régulière du dispositif permettait de programmer l'entretien sur une prochaine visite de la personne après qu'elle ait accepté.

b) Biais de confusion

Un biais de confusion a pu être mis en évidence chez des personnes qui se prostituent qui avaient déjà été sensibilisées à la PrEP via d'autres associations comme AIDES et donc connaissaient mieux le sujet que d'autres personnes.

c) Biais d'information

Un biais de désirabilité sociale, ou encore de déclaration, a pu être rencontré au sein des PP pendant la réalisation des entretiens. Il est possible que certaines personnes n'aient pas osé évoquer leurs pratiques sexuelles à risque pour se présenter sous un jour favorable et « plaire » à l'observatrice. Afin de répondre conformément aux attentes et aux normes sociales en vigueur, certaines PP ont pu sous-déclarer des comportements à risque. La peur de la stigmatisation a pu influencer les données recueillies. L'immersion de l'investigatrice sur le terrain avait pour but de limiter ce biais en créant un lien de confiance avec les usagers.

Plusieurs biais de subjectivité sont observés dans notre étude. Premièrement pendant les entretiens auprès des professionnels du dispositif, il est possible que les réponses apportées soient influencées par rapport à leurs propres représentations socio-culturelles et leurs émotions. Même si leur opinion et leur ressenti vis-à-vis du public prostitutionnel étaient justement l'objet de l'entretien à travers leur expérience professionnelle, un risque d'interprétation et d'extrapolation des réponses est envisageable.

Deuxièmement, un biais d'enquêteur est également retrouvé, concernant le recueil et l'analyse des données par l'investigatrice principale. En effet, le risque de suggérer ou d'interpréter inconsciemment les opinions ou le sens des réponses données par les différentes parties prenantes est présent. L'analyse qualitative des données ayant été effectuée uniquement par l'investigatrice, une triangulation des données n'a pas pu être effectuée pour contrer ce biais d'interprétation.

C. Perspectives

1. L'information et l'éducation à la sexualité

Le manque de connaissances sur la PrEP des personnes qui se prostituent est une notion qui revient fréquemment dans notre étude et dans la littérature (42,78,98). Qu'il s'agisse des pratiques sexuelles à risque, de la stigmatisation communautaire ou encore des représentations de la PrEP, toutes ces notions sont amplifiées par un manque de connaissances du public prostitutionnel. Les professionnels de Poppy désignent la méconnaissance de la PrEP par leurs usagers comme un des freins majeurs à l'acceptabilité et à l'accessibilité de la PrEP.

Un travail d'information sur l'existence, l'intérêt et l'accès à la PrEP semble nécessaire auprès des personnes qui se prostituent. La réassurance envers les effets secondaires, la déconstruction des représentations et des fausses croyances sur la PrEP passeront par une répétition de l'information. Une éducation globale à la sexualité du public prostitutionnel favoriserait l'autonomisation des personnes, la reconnaissance de leur capacité d'agir sur le risque infectieux et de choisir leurs propres modalités de prévention (80). C'est tout le travail qu'entreprend l'équipe de professionnels de Poppy depuis maintenant 3 ans et qui s'inscrit dans la durée.

2. La promotion de la PrEP

Le travail d'information et donc de promotion de la PrEP commence localement, sur le terrain et s'inscrit dans une démarche « d'aller vers » les personnes qui se prostituent en allant les chercher sur leur lieu d'activité (7). Ainsi le travail de proximité réalisé par l'équipe de Poppy dans la rue et sur internet amorce une démarche préventive de sensibilisation du public prostitutionnel sur la PrEP.

C'est un travail long, qui prend du temps et qui nécessite pour les professionnels de se réinventer tous les jours au travers de nouveaux outils de promotion. Certains d'entre eux sont en cours de développement comme par exemple un onglet spécial PrEP sur le site internet de l'association La Case, des semaines à thèmes sur le VIH pour redynamiser la PrEP ou encore des brochures explicatives traduites en plusieurs langues. Le travail de proximité digital est aussi en cours de développement, les professionnels devant s'adapter à une modification de l'activité et à une migration de la prostitution sur internet.

La promotion de la PrEP nécessiterait également un soutien plus large, diffusant une information à grande échelle au niveau national. Des travaux spécifiques orientés vers les populations vulnérables au VIH comme les personnes qui se prostituent permettraient une sensibilisation de ce public cible à la PrEP. Même si la feuille de route de stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 propose de renforcer localement les capacités d'action des acteurs communautaires engagés dans la réduction des risques, aucun projet national de promotion ciblant les personnes qui se prostituent n'est encore établi (106).

De façon générale, la méconnaissance du grand public sur la PrEP est aussi un frein au déploiement de la PrEP. Aujourd'hui, les médias représentent une des sources principales d'information pour la population générale. Des campagnes de sensibilisation grand public pour la PrEP permettraient de déstigmatiser cet outil de façon générale, notamment chez les femmes, et ainsi de favoriser son adhésion spécifiquement auprès des PP (98) . Des projets locaux comme la campagne de Bordeaux Ville Sans Sida « PrEP*arons la fin du VIH, préservons le plaisir » en 2021 (107) ou nationaux avec les campagnes de AIDES « Prep4Love » en 2018 (99) et « La PrEP, un geste simple contre le virus du sida » en 2022 (101) ont déjà vu le jour, uniquement au niveau associatif.

Enfin, la sensibilisation des médecins généralistes sur l'intérêt de la PrEP et la possibilité de sa prescription pourrait également inciter les professionnels à promouvoir cette modalité de prévention au sein de leur patientèle. A ce titre, le COREVIH Nouvelle-Aquitaine a déjà réalisé deux journées à thème sur la PrEP en visioconférence pour la formation et la sensibilisation des professionnels de santé prescripteurs à la PrEP (108). De plus, le fait que la PrEP soit intégrée dans le module d'enseignement de santé sexuelle des internes de médecine générale favoriserait la sensibilisation des médecins à la PrEP dès le début de leur exercice.

3. Le soutien par les pairs

La stigmatisation communautaire est un frein à l'adhésion de la PrEP, en lien avec la pression du groupe et le possible jugement d'être séropositif au VIH (77). L'influence de l'avis des pairs dans l'initiation et le maintien de la PrEP est importante. Ainsi, l'intervention PEARL aux Etats-Unis ciblait l'adhésion de la PrEP chez les femmes qui se prostituent et s'est concentrée sur le renforcement du soutien par les pairs (84). Des témoignages de pairs sur leur parcours de PrEP pourraient rassurer les personnes qui se prostituent. Des personnes ressources, c'est-à-dire impliquées dans leur santé, se tenant informées et en recherche de prévention pourraient favoriser le travail associatif de la promotion de la PrEP (98).

C'est dans cette dynamique que deux médiateurs en santé pairs sont arrivés dans l'équipe professionnelle du dispositif Poppy au printemps 2022. Elle s'inscrit dans les recommandations de 2017 de la HAS qui préconise une démarche « d'aller vers » les publics éloignés des soins comme les personnes qui se prostituent et la mobilisation de médiateurs en santé (22).

L'approche de l'éducation à la sexualité par des médiateurs en santé pairs permettrait une identification de la part des personnes qui se prostituent et une meilleure assimilation des messages de prévention. Le développement de la santé communautaire dans des lieux de confiance apparaît dans de nombreuses études comme un levier au déploiement de la PrEP (73,85,98). La compréhension et le soutien par des médiateurs pairs qui connaissent les mêmes conditions d'exercice et les mêmes problématiques que les personnes qui se prostituent favoriseraient le lien de confiance. La mobilisation de médiateurs en santé pairs pourrait ainsi libérer la parole du public prostitutionnel, lever le sentiment de discrimination et favoriser l'adhésion de la PrEP.

4. La forme retard injectable de la PrEP

Un autre frein majeur à la mise en place de la PrEP et à sa pérennisation est l'observance quotidienne nécessaire à son efficacité. En effet, la pression de l'observance et la culpabilité de l'oubli favorisent la perte de motivation de la part des usagers (75). Les difficultés d'observance sont souvent évoquées par les auteurs de la littérature en lien avec des conditions de vie précaires ou des rythmes de vie imprévisibles (73,75,76,84).

L'arrivée de la forme retard injectable de la PrEP sur le marché international apparait comme un futur levier à l'observance de la PrEP pour le public prostitutionnel (98). Plus simple d'utilisation avec une injection toutes les 8 semaines, plus discret par rapport aux clients et aux pairs, elle permettrait une autonomisation des PP dans la prévention du VIH en levant la barrière de la prise quotidienne.

V. CONCLUSION

La mise en place d'une consultation avancée de PrEP pour les personnes qui se prostituent apparaît viable sur le long terme car elle est déjà acceptable à différents points de vue. Tout d'abord, sur le plan médico-social, elle répond à un enjeu majeur de santé publique qu'est la prévention du VIH chez des personnes vulnérables, à risque de contamination et souvent éloignées des soins (38). Dans un possible contexte de précarité et de violences subies, la PrEP s'inscrit dans une démarche d'autonomisation des personnes qui se prostituent dans la lutte contre le VIH et dans le maintien de leur bonne santé en général (84). Sur le plan de l'adhésion, cet outil de prévention apporte une protection supplémentaire au préservatif. En réponse à une forte demande de rapports non protégés et dans un contexte de multipartenariat, la PrEP renforce la maîtrise des pratiques à risque du public prostitutionnel en cas d'accident ou de non utilisation du préservatif (42,73,75,77).

Cette consultation avancée de PrEP est accessible aux personnes qui se prostituent car elle s'opère au sein d'un lieu ressource de confiance, dans une approche de santé communautaire (98). Elle répond aux difficultés d'accès aux soins par sa délocalisation hospitalière qui s'inscrit dans la stratégie « d'aller vers » la population prostitutionnelle (22). La gratuité totale des soins, la mise en œuvre de consultations libres, régulières, sans rendez-vous et sans délai d'attente s'adaptent à la temporalité spécifique des personnes qui se prostituent. Le travail de proximité de promotion de la PrEP par l'équipe du dispositif Poppy et l'autorisation de primo-prescription par les médecins généralistes favorisent l'accès à cette modalité préventive, fragilisé par la crise sanitaire de la Covid-19 (100).

Enfin, la faisabilité de cette consultation PrEP commence avec la mise à disposition de l'infectiologue du CHU, après un accord du chef de service et des négociations avec l'administration du CHU. L'autorisation de primo-prescription par les médecins généralistes poursuit la mise en œuvre de la consultation et ouvre des possibilités de déploiement de la PrEP en ville (55). Du côté des personnes qui se prostituent, la mise en pratique quotidienne et le maintien de la PrEP se fondent sur une observance quotidienne du Truvada® et un suivi régulier directement dans les locaux du dispositif Poppy. L'adhésion et l'implication de la population prostitutionnelle sont nécessaires à la faisabilité de la PrEP car elles sont les piliers d'une bonne

observance (72,74). Le suivi régulier s'inscrit dans une approche de réduction des risques et apporte une amélioration globale de la santé des personnes qui se prostituent.

Si la mise en place d'une consultation PrEP au sein du public prostitutionnel est largement justifiée, le succès de cette intervention dépend fortement de l'observance du Truvada®. Les études réalisées chez les femmes sur la PrEP démontrent des taux d'efficacité assez mitigés allant jusqu'à 75% de réduction du risque maximum (48). Ces résultats sont pour la plupart liés à des difficultés d'observance dans un contexte où seul le schéma continu est disponible pour les femmes, en attendant l'arrivée de la forme retard injectable (79). L'observance de la PrEP est corrélée à l'adhésion des personnes qui se prostituent, permettant leur implication dans le suivi (72). L'adhésion est un processus complexe qui nécessite des connaissances sur l'intérêt du Truvada® ainsi que ses possibilités d'accès (74).

L'intérêt et l'accès de la PrEP prennent forme à travers un travail d'information des personnes qui se prostituent. L'information permet de lever des freins en lien avec des représentations et des fausses croyances sur la PrEP. Elle s'inscrit dans un travail d'éducation à la sexualité et favorise la capacité d'agir des personnes qui se prostituent dans une démarche d'autoprotection (84). Le continuum d'efficacité de la PrEP prend ainsi racine dans l'information du public prostitutionnel et c'est ce qui en fait un enjeu majeur et une perspective à développer (74). Qu'elle soit locale, sur le terrain avec des médiateurs en santé pairs dans une stratégie de « l'aller vers » ou nationale, dans des campagnes grand public de sensibilisation à la PrEP, l'information est essentielle au déploiement de la PrEP chez les PP.

Les résultats obtenus dans notre étude rejoignent ceux de la littérature internationale et ceux d'une des rares thèses françaises sur la PrEP et les personnes qui se prostituent (98). Ces données similaires donnent du poids à notre étude et aux perspectives qui en découlent.

La consultation avancée de PrEP dans les locaux du dispositif Poppy pour les personnes qui se prostituent apparaît comme transférable et possiblement mise à l'échelle malgré certains freins rencontrés. Parmi les obstacles principaux, l'observance quotidienne nécessaire à son efficacité. Dans la continuité de la recherche évaluative, il semble pertinent d'examiner l'efficacité de la PrEP en pratique quotidienne. Une étude de cohorte prospective sur le suivi et l'observance de la PrEP chez les usagers du dispositif Poppy permettrait de compléter cette étude pilote par une analyse de validité interne de cette intervention innovante complexe.

VI. REFERENCES

1. Ayerbe C, Dupré la Tour M, Henry P, Vey B. Le cadre législatif relatif à la prostitution. Dans: Allain-Launay B, Vallon S, Eds. Prostitution : guide pour un accompagnement social. Toulouse: Érès; 2011. p. 413-38.
2. Up-Paris A. L'abolitionnisme condamne les prostituées à la précarité. *Mouvements*. 2003;29(4):91-7.
3. Sénat. Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées. Rapport d'information n°46 [Internet]. Sénat; 2013 [Consulté le 02 novembre 2020]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-046-notice.html>
4. Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (J.O. 18 mars 2003).
5. Assemblée nationale. Rapport d'information n° 3334 sur la prostitution en France [Internet]. 2011 [cité 02 novembre 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3334.asp>
6. Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées (J.O. 13 avril 2016).
7. IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. Prostitutions : les enjeux sanitaires. Rapport n°RM2012-146P [Internet]. IGAS; 2012 [Consulté le 02 novembre 2020]. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf
8. Mouvement du Nid. ProstCost. Estimation du coût économique et social de la prostitution en France [Internet]. 2015 [Consulté le 17 juillet 2022]. Disponible sur : <https://prostcost.files.wordpress.com/2015/05/prostcost-synthc3a8se-ok.pdf>
9. Dupont M, Pohu H, Clochiatti U, Gorgiard C. Prévalence de la prostitution des mineurs dans les pays à revenu élevé : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2021;69(8):427-34.
10. Picherot G, Balençon M, Bailhache M, Champrenault C, Charbonnier G. La prostitution des mineurs en France : recommandations du groupe de travail. *Perfect En Pédiatrie*. 2021;4(4):346-53.
11. Cunningham S, Kendall TD. Prostitution 2.0: The changing face of sex work. *J Urban Econ*. 2011;69(3):273-87.
12. Mathieu L. Sociologie de la prostitution. Paris: La Découverte; 2015.
13. Nelson AJ, Hausbeck Korgan K, Izzo AM, Bessen SY. Client Desires and the Price of Seduction: Exploring the Relationship Between Independent Escorts' Marketing and Rates. *J Sex Res*. 2020;57(5):664-80.

14. Melito L. Comprendre les prostituées, des intermittentes du couple ? De la prostitution à la démarche de réinsertion : un cheminement complexe illustré par le retour d'expérience d'un éducateur spécialisé. *Rev Int Psychosociologie*. 2011;17(43):293-300.
15. Dannenmüller S. Le phénomène prostitutionnel étudiant. Etude de cas sur le bassin grenoblois [Internet]. 2019 [Consulté le 17 juillet 2022]. Disponible sur: [https:// www.maisonegalitefemmeshommes.fr/ressource/454/514-le-phenomene-prostitutionnel-etudiant.htm](https://www.maisonegalitefemmeshommes.fr/ressource/454/514-le-phenomene-prostitutionnel-etudiant.htm)
16. Moran R, Farley M. Consent, Coercion, and Culpability: Is Prostitution Stigmatized Work or an Exploitive and Violent Practice Rooted in Sex, Race, and Class Inequality? *Arch Sex Behav*. 2019;48(7):1947-53.
17. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Prostitution en France : ampleur du phénomène et impact sur les personnes prostituées. La lettre n°7 de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2015 [Consulté le 17 juillet 2022]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Document%2010.pdf>
18. G R E T A, Groupe d'experts sur la lutte contre la traite des êtres humains. Rapport concernant la mise en œuvre de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains par la France. Deuxième cycle d'évaluation [Internet]. 2017 [Consulté le 20 juillet 2022]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/rapport-concernant-la-mise-en-oeuvre-de-la-convention-du-conseil-de-l-1/168073c728>
19. Institut de veille sanitaire, Lot F, Hajman E, Le Grand E, Fender L, Cirbeau C, et al. Étude ProSanté 2010-2011 sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. *Bull Epidémiol Hebdo*. 2013;(39-40):517-23.
20. Insee, Institut national de la statistique et des études économiques. Classification des produits française. CPF rév.2.1. Sous-catégorie 96.09.12 : Services des hôtesse [Internet]. Insee; 2015 [Consulté le 30 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cpfr21/sousCategorie/96.09.12?champRecherche=false>
21. Ministères sociaux. Plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 [Internet]. 2011 [Consulté le 18 juillet 2022]. Disponible sur: https://issuu.com/ministere-solidarite/docs/plan_de_lutte_contre_les_violences_2011-2013
22. HAS, Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017 [Consulté le 30 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
23. ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport mondial actualisé sur le sida 2022 [Internet]. ONUSIDA; 2022 [Consulté le 10 août 2022]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update-summary_fr.pdf
24. Pandey A, Galvani AP. The global burden of HIV and prospects for control. *Lancet HIV*. 2019;6(12):809-11.

25. ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Fiche d'information-Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. ONUSIDA; 2022 [Consulté le 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
26. Santé Publique France. Bulletin de santé publique - Edition nationale. Surveillance du VIH et des IST bactériennes [Internet]. SPF; Décembre 2021 [Consulté le 17 juillet 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2021>
27. GBD 2017 HIV collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *Lancet HIV*. 2019;6(12):831-59.
28. Hoen B, Bonnet F, Delaugerre C, Delobel P, Goujard C, L'Hénaff M, et al. French 2013 guidelines for antiretroviral therapy of HIV-1 infection in adults. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(1):19034.
29. Kalichman SC, Di Berto G, Eaton L. Human Immunodeficiency Virus Viral Load in Blood Plasma and Semen: Review and Implications of Empirical Findings. *Sex Transm Dis*. 2008;35(1):55-60.
30. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.
31. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2018 sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS [Internet]. CNS; 2018 [Consulté le 02 novembre 2020]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/expertsvih_prevention-depistage.pdf
32. HAS, Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. HAS; 2017 [Consulté le 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/en/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
33. Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2002;1:CD003255.
34. Charpentier N, Quatremère G, Mabire X, Roduit S, Laguette V, Spittler D, et al. Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH. *Santé Publique*. 2016;28(6):791-9.
35. Chang LW, Serwadda D, Quinn TC, Wawer MJ, Gray RH, Reynolds SJ. Combination implementation for HIV prevention: moving from evidence to population-level impact. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(1):65-76.

36. HAS, Haute Autorité de Santé. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. HAS; 2019 [Consulté le 15 décembre 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-tenofovir-disoproxil-emtricitabine-truvada-et-ses-generiques
37. Beyrer C, Crago AL, Bekker LG, Butler J, Shannon K, Kerrigan D, et al. AN ACTION AGENDA FOR HIV AND SEX WORK. *Lancet*. 2015;385(9964):287-301.
38. HAS, Haute Autorité de Santé. État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire [Internet]. HAS; 2016 [Consulté le 02 novembre 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615057/fr/etat-de-sante-des-personnes-en-situation-de-prostitution-et-des-travailleurs-du-sexe-et-identification-des-facteurs-de-vulnerabilite-sanitaire
39. Shannon K, Strathdee S, Goldenberg S, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. GLOBAL EPIDEMIOLOGY OF HIV AMONG FEMALE SEX WORKERS: INFLUENCE OF STRUCTURAL DETERMINANTS. *Lancet*. 2015;385(9962):55-71.
40. Mathieu M. Prostitution et sida. Sociologie d'une épidémie et de sa prévention. Paris: L'Harmattan; 2000.
41. CNS, Conseil national du sida. VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. Avis suivi de recommandations [Internet]. CNS; 2010 [Consulté le 13 septembre 2021]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/2010-09-16_avi_fr_prevention-3.pdf
42. Restar AJ, Tocco JU, Mantell JE, Lafort Y, Gichangi P, Masvawure TB, et al. Perspectives on HIV Pre- and Post- Exposure Prophylaxes (PrEP and PEP) among Female and Male Sex Workers in Mombasa, Kenya: Implications for Integrating Biomedical Prevention into Sexual Health Services. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. 2017;29(2):141-53.
43. Le Bail H, Giametta C, Rassouw N. Que pensent les travailleurs.se.s du sexe de la loi prostitution : Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel » [Internet]. *Médecins du Monde*; 2018 [Consulté le 13 septembre 2021]. Disponible sur : https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/Rapport-prostitution-BD_0.pdf
44. HAS, Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de la Transparence. TRUVADA 200mg/245 mg, comprimés pelliculés [Internet]. HAS; 2017 [Consulté le 11 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2752856/fr/truvada
45. 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*. 2010;363(27):2587-99.
46. Molina JM, 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. *N Engl J Med*. 2015;373(23):2237-46.

47. 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. *Lancet Lond Engl.* 2016;387(10013):53-60.
48. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med.* 2012;367(5):399-410.
49. 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.* 2012;367(5):423-34.
50. Molina JM, Ghosn J, Assoumou L, Delaugerre C, Algarte-Genin M, Pialoux G, et al. Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. *Lancet HIV.* 2022;9(8):554-62.
51. WHO, World Health organization. What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP [Internet]. WHO; 2019 [Consulté le 08 février 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/what-s-the-2-1-1-event-driven-oral-pre-exposure-prophylaxis-to-prevent-hiv-for-men-who-have-sex-with-men>
52. Delaugerre C, Gatey C, Chaix ML, Molina JM. La prévention pré-exposition au VIH-1 par les antirétroviraux, la PrEP. *Virologie.* 2016;20(3):147-57.
53. HAS, Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de la transparence. TRUVADA 200mg/245mg. Extension d'indication [Internet]. HAS; 2018 [Consulté le 02 novembre 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17002_TRUVADA_PrEP_Ado_PIC_Avis%20_CT17002.pdf
54. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Actualisation de 2015. Prophylaxie pré-exposition. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS [Internet]. CNS; 2015 [Consulté le 02 novembre 2020]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/10/experts-vih_prep2015.pdf
55. HAS, Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire [Internet]. HAS; 2021 [Consulté le 04 aout 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco_435__reponse_rapide_prep_au_vih_150421_cd_vudoc_am_pg_vd_mel_v0.pdf
56. AIDES. 8 mars : les femmes réclament la Prep. Communiqué de presse [Internet]. AIDES; 2020 [Consulté le 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.aides.org/communiqu/8-mars-les-femmes-reclament-la-prep>

57. Billioti de Gage S, Desplas D, Dray-Spira. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Etude réalisée par le Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE. Actualisation des données jusqu'au 30 juin 2021 [Internet]. EPI-PHARE; 2021 [Consulté le 16 août 2022]. Disponible sur : <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2021/>
58. Mills E, Rachlis B, Wu P, Wong E, Wilson K, Singh S. Media reporting of tenofovir trials in Cambodia and Cameroon. *BMC Int Health Hum Rights*. 2005;5:6.
59. 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*. 2012;367(5):411-22.
60. Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodhi N, Nair G, et al. Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med*. 2015;372(6):509-18.
61. 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*. 2010;329(5996):1168-74.
62. Delany-Moretlwe S, Lombard C, Baron D, Bekker LG, Nkala B, Ahmed K, et al. Tenofovir 1% vaginal gel for prevention of HIV-1 infection in women in South Africa (FACTS-001): a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(11):1241-50.
63. Baeten JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V, et al. Use of a Vaginal Ring Containing Dapivirine for HIV-1 Prevention in Women. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2121-32.
64. WHO, World Health Organisation. WHO recommends the dapivirine vaginal ring as a new choice for HIV prevention for women at substantial risk of HIV infection [Internet]. WHO; 2021 [Consulté le 05 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection>
65. Delany-Moretlwe S, Hughes JP, Bock P, Ouma SG, Hunidzarira P, Kalonji D, et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. *Lancet Lond Engl*. 2022;399(10337):1779-89.
66. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS recommande le cabotégravir à longue durée d'action pour la prévention du VIH [Internet]. OMS; 2022 [Consulté le 25 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/28-07-2022-who-recommends-long-acting-cabotegravir-for-hiv-prevention>
67. Gilead Sciences. Study to Assess the Effectiveness and Safety of Lenacapavir for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Pre-Exposure Prophylaxis (PURPOSE 2) [Internet]. *clinicaltrials.gov*; 2021 [Consulté le 24 août 2022]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04925752>

68. Merck Sharp & Dohme LLC. Oral ISL QM as PrEP in Cisgender Women at High Risk for HIV-1 Infection (MK-8591-022) (Impower-022) [Internet]. [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04644029); 2022 [Consulté le 24 août 2022]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04644029>
69. Abdool Karim SS, Kashuba AD, Werner L, Karim QA. Drug concentrations after topical and oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis: implications for HIV prevention in women. *Lancet*. 2011;378(9787):279-81.
70. COREVIH Nouvelle-Aquitaine. La PrEP : un outil pour se protéger du VIH/SIDA. Livret pour les médecins généralistes [Internet]. COREVIH-NA; 2021 [Consulté le 17 juillet 2022]. Disponible sur : https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/livret_prep_a_destination_des_mg-vf.pdf
71. Hiransuthikul A, Janamnuaysook R, Himmad K, Kerr SJ, Thammajaruk N, Pankam T, et al. Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(7):e25338.
72. Ghayda RA, Hong SH, Yang JW, Jeong GH, Keum Hwa Lee, Kronbichler A, et al. A Review of Pre-Exposure Prophylaxis Adherence among Female Sex Workers. *Yonsei Med J*. 2020;61(5):349-58.
73. Reza-Paul S, Lazarus L, Doshi M, Hafeez Ur Rahman S, Ramaiah M, Maiya R, et al. Prioritizing Risk in Preparation for a Demonstration Project: A Mixed Methods Feasibility Study of Oral Pre-Exposure Prophylaxis (PREP) among Female Sex Workers in South India. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166889.
74. Glick JL, Russo R, Jivapong B, Rosman L, Pelaez D, Footer K, et al. The PrEP Care Continuum among Cisgender Women who Sell Sex and/or use Drugs Globally: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2020;24(5):1312-33.
75. Eakle R, Bourne A, Mbogua J, Mutanha N, Rees H. Exploring acceptability of oral PrEP prior to implementation among female sex workers in South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(2):e25081.
76. Shea J, Bula A, Dunda W, Hosseinipour MC, Golin CE, Hoffman IF, et al. “THE DRUG WILL HELP PROTECT MY TOMORROW”: PERCEPTIONS OF INTEGRATING PREP INTO HIV PREVENTION BEHAVIORS AMONG FEMALE SEX WORKERS IN LILONGWE, MALAWI. *AIDS Educ Prev*. 2019;31(5):421-32.
77. Wang Z, Lau JTF, Yang X, Cai Y, Gross DL, Ma T, et al. Acceptability of Daily Use of Free Oral Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among Transgender Women Sex Workers in Shenyang, China. *AIDS Behav*. 2017;21(12):3287-98.
78. Tomko C, Park JN, Allen ST, Glick J, Galai N, Decker MR, et al. Awareness and Interest in HIV Pre-Exposure Prophylaxis Among Street-Based Female Sex Workers: Results from a US Context. *AIDS Patient Care STDs*. 2019;33(2):49-57.
79. Mack N, Evens EM, Tolley EE, Brelsford K, Mackenzie C, Milford C, et al. The importance of choice in the rollout of ARV-based prevention to user groups in Kenya and South Africa: a qualitative study. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(3Suppl 2):19157.

80. Ye L, Wei S, Zou Y, Yang X, Abdullah AS, Zhong X, et al. HIV pre-exposure prophylaxis interest among female sex workers in Guangxi, China. *PloS One*. 2014;9(1):e86200.
81. Bazzi AR, Yotebieng KA, Agot K, Rota G, Syvertsen JL. Perspectives on biomedical HIV prevention options among women who inject drugs in Kenya. *AIDS Care*. 2018;30(3):343-6.
82. Jackson T, Huang A, Chen H, Gao X, Zhang Y, Zhong X. Predictors of willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers in Southwest China. *AIDS Care*. 2013;25(5):601-5.
83. Shannon K, Crago AL, Baral SD, Bekker LG, Kerrigan D, Decker MR, et al. THE GLOBAL RESPONSE AND UNMET ACTIONS FOR HIV AND SEX WORKERS. *Lancet Lond Engl*. 2018;392(10148):698-710.
84. Pelaez D, Weicker NP, Glick J, Mesenburg JV, Wilson A, Kirkpatrick H, et al. The PEARL study: a prospective two-group pilot PrEP promotion intervention for cisgender female sex workers living in Baltimore, MD, U.S. *AIDS Care*. 2021;33(sup1):1-10.
85. Eakle R, Mutanha N, Mbogua J, Sibanyoni M, Bourne A, Gomez G, et al. Designing PrEP and early HIV treatment interventions for implementation among female sex workers in South Africa: developing and learning from a formative research process. *BMJ Open*. 2018;8(6):e019292.
86. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Haldar P, Rewari BB, Venugopal MS, et al. The Ashodaya PrEP project: Lessons and implications for scaling up PrEP from a community-led demonstration project among female sex workers in Mysore, India. *Glob Public Health*. 2020;15(6):889-904.
87. Eakle R, Gomez GB, Naicker N, Bothma R, Mbogua J, Escobar MAC, et al. HIV pre-exposure prophylaxis and early antiretroviral treatment among female sex workers in South Africa: Results from a prospective observational demonstration project. *PLOS Med*. 2017;14(11):e1002444.
88. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*. 2010;33(3):205-14.
89. Decroix C, Kervran C, Cambon L, Alla F. Fitting Health Promotion Research with Real-Life Conditions: Viability Evaluation. In: Potvin L, Jourdan D, Eds. *Global Handbook of Health Promotion Research*, Vol 1. Springer; 2022. p. 625-40.
90. Pires A. "Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique". Dans: Poupert, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin, Editeur;1997. p 113-169.
91. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Rev Fr Sociol*. 1975;16(2):229-47.
92. Moliner P, Rateau P, Cohen-Scali V. *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2002.

93. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^{ème} ed. Paris: Armand Colin; 2016.
94. Miles M.B., Huberman A.M. Analyse des données qualitatives. 2^{ème} ed. Bruxelles: De Boeck Université; 2003.
95. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
96. Bardin L. L'analyse de contenu. Presses universitaires de France; 1977.
97. Gateau N. AFRAVIH 2018 : Prep, et les femmes dans tout ça ? Compte rendu de la 9^{ème} Conférence Internationale Francophone de lutte contre le VIH et les Hépatites [Internet]. 2018 [Consulté le 19 août 2021]. Disponible sur: <https://transversalmag.fr/articles-vih-sida/750-AFRAVIH-2018-PrEP,et-les-femmes-dans-tout-ca->
98. Deblaise G. Facteurs limitant et renforçant le recours à la PrEP des femmes en situation de prostitution de l'arc alpin. Thèse de médecine, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2022.
99. AIDES. #Prep4Love. La première campagne nationale d'information et de promotion de la PrEP [Internet]. AIDES; 2018 [Consulté le 30 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/campagne/prep4love>
100. Platt L, Elmes J, Stevenson L, Holt V, Rolles S, Stuart R. Sex workers must not be forgotten in the COVID-19 response. Lancet Lond Engl. 2020;396(10243):9-11.
101. AIDES. "La PrEP, un geste simple contre le virus du sida" : AIDES lance une nouvelle campagne d'information sur le traitement préventif contre le VIH [Internet]. AIDES; 2022 [Consulté le 30 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/communiquer/prep-geste-simple-contre-le-vih-sida-campagne>
102. Trinquart J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins. Thèse de médecine, Paris: Université de Paris 5 - René Descartes; 2002.
103. FormaPrEP - Plateforme de formation ouverte à distance pour l'accompagnement à la primo-prescription et au suivi de la prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP) en médecine libérale. [Internet]. 2020 [Consulté le 13 septembre 2021]. Disponible sur: <https://www.formaprep.org/>
104. Brahim N, Karila L, Lucet C, Benyamina A. Cathinones de synthèse, chemsex et slam : un phénomène inquiétant. Le courrier des addictions. 2018;20(4):7-9.
105. Giguère K, Béhanzin L, Guédou FA, Talbot D, Leblond FA, Goma-Matsétsé E, et al. PrEP Use Among Female Sex Workers: No Evidence for Risk Compensation. J Acquir Immune Defic Syndr. 2019;82(3):257-64.
106. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route de stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 [Internet]. 2021 [Consulté le 14 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf

107. Bordeaux Ville sans Sida. "PrEP*arons la fin du VIH, préservons le plaisir". Supports de communication [Internet]. Bordeaux Ville Sans Sida; 2021 [Consulté le 30 mars 2022]. Disponible sur: [https:// bordeaux-ville-sans-sida.fr/supports-de-communication/](https://bordeaux-ville-sans-sida.fr/supports-de-communication/)
108. COREVIH-Nouvelle Aquitaine. Journées thématiques [Internet]. COREVIH-NA; 2022 [Consulté le 19 aout 2022]. Disponible sur: <https://www.corevih-na.fr/evenementsjournées-thématiques>

VII. ANNEXES

Annexe 1. Guide d'entretien des professionnels sociaux

I/ DISPOSITIF POPPY ET USAGERS

- **Pouvez-vous me décrire votre travail au sein du dispositif Poppy ?**
 - Depuis combien de temps travaillez-vous chez Poppy et quel est votre métier ?
 - Quelles sont vos missions au sein du dispositif Poppy ?
- **Quelles sont les différents profils et modalités de prostitution représentés au travers du public de Poppy ?**
 - Quelles sont les différentes communautés représentées au travers du public de Poppy ?
- **Sur le plan social, pouvez-vous me parler de la couverture du public de Poppy en termes d'ouverture de droits à la sécurité sociale ? Quelles sont les disparités ?**
 - Pour les personnes sans couverture sociale, quel rôle jouez-vous du point de vue administratif au sein du dispositif Poppy ? Quelles difficultés sont rencontrées ?
- **Quelles situations de précarité et de vulnérabilité rencontrez-vous auprès de vos usagers ?**

II/ PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE ET PREVENTION DU VIH

- **Quelles sont vos missions en lien direct avec la prévention du VIH ?**
 - Quels sont vos moyens et outils pour intervenir auprès des personnes qui se prostituent en termes de prévention du VIH ? Pouvez-vous me donner des exemples d'interventions ?
 - Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer dans vos missions de prévention du VIH ?
- **Quelles pratiques sexuelles à risque avez-vous pu noter au sein des usagers de Poppy ?**
- **Quelles sont les différentes méthodes de prévention utilisées par ce public prostitutionnel ?**
- **Que pensez-vous de l'intérêt que portent les personnes qui se prostituent aux méthodes de prévention du VIH ? Quelle est leur implication dans la réduction des risques ?**
- **Quels freins et obstacles les usagers de Poppy rencontrent-ils pour l'accès aux soins ?**
 - Quels moyens et outils pourraient vous aider dans vos missions de réduction des risques ?

III/ ENJEUX DE LA CONSULTATION PREP

- **Pouvez-vous m'expliquer comment s'est passée la création de cette consultation PrEP chez Poppy ?**
 - Comment est venue l'idée de créer une consultation PrEP directement dans les locaux de Poppy ?
 - Quelles sont les motivations de cette intervention innovante ?
 - Quels sont, selon vous, les enjeux éthiques et sociaux de cette consultation avancée ?
 - Quels sont les avantages directs attendus en termes de prévention du VIH ?
- **Aujourd'hui, la PrEP est largement déployée dans la population HSH mais encore très peu chez les PP qui appartiennent pourtant au public cible de la PrEP selon la HAS. Comment expliquez-vous cela ?**
- **Quel rôle joue la stigmatisation dans l'accès à la PrEP ?**

- **Actuellement, quel est le cadre légal de la prostitution en France ? Quels sont ses impacts sur l'accès à la PrEP ?**

IV/ PROMOTION

- **Comment le public cible est-il informé et sensibilisé à cette consultation PrEP ?**
- Quels sont les moyens de promotion mis en place pour faire connaître cette consultation PrEP auprès des personnes qui se prostituent ?
- Quels moyens de promotion supplémentaires pourraient être envisagés pour promouvoir et sensibiliser la PrEP auprès de ce public cible ?

V/ AUTORISATION DE PRESCRIPTION PREP PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Depuis le 1^{er} juin 2021, les médecins généralistes sont maintenant autorisés à initier le traitement préventif du VIH par la PrEP. A noter qu'un médecin généraliste titulaire chez Poppy assure des consultations de médecine tous les lundis et vendredis de 14h à 17h.

- **Quels vont être les changements dans l'organisation de la consultation PrEP en réaction à cette nouvelle autorisation ?**
- **Quels seront, selon vous, les impacts positifs ou négatifs à moyen terme de ce changement d'organisation ?**

VI/ ETAT DES LIEUX

- **Que pensez-vous de l'intérêt que portent les personnes qui se prostituent à la mise en place de la consultation PrEP ?**
- **Quels sont, à l'heure actuelle, les freins et les limites observés dans la mise en place de cette consultation ?**
- Parmi ces différents facteurs, que pensez-vous de leur influence dans l'adhésion des personnes qui se prostituent à la PrEP :
 - La nécessité d'une observance quotidienne pour assurer l'efficacité du Truvada® ?
 - La nécessité d'une ouverture de droits sociaux ?
 - La nécessité d'un suivi régulier médical et biologique ? de se déplacer dans les locaux de Poppy les jours où le médecin est présent ? au laboratoire pour les analyses et à la pharmacie pour la délivrance du Truvada® ?
 - L'implication dans sa santé et la prévention d'une maladie dont les personnes ne sont pas atteintes ?
 - La peur des effets indésirables ?
 - La pression communautaire ? L'avis des pairs ?
 - La présence de professionnels pairs au sein de l'équipe de Poppy ?
 - L'influence des médias et de l'environnement politique actuel concernant les PP ?
- **Comment envisagez-vous l'évolution des consultations PrEP au sein du dispositif Poppy ?**
- **Quels leviers pourraient permettre le déploiement de la PrEP ?**
- Avez-vous des questions ou des remarques supplémentaires ?

Annexe 2. Guide d'entretien des professionnels médicaux

I/ DISPOSITIF POPPY ET USAGERS

- **Pouvez-vous me décrire votre travail au sein du dispositif Poppy ?**
 - Depuis combien de temps travaillez-vous chez Poppy et quel est votre métier ?
 - Quelles sont vos missions au sein du dispositif Poppy ?
- **Quelles sont les différents profils et modalités de prostitution représentés au travers du public de Poppy ?**
 - Quelles sont les différentes communautés représentées au travers du public de Poppy ?
- **Quelles situations de précarité et de vulnérabilité rencontrez-vous auprès de vos usagers ?**

II/ PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE ET PREVENTION DU VIH

- **Quelles sont vos missions en lien direct avec la prévention du VIH ?**
 - Quels sont vos moyens et outils pour intervenir auprès des personnes qui se prostituent en termes de prévention du VIH ? Pouvez-vous me donner des exemples d'interventions ?
 - Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer dans vos missions de prévention du VIH ?
- **Quelles pratiques sexuelles à risque avez-vous pu noter au sein des usagers de Poppy ?**
- **Quelles sont les différentes méthodes de prévention utilisées par ce public prostitutionnel ?**
- **Que pensez-vous de l'intérêt que portent les personnes qui se prostituent aux méthodes de prévention du VIH ? Quelle est leur implication dans la réduction des risques ?**
- **Quels freins et obstacles les usagers de Poppy rencontrent-ils pour l'accès aux soins ?**
 - Quels moyens et outils pourraient vous aider dans vos missions de réduction des risques ?

III/ ENJEUX DE LA CONSULTATION PREP

- **Pouvez-vous m'expliquer comment s'est passée la création de cette consultation PrEP chez Poppy ?**
 - Comment est venue l'idée de créer une consultation PrEP directement dans les locaux de Poppy ?
 - Quelles sont les motivations de cette intervention innovante ?
 - Quels sont, selon vous, les enjeux éthiques et sociaux de cette consultation avancée ?
 - Quels sont les avantages directs attendus en termes de prévention du VIH ?
- **Aujourd'hui, la PrEP est largement déployée dans la population HSH mais encore très peu chez les PP qui appartiennent pourtant au public cible de la PrEP selon la HAS. Comment expliquez-vous cela ?**
- **Quel rôle joue la stigmatisation dans l'accès à la PrEP ?**
- **Actuellement, quel est le cadre légal de la prostitution en France ? Quels sont ses impacts sur l'accès à la PrEP ?**

IV/ ORGANISATION CONSULTATION PREP

- **Pouvez-vous me décrire l'organisation de la consultation PrEP au sein du dispositif Poppy pendant la mise à disposition de l'infectiologue du CHU ?**

- Quand ont pu commencer les premières consultations PrEP dans les locaux de Poppy ?
- A quel rythme sont effectuées les consultations ?
- Y a-t-il un planning avec des plages de RDV programmés ?
- Y a-t-il une sélection des personnes plus à risque ?
- Quel est le suivi réalisé ? clinique ? biologique ?
- Comment est délivré le Truvada® ? directement dans les locaux de Poppy ? en pharmacie ?
- Quelles ordonnances sont utilisées ?

VII/ PROMOTION

- **Comment le public cible est-il informé et sensibilisé à cette consultation PrEP ?**
- Quels sont les moyens de promotion mis en place pour faire connaître cette consultation PrEP auprès des personnes qui se prostituent ?
- Quels moyens de promotion supplémentaires pourraient être envisagés pour promouvoir et sensibiliser la PrEP auprès de ce public cible ?

V/ AUTORISATION DE PRESCRIPTION PREP PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Depuis le 1^{er} juin 2021, les médecins généralistes sont maintenant autorisés à initier le traitement préventif du VIH par la PrEP. A noter qu'un médecin généraliste titulaire chez Poppy assure les consultations de médecine tous les lundis et vendredis de 14h à 17h.

- **Quels vont être les changements dans l'organisation de la consultation PrEP en réaction à cette nouvelle autorisation ?**
- Qui va assurer les consultations PrEP dans les locaux de Poppy ? L'infectiologue du CHU va-t-elle continuer ses vacances ?
- **Quelle formation est nécessaire pour assurer des consultations PrEP en tant que médecin généraliste ? Où peut-on se former ? Est-ce gratuit ?**
- Comment vont s'organiser les nouvelles consultations PrEP en termes de rythme et de suivi ?
- **Quels seront, selon vous, les impacts positifs ou négatifs à moyen terme de ce changement d'organisation ?**

VIII/ ETAT DES LIEUX

- **Que pensez-vous de l'intérêt que portent les personnes qui se prostituent à la mise en place de la consultation PrEP ?**
- **Quels sont, à l'heure actuelle, les freins et les limites observés dans la mise en place de cette consultation ?**
- Parmi ces différents facteurs, que pensez-vous de leur influence dans l'adhésion des personnes qui se prostituent à la PrEP :
 - La nécessité d'une observance quotidienne pour assurer l'efficacité du Truvada® ?
 - La nécessité d'une ouverture de droits sociaux ?
 - La nécessité d'un suivi régulier médical et biologique ? de se déplacer dans les locaux de Poppy les jours où le médecin est présent ? au laboratoire pour les analyses et à la pharmacie pour la délivrance du Truvada® ?

- L'implication dans sa santé et la prévention d'une maladie dont les personnes ne sont pas atteintes ?
- La peur des effets indésirables ?
- La pression communautaire ? L'avis des pairs ?
- La présence de professionnels pairs au sein de l'équipe de Poppy ?
- L'influence des médias et de l'environnement politique actuel concernant les PP ?
- **Comment envisagez-vous l'évolution des consultations PrEP au sein du dispositif Poppy ?**
- **Quels leviers pourraient permettre le déploiement de la PrEP ?**
- Avez-vous des questions ou des remarques supplémentaires ?

Annexe 3. Guide d'entretien de la direction

I/ DISPOSITIF POPPY ET USAGERS

- **Pouvez-vous me décrire en quoi consiste le dispositif Poppy, établissement de l'association La Case ?**
 - Quelle est la date de création du dispositif Poppy ?
 - Quel est le public cible de Poppy ?
 - Quels professionnels de santé interviennent chez Poppy ?
 - Quelles sont les missions principales de Poppy ?
- **Quelles sont les missions de Poppy en lien direct avec la prévention du VIH ?**
- **Quels sont les différents profils et modalités de prostitution représentés au travers du public de Poppy ?**
- **Quelles situations de précarité et de vulnérabilité rencontrez-vous auprès de vos usagers ?**

II/ ENJEUX DE LA CONSULTATION PREP

- **Pouvez-vous m'expliquer comment s'est passée la création de cette consultation PrEP chez Poppy ?**
 - Comment est venue l'idée de créer une consultation PrEP directement dans les locaux de Poppy ?
 - Quelles sont les motivations de cette intervention innovante ?
 - Quels sont, selon vous, les enjeux éthiques et sociaux de cette consultation avancée ?
 - Quels sont les avantages directs attendus en termes de prévention du VIH ?
- **Aujourd'hui, la PrEP est largement déployée dans la population HSH mais encore très peu chez les PP qui appartiennent pourtant au public cible de la PrEP selon la HAS. Comment expliquez-vous cela ?**
- **Quel rôle joue la stigmatisation dans l'accès à la PrEP ?**
- **Actuellement, quel est le cadre légal de la prostitution en France ? Quels sont ses impacts sur l'accès à la PrEP ?**
- **Quel est l'environnement associatif disponible en France pour les personnes qui se prostituent ?**
 - Connaissez-vous d'autres associations qui ont mis en place de telles consultations PrEP avancées pour les personnes qui se prostituent ?
 - Quand ont pu commencer les premières consultations PrEP dans les locaux de Poppy ?

III/ ADMINISTRATIF – FINANCEMENT

- **Pouvez-vous me parler des démarches administratives effectuées pour recruter un infectiologue du service des maladies infectieuses du CHU chez Poppy ?**
 - Comment s'est mis en place le lien entre le praticien hospitalier et le dispositif Poppy ?
 - Concernant les autorisations administratives, quelles autorités ont été contactées (ARS, CHU, Conseil Départemental) ? Quel accord a été convenu ? Quel contrat a été signé ? Convention ?
- **Quel est le financement de cette consultation spécialisée de PrEP ?**

VII/ AUTORISATION DE PRESCRIPTION PREP PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Depuis le 1^{er} juin 2021, les médecins généralistes sont maintenant autorisés à initier le traitement préventif du VIH par la PrEP. A noter qu'un médecin généraliste titulaire chez Poppy assure des consultations de médecine tous les lundis et vendredis de 14h à 17h.

- **Quels vont être les changements dans l'organisation de la consultation PrEP en réaction à cette nouvelle autorisation ?**
 - Qui va assurer les consultations PrEP dans les locaux de Poppy ? L'infectiologue du CHU va-t-elle continuer ses vacances ?
- **Quelle formation est nécessaire pour assurer des consultations PrEP en tant que médecin généraliste ? Où peut-on se former ? Est-ce gratuit ?**
 - Comment vont s'organiser les nouvelles consultations PrEP en termes de rythme et de suivi ?
- **Quels seront, selon vous, les impacts positifs ou négatifs à moyen terme de ce changement d'organisation ?**

VI/ ETAT DES LIEUX

- **Que pensez-vous de l'intérêt que portent les personnes qui se prostituent à la mise en place de la consultation PrEP ?**
- **Quels sont, à l'heure actuelle, les freins et les limites observés dans la mise en place de cette consultation ?**
 - Parmi ces différents facteurs, que pensez-vous de leur influence dans l'adhésion des personnes qui se prostituent à la PrEP :
 - La nécessité d'une observance quotidienne pour assurer l'efficacité du Truvada® ?
 - La nécessité d'une ouverture de droits sociaux ?
 - La nécessité d'un suivi régulier médical et biologique ? de se déplacer dans les locaux de Poppy les jours où le médecin est présent ? au laboratoire pour les analyses et à la pharmacie pour la délivrance du Truvada® ?
 - L'implication dans sa santé et la prévention d'une maladie dont les personnes ne sont pas atteintes ?
 - La peur des effets indésirables ?
 - La pression communautaire ? L'avis des pairs ?
 - La présence de professionnels pairs au sein de l'équipe de Poppy ?
 - L'influence des médias et de l'environnement politique actuel concernant les PP ?
- **Comment envisagez-vous l'évolution des consultations PrEP au sein du dispositif Poppy ?**
- **Quels leviers pourraient permettre le déploiement de la PrEP chez les PP ?**
 - Avez-vous des questions ou des remarques supplémentaires ?

Annexe 4. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent avec PrEP

I/ BIOGRAPHIE

- **Quel âge avez-vous ?**
- **Quelle est votre nationalité ?**
- **Depuis combien de temps êtes-vous en France ?**
- **Quel est votre lieu d'exercice de la prostitution ?**
- **Depuis combien de temps connaissez-vous le dispositif Poppy ?**
- **Comment les avez-vous connus ?** pendant les tournées de rue ? par le bouche-à-oreille ? au local ? sur internet ?
- **Quel est votre rythme de fréquentation du dispositif Poppy ?**
- **Quels sont les différents motifs qui vous amènent chez Poppy ?**
- **Quelle est votre protection sociale actuellement ?**

II/ PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE ET PREVENTION VIH

- **Quelles méthodes de prévention du VIH connaissez-vous ?**
- **Quelles méthodes de prévention utilisez-vous contre le VIH ?** avec vos clients ? dans votre vie personnelle ?
- **Si vous faites des tests de dépistage du VIH, quel est le rythme et le lieu de réalisation de ces dépistages ?** TROD ? sérologie au laboratoire ?
- **Vos clients s'intéressent-ils à votre état de santé ?** à vos méthodes de prévention ? à vos dépistages ?
- **Que pensez-vous de vos pratiques sexuelles en termes de risques d'infection au VIH ?**
- **Quelles situations ont pu vous exposer à des risques d'infection au VIH ?**
 - Utilisez-vous les préservatifs à chaque rapport sexuel ? pour les relations bucco-génitales ?
 - Avez-vous déjà eu un désaccord avec un client par rapport à l'utilisation du préservatif ? pour un acte oral, vaginal ou anal ?
 - Selon vous, avez-vous déjà vécu avec un client des situations qui vous ont exposé à des risques d'infection du VIH ? une situation de rupture de préservatif ? un retrait de préservatif par le client pendant l'acte ? des relations forcées sans préservatif ?
 - Si oui, qu'avez-vous fait ensuite ? Savez-vous quelle est la conduite à tenir ?
- **Quel est votre ressenti sur la maîtrise de vos pratiques sexuelles par rapport à la prévention du VIH ?**
- **Que pensez-vous de la loi de pénalisation des clients de 2016 ?** Quels changements avez-vous pu constater ?

III/ La PrEP

- **Comment avez-vous connu la PrEP ?**
- **Pour vous, qu'est-ce que la PrEP ?** Quel est son but ?
- **Pourquoi utilisez-vous la PrEP ?**
- **Depuis combien de temps êtes-vous sous PrEP ?**
 - Qui vous a prescrit votre première ordonnance de Truvada® ?

- **Quel suivi médical et biologique faites-vous ? Quelles sont les contraintes de ce suivi si elles existent ?**
- **Quels sont vos ressentis par rapport à votre activité prostitutionnelle face aux professionnels de santé ?**
 - Parlez-vous facilement de votre activité ? Si non, quelles sont les raisons ?
- **Quel schéma prenez-vous ?** quotidien (une fois par jour tous les jours) ? à la demande (deux comprimés avant le rapport sexuel puis un comprimé à J1 et à J2) ?
- **Que pensez-vous de l'observance de votre traitement ?**
 - Si le schéma est quotidien, prenez-vous bien le comprimé de Truvada® tous les jours ?
 - Si le schéma est à la demande, prenez-vous bien le comprimé avant chaque rapport sexuel à risque ?
- **S'il y a des manques de prises, quelles sont les raisons ?** oublis ? effets indésirables ? changement de pratiques sexuelles ?
- **Quels bénéfices voyez-vous dans le fait de prendre la PrEP ?**
- **Au contraire, quelles contraintes voyez-vous dans le fait de prendre la PrEP ?**
 - Avez-vous constaté des effets secondaires depuis que vous prenez le Truvada® ? si oui, lesquels ?
- **Quels changements avez-vous noté dans vos pratiques sexuelles depuis que vous prenez le Truvada® ?**
 - Avez-vous l'impression que le fait de prendre le PrEP vous autorise à prendre plus de risques dans vos pratiques sexuelles ? Est-ce le cas ?
 - Continuez-vous à utiliser le préservatif pendant vos rapports sexuels depuis que vous êtes sous PrEP ?
- **Quelles ont été vos hésitations à prendre la PrEP, s'il y en a eu ?**
- **Quelle a été la réaction de votre entourage concernant votre mise sous PrEP ?**
 - Votre entourage est-il au courant que vous prenez la PrEP ? vos clients ?
 - Si oui, avez-vous eu des remarques ? du soutien ?
 - Si non, pourquoi ?
- Avez-vous des remarques supplémentaires ou des questions à poser ?

Annexe 5. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent sans PrEP

I/ BIOGRAPHIE

- **Quel âge avez-vous ?**
- **Quelle est votre nationalité ?**
- **Depuis combien de temps êtes-vous en France ?**
- **Quel est votre lieu d'exercice de la prostitution ?**
- **Depuis combien de temps connaissez-vous le dispositif Poppy ?**
- **Comment les avez-vous connus ?** pendant les tournées de rue ? par le bouche-à-oreille ? au local ? sur internet ?
- **Quel est votre rythme de fréquentation du dispositif Poppy ?**
- **Quels sont les différents motifs qui vous amènent chez Poppy ?**
- **Quelle est votre protection sociale actuellement ?**

II/ PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE ET PREVENTION VIH

- **Quelles méthodes de prévention du VIH connaissez-vous ?**
- **Quelles méthodes de prévention utilisez-vous contre le VIH ?** avec vos clients ? dans votre vie personnelle ?
- **Si vous faites des tests de dépistage du VIH, quel est le rythme et le lieu de réalisation de ces dépistages ?** TROD ? sérologie au laboratoire ?
- **Vos clients s'intéressent-ils à votre état de santé ?** à vos méthodes de prévention ? à vos dépistages ?
- **Que pensez-vous de vos pratiques sexuelles en termes de risques d'infection au VIH ?**
- **Quelles situations ont pu vous exposer à des risques d'infection au VIH ?**
 - Utilisez-vous les préservatifs à chaque rapport sexuel ? pour les relations bucco-génitales ?
 - Avez-vous déjà eu un désaccord avec un client par rapport à l'utilisation du préservatif ? pour un acte oral, vaginal ou anal ?
 - Selon vous, avez-vous déjà vécu avec un client des situations qui vous ont exposé à des risques d'infection du VIH ? une situation de rupture de préservatif ? un retrait de préservatif par le client pendant l'acte ? des relations forcées sans préservatif ?
 - Si oui, qu'avez-vous fait ensuite ? Savez-vous quelle est la conduite à tenir ?
- **Quel est votre ressenti sur la maîtrise de vos pratiques sexuelles par rapport à la prévention du VIH ?**
- **Que pensez-vous de la loi de pénalisation des clients de 2016 ? Quels changements avez-vous pu constater ?**

III/ La PREP

- **Que connaissez-vous de la PrEP ? Quel est son but ?**
 - Avez-vous déjà entendu parler de la PrEP ?
 - Si oui, comment avez-vous connu la PrEP ?

Dans tous les cas, rappel sur la PrEP : la PrEP correspond à « Pre exposure prophylaxis ». Il s'agit d'un traitement préventif contre le VIH qui protège en cas de rapports sexuels à risque. Pour les femmes,

c'est un comprimé par jour à prendre tous les jours. Pour les hommes, il est possible de prendre ce schéma quotidien ou alors le schéma à la demande, c'est-à-dire 2 comprimés avant le rapport sexuel à risque puis un comprimé à J1 et un comprimé à J2. Depuis novembre 2020, une consultation PrEP a été mise en place dans les locaux de Poppy les lundis après-midi deux fois par mois par un infectiologue au CHU de Bordeaux. Cette consultation est maintenant assurée par le médecin généraliste de Poppy tous les lundis et vendredis.

- **Quelles sont les questions que vous vous posez sur la PrEP ?**
- **Quel est votre ressenti par rapport à la PrEP ?**
 - Vous sentez-vous concerné(e) par la PrEP ?

- **Pour vous, quels seraient les bénéfices à prendre la PrEP ?**
- **Au contraire, quels seraient les freins à prendre la PrEP ?**

- **Quelles sont les raisons qui font que vous ne prenez pas actuellement la PrEP ?**
 - Avez-vous peur des effets secondaires ?
 - Avez-vous des craintes par rapport à votre entourage ?
 - Que pensez-vous du fait de devoir prendre un traitement tous les jours ?

- **Quels sont vos ressentis par rapport à votre activité prostitutionnelle face aux professionnels de santé ?**
 - Parlez-vous facilement de votre activité à un médecin ? Si non, quelles sont les raisons ?
 - Devoir discuter avec un professionnel de santé de votre activité prostitutionnelle peut-il freiner votre envie de prendre la PrEP ?

- Avez-vous des remarques supplémentaires ou des questions à poser ?

Annexe 6. Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

RECHERCHE QUALITATIVE auprès des différentes parties prenantes de la mise en place d'une consultation PrEP chez Poppy pour les personnes qui se prostituent.

Introduction :

Étudiante en médecine générale, je réalise un travail de thèse sur l'évaluation de la mise en place d'une consultation PrEP directement dans les locaux de Poppy, établissement de l'association La Case, pour les personnes qui se prostituent et notamment sur l'étude de la viabilité à long terme de cette intervention.

Les objectifs de ce projet sont :

- d'explorer le ressenti et l'intérêt des parties prenantes concernant la mise en place de cette consultation PrEP chez Poppy pour les personnes qui se prostituent,
- de connaître les représentations et le questionnement autour de la prévention du VIH et de la PrEP chez les personnes qui se prostituent du point de vue des usagers de Poppy et de celui des professionnels qui interviennent chez Poppy,
- d'identifier les freins et les leviers qui influencent la mise en œuvre de cette consultation directement dans un lieu ressource pour les personnes qui se prostituent,
- d'évaluer la viabilité d'une telle intervention en santé publique en termes d'acceptabilité, de faisabilité et d'accessibilité.

La finalité de cette étude est, grâce aux réponses apportées, d'étudier la transférabilité de cette consultation PrEP en routine, au-delà d'un contexte de recherche, afin de mieux évaluer sa possible mise à l'échelle, dans un défi de durabilité.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Caroline Laguitton, suivant vos disponibilités, dans un endroit calme (par exemple, un bureau dans les locaux de Poppy). Il durera environ 20-30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est-ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience, votre vécu en tant que partie prenante de cette consultation PrEP. Il s'agit d'un entretien confidentiel et anonyme. Il ne s'agit pas d'un questionnaire prédéfini, mais plutôt d'une conversation au cours de laquelle je vous orienterai vers différents thèmes. Vous avez la possibilité de quitter l'entretien à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Pour faciliter le recueil des données, je souhaiterais enregistrer l'entretien. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois retranscrits, les enregistrements

seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par Caroline Laguitton, avec l'aide de son directeur de thèse le Professeur François Alla. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine générale de Caroline Laguitton, et pourront éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et avoir eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que ma participation est entièrement basée sur le volontariat. Je suis libre de changer d'avis et de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (Participant)

Nom :

Date :

Signature (Investigateur)

Nom :

Date :

Annexe 7. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent avec PrEP (version traduite en anglais)

I/ BIOGRAPHY

- **How old are you ?**
- **What is your nationality ?**
- **How long have you been in France ?**
- **Where do you work as a sex worker ?**
- **How long have you known Poppy ?**
- **How did you meet them ?** during street tours ? by word of mouth ? on the internet ?
- **How often do you come to Poppy ?**
- **What are the different reasons that bring you to Poppy ?**
- **What is your current social protection ?**

II/ RISKY SEXUAL PRACTICES AND HIV PREVENTION

- **What HIV prevention methods do you know about ?**
- **What HIV prevention methods do you use ?** with your clients ? in your personal life ?
- **If you test for HIV, how often and where do you test ?** TROD ? serology at the laboratory ?
- **Are your clients interested in your health condition ?** in your prevention methods ? in your tests ?
- What do you think about your sexual practices in terms of risk of HIV infection ?
- What situations might have put you at risk of HIV infection ?
- Do you use condoms every time you have sex ? for oral sex ?
- Have you ever had a disagreement with a client about condom use ? for oral, vaginal or anal sex ?
- In your opinion, have you ever experienced situations with a client that put you at risk of HIV infection ? a condom breakage situation ? condom removal by the client during sex ? forced sex without a condom ?
- If so, what did you do next ? Do you know what to do ?
- **How do you feel about controlling your sexual practices in relation to HIV prevention?**
- **What do you think of the 2016 law penalising clients ? What changes have you been able to observe ?**

III/ PrEP

- **How did you hear about PrEP ?**
- **What is PrEP for you ? What is its purpose ?**
- **Why do you use PrEP ?**
- **How long have you been on PrEP ?**
- Who prescribed your first prescription of Truvada® ?
- **How is your medical and biological monitoring going ?**
- What are the constraints of this monitoring, if any ?

- **How do you feel about your sex work in front of health professionals ?**
- **Do you talk easily about your activity ? if not, what are the reasons ?**

- **What schedule are you taking ?** daily (once a day every day) ? on-demand (two tablets before sexual encounter and then one tablet on D1 and D2) ?
- **How do you feel about your compliance ?**
 - If daily, are you taking the Truvada® tablet every day ?
 - If on-demand schedule, are you taking the tablet before each risky sexual activity at risk ?
- **If you miss tablets, what are the reasons ?** forgetfulness ? side effects ? change in sexual practices ?

- **What benefits do you see in taking PrEP ?**
- **On the contrary, what constraints do you see in taking PrEP ?**
- **Have you noticed any side effects since you started taking Truvada® ?**

- **What changes have you noticed in your sexual practices since you started taking Truvada® ?**
 - Do you feel that taking PrEP allows you to take more risks in your sexual practices ? is this the case ?
 - Do you continue to use condoms during sex since you have been on PrEP ?

- **What were your hesitations about taking PrEP, if any ?**
- **What has been the reaction of those around you to being on PrEP ?**
- **Do people around you know that you are taking PrEP ?** your clients ?
 - If yes, have you had any feedback ? any support ?
 - If not, why not ?

- Do you have any additional comments or questions ?

Annexe 8. Guide d'entretien des personnes qui se prostituent sans PrEP (version traduite en anglais)

I/ BIOGRAPHY

- **How old are you ?**
- **What is your nationality ?**
- **How long have you been in France ?**
- **Where do you work as a sex worker ?**
- **How long have you known Poppy ?**
- **How did you meet them ?** during street tours ? by word of mouth ? on the internet ?
- **How often do you come to Poppy ?**
- **What are the different reasons that bring you to Poppy ?**
- **What is your current social protection ?**

II/ RISKY SEXUAL PRACTICES AND HIV PREVENTION

- **What HIV prevention methods do you know about ?**
- **What HIV prevention methods do you use ?** with your clients ? in your personal life ?
- **If you test for HIV, how often and where do you test ?** TROD ? serology at the laboratory ?
- **Are your clients interested in your health condition ?** in your prevention methods ? in your tests ?
 - What do you think about your sexual practices in terms of risk of HIV infection ?
 - What situations might have put you at risk of HIV infection ?
 - Do you use condoms every time you have sex ? for oral sex ?
 - Have you ever had a disagreement with a client about condom use ? for oral, vaginal or anal sex ?
 - In your opinion, have you ever experienced situations with a client that put you at risk of HIV infection ? a condom breakage situation ? condom removal by the client during sex ? forced sex without a condom ?
 - If so, what did you do next ? Do you know what to do ?
- **How do you feel about controlling your sexual practices in relation to HIV prevention?**
- **What do you think of the 2016 law penalising clients ? What changes have you been able to observe ?**

III/ The PREP

- **What do you know about PrEP ? What is its purpose ?**
 - Have you ever heard of PrEP ?
 - If so, how did you hear about PrEP ?

In any case, a reminder about PrEP : PrEP stands for "Pre Exposure Prophylaxis" : it is a preventive treatment against HIV that protects you in case of risky sexual relations. For women, it is one tablet a day to be taken every day. For men, it is possible to take this daily schedule or the on-demand schedule, i.e. two tablets before sexual activity, then one tablet on D1 and one tablet on D2. Since November

2020, a PrEP consultation has been set up in the Poppy facility on Monday afternoons twice a month by an infectious diseases specialist from the Bordeaux University Hospital. This consultation is now provided by Poppy's GP every Monday and Friday.

- **What questions do you have about PrEP ?**
- **How do you feel about PrEP ?**
 - Do you feel concerned about PrEP ?

- **What would be the benefits of taking PrEP for you?**
- **On the contrary, what would be the barriers of taking PrEP ?**

- **What are the reasons why you are not currently taking PrEP ?**
 - Are you afraid of the side effects ?
 - Are you afraid of how people will react ?
 - How do you feel about taking a treatment every day for a disease you do not have ?

- **How do you feel about your sex work in front of health professionals ?**
 - Do you talk easily about your activity ? if not, what are the reasons ?
 - Can talking to a health professional about your prostitution activity slow down your desire to take PrEP ?

- Do you have any additional comments or questions ?

Annexe 9. Formulaire d'information et de consentement (version traduite en anglais)

INFORMATION AND CONSENT FORM

QUALITATIVE RESEARCH among the different participants in the development of PrEP consultation at Poppy for people who prostitute.

Introduction :

As a student in general medicine, I am doing a thesis on the evaluation of the development of a PrEP consultation for people who prostitute directly in the offices of Poppy, an establishment of the association La Case, and in particular on the study of the long-term viability of this intervention.

The objectives of this project are to :

- to explore the feelings and interests of participants concerning the organisation of this PrEP consultation at Poppy for people who prostitute.
- to examine the representations and the questioning related to HIV prevention and PrEP among sex workers from the point of view of Poppy's users and of the professionals who intervene in Poppy.
- to identify the obstacles and levers that influence the deployment of this consultation directly in a resource place for people who prostitute.
- to evaluate the viability of such a public health intervention in terms of acceptability, feasibility and accessibility.

The aim of this study is, thanks to the provided answers, to study the transferability of this PrEP consultation in routine, beyond a research context, in order to better evaluate its deployment, in a challenge of durability.

Progress of the interview :

This interview will be conducted by Caroline Laguitton, depending on your availability, in a quiet place (e.g. an office at Poppy). It will last approximately 20-30 minutes and will be recorded anonymously.

What happens if I participate?

You will participate in a one-to-one interview where you will be asked questions about your experience as a participant in this PrEP consultation. This is a confidential and anonymous interview. It is not a predefined questionnaire, but rather a conversation in which I will guide you towards different topics. You have the possibility to leave the study at any time without giving any explanation.

How will the collected information be treated?

To facilitate data collection, I would like to record the interview. The recordings will be literally transcribed on a computer, anonymously and confidentially. Once transcribed, the recordings will be

destroyed. The transcripts will be kept secure. The analysis of the data will be achieved by Caroline Laguitton, with the help of her thesis supervisor Prof. François Alla. The results will be used for Caroline Laguitton's general medicine thesis, and may eventually be published.

Please write your initials in each box :

- 1. I confirm that I have read and understood the above information and that I have had the opportunity to ask questions.
- 2. I understand that participation is entirely voluntary. I am free to change my mind and to go out from the study at any time, without having to provide a reason.
- 3. I give my consent to the recording and the transcription of this interview.
- 4. I give my consent to the possible but totally anonymous use of some quotes from the interview in a thesis or publication.
- 5. I agree to participate in the study.

Signature (Participant)

Name :

Date :

Signature (Investigator)

Name :

Date :

Annexe 10. Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »