

CABIRIA



**Enquête sur les mésusages et
arrêts précoces du
Traitement post exposition au
VIH
auprès les travailleurs et
travailleuses du sexe**

**Enquête réalisée avec le soutien financier de l'ANSM
Avril 2018**

Présentation de Cabiria

Cabiria est une association de santé communautaire avec et pour les travailleurs et travailleuses du sexe, qui mène son action de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins et aux droits depuis 1995. Fort de la présence au sein de l'équipe de personnes concernées et de professionnel.le.s de la santé, de médiatrices culturelles originaires des pays des publics rencontrés, son action s'est adaptée au fil du temps au plus près des besoins des personnes rencontrées, accompagnées.

C'est dans cette perspective que l'association Cabiria a souhaité réaliser cette enquête afin de proposer une réponse au constat de terrain et aux retours d'expérience des premières concernées.

Pourquoi cette enquête : constat de terrain sur le TPE

Le projet d'enquête dont ce document est le résultat, provient d'un constat que nous avons fait lors de nos actions de terrain. En effet, certaines personnes prostituées nous ont rapporté se procurer le traitement prophylactique post exposition au VIH (TPE) par des voies parallèles aux services hospitaliers (par des collègues, amiEs...). De plus, lorsqu'elles bénéficiaient d'une prise en charge hospitalière, une part non négligeable des personnes suivies nous disait avoir arrêté leur traitement précocement. Ce projet nous a semblé donc primordial afin de déterminer l'ampleur de ces mésusages et arrêts précoces, dans notre public et plus largement celui de nos associations partenaires afin de proposer une réponse adaptée en terme de prévention des risques de transmission du VIH. L'idée première était alors de construire un outil d'information adapté avec les personnes prostituées, notamment migrantes, afin de sensibiliser sur l'importance d'une consultation et de tests préalables à la délivrance et au choix du TPE, ainsi qu'aux risques liés à un arrêt précoce.

Risque encourus par prise sauvage ou par arrêt du TPE

Lors d'une prise de traitement post-exposition, le choix du traitement délivré est dépendant de plusieurs facteurs. Par exemple, des choix alternatifs au traitement préférentiel recommandé doivent être prescrit :

- en cas d'atteinte rénale préexistante
- chez une femme enceinte¹.

En effet, les traitements préconisés jusqu'en septembre 2017 (et toujours actuellement dispensés dans plusieurs services hospitaliers, services d'urgence ou services spécialisés) sont constitués de l'association Ténofovir-Emtricitabine/Darunavir/Ritonavir. Parmi ceux ci, le Ténofovir-Emtricitabine n'est pas recommandé en cas d'insuffisance rénale. Le Darunavir, quant à lui, n'est pas recommandé dans les cas d'insuffisance hépatique sévère.

Dans ces cas, seuls des bilans hépatiques (ASAT) et mesure de la créatinine, recommandés lors du suivi biologique après une exposition au virus², peuvent prévenir d'éventuels effets indésirables graves ou iatrogénie médicamenteuse, lorsque les personnes ne connaissent parfois pas leur état de santé.

Ces risques sont donc particulièrement présents lors d'une prise de traitement post exposition dont l'initiation est hors cadre médical.

Enfin, un arrêt précoce du traitement fait courir le risque d'une inefficacité du traitement et donc d'une séroconversion, alors même qu'on se pense protégé. Cela est également synonyme, notamment lors de la primo infection d'un risque important de contamination du/de la partenaire.

Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée entre le mois de mai 2017 et le mois d'octobre 2017.

Elle s'est déroulée en plusieurs axes :

¹ Pr Philippe MORLAT (ss dir.), *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant*, septembre 2017, p. 9.

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

² Idem, p. 12.

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arrêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

- **une consultation auprès des personnes prostituées rencontrées par l'association Cabiria** de fin mai à fin septembre 2017 et sur Internet auprès des escorts HSH et trans rencontré.e.s lors de notre action Prostboyz (www.prostboyz.org).

Concernant les escorts, nous avons mis en place un questionnaire en ligne afin qu'ils/elles puissent y répondre à tout moment.

Dans nos actions d'outreach ou d'accueil collectif dans notre local, nous avons fait passer les questionnaires en direct, via notamment les médiatrices culturelles.

- **une consultation des associations ayant des actions auprès des travailleuses du sexe et des personnes prostituées en France.** Nous avons envoyé un mail explicatif à 25 associations (Cf. annexe 1). Neuf d'entre elles ont répondu, une a répondu positivement à notre sollicitation, mais n'a jamais envoyé de réponse au questionnaire, et enfin, une association que nous n'avions pas sollicitée nous a renvoyé un questionnaire.

- nous avons sollicité ces associations pour qu'elles réalisent des questionnaires auprès de leur public. Seules deux associations ont été en mesure de le faire (une association a fait passer un questionnaire, une autre en a fait passé 17). Enfin, le Lotus Bus de Médecins du Monde n'a pas été en capacité de faire passer le questionnaire mais nous a communiqué les résultats de deux enquêtes menées auprès de leur public en 2008 et 2014.

Ces résultats n'ont pas été intégrés à notre enquête (aux vues des dates de passation et des divergences concernant la grille de questions) mais serviront à renforcer l'analyse (permanences et divergences).

Les objectifs :

Les objectifs de l'enquête ont été les suivants :

- évaluer le degré de connaissances de l'existence du TPE
- évaluer le degré de recours et les modes de recours au TPE
- évaluer le degré d'arrêt prématuré et les raisons pour lesquelles ces arrêts se produisent

Les profils des répondant.e.s :

Nous avons recueilli au total **231 questionnaires**. Ceux ci se répartissent ainsi :

- **195 recueillis en face à face** (1 réalisé par Médecins du Monde (Montpellier), 17 réalisés par PALOMA (Nantes), 177 réalisés par CABIRIA (LYON et départements limitrophes)
- **36 recueillis via le questionnaire en ligne.**

	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	>55	Total
Nigéria	77	37	7	6	1				128
Guinée équatoriale		4	2	3	2	3	3		17
Roumanie		3	4	3	2	1			13
France	12 / 1	2 / 9	6 / 1	4	2	1 / 2 / 1	2 / 1	2	7 / 36 / 2 / 1
Cameroun			1	1	2	3	2	1	10
Bulgarie		1	1 / 1	1	1				4 / 1
République dominicaine		1	3	1					5
Albanie				1					1
Algérie						1			1
Allemagne		1							1
Ghana				1					1
Équateur							1		1
Turquie						1			1
Italie		1							1
TOTAL	77	49	18 / 1 / 1	17 / 1	8	8 / 2 / 2	7 / 1	3	187 / 39 / 4 / 1

Répartition par nationalité d'origine/âge/genre déclarés

Les genres seront matérialisés ici par les couleurs suivantes : *Femme* / *Homme* / *Trans MtF* / *Trans FtM*

La majorité des participantEs (n = 128) sont des femmes nigérianes. Si elles représentent une proportion très importante de cet échantillon (plus de 65% des personnes exerçant dans la rue), c'est en partie parce qu'elles représentent également la communauté la plus présente dans le travail du sexe de rue actuellement en France.

De plus, cela correspond également au fait qu'elles sont les plus présentes dans notre file active « accompagnement » (environ 62%) et les opportunités de leur proposer ce questionnaire ont donc été plus importantes.

Enfin, il y a certainement un biais linguistique à prendre en compte. La quasi totalité des personnes ayant fait passer le questionnaire parlent anglais (langue parlée des femmes nigérianes), ce qui n'est pas le cas d'autres langues (roumain, bulgare, espagnol) et sans la présence des médiatrices culturelles (qui ne bénéficient pas d'un plein temps et donc ne sont pas présentes en permanence sur les actions) il est plus difficile de réaliser le questionnaire dans de bonnes conditions. Les personnes albanaises rencontrées, même si elles sont présentes en nombre restreint parmi les personnes que nous rencontrons, sont sous représentées dans cet échantillon. La plupart d'entre elles étant arrivées en France assez récemment, elles ne maîtrisent pas suffisamment le français (et nous ne maîtrisons pas l'albanais) pour assurer une passation des questionnaires de manière à en assurer sa bonne compréhension.

Retour des questionnaires associatifs

Nous avons sollicité 25 associations partenaires afin de recueillir leurs constats de terrain sur cette question. Parmi celles-ci, 10 associations ont été en mesure de nous répondre.

Une autre association nous a retourné le questionnaire sans avoir été destinataire du premier envoi. Cette association s'est procuré le questionnaire par le COREVIH Arc Alpin et a souhaité y participer.

Au total, ce sont donc 12 associations (Cabiria compris) ont participé par leurs retours sur les mésusages et l'arrêt précoce du Traitement post exposition recueillis auprès de leur public.

Ces associations couvrent des zones géographiques variées.



Au niveau des publics rencontrés par les associations, la communauté la plus représentée est constituée de femmes nigérianes, et ensuite, des personnes chinoises, roumaines, françaises, hispanophones (personnes originaires de Guinée équatoriale, des Caraïbes ou d'Amérique du sud), bulgares, albanaises et quelques personnes originaires de Hongrie.

Les personnes rencontrées sont pour une majorité des femmes cisgenres, et des trans MtF. Il y a également une petite partie des personnes concernées par ces associations qui sont des hommes cisgenres et enfin plus rarement des trans FtM.

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arrêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

Les associations ont été sollicitées parce qu'elles développaient des actions de terrain autour de la santé et de la prévention, notamment autour du traitement post exposition.

Elles proposent toutes des accompagnements pour l'accès au TPE, bien qu'elles n'en aient pas toutes réalisé (faute de demande).

Principaux résultats tirés des questionnaires.

Compte tenu de la différence importante dans les profils et les réponses des répondantEs, nous faisons le choix de distinguer deux parties dans l'analyse des résultats de l'enquête. Ainsi, l'analyse présentée ici sera construite autour de deux volets selon le mode d'exercice (rue ou Internet). Nous pourrions sur certains points faire des liens entre les deux volets de ce travail.

Le travail de rue

Profils des répondantEs :

	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	>55	Total
Nigéria	77	37	7	6	1				128
Guinée équatoriale		4	2	3	2	3	3		17
Roumanie		3	4	3	2	1			13
France		2	1	1		1/1/1	2	2	7/2/2
Cameroun			1	1	2	3	2	1	10
Bulgarie		1	1/1	1	1				4/1
République dominicaine		1	3	1					5
Albanie				1					1
Algérie						1			1
Ghana				1					1
Équateur							1		1
Turquie						1			1
Italie		1							1
TOTAL	77	49	18/1/1	17/1	8	8/2/2	7/1	3	187/4/4

Répartition par nationalité d'origine/âge/genre déclaré

Les genres seront matérialisés ici par les couleurs suivantes : Femme / Homme / Trans MtF

	< 1 an	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	>10 ans	TOTAL
Nigéria	56	34	27	8	1	126

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

Guinée équatoriale	1	5	9	2		17
Roumanie	1		3	5	4	13
France			1	2	4/2/2	7/2/2
Cameroun			3	3	4	10
Bulgarie		1		1	3	4/1
République dominicaine			2	2	1	5
Albanie				1		1
Algérie					1	1
Ghana				1		1
Équateur					1	1
Turquie					1	1
Italie				1		1
TOTAL	58	39/1	45	26	17/3/4	185/4/4

Répartition par nationalité d'origine/temps de travail/genre déclaré (n = 193)

Les genres seront matérialisés ici par les couleurs suivantes : Femme / Homme / Trans MtF

L'exposition aux risques :

Quelque soit le genre des personnes interrogées, plus de **3 répondantEs sur 4 indiquent avoir eu au moins une fois une rupture de préservatif** dans le cadre de leur activité (80% pour les femmes, 75 % pour les hommes et trans MtF).

Ces accidents d'exposition au virus (AEV) peuvent être occasionnelles ou plus régulières.

Ces AEV se produisent **indépendamment de la nationalité d'origine des personnes, de l'âge, du genre.**

Le temps d'activité joue logiquement sur le nombre de personnes ayant eu au moins un AEV durant l'activité, mais lorsque les personnes ont plus d'un an d'ancienneté dans l'activité, le pourcentage de personnes ayant eu un AEV semble être sensiblement le même (entre 80 et 85%).

D'autres situations potentiellement à risque ont été renseignées, sans que les répondantEs ne les considèrent comme telles. Les répondantEs sont 57 à avoir déclaré **des rapports non protégés sans connaissance du statut sérologique de leur partenaire** (29,2%). Parmi elles, aucune n'a dit avoir pris le TPE dans ce cadre. Cela provient certainement d'une représentation du risque existant avec des inconnus mais largement minimisé lorsqu'il s'agit du petit ami ou d'un partenaire que l'on a choisi. Cette dimension de l'estimation du risque est primordiale dans le fait de solliciter le traitement post exposition ou non.

Un peu plus de 5% des répondantEs (n = 10) déclarent avoir subi **un viol** (dans le cadre de la prostitution, du passage migratoire ou dans le cadre privé). Parmi elles, un tiers a bénéficié du TPE.

Lorsque ces viols se déroulent dans le cadre du travail (n = 5), elles sont 60% à déclarer avoir eu recours au TPE. Une personne a déclaré avoir pris des médicaments donnés par sa « sœur » pour nettoyer l'estomac et enlever le sperme, sans savoir quels étaient ces médicaments précisément.

Dans le cadre de la vie privée ou dans le cadre du parcours migratoire, hormis le fait qu'elles ne connaissaient pas l'existence du traitement, elles n'auraient pas pu en bénéficier, les viols s'étant déroulés dans des pays et des situations où elles ne pouvaient bénéficier de TPE.

Connaissances de l'existence du TPE

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arrêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

	Oui	Non
Femme	81	106
Homme	2	2
F Trans	3	1
Total	86	109
%	44,1	55,9

*Répartition de la connaissance du TPE
selon le genre déclaré*

La connaissance de l'existence du TPE reste encore minoritaire. Nous constatons que plus de la moitié des personnes interrogées ne connaissent pas le traitement post exposition (55,9 % des répondantEs).

Ce résultat est corroboré par les retours des associations partenaires. Si deux associations indiquent que leur public est globalement informé de l'existence du traitement, les 10 autres associations estiment que leur public est en manque d'information (2) ou seulement en partie informé de l'existence du traitement (8). En population générale, bien que l'enquête KAPB 2010 commence à dater, la proportion des personnes déclarant avoir entendu parler du Traitement post exposition n'était que d'à peine 20% en France (un peu plus de 25 % en Ile de France)³.

L'âge des personnes ne semble pas être un facteur déterminant dans la connaissance du TPE. En effet, les proportions sont très variables d'une tranche d'âge à une autre sans que nous puissions fournir d'explication satisfaisante (cf tableau).

	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	>55	Total
Total des répondantEs	77	49	20	18	8	12	7	4	195
Connaissance existence TPE	32	29	9	7	2	5	1	1	86
%	41,6	59,2	45	38,9	25	41,7	14,3	25	44,1

Répartition de la connaissance du TPE selon l'âge

Le temps de présence dans l'activité, par contre, semble jouer un rôle, comme le montre le tableau suivant :

	<1 an	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	>10 ans	TOTAL
Nombre de répondantEs	58	40	45	26	24	193
Connaissance existence TPE	21	18	21	13	13	86
%	36,2	45	46,7	50	54,2	44,6

Répartition de la connaissance du TPE selon la durée d'exercice de la prostitution

La source principale d'information sur l'existence du TPE pour les travailleuses et travailleurs du sexe de rue répondantes est essentiellement **les associations**. En effet, les personnes répondantes connaissant l'existence du TPE (n = 86) citent à près de 85 % les associations comme sources d'information concernant le traitement post exposition, et 79% d'entre elles (n = 68) ne citent que cette source d'information.

La seconde source d'information la plus citée, à savoir **le personnel hospitalier** (médecins, urgences, CeGIDD), n'est cité que par 9,3% (n = 8) des répondantEs.

³ Nathalie BELTZER, Leïla SABONI, Claire SAUVAGE, Cécile SOMMEN, Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Ile-de-France en 2010, décembre 2011, p. 41.
http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KAPB_2011.pdf

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

L'augmentation du temps de présence dans l'activité multiplie les occasions de parler du traitement avec des associations ou le personnel hospitalier et surtout de retenir cette information.

Le fait d'avoir eu un **épisode antérieur de risque d'exposition au virus** a un impact sur la connaissance de l'existence du traitement dans la mesure où les personnes n'ayant jamais eu d'AEV ne sont que 22,5 % à déclarer connaître le TPE alors que cette proportion est de 49,7 % lorsque les personnes ont déjà eu un AEV.

Cependant, comme le montre le tableau suivant, l'enquête ne permet pas de mettre en évidence un lien de causalité entre l'augmentation du nombre d'AEV et la connaissance du TPE.

	Nombre de personnes	Personnes déclarant connaître le TPE	%
0	40	9	22,5
0-4	115	58	50,4
5-10	31	14	45,2
>10	9	5	55,6

Répartition de la connaissance du TPE en fonction du nombre d'AEV

Enfin, la connaissance de ce traitement semble être dépendante également de **la langue parlée** par les personnes répondantes. En effet, en fonction des langues parlées (français, anglais, bulgare) la proportion des personnes connaissant le TPE dépasse les 50% parmi les répondantEs. En revanche, les personnes parlant espagnol ou roumain semblent beaucoup moins bien informées sur l'existence de ce traitement.

Cela est dû à une plus grande compréhension des informations données autour du traitement lorsque elles sont dispensées dans une langue que la personne comprend⁴.

Un recours au TPE non systématique

Le recours au traitement d'urgence en cas de prise de risques est d'environ 1/3 des personnes ayant eu une rupture de préservatif.

	AEV	TPE
Femme	150	48
Homme	3	1
Trans MtF	3	1
TOTAL	156	50

Répartition des personnes ayant eu des AEV et ayant pris le TPE selon le genre

L'âge des répondantEs semble avoir une influence sur le recours au TPE. Les personnes ayant le plus recours au TPE semblent appartenir aux tranches d'âge 18-24 ans (34,4%) et 25-29 ans (44,2%).

Pour les tranches d'âges suivantes, plus l'âge augmente plus le recours au TPE est restreint (30-39 ans : 25% ; 40-49 ans : 20% ; plus de 50 ans : 0%).

Le temps de présence dans l'activité semble jouer également un rôle dans le recours au TPE lors d'un AEV.

Les personnes ayant débuté l'activité depuis moins d'un an, ont moins recours au TPE (30 %) que celles ayant plus d'un an d'activité. Les personnes ayant le plus recours au TPE sont les personnes ayant de 2 à 5 ans d'activité (41%).

Cependant, nous constatons que les répondantEs ayant plus de 10 ans d'activité ont été moins nombreuses à déclarer avoir eu recours au TPE (16,7%). Cela peut s'expliquer par un accent mis par les associations et les médias plus important sur le TPE ses dix dernières années et sur un accès facilité.

⁴ Nous pouvons l'expliquer, pour ce qui concerne le public de l'association CABIRIA, par une présence plus récente de médiatrices culturelles roumaine et hispanophone dans notre association, et le renouvellement de ces publics dans les rues lyonnaises. Ces facteurs limitent les occasions de parler du TPE avec elles.

Nous constatons également que le recours au TPE dépend des **langues parlées** par les personnes ayant eu un AEV. Parmi les répondantEs ayant eu un AEV, les personnes ayant le plus recours au TPE sont les personnes nigérianes (40%), les personnes françaises (33,3%), les personnes camerounaises (28,6%). La maîtrise de la langue française ou de l'anglais, langues les plus répandues en France, peut expliquer en partie un meilleur recours. De plus, près de la moitié des femmes nigérianes ayant accédé du TPE (45%), nous ont dit avoir eu recours aux associations pour bénéficier du TPE.

Le rôle des associations semblent être alors double : meilleure information car la plupart des professionnelles associatives parlent l'anglais, et les femmes nigérianes ont un lien avec les associations permettant qu'elles fassent appel à celles-ci lorsqu'un AEV se produit.

Les personnes équato-guinéennes (16,7%) et les personnes roumaines (9,1%), bulgares (0%) et dominicaines (0%) sont celles qui y ont le moins recours. Cela peut s'expliquer par deux facteurs : une information mal comprise sur l'existence du TPE et la possibilité pour elles d'en bénéficier, et la crainte de ne pas être comprises lorsqu'elles se rendent à l'hôpital. Ce dernier point est corroboré par 10 des 12 associations qui citent la barrière de la langue comme frein à l'accès au TPE.

D'autres facteurs peuvent également jouer pour expliquer ce non recours.

Le non recours au TPE, des facteurs multiples

La raison principale mise en avant par les répondantEs pour expliquer le non recours au TPE suite à une exposition au VIH réside essentiellement dans **une méconnaissance de l'existence du traitement** au moment où l'AEV s'est déroulé. C'est la raison invoquée pour expliquer le non recours au traitement pour 84,9 % (n = 106) des personnes répondantEs.

Ce point est corroboré par les constats de 2/3 des associations (n = 8), qui signalent cette raison comme un des obstacles principaux au recours au traitement.

Cette méconnaissance peut expliquer également une seconde raison invoquée par les répondantes à savoir **le dépassement du délai** de 48h pour pouvoir bénéficier de l'initiation du TPE (n = 6). Le dépassement du délai peut être également à un manque d'autonomie dans les déplacements. Ceux-ci peuvent être de deux sortes : méconnaissance des lieux où se procurer le TPE (notamment lorsque les personnes se déplacent de villes en villes) et un manque d'autonomie physique dans les déplacements.

Ce manque de mobilité a été constaté par 4 associations. Parmi elles, une association souligne que l'impossibilité de se déplacer est due à la contrainte exercée sur les personnes par des personnes tierces. Les autres associations y voient plutôt des difficultés rencontrées par la spécificité du lieu de travail (extérieur des villes, sans permis de conduire et l'absence de transport en commun), par l'absence de transport en commun la nuit ou par la méconnaissance des lieux (lors de déplacement).

Un autre obstacle réside dans **la complexité des démarches de délivrance du TPE**. Parmi ces démarches, **l'initiation du traitement dans les services d'urgence hospitaliers** constitue un obstacle pour 6 des répondantEs, mais semble être plus important selon les associations partenaires.

D'une part, **la difficulté de parler de l'activité ou la honte de se rendre aux urgences en tenue de travail**, induite par la stigmatisation de l'activité, freinent l'accès au traitement. **Cette peur de la stigmatisation** a été constatée par 7 associations et 4 associations ont signalé des refus de prise en charge et un mauvais accueil dans les services hospitaliers.

Ensuite, cette initiation du traitement en milieu hospitalier, et le suivi qui en découle, semblent également être un frein. Trois des répondantEs nous ont fait la remarque que **le temps d'attente était trop long aux urgences** (les AEV n'étant souvent pas considérés comme prioritaires malgré l'importance de réduire au maximum le délai d'initiation⁵). Ce temps d'attente est problématique pour de nombreuses personnes prostituées comme perte de temps de travail, dans un contexte de précarisation croissante et de perte de revenus. Le temps passé aux urgences est autant de clients potentiels qui sont perdus⁶.

⁵ Pr Philippe MORLAT (ss dir.), *Prise en charge médicale ...*, op. cit., p.8.

⁶ Hélène LE BAIL, Calogero GIAMETTA, Noémie RASSOUW, *Que pensent les travailleur.se.s du sexe de la loi prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel »*, rapport d'enquête, avril 2018, p. 37.
https://www.cabiria.asso.fr/IMG/pdf/Rapport-enque_te-Loi_13_avril.pdf

Ce constat a été fait également par deux tiers des associations interrogées, certaines ajoutant également le nombre de RDV importants dans le suivi qui semblent chronophages.

Si aucune des personnes répondantes n'a signalé **la quantité de RDV de suivi** comme raison de non recours au TPE, les personnes ayant bénéficié d'un TPE (n= 51) sont plus de 43 % à n'avoir pas honoré tous les RDV de suivi.

Une autre raison donnée par les répondantEs pour expliquer leur non recours au TPE réside dans **les représentations sur l'utilité du traitement**. Certaines personnes peuvent considérer le risque comme minime ou inexistant (absence d'éjaculation, client habituel donc pour qui on a « confiance », tests réalisés avec les clients). Une association a fait le même constat de sentiment de ne pas être en danger. Une autre personne nous a répondu que le traitement ne servait à rien.

Une association nous a également exprimé le constat de la croyance en un effet néfaste du traitement sur la santé pour certaines personnes de leur public.

Enfin, **la peur des effets secondaires** semble un peu plus présente parmi les raisons freinant les personnes d'avoir recours au TPE. Si une seule des répondantes nous l'a signalé, six associations ont pu faire le constat de cette crainte. Les personnes craignant les effets secondaires sont parfois des personnes qui n'ont jamais pris le traitement mais connaissent les effets potentiels via des amiEs ou collègues ayant déjà bénéficié du TPE. Cette peur des effets secondaires est également à mettre en parallèle avec les revenus de plus en plus précaires et l'absence de statu des personnes. Des effets secondaires trop importants, pouvant engendrer une impossibilité partielle ou totale d'aller travailler pendant quelques jours ou quelques semaines (fatigue, nausées...) seraient alors synonyme d'absence totale de revenus.

D'autres raisons, non invoquées par les personnes elles-mêmes mais relevées par les associations, sont également à noter.

Trois associations constatent un non recours au TPE lorsqu'il y a une **absence de couverture médicale ou de titre de séjour**. Si le titre de séjour n'est pas en soi un frein à l'accès au TPE, il peut se conjuguer en l'absence de couverture médicale si les personnes ne connaissent pas l'existence de l'Aide médicale d'État ou si elles n'ont pas fait les démarches pour en bénéficier.

Accès au traitement hors cadre légal

L'une des raisons nous ayant amené à réaliser cette enquête provenait du retour que certaines des personnes rencontrées dans nos actions nous avaient exprimé concernant la manière dont elles obtenaient le traitement post-exposition, hors du cadre légal et hospitalier.

Ce constat est partagé par un tiers des associations. Le Lotus Bus (mission de Médecins du Monde, travaillant auprès des femmes chinoises à Paris), nous ont rapporté qu'ils avaient été contacté à plusieurs reprises par des femmes qui s'étaient déjà procuré le traitement via des amies. PALOMA, association de santé communautaire à Nantes, nous a signalé avoir eu plusieurs retours de femmes s'étant procuré une partie du traitement auprès d'amies ayant déjà pris le traitement ou ayant elles-mêmes pris le traitement et ayant gardé des cachets restants pour une éventuelle autre prise de risque. L'association ARS Antigone, travaillant auprès de femmes et transgenres à Nancy, nous ont également fait le retour de situations similaires.

Les autres associations répondantes n'ont pas renseigné cette question, malgré nos relances (3 associations), ou ont indiqué ne pas avoir eu de retours en ce sens (5 associations).

Concernant le questionnaire, parmi les 51 personnes ayant déjà pris le traitement, deux personnes nous ont dit l'avoir pris via une amie. L'une d'entre elles nous a signalé avoir sollicité une amie qui avait gardé des cachets suite à un précédent TPE parce qu'on lui avait refusé de voir un médecin pour cela aux urgences. Le phénomène ne semble pas avoir une très grande ampleur.

Cependant, parmi les personnes ayant pris le traitement post exposition, 14 d'entre elles (soit 27,5%) nous ont dit avoir **gardé les cachets restants**, essentiellement pour les utiliser en cas de nouvel AEV. L'une d'entre elles a donné les cachets restants à une de ses amies.

Il apparaît donc que la prise de TPE en dehors d'un cadre hospitalier existe, sans pour autant que cela prenne une grande ampleur.

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arrêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

Nous pouvons cependant estimer qu'il y a une sous déclaration de ce phénomène, notamment pour les personnes qui connaissent le protocole d'accès au TPE, dans une volonté de donner une image positive de soi et de ces comportements préventifs.

La prise du TPE, une durée et une prise aléatoire.

Les répondantEs sont 51 à nous avoir dit avoir pris au moins une fois le TPE, pour 61 prises de TPE. Parmi ces prises de TPE déclarées, **45,9 %** (n = 28) d'entre elles **n'ont pas été suivies jusqu'au bout**.

Les raisons invoquées sont :

- **les effets indésirables ressentis** (essentiellement fatigue, diarrhées et nausées) pour 11 personnes
- **mauvaise compréhension du protocole** pour 6 personnes. L'incompréhension peut résider tout d'abord dans la durée du traitement, pensant que le TPE ne nécessitait qu'une seule prise ou seulement trois jours (délivrance en services d'urgence). Mais pour d'autres, l'incompréhension réside dans la signification des résultats de la première prise sang. En effet, si les résultats des premiers tests sanguins effectués lors de la délivrance du traitement se révèlent négatifs, certaines des répondantEs semblent comprendre qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre le traitement.

Enfin, 5 personnes, toutes de nationalité nigériane, nous ont dit avoir **arrêté le traitement à la demande du médecin** de l'hôpital. La raison pour lesquelles les médecins ont demandé l'arrêt du TPE réside dans des problèmes de foie, incompatible avec la prise de TRUVADA. La durée de traitement pour ces personnes varie de 2 jours à 15 jours.

Une personne a pris la fin du traitement qu'elle avait eu lors d'un précédent **AEV en automédication** et n'a pas été consulté pour une éventuelle prolongation du TPE.

L'enquête montre également que lorsque les personnes prennent le traitement jusqu'au bout (33 prises de TPE), elles déclarent avoir pris le traitement tous les jours. Une seule personne nous a signalé l'avoir pris de manière irrégulière car les effets secondaires étaient trop difficiles à supporter quotidiennement.

Les personnes n'ayant pas pris le traitement sur la durée totale de la prescription (28 jours) sont plus nombreuses à déclarer l'avoir pris par intermittence.

Les réactions face aux AEV, hors traitement post exposition au VIH.

Les réactions des personnes lors d'une AEV sont multiples. Si 51 personnes ont déclaré avoir pris au moins une fois le TPE (soit un tiers des personnes ayant déclaré des AEV au cours de leur activité), elles sont deux tiers à avoir eu une autre réaction.

Quelle réaction quand AEV ? (n = 123)	
Rien	16 / 2 / 1
uriner	36
Boire de l'eau salée ou autre boisson	11
Lavement interne	34 / 1
Contraception d'urgence	26
Automédication hors TPE ou contraception d'urgence	11
Dépistage	39 / 1 / 1
Urgences sans prise de TPE	3
Médecin traitant	5

Le réflexe d'**uriner pour expulser le sperme du vagin** semble être une première réaction de réduction des risques partagée par 30 % environ des personnes. Ce réflexe concerne les personnes indépendamment de leur nationalité d'origine, de leur âge ou de leur ancienneté dans l'activité. Cependant, lorsqu'elles expulsent le sperme, elles sont assez nombreuses (16 personnes sur 36) ensuite à se laver à l'intérieur du vagin.

Les lavements internes, même sans expulsion de sperme préalable, concernent plus de 28 % des personnes interrogées. Ces lavements internes s'effectuent avec des liquides variés tels que de l'eau, des savons intimes ou des solutions alcooliques, de la javel diluée (pour les plus anciennes) ou encore leur propre urine.

Ces lavements internes, hormis leur inefficacité, peuvent se révéler dangereux dans la mesure où ils fragilisent la flore vaginale, sont pratiqués le plus souvent avec les doigts, pouvant provoquer des microlésions, portes d'entrée du VIH ou pouvant repousser le sperme plus profondément dans le vagin.

Un autre fait marquant est le nombre de personnes déclarant avoir pris **des médicaments hors prescription médicale**. Cela concerne, parmi les répondantes, uniquement des femmes cisgenres, migrantes d'Afrique subsaharienne (nigérianes, ghanéenne, équato-guinéenne). Parmi ces personnes, aucune ne connaissaient le Traitement post exposition au moment de la prise de risque.

Les médicaments qui ont été pris sont essentiellement de l'Ampiciline seule (pour une personne l'ayant acheté en pharmacie en Espagne), ou associé de la Cloxaciline. Cette association est utilisée par les femmes nigérianes qui se le procurent au Nigéria et se le font envoyer. Elles utilisent cet antibiotique commercialisé au Nigéria sous le nom Ampiclox^{®7}, essentiellement comme contraception, mais cela permet, selon certaines des répondantes, de « nettoyer » le corps.

En France, la seule utilisation trouvée pour l'Ampiclox[®] est vétérinaire, avec un dosage et un mode d'administration différent⁸.

Conclusion du volet « RUE »

Bien que l'enquête montre qu'il existe une initiation du traitement hors cadre médical, cela est surtout le constat d'association de terrain. Les répondantes ne disent qu'extrêmement rarement avoir pu bénéficier d'un traitement ou d'un début de traitement via des amies, collègues ou autres.

Ce phénomène ne semble donc pas avoir une grande ampleur. Cependant, il peut y avoir un phénomène de sous déclaration dans un souci de montrer une image positive de ses pratiques préventives ou taire une pratique que l'on sait être potentiellement problématique ou illégale. De plus, la situation de précarisation que connaissent les personnes prostituées et travailleuses / travailleurs du sexe aujourd'hui les amène à prendre plus de risques d'exposition au VIH et aux IST⁹ et à perdre moins de temps à aller dans les services hospitaliers initier un traitement et se rendre aux rendez vous de suivi.

Recommandation 1 :

Garder une attention particulière pour les associations intervenant auprès et avec les travailleuses et travailleurs du sexe sur les prises de risques et l'accès au traitement d'urgence, les modes d'initiation et le suivi du protocole afin de prévenir les risques de mésusages, et liés à la prise de TPE.

Lorsque les personnes se procurent le traitement hors cadre médical, l'enquête montre que c'est essentiellement par l'intermédiaire d'amies, ou par la prise de cachets restants d'un précédent épisode d'AEV. Les personnes ne vont donc pas nécessairement avoir assez de traitement pour une durée pouvant garantir une efficacité optimale de la prophylaxie.

Lors que les TPE sont initiés dans les services hospitaliers (CeGIDD et SAU) il apparaît que le suivi des rendez vous et la prise quotidienne du traitement ne sont pas toujours respectées. Cela met en échec l'efficacité du traitement en cas de contamination de la personne source, et limite les possibilités de contrôler d'éventuels effets secondaires ou indésirables pour la personne bénéficiant du traitement.

Recommandation 2 :

⁷ <http://rxnigeria.com/en/items?task=view&id=377>

⁸ <http://www.ircp.anmv.anses.fr/fiche.aspx?NomMedicament=AMPICLOX>

⁹ Hélène LE BAIL, Calogero GIAMETTA, Noémie RASSOUW, *Que pensent les travailleur.se.s du sexe de la loi prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel »*, rapport d'enquête, avril 2018, p. 47-48.

Garantir une information de qualité, adaptée et dans une langue comprise, sur le traitement post exposition, le protocole de suivi et l'importance de la bonne observance du traitement.
Cette information doit impliquer tous les acteurs en lien avec les travailleurs et travailleuses du sexe : acteurs associatifs, personnels hospitaliers (notamment CeGIDD et SAU), médecins traitants.

Les personnes n'ayant pas accès au TPE indiquent plusieurs types de raisons à cela. Outre la méconnaissance du traitement au moment de l'accident d'exposition au VIH, le dépassement du délai faute de pouvoir se rendre dans un service hospitalier, la peur de la stigmatisation dans ces services, la non-maîtrise du français ou les difficultés des démarches et le temps nécessaire pour l'initiation font partie des principales raisons indiquées.

Recommandation 3 :

Mettre en place, à titre expérimental, la délivrance communautaire associative d'un « starter Kit » afin de réduire les délais d'accès au traitement post exposition, et de réduire les effets de stigmatisation ressentie par les personnes lors de l'initiation du traitement dans un cadre médical (éviter la multiplication des interlocuteurs.trices).
Cette délivrance pourrait se faire suite à la formation des intervenants et avec une délégation d'acte médical sur le modèle des tests de dépistage à orientation diagnostic (TROD).
Cette recommandation fait écho à la proposition de l'association AIDeS de mettre en place un TPE communautaire, suite à l'enquête *QUALIPEP*¹⁰ réalisée en 2015.

Recommandation 4 :

Former les personnels hospitaliers à l'accueil des travailleurs et travailleuses du sexe, afin de réduire les représentations, stéréotypes et jugements que certaines des personnes prostituées peuvent ressentir.

Recommandation 5 :

Favoriser, pour les associations intervenant avec les travailleuses et travailleurs du sexe, les actions d'accompagnement dans les services hospitaliers, en privilégiant l'accompagnement par des médiatrices culturelles originaires des pays dont sont issues les personnes.
Cette recommandation entre en résonance avec le *Référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées*¹¹.

Il est à noter également que lors d'un accident de préservatif ou de prise de risque, certaines personnes indiquent également pratiquer une automédication. Si la plupart des répondantes signale la prise de médicament dans un but d'éviter une grossesse non désirée, la croyance en l'efficacité de la prise d'antibiotiques « pour nettoyer le corps » est présente.

¹⁰ ANRS, GRePS, AIDeS, *QUALIPEP. Résultats de l'étude sur le recours au traitement post-exposition contre le VIH/SIDA*, 2016, p. 8.
https://www.researchgate.net/publication/306402413_QUALIPEP_Résultats_de_l'étude_sur_le_recours_au_Traitement_Post-Exposition_contre_le_VIHsida.

¹¹ Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Décret n°2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique*, NOR : AFSP1703582D,
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034134336.

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arrêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

Une attention particulière doit être portée à ce genre d'automédication, en approfondissant les connaissances sur les médicaments concernés et en informant les personnes du spectre d'efficacité de ces médicaments et des risques potentiels qu'ils représentent, le cas échéant.

Recommandation 6 :

Porter une attention particulière sur l'automédication réalisée par les personnes et améliorer les connaissances sur les médicaments concernés afin de délivrer une information adaptée aux personnes sur l'efficacité et les risques de la prise de ces traitements.

Enfin, lors d'un accident de préservatif, les comportements sont variables et certains, considérés par les personnes comme des stratégies de réduction des risques, se révèlent en réalité accentuer le risque de contamination au VIH. Parmi ces pratiques, les lavements internes, souvent effectués avec les doigts et parfois avec des produits non respectueux de la flore vaginale, fragilisent potentiellement la muqueuse vaginale ou anale. Les portes d'entrée du virus s'en trouvent alors multipliées.

Recommandation 7 :

Garantir des informations fiables et adaptées aux pratiques de chacun.e, sans jugement, en ce qui concerne la réduction des risques de contamination par le VIH lors d'exposition au virus, et ce indépendamment de la volonté d'initier un traitement post exposition.

Le travail sur Internet HSH

	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	>55	Total
France	12 / 1	9	6	3	2	1	1		34 / 1
Allemagne		1							1
TOTAL	12 / 1	10	6	3	2	1	1		35 / 1

Répartition selon la nationalité d'origine / l'âge et le genre déclaré (Homme / Trans FtM)

Les répondants (n = 36) sont essentiellement **des hommes** (97,2%), **français** (97,2%).
Ils sont pour 63,9% d'entre eux, âgés de **moins de 30 ans**. (28,3 de moyenne, 18-50)

Les répondants proviennent (vivent ou/et exercent) majoritairement dans des **villes importantes** (63,9%) et **moyennes** (27,8%).

Sur ce pan de l'étude, une seule association a été sollicitée pour faire passer le questionnaire, cette association ayant une action auprès des travailleurs et travailleuses du sexe sur Internet. Nous nous baserons ici sur les constats de terrain de notre association via l'action spécifique envers les HSH escorts sur Internet « Prostboyz ».

Exposition au risque

Les répondants sont une **minorité à déclarer avoir eu une rupture de préservatif** (41,7%). Par contre, pour ceux qui déclarent des AEV, ils ont majoritairement **eu plus de 3 AEV** (53,3%).

Inversement, les répondants déclarant avoir eu des rapports anaux non protégés avec des personnes n'étant pas leur partenaire régulier sont majoritaires (58,3%), et pour 81% d'entre eux, ils déclarent avoir eu des rapports non protégés plus de 3 fois. Cette tendance à des prises de risques plus fréquentes en dehors d'un contexte de travail du sexe confirme ce qui avait été mis en avant par les résultats du Net Gay Baromètre 2013¹².

Concernant le contexte dans lequel ces rapports ont eu lieu, 81% d'entre eux déclarent avoir **été consentants** à ces rapports, quand 19% (n = 4) **ont été contraints**.

Enfin, parmi les personnes ayant déclaré des rapports non protégés, ils **ne connaissent majoritairement pas le statut sérologique de leur partenaire** (76,2%), ou lorsqu'ils le connaissent, c'est **sous forme déclarative** (ils en ont « discuté avec leur partenaire »).

Un seul des répondants déclare avoir fait le test avec son partenaire.

Connaissance du TPE

Les répondants du questionnaire sur Internet, sont plus nombreux que les répondantEs exerçant dans la rue à connaître le TPE. Ils sont en effet **2/3 à déclarer le connaître** (66,7%), indépendamment de la taille de la ville d'exercice.

Il semble que le traitement soit peu connu de la tranche d'âge 18-24 ans (seulement 38,5%). Cette méconnaissance majoritaire du traitement post exposition disparaît dès la tranches d'âge des 25-29 ans où le taux de connaissance du TPE parmi les répondants dépassant les 80% (25-29 = 80% ; 30-34 ans = 83,3% ; + de 35 ans = 85,7%).

La connaissance du TPE augmente également avec la durée d'activité. Les répondants exerçant l'escorting depuis moins de 2 ans ne sont que 36,4% à déclarer connaître le traitement, alors qu'ils sont 70% pour la tranche 2 à 5 ans d'activité et 92,9% pour les répondants exerçant depuis plus de 5 ans.

¹² LEOBON Alain et al, *Net Gay Baromètre 2013 questionne les relations sexuelles tarifées*, CNRS et UQAM, décembre 2013, p.2.

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arrêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

Le facteur prépondérant dans la connaissance du TPE semble être ici le temps passé dans l'activité d'escorting. En effet, dans toutes les catégories d'âge, la proportion des personnes déclarant connaître le TPE augmente avec la durée d'activité.

Par exemple, dans la catégorie des 18-24 ans, cette proportion passe de 14,3% pour les personnes ayant commencé l'activité depuis moins de 2 ans à 66,7% pour une durée d'activité de 2 à 5 ans.

Les sources d'informations des escorts répondants sont très variées. Cela constitue une différence également avec les personnes exerçant dans la rue.

	Nombre de répondants	%
AmiEs	7	29,2
Association	5	20,8
Médecin	7	29,2
CeGIDD	5	20,8
Médias	9	37,5
Auto-documentation	3	12,5

Sources d'information citées

La première source d'information citée par les répondants sont **les médias** auquel s'ajoutent les personnes déclarant s'être « auto documentés » (ils ont été cherché par eux même l'information, notamment sur Internet). Cette source représente 50% des personnes connaissant le TPE.

Le **personnel médical** (médecin ou CeGIDD) est cité également par une grande partie des personnes interrogées (50%).

Contrairement aux répondantEs exerçant dans la rue, les **associations** semblent jouées un rôle moins important dans l'information sur l'existence du TPE. En effet, elles ne sont citées comme source d'informations que par 20,3 % des personnes interrogées.

Ces sources d'informations s'expliquent par le fait que la quasi totalité des répondants (et la totalité des répondants connaissant le TPE) sont français et ont donc un accès à une diversité de sources d'information plus importante.

Recours au TPE

La proportion de personnes répondantes ayant eu recours au TPE lors d'AEV est peu importante. En effet, **1/3 des personnes** interrogées déclarent avoir **bénéficié du TPE suite à une AEV**. Cette proportion correspond à celle des répondantEs exerçant dans la rue.

Les personnes ayant bénéficié d'un AEV appartiennent à **toutes les classes d'âge de moins de 40 ans**.

Bien que les effectifs des répondants ne soient pas nécessairement suffisants pour valider ces résultats, on peut noter que les proportions des personnes ayant bénéficié du TPE suite à une AEV augmentent en fonction de l'âge avant 40 ans.

	Nombre de personnes AEV	Nombre de personnes TPE	%
18-24 ans	4	1	25
25-29 ans	5	2	40
30-34 ans	2	1	50
35-39 ans	1	1	100
40-44 ans	2	0	0
45-49 ans	0	0	0
50-54 ans	1	0	0

Recours au TPE selon la catégorie d'âge

La durée d'activité a peut être une incidence sur la prise du TPE, sans que l'enquête puisse le déterminer clairement, les effectifs étant trop faibles pour une représentativité.

La proportion des personnes ayant pris le TPE en ayant moins d'un an d'activité est de 0%, alors que celle ayant plus de 2 ans d'activité est de 50% (50 pour les 2-5 ans d'activité ; 33,3% pour les 5-10 ans et 57,1% pour les plus de 10 ans d'activité).

Enfin, **la taille de la ville** ne semble pas avoir une incidence sur le recours au TPE.

Les 6 personnes ayant déjà pris le traitement post exposition l'ont obtenu **via les services hospitaliers**. 4 d'entre eux l'ont obtenu via les services d'urgences, les 2 autres personnes ont consulté en CeGIDD.

N'ayant pas eu d'information particulières quand à une autre source d'obtention du traitement post exposition (via des collègues, amiEs...) nous pouvons en conclure que ce n'est pas le cas pour les HSH escorts exerçant sur Internet. Cependant, 2 des répondants ayant pris le TPE indiquent avoir gardé les cachets restants pour, disent-ils, « du dépannage ». En cas de nouvel accident d'exposition, ils auront en leur possession les premières prises.

Les escorts HSH répondants déclarent également **majoritairement avoir pris le traitement jusqu'au terme de la prescription**. Seul un des répondants signalent avoir arrêté au bout de 2 jours, par manque d'information (« croyais que c'était seulement deux jours »). L'initiation du TPE a été effectuée aux urgences d'un hôpital, ne délivrant que deux ou trois jours de traitement avant une prise de rendez-vous en service spécialisé.

L'information n'a pas été transmise ou pas comprise correctement lors de cette initiation.

Une personne seulement déclare ne pas être sur de l'avoir pris quotidiennement.

Non recours

Les personnes ayant eu un AEV ou un risque de transmission du VIH (méconnaissance du statut sérologique d'un partenaire occasionnel ou suite à un viol) sont peu nombreux à avoir commencé un TPE.

	Nombre de répondants
Méconnaissance du TPE ou méconnaissance du lieu où se le procurer	6
Pas intéressé	1
Négligence	1
Peur de la stigmatisation liée à l'escorting	2
PrEP	1
Savait le partenaire séronégatif	2
Pratique du sérotriage	1
Temps d'attente trop long	1
Pas de contact avec du sperme et les muqueuses anales	1

Causes de non recours

Les raisons principales sont la **méconnaissance du TPE** ou des lieux où l'obtenir au moment où s'est déroulé l'exposition au virus.

La **peur de la stigmatisation** vient ensuite mais avec une proportion moindre. La crainte des « discours moralisateurs » ou des « réflexions sur les prises de risques sexuelles » déterminent en partie la décision de recourir ou non au TPE¹³

¹³ Nicolas CHARPENTIER *et al.*, « Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH », Santé Publique 2016/6 (Vol. 28), p. 794. Disponible ici : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-6-page-791.htm>.

Il est à noter qu'aucune des 4 personnes ayant déclaré avoir subi des viols n'a bénéficié d'un TPE. L'un d'eux estimait le temps d'attente trop long aux urgences, et le second ne connaissant pas le lieu où se rendre pour en bénéficier. Les deux autres personnes n'ont pas renseigné cette question.

Qu'est ce que les personnes font lors d'AEV ?

Les escorts répondants ne paraissent pas avoir de méthodes alternatives lors d'AEV telles qu'on peut les trouver chez les femmes répondantes à l'enquête.

Plus de la moitié d'entre eux déclarent **ne rien avoir fait suite à un AEV** (53,3%).

Une personne déclare également ne pas avoir eu à le prendre parce qu'il bénéficie d'un traitement PrEP.

Par contre, parmi les 20 personnes HSH ayant déjà eu des rapports anaux sans préservatif avec un partenaire occasionnel dont le statut sérologique était inconnu ou se basant sur le statut déclaratif, ils sont près de la moitié à déclarer n'avoir rien fait (n=9) et plus d'un tiers à ne pas répondre à cette question.

Conclusion :

Ce pan de l'enquête montre, malgré un échantillon assez faible, une tendance à un rapport particulier au risque et au traitement post-exposition. Si les répondants sont plus nombreux que les personnes exerçant dans la rue à connaître l'existence du traitement, ils sont la même proportion à y avoir recours.

Il ne semble pas y avoir parmi les HSH escorts interrogés d'initiation de traitement en automédication ou hors cadre médical.

De plus, lorsque le traitement est initié, ils semblent respecter le protocole en prenant quotidiennement le traitement pendant toute la durée de la prescription.

Ainsi, les seuls leviers sur lequel agir afin qu'il y ait une meilleure prise en charge semblent être des actions d'incitation au recours lors de prises de risques, et améliorer l'accueil qui peut être réservé aux personnes dans les services hospitaliers initiant le traitement post exposition.

Ainsi, en ce qui concerne les HSH escorts, nous pouvons reprendre les **recommandations 2, 3 et 4** du précédent volet.

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

ANNEXE 1 :

Associations destinataires des questionnaires et associations répondantes

	Associations	Répondantes	Passation questionnaires public
1	ARAP RUBIS (Nîmes),		
2	AUTRES REGARDS (Marseille),	X	
3	BUS DES FEMMES (Paris),	X	
4	ITINERAIRE-ENTR'ACTES (Lille),	X	
5	GRISELIDIS (Toulouse),	X	
6	PASTT (Paris),		
7	ARCAT (Paris),	X	
8	ACCEPTESS-T (Paris),		
9	STRASS		
10	MEDECINS DU MONDE LOTUS BUS (Paris),	X	
11	MEDECINS DU MONDE (Poitiers),		
12	MEDECINS DU MONDE (Montpellier),	X	1
13	MEDECINS DU MONDE (Rouen),	X	
14	CHARONNE (Paris),		
15	GAÏA (Paris),		
16	CAARUD ESPACE (Montargis),		
17	PUTAIN DANS L'AME (Besançon),		
18	AIDES National		
19	ARPS (La Réunion),		
20	IPPO (Bordeaux)		
21	ENTR'AIDES GUYANE,		
22	ARS ANTIGONE (Nancy),	X	
23	Le KIOSQUE INFO SIDA (Paris).		
24	Collectif des femmes de Faubourg Saint Denis (Paris)		
25	Paloma (Nantes)	X	17
26	ALC-Apprt'74	Non destinataire mais répondu	

ANNEXE 2 :

Questionnaire Structures

Nom de votre structure :
Zone géographique couverte :
Action mises en place :
Public(s) rencontré(s) :

Informations sur les connaissances
et l'accès au Traitement post exposition (TPE)

1/ Avez vous constaté ou vous a-t-on rapporté, des ruptures de préservatifs ?
Savez vous ce que les personnes font en cas d'AEV (Accident d'exposition au virus) ?

2/ Est-ce que votre public a recours au TPE ?
- si non, pourquoi n'y ont elles pas recours ?

3/ Concernant le TPE, diriez vous que votre public est :
- globalement informé ?
- plutôt informé ?
- en manque d'information ?

4/ Proposez vous des accompagnements au TPE ?

5/ Avez vous identifié des obstacles pour un accès au TPE au sein de votre public ?

6/ Avez vous constaté, ou avez vous eu des retours, d'accès au TPE via des amies, des personnes tierces ?

Informations sur l'observance du TPE

7/ Avez vous constaté un arrêt précoce du TPE, ou avez vous eu des retours de votre public en ce sens ?
- Si oui, quelles en sont les raisons, selon vous et/ou selon le public (Manque de connaissances sur la durée du traitement, effets indésirables, manque de cachets, trop de rendez vous ...) ?

8/ Avez vous constaté un détournement du TPE ou de l'un de ces composants (par ex le Truvada) pour une autre utilisation (ex : PrEP) ou pour d'autres IST que le VIH ?

Informations complémentaires

9/ Pensez vous qu'un document d'informations sur le TPE vous serait utile ou serait utile aux personnes que vous rencontrées ? en quelle langue ?

10/ Souhaitez vous apporter des informations complémentaires concernant la thématique ?

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

ANNEXE 3 :

Questionnaire travailleurs et travailleuses du sexe

A propos de toi

Quel âge as-tu :
Quel est ton genre :
Quel est ton pays d'origine :
Depuis quand es-tu en France :
Depuis quand tu travailles :

Situations à risque

As-tu déjà eu une rupture de préservatif ?

Si oui :
Combien de fois ?
Dans quel pays ?
Qu'est-ce que tu as fait ?

As tu déjà eu un rapport sexuel sans préservatif avec quelqu'un à part ton copain ?

Si oui :
Dans quel pays ?
Combien de fois ?
Ce rapport sans préservatif, c'était par choix ou parce que le partenaire t'a forcé ?
Qu'est-ce que tu as fait ?
Est-ce que tu sais s'il avait le VIH ou non ?
Comment tu le sais ? discuté ensemble / fait test ensemble

Connais-tu le traitement d'urgence contre le VIH ? Sais-tu à quoi il sert ?

Si oui, qui t'en a parlé ?
amie – marraine – association – médecin - centre de dépistage - TV média - autres

Expérience du traitement d'urgence

As-tu déjà pris ce traitement d'urgence contre le VIH ?

Si non, pourquoi ?
- Je ne connaissais pas le TPE
- Je ne savais pas où aller
- J'avais peur de parler du travail
- On m'a mal accueilli à l'hôpital
- On m'a refusé ma carte médicale
- Le temps d'attente était trop long
- Ca coûte trop cher
- autres

Si oui, qui te l'a donné ?

- hôpital
- copine
- marraine
- je l'ai acheté
- autres

Pendant combien de jours ?

Est-ce que tu l'as bien pris tous les jours ?

(Si elle a eu le TPE à l'hôpital), **es-tu bien allée à tous les rendez-vous ?**
- Oui
- Non préciser pourquoi et combien de rendez-vous

Quand et pourquoi as-tu arrêté le traitement ?

- Je l'ai pris jusqu'au bout (pendant ... jours)
- Je n'avais plus de cachets (au bout de ... jours)
- J'ai eu des effets indésirables Préciser
- Il y avait trop de rendez-vous à l'hôpital

CABIRIA
Enquête sur les mésusages et arrêts précoces du
Traitement post exposition au VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe
Avril 2018

- autres

Après le traitement, est-ce que tu as fait un ou plusieurs dépistages ?

- Non

- Oui

- combien de dépistages ?

- à quel moment après la prise de risque ? ... semaines/mois

- où ? association / hôpital / laboratoire

- quel type de dépistage ? prise de sang / test rapide

Pendant ou hors des rendez-vous fixés pour le suivi du TPE

Qu'est-ce que tu as fait des cachets restants ?