

ÉTUDE DE LA PROSTITUTION, DES ÉCHANGES ÉCONOMICO SEXUELS EN FRANCE ET PRÉVENTION DU VIH

1. Métropole 2008
2. Guadeloupe 2009
- 3. Guyane 2011**

Synthèse

Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/sida

Sous la direction de Françoise Guillemaut

Collaboration Martine Schutz Samson

Novembre 2011

Pour Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction Générale de la Santé -
DGS/RI 2, Bureau des infections par le VIH, les IST et les hépatites



Ministère du Travail, des Relations Sociales,
de la Famille, de la Solidarité et de la Ville.

Ministère de la Santé et des Sports

Service Etudes & Statistiques
Antilles - Guyane

Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/sida
Françoise Guillemaut, Martine Schutz Samson, Novembre 2011

Synthèse

Ce rapport, élaboré à la demande de la DGS¹ rend compte d'une recherche qualitative visant à améliorer les connaissances sur les migrations, le travail du sexe et le VIH et à identifier les réponses adaptées et les bonnes pratiques à mettre en œuvre en Guyane. Il fait suite à d'autres travaux analogues conduits en Guadeloupe et en métropole entre 2008 et 2010².

méthodologie

Le recours aux méthodologies de l'anthropologie et de la sociologie qualitative, a impliqué une démarche d'immersion sur les terrains (plusieurs mois) assortie de nombreux entretiens approfondis³ et la prise en considération des résultats de différentes enquêtes quantitatives sur la sexualité comme sur le VIH.

Nous avons rencontré des travailleuses du sexe mais également des cuisinières, des commerçant-e-s, des patronnes de bars ou *pousadas* (pensions) et des *garimpeiros* (orpailleurs) avec l'aide précieuse de nos informateurs et médiateurs culturels. Nous avons croisé les informations recueillies (entretiens et observation) entre elles (celles des travailleuses du sexe, des *garimpeiros* avec celles qui nous ont été fournies par les professionnel-le-s de santé et associatifs en Guyane et à Oiapoque) et les avons confrontées avec d'autres sources, issues de divers travaux scientifiques ou rapports réalisées depuis la fin des années 1990 dans l'Hexagone comme dans les départements français d'Amérique dont la Guyane.

résultats

Comme ailleurs en métropole ou dans les DFA le travail du sexe est essentiellement exercé par les femmes migrantes depuis la fin des années 1990. En Guyane deux modalités caractérisent la prostitution : l'une, connue, bénéficie, quoique insuffisamment, de réponses associatives en matière de santé et de prévention du VIH et des IST sur le littoral (Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni) ; il s'agit d'une prostitution de rue et/ou de bars et qui concerne entre 1 000 et 1 500 prostituées et leurs clients, dont une partie non négligeable de métropolitains en mission ; L'autre, ignorée et qui est intimement liée à l'orpaillage, est caractérisée par une mobilité transfrontalière et échappe à tout dispositif d'accès aux soins et à la prévention ; elle concerne au moins 1 000 prostituées (majoritairement brésilienne et, dans une moindre mesure surinamiennes et Guyaniennes) et leurs clients en majorité brésiliens, mais également créoles ou métropolitains. C'est cette partie inconnue du travail du sexe que ce rapport s'attache à décrire, à partir d'un travail ethnologique de terrain dans l'Est et dans le Sud du département en particulier.

Le littoral : Cayenne, Kourou et St Laurent

La prostitution de rue et parfois de bars (essentiellement à Kourou) est pratiquée par des femmes migrantes et quelques transgenres (entre 1 000 et 1 500 personnes) de la région Caribéenne et des pays limitrophes : Brésil, République dominicaine, Guyana, Surinam. Ces femmes sont en Guyane depuis 10 à 20 ans et effectuent pour la plupart d'entre elles des migrations pendulaires ;

¹ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction Générale de la Santé - DGS/RI 2, Bureau des infections par le VIH, les IST et les hépatites

² GUILLEMAUT Françoise, SCHUTZ SAMSON Martine, 2008, *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées migrantes en France, Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, 120 p.

GUILLEMAUT Françoise, Schutz Samson Martine, 2009, *La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des migrations et des rapports d'échanges économique-sexuels en Guadeloupe*, 292 p.

³ entretiens (entre 40' et deux heures ou plus) avec 51 professionnels sanitaires et sociaux ; 25 personnes prostituées ; 5 hommes ayant des activités en lien avec l'orpaillage.

À Cayenne et à Kourou et St Laurent, les actions en direction des travailleuses du sexe ont pris place à la fin des années 1990 ; elles sont assurées respectivement par les associations entraides à Cayenne, ADER et Akati'j à Kourou et plus récemment Aides à St Laurent. Certaines de ces associations travaillent avec des médiatrices culturelles et effectuent des sorties régulières sur le terrain, les « maraudes ». Ces associations assurent la médiation entre les services de soin et leurs usagers et encouragent les formes de dépistage « hors les murs » et participent à la mise en place de TROD (test rapide d'orientation diagnostique).

Dans ces trois villes les programmes de réduction des risques en direction des travailleuses du sexe semblent sous dimensionnés ; Les travailleuses du sexe les plus anciennement installées sont les plus visibles et les plus réceptives ; il semblerait utile de renforcer ces programmes par des actions d'*outreach* en direction des groupes ou des personnes arrivées récemment, ou travaillant à l'intérieur des établissements. Ce renforcement des actions de terrain peut être facilité et par le recours à des médiatrices culturelles rémunérées issues de la prostitution (et/ou y travaillant toujours).

Par ailleurs, la prévention en direction des clients pourrait elle aussi être renforcée selon deux approches complémentaires :

- d'une part des interventions « type tout public » dans les lieux de divertissements (bars de nuit, boîtes), en ciblant les lieux où le travail du sexe est identifié, mais sans mettre les patrons ou gérants en difficulté. Ainsi, associer ces derniers à un projet de réduction des risques « tout public » serait souhaitable.

- d'autre part, sachant que nombre de clients de travailleuses du sexe se recrutent dans les corps de l'armée de la légion ou de la police ainsi que parmi les personnels du CSG (centre spatial guyanais), il apparaîtrait opportun de proposer, dans ces milieux, des opérations de prévention, (par la distribution régulière de préservatif et de gel, l'installation de distributeurs, des actions ponctuelles d'information) et pourquoi pas, la mise en place de TRODs.

La frontière Est et l'intérieur, prostitution liée à l'orpaillage

Le travail du sexe lié à l'orpaillage se répartit à l'intérieur du département et sur les frontières avec le Surinam et le Brésil : Il est très mobile sur l'ensemble des sites d'orpaillage, et sur les fleuves, il prend place à l'ouest à Maripa Soula, « en face » de Maripa Soula, à Benzdorf et à l'est à St George mais surtout à Oiapoque. On peut estimer que entre 1 000 travailleuses du sexe au minimum et peut-être jusqu'à 3 000 exercent sur les frontières et sur les sites d'orpaillage, en fonction des périodes, des flux de population, des cours de l'or, etc... Elles sont majoritairement brésiliennes. Cette forme de travail du sexe ne fait l'objet d'aucun programme de prévention à l'exception de Oiapoque où une action d'« *outreach* » a été mise en place à la fin de l'années 2009, sans financement spécifique, sur la bonne volonté des acteurs des associations DAAC (France) et DPAC (Brésil).

Les migrant-e-s brésilien-ne-s qui travaillent dans les différents métiers du secteur informel de l'extraction de l'or représentent un groupe particulièrement exposé aux problèmes de santé au rang desquels le VIH.

Leur mobilité peut être qualifiée de « circulation migratoire »⁴ dans la mesure où quel que soit l'endroit où ils et elles se trouvent ils ne peuvent être que de passage du fait de leur situation d'irrégularité administrative et de leurs conditions illégales de travail. Ils sont à la marge de tout système juridique que ce soit dans le cadre du droit du travail ou de celui de la régularisation administrative, et ils et elles sont souvent expulsés sans garantie de respects de leurs droits.

⁴ BOURDIER Frédéric, 2004, *Migration et sida en Amazonie française et brésilienne*, Matoury, Ibis rouge éditions, 250 p.

Ainsi, si c'est bien l'or et en particulier son exploitation illégale qui est l'un des moteurs de l'économie locale, la répression à l'encontre des plus exploités en est son corolaire⁵. Les conditions de travail des étrangers en situation irrégulière qui s'apparentent à de la « délocalisation sur place »⁶, sont particulièrement précaires et difficiles pour les porteurs (*huriños*), les orpailleurs (*garimpeiros*) et tous les métiers domestiques ou sexuels associés (réalisés par des femmes). En Guyane, ces situations de non droit impliquent non seulement une dégradation de la santé des personnes faute du minimum d'accès aux soins, mais également une mise en danger de la santé publique du fait de la recrudescence des épidémies qui en découle.

La circulation migratoire implique une sociabilité en réseau qui s'étend sur un vaste territoire, englobant le Nord du Brésil, la Guyane et le Surinam. Les individus circulant font des haltes plus ou moins longues dans les différents espaces parcourus en fonction des opportunités de travail, des liens familiaux, ou encore en fonction des dispositifs répressifs qu'ils rencontrent. Lors de ces processus circulatoire, la sexualité elle-même peut être qualifiée de « sexualité en réseau »⁷. Ainsi du fait de la grande mobilité géographique des personnes, des formes de sociabilité et de sexualité qu'elle implique et en regard, du fait de l'absence de réponse en termes de prévention et d'accès aux soins au cours de ces processus de mobilité, comme du fait des formes de répressions développées dans les politiques publiques actuelles, ces migrants sont d'une part fortement exposés aux IST et au VIH et d'autre part, ils en facilitent la circulation à l'échelle de la sous région. Dans ce contexte, le VIH et les IST ne peuvent que continuer à se diffuser à l'ensemble de la population de la sous région, constituant ainsi l'un des facteurs explicatifs (et certainement pas le seul) de la situation d'épidémie généralisée en matière de VIH.

Une étude récente en matière de paludisme⁸ démontre à quel point l'état de santé d'une population est lié d'une part aux réponses en termes de santé publique et d'autre part aux politiques publiques de contrôle ou de répression des populations jugées indésirables. Ainsi, en matière de paludisme comme en matière de VIH, seules des politiques de prévention et de santé volontaristes et qui tiennent compte des phénomènes de mobilité sans vouloir les faire disparaître peuvent constituer des réponses adaptées.

Les personnes que nous avons rencontrées expliquent que leur migration et leur grande mobilité est motivée par le fait de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs proches et par l'absence d'opportunités économiques chez eux-elles. Ces migrants brésiliens arrivés récemment à la faveur de la reprise de l'activité aurifère ne ressemblent pas aux groupes qui les ont précédés et qui se sont essentiellement installés dans le domaine de la construction (pour les hommes) et des services domestiques ou à la personne (pour les femmes) à partir de la construction du CSG, et sont pour la plupart, sédentaires et installés en famille en Guyane. Dans le cas des migrants du secteur aurifère, c'est la mobilité et l'individualisme qui semble les caractériser ; non pas une mobilité choisie, mais un mode de vie adapté aux contingences économiques et à la mise en place des politiques publiques de lutte contre l'immigration. Tous les migrants brésiliens ont exprimé leur peur des contrôles et de l'expulsion ; Cette crainte participe de leur éloignement des dispositifs de santé, même lorsqu'ils sont de passage dans des villes qui en sont équipées (Kourou, Cayenne, St Laurent du Maroni par exemple). Tous et toutes ont déploré l'absence de réponse en termes de santé dans l'environnement de l'orpaillage. Ils et elles pratiquent l'automédication et s'en remettent à des vendeurs de médicaments.

⁵ Sans oublier les effets sur la santé des populations locales amérindiennes en particulier

⁶ Terray Emmanuel, 1999, « Le Travail des étrangers en situation irrégulière ou la délocalisation sur place », in BALIBAR Étienne et al, *Sans-papiers. L'archaïsme fatal*, Paris, La Découverte, 124 p.

⁷ BOZON Michel, 2001, « Orientations intimes et constructions de soi », in *Sociétés contemporaines*, n°41-42, *Les Cadres sociaux de la sexualité*, L'Harmattan, pp. 11-40.

⁸ ARS Guyane, 2011, *Projet Régional de Santé Guyane 2011-2015, Plan Stratégique Régional de Santé*, www.ars.guyane, 73 p.

La pratique des échanges economico-sexuels (clients et travailleuses du sexe ou sexualité transactionnelle⁹) et du multipartenariat sériel ou concomitant est attestée par l'ensemble de nos interlocuteurs. Cette pratique du multipartenariat associée à une grande mobilité et à l'absence de programmes de prévention et d'accès aux soins ciblés sont, de toute évidence des facteurs propres à faciliter la diffusion des IST et du VIH. D'ailleurs, la plupart de nos interlocuteurs-trices en sont conscient-e-s et connaissant les modes de transmission du VIH se disent prêts à se protéger et à se faire tester. Les travailleuses du sexe d'Oiapoque en particulier insistent sur le fait de ne pas accepter de rapports sexuels non protégés. Toutefois, beaucoup attestent que les préservatifs sont soit trop chers (sur les sites d'orpillage), soit peu disponibles. Une partie de nos interlocutrices disent avoir pratiqué un test de dépistage VIH au Brésil et peu connaissent la possibilité d'un test anonyme et gratuit sur le territoire français.

En matière d'accès aux soins, tous les interviewés déplorent la non existence de dispositifs de soin au Brésil (à Oiapoque) et l'absence de possibilité d'avoir un accès aisé au système de soin en France. Pourtant les rares personnes qui ont eu l'occasion de se faire soigner au CHU de Cayenne souligne la qualité des soins reçus comme de l'accueil. Ainsi, l'idée reçue selon laquelle les Étrangers seraient motivés par le fait de « profiter » du système de santé français est-elle battue en brèche¹⁰.

L'on sait aujourd'hui que l'efficacité des politiques publiques de santé en direction des migrants est corrélée avec les politiques publiques de contrôle : plus la répression des mobilité devient importante et sophistiquée, plus les migrants s'éloignent de la prévention et du soin. Dans les conditions rencontrées par ces Brésiliens, alliant migration et mobilité, travail informel ou illégal et politiques de répression des migrations, il va de soi qu'une politique de lutte contre le VIH ne peut pas être effective dans ses aspects préventifs comme dans le domaine du soin. La mise en place de la généralisation du test de dépistage et de l'accès universel aux traitements dans le cadre des politiques de traitement comme prévention ne peuvent pas être opérationnels dans les conditions actuelles en Guyane.

Compte tenu de l'éloignement radical (symbolique et géographique) des populations mobiles vis-à-vis des dispositifs d'accès à la santé, la question d'un **dispositif itinérant pour l'accès à la réduction des risques et aux soins** spécialisés (dont le VIH) pourrait avoir du sens pour répondre aux besoins de santé, dans les territoires de l'intérieur comme sur la frontière Est. À priori, la construction d'un tel dispositif devrait pouvoir allier une approche associative (type *outreach*) avec une réponse médicale institutionnelle (Centres de santé/hôpitaux) à condition que les deux dispositifs soient dotés de moyens humains et matériels adéquats, et à condition que les politiques répressives contre les migrant-e-s soient révisées.

Pour limiter la propagation de l'épidémie à VIH (et des IST) dans la sous région, et lutter contre les maladies endémiques (paludisme, leishmaniose, etc.) il apparaît urgent de renforcer les réponses en direction de ces populations mobiles dans le cadre de programmes de terrain transfrontaliers.

Recommandations en matière de travail du sexe :

- Renforcer les programmes existants dans les villes du littoral

⁹ La distinction réside dans le fait que, à la différence du travail du sexe où les prestations sont tarifées et l'exercice de la sexualité codifié, la sexualité transactionnelle consiste à lier une relation plus ou moins temporaire en échange d'avantages en argent ou en nature (hébergement, biens de consommation, paiement de factures...), sans que la transaction ne soit négociée.

¹⁰ Voir Bourdier, *ibid.* ou CARDE Estelle, 2009, « Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane. » *Espace Populations Sociétés*, pp.175-189.

- Penser les actions de prévention sur les axes Nord/Sud et sur les itinéraires de mobilité (villes sur les fleuves, villes de l'intérieur), et créer un dispositif itinérant pour l'accès à la réduction des risques et aux soins spécialisés (dont le VIH)
- Mettre en place une équipe mobile dans un cadre associatif : au minimum deux médiateurs-trices culturel-le-s issu-e-s de la diaspora des migrations liées à l'orpaillage, encadrés par un personnel soignant (infirmier-e).
 - Leur donner des moyens matériels leur permettant de se déplacer sur le territoire guyanais et sur ses frontières,
 - Les former à l'administration des TroDs en lien avec le CHU (où ils auraient un correspondant),
- Associer la centrale d'achat à une action de mise à disposition des préservatifs et du gel dans les zones d'orpaillage,

Une telle action ne pourrait être efficace sans s'assurer d'une réelle continuité dans l'accès aux soins, d'où les objectifs suivants :

- Accélérer la coordination entre les partenaires brésiliens et l'ARS afin de passer à des actions de coopération concrètes, de terrain et des engagements réciproques,
- Renforcer les programmes transfrontaliers de prévention, de dépistage, d'accès aux soins *combinés* (c'est à dire qu'un migrant dépisté à Oiapoque, St George ou Benzdorf puisse être soigné dans le dispositif le plus proche dans notre cas Cayenne ou St Laurent du Maroni)

Dans la mesure où l'hôpital d'Oiapoque est sous équipé et où l'accès à l'hôpital de Macapà est rendu matériellement inaccessible vu la distance et l'état des pistes :

- Passer convention entre l'hôpital d'Oiapoque et le CHU de Cayenne afin de permettre l'accès aux soins des Étrangers depuis l'hôpital d'Oiapoque au CHU de Cayenne
- Renforcer les équipes des centres de santé,
- Entamer des négociations entre les services de la santé (CHU/COREVIH et ARS) d'une part et ceux de la préfecture (police, PAF), des armées (gendarmerie, légion étrangère) afin de dissocier les actions de contrôle des frontières et de l'orpaillage clandestin et celles de santé publique.
- Négocier la mise en place de laissez-passer assortis d'AME aux Étrangers devant bénéficier de soins. Négociation à mener entre l'ARS, la CGSS et les services préfectoraux. (Une alternative serait de favoriser l'ouverture de services efficaces en matières de VIH, hépatites, IST sur les deux frontières : Oiapoque et Albina.)
- Donner aux associations (DAAC/DPAAC) les moyens matériels de mener des action de terrain et de médiation en matière de prévention et de santé sur les deux rives de l'Oyapock, dans le cadre des programmes transfrontaliers ou du programme *interreg*,
- Permettre la délivrance de laissez-passer permanents pour les agents de santé désignés par la DPAAC afin de faciliter les échanges avec les professionnel-le-s français (échanges professionnels, formation, co-formation, accompagnement de patients ...),
- Considérer Les autres pathologies endémiques de matière intégrée avec la lutte contre le VIH (autres IST, paludisme, leishmaniose, dengue, tuberculose ...).