

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

1. Métropole 2008

2. Guadeloupe 2009

**3. Guyane 2011**

## Résumé et recommandations

### 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

Résumé :

Ce rapport, élaboré à la demande de la DGS<sup>1</sup> 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 2010.

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.

Il apparaît que le fait de négliger la santé ces populations jugées indésirables par les pouvoirs publics et par une partie de la société, représente un risque de poursuite de la propagation de l'épidémie à l'échelle de la sous région ; ces populations en effet, du fait de leur situation (administrative et économique), sont en constante mobilité géographique, et vivent une forme de « sexualité en réseau » (multipartenariat sériel et/ou concomitant associant sociabilité et sexualité), caractérisée par la pratique d'échanges économico-sexuels, qui sont deux formes de socialisation de la sexualité présentes dans la sous-région comme norme dominante. Du fait de ces normes communes, les échanges entre ces personnes mobiles et les « sédentaires » sont constants ; Or ces formes de sexualités ne sont pas non plus suffisamment prises en compte de manière générale, favorisant ainsi des possibilités non contrôlées de propagation du VIH et la non prise en compte les besoins en santé, la situation d'exposition aux risques et l'absence d'accès aux soins de ces populations mobiles risque de renforcer la stigmatisation dont elles font actuellement l'objet. La Guyane est caractérisée d'une part par une forte mobilité géographique interne, un fort taux de migration (des pays limitrophes mais aussi de la métropole), d'autre part, par le non accès à la prévention et aux soins de pans entiers de sa population, et enfin par des formes d'expression de la sexualité hétérosexuelle multipartenariale peu prises en considération dans les politiques publiques de santé sexuelle. Ces trois facteurs représentent des moteurs de la propagation de l'épidémie à VIH et des hépatites et sont également à associer avec le haut niveau de prévalence des maladies endémiques. Sans une prise en compte de ces phénomènes de mobilité, les politiques de TasP (treatment as prévention) passant par un renforcement du dépistage risquent d'avoir un impact limité sur la réduction de l'incidence du VIH dans la population de la sous région.

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

---

<sup>1</sup> 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

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 :**

- 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),

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 de terrain concrètes 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 et former les équipes des centres de santé en Guyane

- 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 actions 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 ...).