

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

1. Métropole 2008

2. Guadeloupe 2009

3. Guyane 2011

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**

Publications et rapports

GUILLEMAUT Françoise, SCHUTZ SAMSON Martine

2006, *Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe: Stratégies et empowerment*, ed Le Dragon Lune, Lyon, 286p. (ISBN 2-915927-07-3).

2006, *Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe: Stratégies et empowerment*, ed Le Dragon Lune, Lyon, 286p. (ISBN 2-915927-07-3).

2004, *Femmes et migrations en Europe: Stratégies et empowerment*, ed Le Dragon Lune, Lyon, 167 p. (ISBN 2-9513977-8-X).

2002, *Femmes et migrations, les femmes venant de l'Europe de l'Est*, ed Le Dragon Lune, Lyon, 108 p. (ISBN 2-9513977-2-0).

2002, *Santé Publique et prostitution dans une ville moyenne : État des actions associatives et institutionnelles en matière de prostitution à Lille et étude des possibilités d'amélioration du dispositif pour une meilleure prise en compte de la prévention de l'épidémie à VIH*, ed Dragon Lune, 101p. (ISBN 2-9513977-2-0).

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

2008 - *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées migrantes en France, Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, 120 p.

2009 - *La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des migrations et des rapports d'échanges economico-sexuels en Guadeloupe*, 292 p. Synthèse en ligne sous le titre « La prostitution en Guadeloupe synthèse »

2011- Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/sida

GUILLEMAUT Françoise

2011, *Les déterminants de la vulnérabilité des adolescents aux IST/VIH/sida et aux grossesses précoces au Gabon*, UNICEF Gabon, 120 p.

2010, *Jeunes et santé sexuelle, risques et réduction des risques*, 200 p., UDAF Guadeloupe, DSDS Guadeloupe, études et recherches, N°1/2010, 179p.

en ligne : <http://www.unaf.fr/spip.php?article11650>

2010, en collaboration avec Claire Escoffier, *chercher la vie, migrants africains face au VIH*, en cours de publication l'Harmattan.

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 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 economico-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 des 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 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.

SOMMAIRE

1. Présentation générale	6
1.1. Contexte de la recherche	8
- La Guyane, généralités.....	8
1.2 Rappel des objectifs.....	11
- Objectifs généraux :	11
- Objectifs opérationnels :	11
1.3. Méthodologie, personnes rencontrées et sites explorés	12
- Revue documentaire	13
- Entretiens individuels semi-directifs.....	13
- Observation participante	13
- Les conditions d'éthique et de confidentialité	14
2. La Guyane, espace migratoire pluriel	14
2.1. La mobilité	14
2.2. La mobilité comme déterminant pour le VIH et la santé	17
2.3. Accès au dépistage et aux soins, et mobilité.....	18
2.4. Genre et sexualité, femmes et VIH, les enjeux et les transformations.....	20
- VIH et sexualité.....	21
- Sexualité et mobilité	22
3. Les formes de travail du sexe et les réponses	23
3.1. Prostitution traditionnelle dans les villes du littoral	23
- Cayenne.....	23
- Kourou.....	24
- St Laurent du Maroni	26
- Recommandations pour le littoral	27
3.2. L'or, la migration et le travail du sexe	28
3.2.1. Reprise de l'activité aurifère	29
- La création d'un parc régional :	31
- Le maintien de l'ordre autour des exploitations de l'or :	33
3.2.2. Mobilité et économie informelle	36
- Les fondements historiques.....	36
- Contourner les contrôles.....	37
3.2.3. L'orpaillage, conditions de vie, les métiers associés à l'or	39
- Les itinéraires.....	39
- Les métiers	42
- Les <i>garimpeiros</i>	43
- Les commerçant-e-s	43
- Les <i>buriños</i>	44
- les cuisinières.....	45
- Les travailleuses du sexe	45
- accès aux soins, à la prévention et politique de contrôle	48
Conclusion du chapitre	50
-3.3. Maripa Soula, « ici, c'est l'or qui fait l'histoire »	52
- Présentation.....	53
- Travail du sexe.....	56
- La santé, le social : déshérence sanitaire et sociale	59
- Vie associative.....	62
3.4. Oyapock, Oiapoque, St George	63
- Présentation.....	63
- Description du travail du sexe à St George et Oiapoque.....	69
- Travail du sexe à Oiapoque	69
- Cabarets :	71
- Bars de rue :	72

- <i>Pousadas</i>	72
- Travail du sexe à St George	76
- Réponse associative.....	78
- Les besoins estimés pour l'action	79
Besoins matériels et humains.....	80
4. Conclusions, recommandations et perspectives.....	80
- Conclusion, synthèse.....	80
- Quelles réponses sont possibles ?	83
- Recommandations.....	87
- Perspectives d'avenir et collaborations régionales	90

1. Présentation générale

La Guyane, département français depuis 1946, a été érigée en région en 1982 avec un statut de collectivité territoriale ; elle est également Région ultrapériphérique (Rup) et bénéficiaires des fonds structurels européens depuis 1975.

La Guyane compte 206 000 habitants en 2006 (157 000 en 1999) avec 45% de moins de 20 ans et une croissance démographique qui s'élève à 4% par an. Le taux de chômage se situe autour de 20 % de la population. La part des étrangers varie entre 30 % et 40 % selon les sources : Haïtiens - 27 % des migrants, Surinamais - 31 % - et Brésiliens - 25 % - étant les groupes les plus représentés et une part importante d'entre eux se trouvant en situation irrégulière¹

L'épidémie à VIH est généralisée en Guyane (prévalence supérieure à 1 % de la population) et, selon le CICEC², elle n'est pas maîtrisée, la file active hospitalière des PVVIH (personnes vivant avec le VIH) augmente de 10% par an. Les migrants représentent 2/3 de la file active hospitalière et sont caractérisés par un dépistage tardif ; la proportion de perdus de vue parmi les patients hospitaliers reste importante ; L'analyse des perdus de vue indique que ce sont les malades jeunes, étrangers, non traités, à haut niveau de CD4 qui sont les plus vulnérables (Pialloux, Lert, 2009). La part des femmes augmente régulièrement parmi les PVVIH ; le sex-ratio Homme/Femme était de 0,8 en 2006 et de 1 en 2007 et 2008 (BVS, 2010).

Les rapports hétérosexuels sont le mode de contamination majoritaire et en augmentation : 59% des cas en 2006 et 63% des cas 2007 et les trois-quarts des cas notifiés en 2008. A noter que la part des non réponses sur les modes de contamination, demeure importante : 25% en 2008.

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 30 à 39 ans : 31% en 2006, 35% en 2007 et 29% en 2008 (BVS, 2010).

Ce projet de recherche qualitative en Guyane a été élaboré depuis 2009 et la phase de recherche sur le terrain a été mise en œuvre en 2010 (6 mois). Il fait suite à des travaux sur le VIH, la migration et le travail du sexe réalisés par l'équipe de recherche dans les DFA (Département français d'Amérique) en Guadeloupe en 2008-2010 (Guillemaut, Schutz Samson, 2008, 2009) et en métropole sur le même

¹ Par exemple, « 20,7% des migrants d'origine étrangère n'ont pas de papiers à Cayenne et 43,6% à Saint-Laurent du Maroni » (Jolivet et al, 2009)

² Centre d'Investigation Clinique - Epidémiologie Clinique Antilles – Guyane rattaché au CISH, CHU de Cayenne

sujet (Guillemaut, Schutz Samson, 2008), à la demande de la DGS³, du GRSP (groupement régional de santé publique) de la Guadeloupe et du SESAG (Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane).

Cette recherche-action s'inscrit dans un cadre d'ensemble :

- Améliorer les connaissances sur les migrations, le travail du sexe et le VIH et identifier les réponses adaptées et les bonnes pratiques à mettre en œuvre en métropole et dans les DFA,
- Approfondir les connaissances concernant la Guyane dans les départements français d'Amérique (programme interreg IV sur le VIH) et dans les échanges franco-brésiliens (Plan d'action transfrontalier sur la santé, le VIH et les IST engagé en 2009 entre les autorités sanitaires françaises et brésiliennes). Car si la Guyane est tournée vers les îles caribéennes du fait de son identité de département français d'Amérique, elle est également forte de son identité latino-américaine en particulier par les liens qu'elle entretient avec le Brésil, liens renforcés par la mise en place de la coopération franco-brésilienne en matière de lutte contre le VIH.

En 2010, tous les travaux scientifiques disponibles en matière de santé et de VIH portent sur le littoral et/ou sur l'Ouest du département et ne nous renseignent pas sur l'aire géographique où notre recherche se situe : l'Est et le Sud. Ces travaux sont essentiellement conduits en milieu hospitalier avec des cohortes captives et des patients déjà impliqués dans une démarche de soin. Qu'en est-il des populations hors des circuits hospitaliers ? Enfin, à l'exception de l'étude sur les femmes enceintes (Carde, Pourette, 2010), ces études sont essentiellement quantitatives ou épidémiologiques. Ainsi par exemple, selon une étude du CICEC à Cayenne, (Boussier et al, 2006-2009), « l'utilisation systématique du préservatif dans la population des migrants avoisine 20 % et entre 20% et 35% de la population des migrants déclare ne jamais utiliser le préservatif ». Comment interpréter cette information ? Comment rendre compte des difficultés des migrants à utiliser le préservatif ? Qu'en disent les hommes, les femmes concernés, les acteurs de terrain ?

L'est et le sud du département regroupent 10 % de la population officielle, à laquelle s'ajoute près de 20 000 personnes migrantes très mobiles sur le territoire français et enfin 35 000 personnes si l'on inclut la ville d'Oiapoque dans le cadre de la coopération transfrontalière ; Les caractéristiques principales de ces secteurs sont l'isolement lié aux difficultés du transport et le manque d'équipements sanitaires en général et plus particulièrement en matière d'infectiologie. Ainsi près de 70 000 personnes ne bénéficient que très peu des possibilités de prévention, et de traitement. (sur le

³ 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

terrain concret, on soulignera le programme de terrain en direction des travailleurs du sexe mis en place par les associations DAAC-CPAC depuis fin 2009 entre St George et Oiapoque en particulier).

La présente étude a fait émerger des besoins non couverts en termes de réponses sur le terrain, ainsi qu'en matière de recherche qualitative et de recherche-action. Ces besoins concernent en particulier la situation des femmes migrantes, des brésiliens employés souvent illégalement dans les activités d'orpaillage (qui représenteraient entre 10 000 et 20 000 personnes) et des femmes appartenant aux communautés ethniques minoritaires, vis-à-vis de la santé et du VIH. Cette recherche a également fait apparaître que les rapports sociaux de sexe, incluant les échanges économico-sexuels et la position des femmes dans la société guyanaise restent peu documentés et compte tenu de l'aspect hétérosexuel de l'épidémie, du caractère pluriculturel et créolisé de la société guyanaise, les politiques publiques et les actions visant à réduire l'incidence du VIH, à améliorer les conditions du dépistage (en particulier mise en place des TROD⁴) et de l'accès aux soins, sont perfectibles.

La partie littorale (Cayenne, Kourou St Laurent du Maroni) et deux espaces frontaliers ont fait l'objet du travail de terrain : Maripa-soula à l'intérieur du département sur la frontière Surinamaïse au Sud-Ouest, qui constitue paradoxalement un territoire commun (en termes de population et de circulation comme nous le verrons ci-dessous) avec la frontière brésilienne à l'est, à savoir Camopi et St George en France ainsi que Oiapoque, au Brésil. Cette recherche porte sur le travail du sexe et les migrations brésiliennes essentiellement et ne prend pas en compte les autres groupes socio ethniques concernés par l'épidémie dans ces espaces, en particulier les Amérindiens, les Bushinengués, les créoles et les Haïtiens.

1.1. Contexte de la recherche

La Guyane est le département français le plus touché par l'épidémie à VIH. Le département connaît un modèle d'épidémie caractéristique de celui de l'archipel caribéen : une épidémie majoritairement sexuelle depuis le début des années 1980, et *a fortiori* hétérosexuelle, où le *sex-ratio* est plus féminisé qu'en France hexagonale et qui s'inscrit dans une forme de multipartenariat hétérosexuel culturellement construit et socialement admis, renforcé par la mobilité spatiale dans une population majoritairement jeune.

- La Guyane, généralités

En un peu plus d'une cinquantaine d'années, la population guyanaise a été multipliée par 8 ; La très

⁴ Test rapide d'orientation diagnostique

forte croissance démographique s'est accompagnée d'une progression de l'emploi mais aussi du chômage. Celui-ci touchait 20,3 % des actifs de Guyane en 2007 contre 8,1 % en France métropolitaine (Insee Antilles Guyane, 2010). En 2006 le taux de chômage des hommes était de 16,6 % en Guyane contre 7,3 % en métropole et celui des femmes de 29,6 % contre 8,3 % en métropole (Insee Antilles Guyane, 2010).

L'industrie s'est développée en Guyane alors que ses effectifs baissaient en France métropolitaine. Elle emploie 12 % des travailleurs de Guyane, contre 16 % en France métropolitaine en 2006. Le secteur spatial est le moteur de la croissance économique ; il pousse l'activité et le salaire moyen vers le haut (INSEE, IEDOM, AFD, 2008).

L'or est toujours le principal produit exporté avec un montant de 36 millions d'euros en 2007. Néanmoins, L'exportation d'or varie en fonction de la conjoncture économique mondiale ; entre 2004 et 2007 la production varie entre 2,5 et 3 tonnes annuelles ; en 2008 elle représente 37% de la valeur totale des exportations contre près de 50% en 2007 (Insee Antilles Guyane, 2010).

Les importations de biens manufacturés, produits alimentaires, etc. représentent 73 % de la disponibilité locale de biens en 2003, contre 79 % dix ans plus tôt (INSEE, IEDOM, AFD, 2008). « Le taux de dépendance de l'économie guyanaise est de 83%, sans amélioration ces 25 dernières années. Les pics de croissance ou les périodes de surchauffe (grands chantiers liés à l'activité spatiale, au barrage EDF...) stimulent les effets pervers de cette économie de comptoir. Les retombées de ces activités se traduisent par des redistributions de revenus qui, pour une part quittent la Guyane (travailleurs étrangers sous contrats, épargne de cadres de passage...), et pour une autre part dopent l'économie d'importation » (Taubira, 2000).

L'emploi public pèse d'un poids important en Guyane, plus encore que dans les trois autres Dom. Les trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière) emploient 44 % des salariés contre 21 % en France métropolitaine, et versent plus de la moitié de la masse salariale. L'administration, la santé et l'action sociale représentent 47 % des emplois en Guyane contre 31 % en France métropolitaine (INSEE, IEDOM, AFD, 2008).

La Guyane est une zone de prix élevés : son éloignement géographique, ses coûts d'approche, l'existence de protections tarifaires et de salaires élevés (en particulier sur salaire des fonctionnaires métropolitains) expliquent cette situation. « Ces résultats économiques s'accompagnent d'importantes disparités parmi les habitants. La croissance par habitant stagne depuis le début des années 90 (comme déjà au cours de la décennie 70) : sur la période, le PIB par habitant en volume ne

progresses que de 0,2 % environ par an. Dans la région, la Guyane se situe donc - avec le Venezuela - parmi les économies ayant de mauvais résultats. Sur une période similaire (1990- 2005), l'ensemble de la zone Amérique Latine et Caraïbe a en effet crû au rythme de 1,2 % par an et ses deux proches voisins, le Brésil et le Suriname, au rythme de 1,1 % par an. La plupart de ces pays restent néanmoins à un niveau de richesse produite bien inférieur : le PIB par habitant du Brésil par exemple est inférieur de plus de 40 % au niveau guyanais, celui du Suriname de plus de 46 % » (INSEE, IEDOM, AFD, 2008).

Le revenu par habitant était inférieur de 52 % à celui de la France métropolitaine en 2006 ; La stagnation en valeur réelle du niveau de vie en Guyane s'accompagne d'une disparité importante des revenus, au point qu'en 2006, près de 25 % des ménages guyanais vivent en deçà du seuil de pauvreté. Cette proportion a légèrement augmenté depuis 1995 : en 2006, en Guyane, le taux de pauvreté est toujours le plus élevé des DOM (INSEE, IEDOM, AFD, 2008). L'économie informelle occupe une place importante pour la survie économique de nombreux ménages.

Plus de la moitié de la population guyanaise réside sur le littoral. Cayenne à elle seule rassemble près d'un tiers de la population totale. Toutefois, la population guyanaise est caractérisée par sa mobilité géographique. En 2005, près de 40% de la population (âgée de plus de 5 ans) de Guyane a changé de résidence au cours des cinq dernières années. La plupart d'entre-eux habitaient déjà dans la région, mais 13% sont arrivés de l'extérieur dont la moitié de métropole. Les personnes résidant à l'étranger cinq ans plus tôt sont un peu moins nombreuses que celles provenant du reste du territoire national. Les immigrés formaient 29 % de la population guyanaise en 2005. Les Surinamais, les Haïtiens et les Brésiliens regroupent 87% des étrangers de Guyane. La population étrangère se répartit équitablement entre hommes et femmes mais parmi les étrangers entre 20-59 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. La part des jeunes parmi les Étrangers est importante comme dans l'ensemble de la population guyanaise : 45% d'entre-eux a moins de 20 ans (Insee Antilles Guyane, 2010).

Du point de vue des modes de vie, plus de deux tiers des personnes âgées de 15 ans et plus sont célibataires, contre un peu plus d'un tiers en France métropolitaine ; le taux de nuptialité (3 ‰) reste inférieur au taux national (4,3 ‰). Seulement un adulte sur quatre est marié, contre un sur deux en France. Ce phénomène est plus marqué encore en Guyane qu'aux Antilles. Il y a beaucoup plus de familles monoparentales en Guyane (36 %) qu'en France (14 %). La proportion de naissances hors mariage en Guyane en 2006 est de 87,5 % contre 50,5 % France métropolitaine et de 87,9 % contre 52,6 % en 2008 (Insee Antilles Guyane, 2010).

Dans près de 40 % des familles, le chef de famille seul ou les deux parents sont inactifs. Le nombre moyen d'enfants par famille est deux fois plus élevé qu'en France. Ainsi, 53 % des familles ont deux enfants ou plus, contre 30 % en moyenne nationale. (*Source : Insee, état civil*).

La Guyane est une région potentiellement riche (ressources, activité industrielle et de service, potentiel agricole, etc.), mais qui, paradoxalement vit dans la dépendance économique de la métropole. La population migrante y est importante et la mobilité à l'intérieur de la région est marquée. La nuptialité est faible et la Guyane s'apparente à un modèle dit « matrifocal » par certains aspects de l'organisation familiale, et le multipartenariat (sériel ou concomitant) est une composante de la vie sociale (Halfen et alii, 2006 ; Guillemaut, Schutz, 2009).

1.2 Rappel des objectifs

- Objectifs généraux :

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un état des lieux des actions de prévention VIH/IST en direction des personnes prostituées dans les DFA et vise à une meilleure connaissance des pratiques informelles de prostitution en Guyane en particulier sur les régions des fleuves Oyapock et Maroni.

- Compléter les études quantitative PLACE et l'étude Prosanté menée par l'InVS et la FNARS en métropole et les études populationnelles du CICEC par une étude qualitative anthropologique,
- Poursuivre l'état des lieux des pratiques de prostitution en Guyane,
- Faire l'état des réponses existantes en matière de prévention du VIH et des IST en direction des travailleuses du sexe migrantes (ou non),
- Situer les problématiques locales au sein des trois DFA et dans l'espace caribéen (projet PANCAP),
- Identifier les lieux de prostitution; classique et occasionnelle,
- Décrire les caractéristiques démographiques, sociales, migratoires des personnes prostituées et de leurs clients.

- Objectifs opérationnels :

- Définir les outils de prévention (moyens, méthodes et acteurs) et les modalités d'accès aux soins les plus adaptés en fonction des pratiques et des populations concernées,
- Rechercher avec les acteurs locaux de la sous région quelles seraient les réponses adaptées à la situation guyanaise (actions communautaires, expérimentation et innovation, renforcement de l'ancrage régional et/ou appui aux structures –associations locales, utilisation concertée des tests rapides etc.),

- Proposer des axes programmatiques adaptés de réduction des risques auprès des populations étudiées et en liens avec les autres programmes de la sous région, Proposer des améliorations méthodologiques ou de moyens aux acteurs locaux.

1.3. Méthodologie, personnes rencontrées et sites explorés

Si l'approche quantitative est un outil indispensable à la connaissance des populations, elle ne suffit pas toujours pour comprendre les dynamiques et les enjeux des rapports sociaux et des politiques publiques. Une approche qualitative, de proximité, mobilisant les ressources de l'anthropologie (par l'immersion notamment) et de la recherche-action (par l'implication des acteurs et des communautés dans la démarche et tout au long du processus de recherche) peut permettre d'affiner des données globales et de trouver des réponses parfois inattendues. La relation avec les individus et les groupes est alors un outil incontournable de la recherche. Ceci implique de consolider des liens à l'échelle microsociale, sur les terrains étudiés⁵.

En ce qui concerne la mobilité, partant de l'hypothèse que les nouvelles formes migratoires connaissent des transformations radicales (liées aux politiques publiques, aux transformations urbaines, à la place des femmes, etc.), nous appliquons des méthodologies d'observations socio-anthropologiques attentives aux routes, aux traversées, aux trames de mobilités et de migrations, ou à l'inverse aux conditions d'attente et d'immobilité. Il s'agit de poursuivre une ethnographie inductive, par immersion, et associant les acteurs de terrain et les protagonistes (démarche dite *bottom up*). Celle-ci est couplée avec l'étude des analyses démographiques, macro-économiques ou épidémiologiques disponibles et tient compte des données historiques et politiques localisées. Ces croisements interdisciplinaires permettent de soumettre nos travaux à des vérifications méthodologiques autant que théoriques. La combinaison des approches quantitatives et qualitatives (immersion et proximité) permet de développer une approche fine des dynamiques sociales, intégrant leurs paradoxes et leurs complexités.

Les méthodes utilisées sont celles de la socio-anthropologie :

⁵ Méthodologie expérimentée par les chercheuses depuis les années 2 000 ; voir aussi CHABROL Fanny ; GIRARD Gabriel (dir.), 2010, **VIH/sida Se confronter aux terrains**. Expériences et postures de recherche, coll. sciences sociales et sida, ANRS, Paris, 185 p.

- Revue documentaire

Elle a été réalisée lors de l'enquête préliminaire et des travaux antérieurs.

- Entretiens individuels semi-directifs

Avec les informateurs, les hommes et les femmes concernés dans les communautés visées et avec les professionnel-le-s et les leaders d'opinion ; certaines personnes ont été revues à plusieurs reprises, d'autres ont été accompagnées dans leurs activités quotidiennes, dans une démarche d'immersion. Les entretiens (entre 20 mn et 2 heures) sont enregistrés sauf volonté expresse de l'interviewé. Ils sont retranscrits et analysés. Ont été interviewés :

- 51 professionnels de santé et leader d'opinions
- 25 personnes prostituées
- 5 hommes ayant rapport avec l'orpaillage

- Observation participante

L'observation participante est l'un des outils majeurs **d'immersion** sur le terrain. Elle consiste à participer activement à des événements ou à leur organisation. Elle permet de réduire la distance entre le chercheur et son objet en développant un rapport d'empathie avec le terrain et avec les acteurs. L'observation participante est la clé de la démarche qualitative. L'observation participante et l'immersion donnent lieu à la production d'un journal de terrain, lequel est ensuite retranscrit et les données sont classées puis analysées. L'écriture du Journal de terrain est un outil de base de l'anthropologue ;

Le Journal de recherche consiste ensuite à classer, rassembler, hiérarchiser, analyser l'ensemble des données brutes du journal de terrain et de les croiser avec les autres données recueillies ; en particulier les analyses d'entretien qui sont eux aussi croisés entre eux. Au cours de cette phase, le retour à la revue de la littérature est en général nécessaire pour produire une analyse pertinente et réflexive à partir des données de terrain.

Nous nous sommes rendus sur les sites où se pratique le travail du sexe ou bien où les travailleuses du sexe se regroupent entre deux passages sur les sites d'orpaillage, avec un informateur-traducteur brésilien. Les informateurs avec lesquels nous avons travaillé étant également médiateurs culturels, et pour certains investis dans l'action associative, pour d'autres, ex-travailleurs dans l'orpaillage, les modalités de prise de contact avec les travailleuses du sexe ou toute autre personne travaillant dans le secteur de l'orpaillage en ont été facilités. Les entretiens n'ont pas tous été traduits en traduction simultanée parce que notre compréhension du portugais était souvent suffisante, ce qui facilitait la fluidité des relations ainsi établies. Nos interlocuteurs nous ont particulièrement bien accueillis, ont

facilement évoqué leurs conditions de vie et de travail et ont tous formulé des demandes concernant les possibilités d'amélioration de leur accès à la santé.

Étonnamment, les résistances se sont parfois rencontrées chez certains de nos interlocuteurs métropolitains (en particulier les plus récemment arrivés), qui voyaient parfois d'un mauvais œil notre incursion sur leur pré-carré de la lutte contre le VIH en Guyane. Les acteurs associatifs implantés de longue date en revanche ont bien accueilli notre proposition de collaboration et de réflexion sur leur travail de terrain dans la lutte contre le VIH.

- Les conditions d'éthique et de confidentialité

Afin de faciliter la parole des interviewés, il convient de leur donner des garanties de confidentialité. En effet, le sujet traité est délicat et réfère à l'intimité et à la vie privée de chacun. Les enregistrements réalisés ne sont pas divulgués ni transmis à aucune personne ou organisation susceptibles d'en faire usage. Ces données sont analysées par l'équipe de recherche qui est garante de cette confidentialité. Leur exploitation pour la production du rapport de recherche garantit l'anonymat des locuteurs cités.

2. La Guyane, espace migratoire pluriel

2.1. La mobilité

La Guyane, espace pluriel, peut être considérée comme un microcosme de la globalisation, un prisme qui donne à voir à la fois une diversité culturelle plus ou moins bien assumée, une localisation caribéenne, latino-américaine et franco-européenne, un espace de circulation, de commerce, de haute technologie d'économie informelle et de trafic internationalisés, des traditions ancestrales associées à des formes de modernité défiant le temps linéaire et les frontières géographiques. Dans cet espace pluriel et complexe, l'application des lois de l'hexagone impliquées par la continuité territoriale instaurée par la départementalisation en 1946 est parfois incertaine⁶.

Dans ce contexte, l'on peut comprendre le manque de cohérence et d'unité des politiques publiques mais aussi des stratégies des acteurs en présence : amérindiens, autochtones historiques dont la place et le statut restent encore mal défini (espaces protégés, intégration ?) ; Créoles⁷, qui, en passe de devenir minoritaires, défendent leur présence et leur identité créole historiquement légitime, et

⁶ Comme sur le territoire de l'Inini qui a conservé une administration propre jusqu'en 1969

⁷ Contrairement aux îles antillaises où le terme de créole désigne les descendants des colons blancs, en Guyane le terme de créole s'applique aux descendants d'esclaves libérés lors de l'abolition de 1848. Ils représentaient 70 % de la population en 1970 et 45 % en 1999 (Piantoni, 2009).

inscrite dans l'esprit républicain français, à travers leurs mandats électifs, dans les collectivités territoriales ou dans certaines administrations (CGSS, poste...) ; marrons⁸, qui, dotés d'un puissant essor démographique poursuivent leur chemin d'intégration (et non d'assimilation) dans le paysage franco-guyanais tout en défendant leur culture et qui peuvent devenir, à moyen terme une force politique non négligeable ; métropolitains, dont le nombre s'accroît depuis une trentaine d'année, qui, pour la majorité d'entre eux séjourne entre deux et dix ans, et qui assument et assurent la « continuité territoriale » instaurée par la départementalisation ainsi que le rattachement européen (notamment par les financements de programmes de développement) ; Chinois, qui tiennent le commerce (petite distribution) tout en vivant en communauté homogène, et enfin migrants d'origine étrangère des trente dernières années (Surinamiens, Guyaniens, brésiliens, haïtiens...) qui, attirés par les possibilités économiques réelles ou supposées vivent souvent à la marge de l'économie officielle du fait de la quasi impossibilité d'être régularisés en Guyane. En 2006, 5 % des habitants de Guyane résidaient à l'étranger cinq ans plus tôt. En 2001, plus de la moitié de ces nouveaux arrivants étrangers vivaient au Brésil, un quart en Haïti et 12 % au Suriname (Jolivet et *alii*, 2009).

Ici la notion de migration est elle-même plurielle ; elle ne correspond pas stricto-sensu à sa définition habituelle impliquant le franchissement des frontières d'un État. Les amérindiens, et les marrons qui vivent sur les fleuves vivent de fait *sur* la frontière et, passant quotidiennement de part et d'autre du fleuve, en défient l'existence même. Par ailleurs, les amérindiens sont souverains sur une partie du territoire, franco-guyanais où la loi française ne s'applique pas en première intention dans les faits si non en droit. Enfin, plus de 15 000 noirs marrons se sont installés du côté français de la frontière entre 1981 et 1986 à la suite de la guerre civile au Suriname ; leurs enfants aujourd'hui sont français. Pour finir, une partie de la population du fleuve ne possède ni nationalité ni même identité civile, n'ayant pas été enregistrée à l'état civil de l'un ou de l'autre des pays.

Les Brésiliens occupent une place particulière dans la dynamique migratoire ; ils représentent la moitié des migrants des 10 dernières années (Jolivet et *alii*, 2009). Deux vagues de migration brésiliennes sont identifiables. La première dans les années 1960 autour des besoins de main d'œuvre pour la construction de la base spatiale (déplacée de l'Algérie à la suite de l'indépendance), la seconde dès la fin des années 1980 alors que redémarrait une « ruée vers l'or » en Guyane, l'or et la base spatiale représentant les deux piliers du PIB du département.

D'autre part, le voisin brésilien représente un fort potentiel de relations économiques et de transformation sociale et culturelle de la « petite » Guyane française (À Cayenne le portugais est une

⁸ Nous reprendrons ici ce terme en référence à la définition qu'en donnent R&S. Price, 2010

langue largement parlée), en même temps qu'une « menace » largement fantasmatique, mais symptomatique de l'insertion (ou non) du département dans l'ensemble latino-américain.

À la périphérie de Cayenne et de Kourou, les Étrangers vivent dans des quartiers où l'économie informelle est largement répandue ; Ce type d'économie s'organise autour de réseaux sociaux de parenté, interpersonnels, communautaires, ou d'interconnaissances. Ces personnes sont pour certaines d'entre elles sans couverture sociale et sans revenus réguliers décents. Ce mode de vie, lié au travail informel constitue une norme dans la société guyanaise, plus particulièrement pour les communautés issues de l'immigration récente, contribuant à atténuer la pauvreté des migrants tout en les maintenant dans des situations extrêmement précaires, principalement lorsqu'ils sont en situation d'irrégularité administrative.

Les hommes sont majoritairement des artisans (BTP, chantiers, menuiserie, mécanique...) et travaillent souvent à la journée. Les femmes sont principalement dans le secteur tertiaire : employées de maison, personnel d'entretien et de nettoyage, serveuses, assistantes maternelles ; Certaines d'entre elles ont ouvert des petits commerces, tiennent des salons d'esthétiques informels, font du commerce ambulant, ou bien se lancent dans des activités de restauration... Certain-e-s passent quelques temps dans ces quartiers entre deux séjours de travail sur les sites d'orpaillage. La mobilité géographique caractérise le mode de vie de nombre d'entre ces migrants brésiliens.

« Exemple de Laura, 46 ans, qui a appris la cuisine à Macapá. Après 10 ans comme cuisinière à Saint-Elie [orpaillage], elle devient la première vendeuse de pain du quartier. Il lui arrive aussi de faire des préparations à l'occasion de fêtes, et elle vend également à la commande des plats brésiliens, Elle est devenue autonome, forgeant son capital économique et social sur le développement de son savoir-faire » (DAAC, 2009).

Enfin, les Français métropolitains représenteraient 12 % de la population guyanaise (Piantoni, 2009) et vivent en Guyane à la manière d'expatriés dans les pays du « Sud ». L'analyse des données du recensement de 2006 (Insee, 2010) montre que, entre 2001 et 2006, les arrivées en provenance de la France métropolitaine sont plus nombreuses que celles de l'étranger (12 900 contre 9 700), bien que le solde migratoire entre la Guyane et le reste de la France soit négatif (davantage de départs que d'arrivées) (Jolivet et *alii*, 2009). Ce sont eux qui occupent en majorité les emplois dans le secteur sanitaire (Jolivet et *alii*, 2009). Ils ont franchi 10 000 km pour s'installer dans une région française ultramarine, dont ils ignorent bien souvent la culture en arrivant. À leur manière, ce sont des migrants, plus déracinés sans doute que les Étrangers (surinamais ou brésiliens) vivant sur les fleuves-frontières. Dans le secteur sanitaire et social dédié à la lutte contre le VIH, ils et elles sont assez nombreux ; Sur les 13 professionnel-le-s métropolitains que nous avons rencontrés entre novembre et décembre 2010, 5 sont reparti-e-s en métropole en octobre 2011 après des séjours de quelques mois à 5 ans.

2.2. La mobilité comme déterminant pour le VIH et la santé

La migration et la santé entretiennent un rapport paradoxal ; d'une part la bonne santé est la condition qui donne ses chances à l'individu migrant (pour faire face aux difficultés, être capable de travailler, etc) et en même temps cette migration représente un risque pour la santé à cause précisément des conditions de migration (isolement, perte du soutien des réseaux familiaux ou sociaux, conditions de travail et de vie...) et des obstacle à l'accès aux soins pour les résidents en situation irrégulière sur le territoire français. Ainsi en Guyane, les migrants ont un plus mauvais état de santé que les personnes nées sur le territoire français. Les femmes migrantes rencontrent des difficultés particulières à cause des risques associés aux violences (sexuelles en particulier) et lorsqu'elles sont enceintes (Jolivet et *alii*, 2009 ; Cardes, Pourette, 2010)

La Guyane est un « Éudorado » (Police, 2010), et les principales activités des migrants sont la prospection de l'or, les chantiers de construction, l'agriculture (dans une moindre mesure) pour les hommes et le travail dans l'agriculture, les services (domestique ou sexuel sur les placer⁹ ou dans les villes) pour les femmes. Une part non négligeable de ces migrations est une migration pendulaire : Dans l'est, la plupart des personnes rencontrées lors de notre enquête retournaient régulièrement au Brésil pour des périodes de deux à six mois ; Une grande partie des femmes y avaient laissé leurs enfants à la garde de leurs proches.

Beaucoup des migrants sont en situation administrative précaire et circulent en fonction des possibilités de travail. La mobilité des *garimpeiros*¹⁰ et des femmes qui accompagnent les chantiers (cuisinières travailleuses du sexe) est permanente. Elle s'effectue principalement à partir de Oiapoque en direction des territoires de l'intérieur vers Saul, St Elie, Maripa Soula, et les sites d'orpaillage alentours qui se déplacent en fonction des zones d'exploitation de l'or ou des interventions des autorités françaises (police, légion étrangère ou armée) qui les délogent.

La mobilité est liée aux réseaux familiaux dispersés, les adultes pouvant confier leurs enfants à des proches pour des périodes plus ou moins longues pendant qu'ils travaillent ailleurs, ou bien les membres d'un couple pouvant être éloignés temporairement. Cette dispersion des cellules familiales n'est pas tributaire des frontières, et les statuts des membres d'une même famille au regard de la loi française peuvent être différents. Le modèle familial parmi ces populations mobiles est plutôt celui des réseaux sociaux, facilitant les migrations grâce à une parenté disséminée (Bourdier, 2004). Cette

⁹ Lieux de vie des chercheurs d'or sur les sites d'exploitation aurifère ; le terme brésilien est *garimpo*

¹⁰ Chercheurs d'or ; ce sont les hommes qui travaillent sur les chantiers d'extraction ; on rencontre aussi des « buriños », qui sont chargés de transporter à travers la forêt (à dos d'homme) le matériel et l'approvisionnement pour échapper aux contrôles de la police ou de l'armée.

mobilité conduit également à des expressions de la « sexualité en réseau » (Bozon, 2001), avec des possibilités limitées d'accès aux outils de prévention du fait de l'éloignement des lieux de vie des centres urbains équipés en structures sanitaires. Si les modes de vie des populations sont assez bien documentés sur le fleuve Maroni et ses affluents (Price, 2010; Piantoni, 2009 ; Moomou, 2004 ; Carde Pourette, 2010), ils sont moins bien connus sur la frontière Est (st George Oïapoque, Camopi) et entre cette frontière et l'intérieur du territoire (Saül, fleuve Inini, Maripa Soula).

2.3. Accès au dépistage et aux soins, et mobilité

La réduction de l'impact du VIH passe par une amélioration générale de l'offre et de la qualité des soins ainsi que du dépistage. Les avancées récentes présentées à la conférence de Vienne en juillet 2010 (TasP : *treatment as prévention*) peuvent nous donner un grand espoir pour endiguer la propagation de l'épidémie¹¹.

Cependant, les améliorations scientifiques pour la réduction de l'épidémie reposant sur des modèles mathématiques théoriques présupposent une compliance des populations à la fois au dépistage massif et un recours aux soins systématisés ; or, ces deux conditions ne sont pas remplies en Guyane et jusqu'à présent on n'a pas trouvé les moyens d'y remédier. Les approches en termes statistiques risquent de rester lettre morte si une compréhension fine et approfondie des mécanismes socio-anthropologiques d'empêchement ou de résistance des population ne sont pas identifiés. Ces résistances, empêchements et difficultés doivent être étudiées du point de vue des personnes et de leurs comportements : Les personnes peuvent avoir d'autres priorités (survie, paludisme...), ou bien avoir recours à des protections imaginaires, ou être soumis à des violences (en particulier les femmes), vivre un multipartenariat tenu secret (Guillemaut, Schutz, 2009) etc. Ces résistances peuvent également être analysées du point de vue des politiques publiques et de leurs applications : rôle de la police, précarité sociale, discriminations dans l'accès aux soins, sous équipement ou inadaptation des dispositifs de dépistage et de soin et enfin du point de vue des associations et de leurs actions de terrain comme intermédiaires (ou non) entre les populations et les lieux de soins et de dépistage.

Les données disponibles montrent que 2/3 des patients des files actives hospitalières sont des migrant-e-s, que le retard au dépistage est un phénomène alarmant et que les « perdus de vue » des files actives hospitalières attestent de la difficulté dans l'accès aux soins sur le long terme. Cette

¹¹ Une personne ayant une charge virale indétectable peut réduire la transmission sexuelle du VIH à un partenaire non infecté en débutant un traitement antirétroviral très tôt. « *Treatment as prévention* » est la stratégie de traitement précoce de l'infection par le VIH dans un but de prévention de la transmission.

difficulté peut être corrélée (entre autres) avec la faiblesse de la présence et de la visibilité associative.

Les dispositifs de prévention, de dépistage et d'accès aux soins ne répondent pas toujours aux besoins des personnes les plus exposées aux risques, essentiellement parce qu'ils sont concentrés sur l'île de Cayenne (qui regroupe il est vrai 1/3 de la population de Guyane) et dans une moindre mesure à Kourou et St Laurent du Maroni.

D'après le Rapport Annuel 2009 du COREVIH de Guyane, des difficultés majeures demeurent :

- Problème du dépistage tardif (1/3 des dépistés à moins de 200 CD4 à Cayenne et 2/3 à St Laurent),
- Problème des migrants non dépistés : 3/4 des hommes haïtiens et brésiliens n'ont jamais fait un test de dépistage,
- La plupart des patients sont perdus de vue peu de temps après le diagnostic.

Pour les années à venir la mise en place du dépistage rapide (30 000 tests prévus à court terme) à l'hôpital, dans les centres de santé, par les médecins généralistes, par certaines associations médicales (Croix-Rouge, Médecins du monde) devrait améliorer la situation. Toutefois, en l'état actuel de nos investigations au début de l'année 2011, il semble que les dispositifs d'encadrement de ces tests soient encore mal définis. Y aura-t-il des formations répétées au *counselling* pour les personnes chargées de réaliser ces tests, sachant qu'une des caractéristiques de la Guyane est le *turn over* de son personnel médical ? La disponibilité des tests rapides résoudra-t-elle les résistances des individus à se rendre sur les lieux où ils seront pratiqués ? La mise en place de ces dispositifs inclura-t-elle l'augmentation ou réalisation de dépistages « hors les murs », dans ce cas où ? Comment sera réalisé le test de confirmation ? Comment éviter dans ce cas les perdus de vue ? Un suivi post test est-il prévu et comment en cas de test positif, sachant que le problème majeur du département est celui des perdus de vue ? Les zones les plus excentrées et les moins dotées en équipements médicaux seront-elles concernées ? Comment seront accompagnés d'un point de vue social et administratif les éventuels séropositifs dépistés grâce aux tests rapides en situation irrégulière¹² ?

Si la doctrine *treatment as prévention* (TasP) représente une avancée significative, elle suppose des analyses socio-anthropologiques approfondies des conditions de sa mise en œuvre en fonction des problématiques locales.

De manière générale, sur l'ensemble du territoire l'accès à la santé des migrants est problématique comme en atteste des recherches récentes (Cardes, 2005 ; Jolivet et *alii*, 2009 ; Cardes, Pourette, 2010). Estelle Cardes définit un « effet-loupe » en ce qui concerne l'accès aux soins (Cardes, 2005) ;

¹² Sachant que le taux de refus de régularisation « pour soin » (sous ensemble des titres de séjour « vie privée et familiale ») est particulièrement élevé en Guyane (Jolivet et *alii*, 2009 ; Carde, 2009)

elle souligne que « L'orientation politique nationale nourrit les représentations des professionnels chargés d'appliquer la loi, sur le terrain de l'accès aux soins. [...] certains des professionnels chargés d'appliquer le droit à l'AME ont des pratiques plus restrictives encore que ne le prévoient les textes, anticipant en quelque sorte l'évolution d'une loi toujours plus restrictive ». Selon l'auteur, ces professionnel-le-s justifient ces pratiques en argumentant que les étrangers viennent en France pour profiter indûment de son système de soins. Estelle Cardes souligne qu'en Guyane ces discriminations prennent une ampleur particulière. « Certains professionnels de l'accès aux soins guyanais, [...] assument ainsi ouvertement des pratiques discriminatoires à l'encontre des étrangers » (Cardes, 2005). Ainsi, la « politique des guichets » (Fassin et *alii*, 2002) qui a pour conséquence de limiter l'accès des Étrangers aux droits et à la régularisation est elle particulièrement mise en œuvre en Guyane.

2.4. Genre et sexualité, femmes et VIH, les enjeux et les transformations

On a tendance à penser la sexualité comme une affaire privée, déconnectée du social. Toutefois, la pandémie de sida nous a contraints à prendre appui sur l'analyse compréhensive des modes de vie, des représentations et des modes d'agir pour mettre en place des politiques sanitaires, qui peinent encore à porter leurs fruits. Ces vingt dernières années, articulées autour de la lutte contre le VIH/sida montrent que la sexualité et les rapports sociaux qu'elle sous-tend ou qu'elle révèle, est un puissant analyseur du social. Une lunette qui donne accès à des relations sociales souvent invisibilisées par ailleurs.

Selon les travaux sur la maternité et l'accouchement menés par Dolores Pourette et Estelle Carde, (2010), sur le littoral et dans l'Ouest guyanais, les femmes représentent près de la moitié des personnes vivant avec le VIH. Elles sont plus souvent précaires et étrangères en situation irrégulière que les autres femmes vivant sur ces territoires. Cette étude s'est déroulée à Cayenne et à St Laurent du Maroni ; pour ces deux secteurs, les auteures concluent que :

- Les difficultés socio-économiques et administratives affectent le suivi médical des patientes et de leurs enfants.
- En Guyane, la prise en charge est compliquée par les distances et les difficultés de communication entre soignants et patientes étrangères.
- La précarité administrative et socio-économique d'un grand nombre de patientes étrangères, est renforcée par une législation d'exception et des pratiques administratives discriminatoires,
- L'exclusion sociale des femmes, freine l'accès au dépistage, l'accès aux soins, la prévention et la négociation de pratiques sexuelles à moindre risque,

- Une maîtrise de leur vie sexuelle et reproductive est généralement difficile chez les femmes infectées ou non infectées (Cardes, Pourette, 2010).

Par ailleurs, la dernière enquête KABP disponible montre que les femmes de Guyane sont plus nombreuses que celles des deux autres DFA à indiquer avoir eu des rapports sexuels forcés, une IVG et des IST (Halfen et *alii.*, 2006)

Des enquêtes quantitatives sont en cours de réalisation ; elles concernent la population générale (KABP et VESPA) ainsi que des groupes spécifiques (CICEC, Interreg) : travailleurs du sexe, migrants, usagers de drogues, populations vivant sur le fleuve Maroni ; elles se déroulent pour l'essentiel dans les régions de Cayenne, Kourou et St Laurent. Les résultats de ces enquêtes seront disponibles entre la fin de l'année 2012 et en 2013.

Les enquêtes disponibles ne nous renseignent pas sur les populations et en particulier la situation des femmes dans l'Est et à l'intérieur du département, mais notre travail sur le terrain dans ces secteurs, confirme les constats mis en lumière par les travaux déjà réalisés sur le littoral.

Par ailleurs, les principaux résultats de nos recherches antérieures dans les DFA et avec les migrantes montrent que :

- VIH et sexualité

- La séroprévalence peut être en partie expliquée par le multipartenariat mais surtout par le poids du secret et du contrôle social (Guillemaut, Schutz, 2009), associés à la mobilité géographique. Les campagnes de prévention ont été inadaptées en Guyane depuis 20 ans d'épidémie, parce qu'elles étaient basées sur les référentiels socioculturels de l'Hexagone en particulier en matière de gestion de la vie sexuelle et conjugale. Cela commence à changer et les dernières années ont vu se développer des campagnes à caractère plus « local » avec par exemple des messages en créole ou en Takitaki. Toutefois un élément d'analyse fait encore souvent défaut pour élaborer des campagnes de prévention adaptées ; il s'agit de la compréhension de la permanence du multipartenariat et de la nuptialité hors mariage. De ce fait, il importe de repenser radicalement les modes opératoires en matière de prévention du VIH. Les rapports sociaux de sexe dans la Caraïbe sont issus des processus de créolisation, induits tout autant par l'ensemble des composantes de cette société multiculturelle que par les politiques de la métropole ou les injonctions des Églises ; leur organisation est une forme d'expression de la modernité singulière dans cette région caribéenne (Guillemaut, Schutz Samson, 2009 ; Guillemaut, 2010(a)).

- En Guyane comme en Guadeloupe une forme d'échanges économico-sexuels est fréquente, mais invisible et souvent non dite. Il s'agit, pour les femmes, jeunes femmes célibataires ou mères de familles monoparentales ou encore femmes mariées, d'entretenir des relations suivies avec des hommes (souvent mariés) en échange de compensations. D'ailleurs, « *une enquête limitée chez les PVVIH à Cayenne a permis de calculer que chez les hommes séropositifs suivis, 45% des infections étaient attribuables aux rapports sexuels transactionnels, et que chez les femmes c'était 11% des infections qui étaient attribuables aux rapports sexuels transactionnels* » (Nacher, Carme, 2010). Cet exemple, même partiel, montre que les échanges économico-sexuels affectent aussi bien les hommes que les femmes dans leur exposition aux risques, même si, dans ce type de transaction, les femmes sont en situation de plus grande dépendance économique.

- Les hommes se sentent rarement concernés par les problématiques de santé et de rapports sociaux de sexe et de ce fait négligent la prévention et ne se font pas dépister. Les leviers pour améliorer leur implication restent à étudier (par exemple, 3/4 des migrants brésiliens n'ont jamais fait de test de dépistage selon le COREVIH en 2009)

- Sexualité et mobilité

- Les femmes peuvent avoir des stratégies autonomes de migration, leur migration doit être lue comme un phénomène structurel (et non seulement individuel/familial), qui révèle l'évolution des rapports sociaux de sexe. Les femmes deviennent pourvoyeuses principales de ressources ; Comme les hommes elles sont exposées en termes de santé, mais également de risques de violences sexuelles ;

- Les causes de départ des migrantes sont liées à la recherche de plus d'autonomie et paradoxalement impliquent de subvenir aux besoins des proches restés au pays ; elles délèguent les charges familiales chez elles (à d'autres femmes en général) pour s'engager dans les métiers du *care* ou des services. Ces données permettent de travailler sur le statut des femmes entre domination et capacité d'agir (*agency*), démarche utile en termes de santé et de VIH.

- Service domestique et service sexuel peuvent être comparés en tant qu'alternative sans choix pour les femmes migrantes, des Suds vers le Nord ou en matière de mobilité Sud/Sud ;

- Les femmes sont en situation précaire pour négocier les relations interpersonnelles avec les hommes, en particulier dans la prévention de la violence.

3. Les formes de travail du sexe et les réponses

3.1. Prostitution traditionnelle dans les villes du littoral

La prostitution en Guyane varie en fonction des sites où elle s'exerce. Dans les villes du littoral, Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni, il s'agit d'une prostitution que l'on peut qualifier de « traditionnelle », dans la mesure où elle s'exerce de longue date sous une forme habituelle et connue.

Il s'agit d'une prostitution de rue et parfois de bars (essentiellement à Kourou), pratiquée par des femmes et des transgenres migrantes 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 ; la plupart d'entre elles sont en situation irrégulière. En 1995 sur la zone des trois principales villes du littoral Diane Vernon (1996 : 35), recensait déjà des Brésiliennes (33 %), des Surinamaises (marrons) pour 17 %, des Dominicaines pour 11 % et des Guyaniennes pour 3 % d'entre elles.

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.

Ce sont des actions menées par des associations qui ont une vocation de lutte contre le VIH et d'accompagnement des personnes affectées. Certaines de ces associations travaillent avec des médiatrices culturelles et effectuent des sorties régulières sur le terrain, les « maraudes ».

- Cayenne

À Cayenne, le travail du sexe se déroule essentiellement dans le quartier de « La Crique » quartier traditionnellement dédié à la prostitution et sur les ronds points à la périphérie de la ville. Les travailleuses du sexe sont en majorité d'origine dominicaine, on trouve quelques colombiennes et brésiliennes. Quelques travestis travaillent également sur ces sites.

À Cayenne, l'association entraides mène un programme de réduction des risques à leur attention depuis la fin des années 1990 à la suite de l'étude effectuée par Diane Vernon (1996). L'association dispose d'un local prêté par une association dominicaine à la crique où elle assure trois permanences

par semaine et effectue une tournée hebdomadaire dans la ville. Des sorties sont également réalisées dans un quartier brésilien à « Tou Biran ». Les intervenants peuvent accompagner les travailleuses du sexe dans les associations dédiées aux soins des plus démunis comme la Croix Rouge ou Médecin du Monde. L'association estime sa file active à 260 travailleuses du sexe et considère qu'elle rencontre la majorité de ceux et celles qui exercent à Cayenne, dans la rue. L'association estime par ailleurs que les travailleuses du sexe répondent bien au programme de prévention et ne note pas de contamination récente par le VIH dans sa file active.

Parmi les travailleuses du sexe, certaines femmes sont plus difficiles à mettre en confiance, comme les femmes du Guyana qui semblent plus mobile. Un intervenant récemment arrivé à St Laurent nous précise: « Pour les femmes du Guyana, il y avait certainement la présence de proxénétisme. L'entraide dans la communauté Guyanienne paraissait moindre. Mais c'était extrêmement difficile de rentrer en contact avec les femmes du Guyana alors qu'on m'avait mis en contact, le lien a vraiment eu du mal à prendre. J'ai supposé qu'il y avait du proxénétisme ». Diane Vernon (1996), qui confirme la difficulté d'entrer en contact avec les femmes Guyaniennes soutient à l'inverse que les femmes du Guyana « ne sont pas 'maquées'. Elles dressent leur propre itinéraire indépendante de tout homme ». Elles louent des chambres en ville où elles peuvent travailler.

Cette contradiction dans l'analyse montre à quel point l'interprétation de faits incertains est fragile. Il est plus simple pour la pensée de se référer aux cadres connus vis-à-vis de la prostitution : Lorsque l'on a des difficultés à entrer en contact (pour des raisons qu'il serait utile de rechercher chez soi avant de les attribuer à des causalités externes), l'on suppose que du proxénétisme nous empêche la prise de contact ; Or il semblerait bien, comme le souligne Diane Vernon, que les femmes du Guyana, poussées par la contrainte économique dans laquelle elles se trouvent soient mobiles dans la sous région de leur propre initiative.

- Kourou

Avant la construction de la base spatiale en 1964 Kourou était un petit bourg de moins de 700 habitants ; on en compte près de 20 000 en 1970 et 25 000 en 2007, ce qui en fait la troisième ville de la Guyane pour la population. La construction du centre spatial a mobilisé nombre d'étrangers dont les Brésiliens (pour 30 %), les noirs marrons (20 %) les surinamiens, Guyaniens, Amérindiens, mais aussi Colombiens, Péruviens pour une part moindre. Si à l'époque de la construction les métropolitains composaient 26 % de la population, ils en représentent 52 % en 1982 (Jolivet, 1982, cité par Vernon, 1996).

L'offre de prostitution s'adresse essentiellement à des catégories de population travaillant pour le centre spatial et à un corps de la légion (3^{ème} régiment étranger de l'infanterie). Un « bordel » officiel destiné aux légionnaires a été fermé en 1995 (Vernon, 1996).

À Kourou, l'essentiel du travail du sexe se déroule dans les bars et boîtes de nuit, de manière informelle et l'on trouve également un peu de travail du sexe dans la rue. La part la plus paupérisée des travailleuses du sexe se rencontre au « village Samaraka », sorte de bidonville dans un quartier de la ville et ancien village où se sont regroupés les ouvriers lors de la construction du centre spatial. Les femmes qui exercent le travail du sexe viennent du Surinam et du Guyana où elles retournent régulièrement, pour celles qui exercent dans la rue, mais aussi du Brésil (30 % d'entre elles selon Diane Vernon, 1996) pour celles qui travaillent dans les bars et les boîtes de nuit ; on peut compter quelques travestis brésiliens.

Les clients des travailleuses du sexe qui fréquentent les établissements sont les plus aisés, ce sont ceux qui travaillent dans l'économie liée au centre spatial ou à la légion. Les autres, les plus pauvres fréquentent la prostitution de rue, elle-même plus paupérisée. À Kourou, les intervenants nous ont signalé une forte circulation de produits psychotropes, essentiellement la cocaïne, ecstasy dans les milieux les plus riches et le crack dans les milieux pauvres, qui s'ajoutent à la consommation d'alcool, dans tous les milieux.

Selon un recensement de la clientèle effectuée par Diane Vernon en 1995 avec des travailleuses du sexe volontaires, la majorité des clients des travailleuses du sexe des boîtes et des rues du centre de Kourou sont des métropolitains ou des européens seuls ou en couple, résidant temporairement à Kourou et travaillant pour le Centre Spatial Guyanais (CSG). En revanche, pour les femmes travaillant au village Samaraka, la majorité des clients était Samaraka. Dans cette enquête de terrain à Kourou, les créoles semblent minoritaires, et aucun Hmong ni Amérindien n'est signalé (Vernon, 1996).

À Kourou l'association Ader organise des maraudes en direction des personnes prostituées de rue et intervient dans le village Samaraka mais ne réalise pas d'action en direction des établissements privés. L'association, implantée dans la ville depuis longtemps connaît assez bien les différents territoires de la prostitution, mais son action de terrain demeure assez limitée faute de personnel.

L'association Akati'j, créée en 1995 aujourd'hui agréée C.A.A.R.U.D dispose d'une équipe mobile de prévention qui intervient auprès des prostitué-e-s de rue toxicomanes ou non.

Ces deux associations distribuent des préservatifs lors de leurs maraudes.

Un distributeur de préservatifs a été installé en 1995 et des actions de prévention du VIH ont également été menées dans le village Samaraka et ces actions semblent être efficaces.

Toutefois, il semble que les résistances à l'utilisation du préservatif étaient encore fortes chez les Samaraka et chez les légionnaires en 1995, bien que ces derniers recevaient des informations concernant la prévention du VIH à leur arrivée en Guyane (Vernon, 1996). Si des actions de

prévention en direction des communautés marrons ont été poursuivies par les associations à St Laurent comme à Kourou, il n'est pas certains qu'elles aient été pérennisées dans les corps de la police de l'armée et de la légion étrangère.

Dans les cas de Cayenne et Kourou, les fondatrices des principales structures associatives de lutte contre le VIH sont en phase de départ en 2010 et leur remplacement est en cours. Ces transformations ne se font pas sans difficultés et entraînent un certain nombre d'incertitudes. Le manque de financement chronique ne facilite pas le déploiement des actions de manière optimum. Toutefois ces associations sont très bien implantées dans le paysage de la lutte contre le VIH, ce qui devrait permettre des transitions sans trop de dommage.

- St Laurent du Maroni

À St Laurent, la prostitution de rue est présente de longue date, c'est à dire depuis le milieu du 19^{ème} siècle lors du développement économique de la ville, et semble stable depuis les années 1980. La prostitution s'est longtemps déroulée dans des bordels ou des bars à l'attention essentiellement d'une clientèle de légionnaires et de militaires (Vernon, 1996). Mais plusieurs mises en examen pour proxénétisme dans les années 1990-1995 ont dissuadé les commerçants d'offrir ce type de service dans leurs bars et leurs boîtes, ou si ces pratiques se poursuivent, elles se font clandestinement. Nos informateurs nous ont fait état de bars où l'on pouvait rencontrer des travailleuses du sexe. Aujourd'hui, la prostitution à St Laurent semble être une prostitution de rue traditionnelle dans une bourgade peu animée. Les femmes sont originaires du Surinam, du Guyana et de République Dominicaine, et dans une moindre mesure du Brésil. Les contrôles liés à la lutte contre l'immigration clandestine depuis le début des années 2000 ont limité le nombre de travailleuses du sexe visibles dans la ville et dans ses quartiers périphériques (La Charbonnière, St Jean) traditionnellement lieux de prostitution.

L'association Aides, qui a réouvert une antenne, mène un programme de réduction des risques en effectuant une tournée sur le terrain toutes les trois semaines depuis 2007, puis une par semaine depuis 2010, la nuit au centre de St Laurent du Maroni, avec des volontaires de l'association.

Il n'y a pas, à notre connaissance de préservatifs disponibles la nuit dans les quartiers dédiés à la prostitution, et les travailleuses du sexe ne semblent pas fréquenter l'association de manière régulière.

Selon un intervenant de terrain, « *La prostitution occasionnelle, il y en a plus du double que des officielles* », autrement dit, les programmes existants sur les villes du littoral sont certes nécessaires,

mais ils ne touchent probablement pas l'ensemble des personnes qui vivent des échanges économico-sexuels, en particulier pour les programmes qui n'emploient pas une approche communautaire ; en effet, malgré toute la bonne volonté des intervenants, il est difficile de se faire admettre dans ces milieux si l'on n'est pas reconnu en tant que pair. Seules les professionnel-le-s qui se reconnaissent comme telles vont accepter les services offerts par les associations.

- Recommandations pour le littoral

À Cayenne, Kourou et St Laurent les programmes de réduction des risques en direction des travailleuses du sexe semblent sous dimensionnés ; Les travailleuses du sexe concernées par le travail d'*outreach* sont les plus visibles et les plus réceptives ; il semblerait utile de renforcer ces programmes en direction des groupes ou des personnes arrivées récemment, ou travaillant à l'intérieur des établissements. Bien sûr cette orientation est difficile et prendra du temps ; elle peut être facilitée et accélérée par le recours à des médiatrices culturelles correctement rémunérées issues de la prostitution (et/ou y travaillant toujours).

Par ailleurs, la prévention en direction des clients pourrait elle aussi être envisagée 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 de 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 TROD (test rapide d'orientation diagnostique).

3.2. L'or, la migration et le travail du sexe

*« Soutenus par les uns, tolérés par les autres,
instrumentalisés par beaucoup,
les orpailleurs sont devenus un enjeu politique majeur. »*
(Lemoine, 2001).

Ce travail de terrain a été rendu possible et effectué grâce à l'aide précieuse de Monsieur Joaquim Marques, médiateur de santé pour l'association DAAC, et qui dans le cadre de ses missions est chargé de démarrer une action en direction des travailleurs du sexe, José Gomes, médiateur culturel DAAC et Monsieur Alfredo Flores Fuentes, médiateur culturel nous ont également facilité certains entretiens.

Alors que nous étions à Cayenne, un intervenant de terrain qui travaille sur la prévention du VIH en Guyane depuis les années 2000 nous alerte :

« On estime à plus de 10 000 les illégaux en Guyane, voire le double. Il y a des secteurs dans la forêt avec des centaines de prostituées et sans préservatif. Lorsqu'on avance le chiffre de 1 000 prostituées pour Oyapoque et les sites d'orpaillage, c'est sous-estimé. »

Ce témoignage, livré par un acteur central de la lutte contre le VIH en Guyane nous a incité à explorer plus avant la question. Nos investigations se sont alors tournées vers la frontière Est, point de passage des hommes et des femmes attirés par l'« Éudorado » brésilien et en particulier par l'or et les métiers qui lui sont associés. Nous avons alors pu constater la réalité des mobilités entre le Brésil et la Guyane et à l'intérieur du département par des voies parallèles aux fleuves (Nord-sud), qui permettent d'éviter la zone du littoral, plus contrôlée et moins attractive pour les *garimpeiros*. Ainsi, la frontière Est (Oyapoque, St George) est reliée au Sud Ouest du département, vers l'intérieur (Maripa Soula), par les pistes et les criques¹³ en forêt, qui sont les lieux de circulation de ceux et celles qui se rendent sur les sites d'orpaillage, effectuant la plupart du temps des migrations pendulaires entre le Brésil et la France.

Avant de décrire les conditions du travail du sexe dans ces secteurs, nous allons aborder la question des migrations liées à l'or (conditions, itinéraires), décrire les métiers associés à la recherche d'or et les conditions de vie de travail et d'accès à la santé des Garimpeiros et de ceux et celles qui les accompagnent.

¹³ Nom donné en Guyane aux rivières et affluents des grands fleuves ; ce sont parfois les seules voies de communication

3.2.1. Reprise de l'activité aurifère

Le choix de l'or comme étalon de référence date de 1870, et bien que ce rôle ait été abandonné dans les années 1970, il n'a pas été détrôné par le dollar et depuis lors, comme valeur refuge, il joue un rôle de sismographe de l'état de l'économie mondialisée ; précisément, l'or connaît une remontée importante de son cours depuis le début des années 2000, remontée qui s'accroît avec la crise économique. L'once d'or (environ 31,1 grammes) qui coûtait environ 200 US\$ entre 1960 et 1970 en coûte 1 000 en 2008 et près de 1 900 en août 2011.

Selon un rapport au Ministre de 2000, « La production d'or dans le monde s'est élevée à 2 012 tonnes en 1999. Celle de la Guyane est déclarée à 2,8 tonnes. Il n'y a pas d'enjeu international à l'activité aurifère en Guyane. Les échanges officiels avec le Surinam sont nuls et ils atteignent une tonne annuelle d'importation en provenance du Brésil. » (Taubira, 2000). Pourtant, il semble bien que l'or en Guyane se situe au centre des enjeux plaçant le département au cœur de la mondialisation car d'une part ce sont les variations des cours internationaux qui accentuent ou minimisent la pression sur l'extraction, d'autre part les sociétés internationales exercent elles aussi un rôle majeur dans l'extraction, y compris en entretenant une zone informelle de l'économie autour de l'exploitation de l'or, et enfin, l'or implique des mouvements migratoires importants des pays pauvres limitrophes de la Guyane dans des conditions qui rappellent celles décrites par de nombreux auteurs qui ont étudié les phénomènes liés aux nouvelles formes de mobilités internationales, (Tarrius, 2005, 2006 ; Sassen, 2006 ; Morice, Potot, 2010) Ce contexte d'économie informelle et de « délocalisation sur place »¹⁴, très lucratif pour le capitalisme globalisé et propice aux migrations clandestines mixtes (hommes et femmes) est souvent accompagné du développement du commerce du sexe. Et précisément, avec la remontée du cours de l'or depuis les années 2000, tout laisse à penser que les migrations brésiliennes vers la Guyane s'accroissent ; en atteste, à défaut de données concernant les entrées, l'augmentation du nombre de reconduite à la frontière de brésiliens passant de 351 en 1996 à 4 036 en 2006 alors que les expulsions des autres ressortissants étrangers restent stables (Granger, 2008).

En Guyane, le premier cycle de l'or a eu lieu au milieu du 19^{ème} siècle, en 1855 et est retombé dans les années 1950. L'exploration et la découverte des placers s'effectuent alors sur un axe est-ouest (Approuague, Ouanary, Kourou, Sinnamary) puis vers le sud (Mana, Inini). Les orpailleurs créoles arrivent du littoral guyanais et de la Caraïbe anglophone et francophone. Ce sont souvent d'anciens esclaves affranchis, qui espèrent s'enrichir et se libérer du joug de la plantation et de la précarité de

¹⁴ Concept défini par Emmanuel Terray ; La « délocalisation sur place », consiste dans le fait d'employer de la main-d'œuvre étrangère en situation irrégulière. Ce mode de production, répandu dans les secteurs du service, du bâtiment, ou de l'agriculture par exemple, permet de réduire les coûts du travail et de maintenir travailleurs et travailleuses en position de servilité du fait de leur irrégularité administrative. Les sans-papiers jouent un rôle fonctionnel dans l'économie française où leur présence fait partie des mécanismes et des structures mêmes de l'économie.

l'agriculture de subsistance sur abattis. Dès cette époque, les Bushinigués (principalement les Samaraka), du fait de leur connaissance du fleuve se sont spécialisés dans le transport en pirogue dont ils ont eu le monopole sur le Maroni, la Mana et l'Aprouague. Dès le début du 20^{ème} siècle, il existe des modes d'orpaillage clandestins à côté des sociétés minières officielles. Toutefois, bien que les relations entre les deux soient conflictuelles, les sociétés officielles ouvrent des maisons de commerce où ils rachètent l'or aux clandestins. Du début du siècle aux années 1917, la production atteint entre 2 et 4 tonnes d'or déclaré et on estime que ce secteur occupe entre 6 000 et 12 000 personnes ce qui représente le quart de la population guyanaise (Taubira-Delanon, 2000)

C'est vers la fin des années 1970 à la faveur de l'augmentation des cours de l'or liée à la fin de la parité or-dollar que la prospection de l'or reprend, d'abord en Amazonie brésilienne (100 tonnes par an) puis en Guyane à la fin des années 1980. Les sociétés internationales s'implantent en Guyane à partir de 1993 à côté de l'exploitation par les PME locales ou artisanales souvent officieuses. Aujourd'hui comme hier, Il existe un continuum, du chantier clandestin à l'entreprise aurifère organisée. Selon l'organisation WWF (2009), les entreprises d'extraction légales peuvent acheter de l'or aux producteurs illégaux ou bien leur fournir des matériaux ou carburants payables en or par exemple, ou encore les *garimpeiros* peuvent revendre l'or extrait aux comptoirs français, Surinamais ou brésiliens avec peu ou pas de contrôle. « Cette absorption de l'or illégal par les filières légales française, surinamienne et brésilienne représente un incitatif économique puissant à la poursuite de l'orpaillage illégal en Guyane » (WWF, 2009 : 12). « Plus de 22 tonnes d'or exportées de Guyane entre 2000 et 2008 présentent une origine douteuse.[...] Ce différentiel traduit de manière éloquent l'intégration dans la filière légale, et avant l'export, d'or non déclaré ou produit illégalement » (Taubira-Delannon, 2000). Selon l'organisation WWF, entre 2003 et 2008 par exemple 7 tonnes d'or ont été négociés à Oyapoque alors que la commune n'a pas de site d'extraction sur son territoire et que, plus au Sud, l'or brésilien extrait part pour Macapa. Toujours selon l'organisation la part illégale de l'or extrait tendrait à se réduire depuis 2004/2005 du fait des différentes mesures de contrôle et de coercition prises par l'État français.

On estime entre 80 et 150 le nombre de chantiers clandestins en 2006 ; Si les patrons des chantiers sont souvent guyanais (créoles sur l'Aprouague ou l'Oyapock, Bonis (Alukus) ou métropolitains sur le Maroni), la main d'œuvre est essentiellement d'origine étrangère, souvent en situation irrégulière et travaille dans des conditions extrêmement difficiles ; Selon une informatrice de Maripa Soula

« Les clandestins que j'ai pu rencontrer, ils sont arrivés en 1994 quand les mines au Brésil ont été fermées et que la police fédérale est intervenue... la police fédérale n'est pas comme ici, là-bas, ça ne rigole pas. La plupart des vieux orpailleurs que j'ai connus il y a 5 ans et qui sont

là depuis dix ans ne savent rien faire d'autre. [...] Bon on dit les brésiliens mais il n'y a pas que des brésiliens il y a aussi des péruviens des surinamais, des dominicains et aussi des français bien entendu. On dit brésilien parce que il représente peut-être 80 % je ne sais pas. »

Les sites de production recoupent plus ou moins ceux du premier cycle aurifère, formant deux arcs de cercle, le premier reliant Ouanary à Grand Santi et le second Camopi à Maripasoula (Taubira-Delanon, 2000).

Les principaux sites d'exploitation et d'exploration sont, dans les années 2000 :

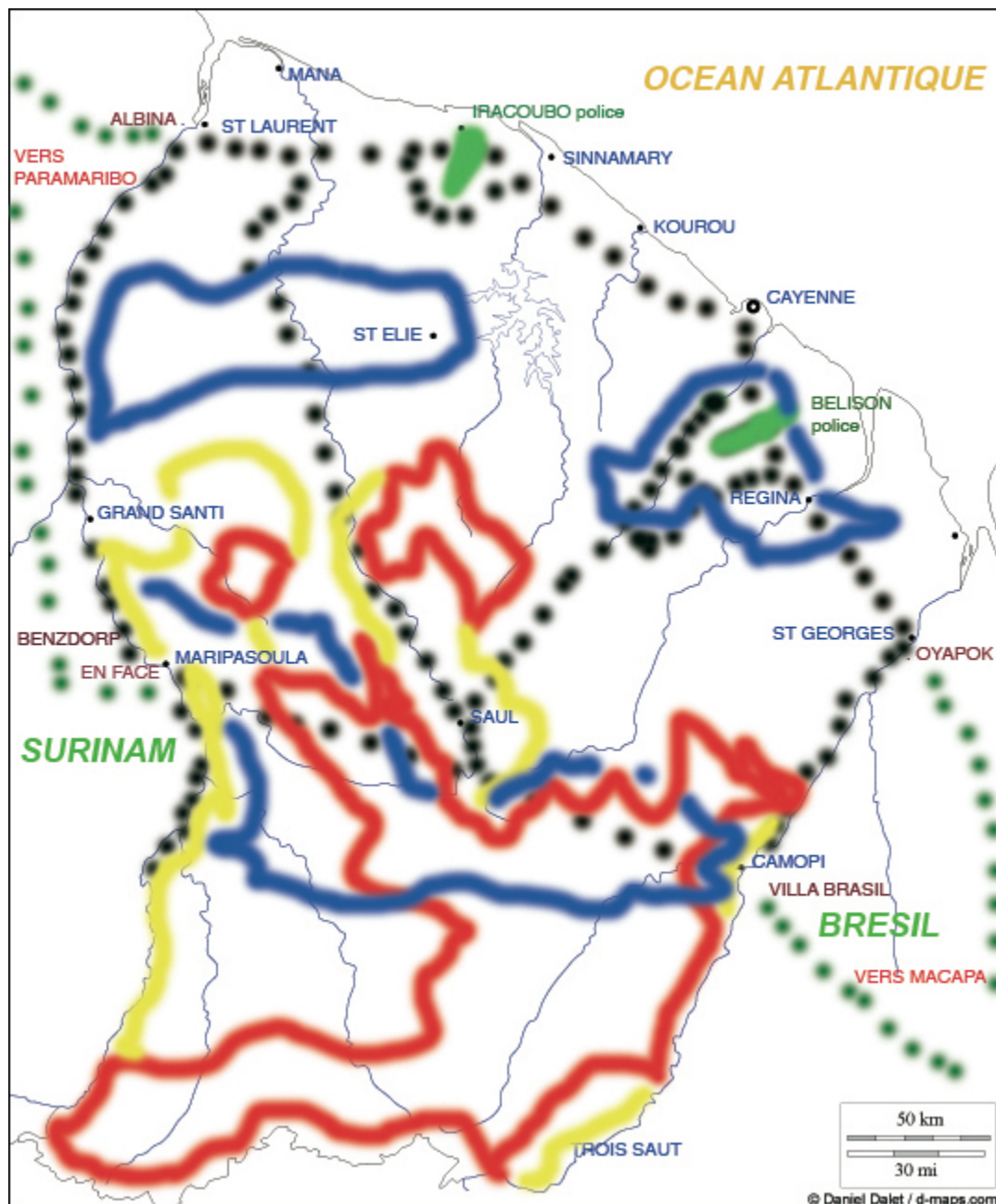
- Paul Isnard et St Elie,
- Les communes du Maroni : Apatou, Grand Santi, Papaïchton- Maripasoula, Yaou, Dorlin et Bois-Canon et une activité alluvionnaire intense sur l'Inini ;
- Saül ;
- La région de Camopi, les têtes de l'Approuague et la Sikini ;
- La montagne de Kaw, zone de prospection et d'exploitation.

Les années 1990 sont des années troubles en matière d'or parce que l'augmentation de l'extraction a été rapide et mal encadrée ; deux catégories d'évènements se croisent : d'une part un projet de parc régional et d'autre part les problèmes liés au maintien de l'ordre autour des exploitations de l'or.

- La création d'un parc régional :

Le projet date de 1992, à la suite de la conférence des Nations-Unies sur l'Environnement et le développement de Rio de Janeiro visant à préserver le patrimoine naturel mondial et a été créé par décret en février 2007, il couvre 3,39 millions d'hectares. Il englobe dans son périmètre les bassins du Maroni et de l'Oyapock. Il concerne les communes de Camopi, Maripasoula, Papaïchton, Saint-Elie et Saül, Zones de faible densité de population, habitée essentiellement par les Noirs marrons et les Amérindiens (voir carte, p 32). Les industriels de l'or ont exercé de fortes pressions pour laisser libre ces zones aurifères. Le parc est encore un enjeu politique entre Paris, certains partis politiques guyanais, certains *gran Man*¹⁵, et le lobby local de l'or. Aujourd'hui, une grande partie des exploitations illégales se trouve dans les frontières du parc (WWF, 2009).

¹⁵ Chefs coutumiers



sources : d'après Bourdier 2004 ; Piantoni, 2009 ; <http://www.parc-guyane.gf/site.php?id=1> ; <http://www.monde-diplomatique.fr/cartes/guyaneterritoire>.

Parcours aérien des migrants



Parcours terrestre des migrants



Limite du parc régional



Zone assimilée au parc



Zone aurifère



- Le maintien de l'ordre autour des exploitations de l'or :

La reprise de l'activité aurifère s'est effectuée avec un encadrement légal réduit au minimum ; après la redécouverte des filons sur le site de l'ancienne mine de Dorlin, Les Bonis (ou Alukus), installés de longue date à Maripa Soula sont les premiers à s'installer sur les sites de la vallée du Maroni dont ils deviendront par la suite patrons et où ils recruteront de la main d'œuvre brésilienne le plus souvent clandestine. Les patrons orpailleurs ne sont qu'une quinzaine, mais les retombées directes et indirectes de leur activité profitent à une grande partie de la communauté, selon le principe des familles étendues (Orru, 2001), ce qui explique leur soutien par une grande partie de la population de la commune de Maripa Soula face aux autorités. Sur l'Oyapock, l'Approuague ou la Mana les patrons orpailleurs sont des Métropolitains, des Créoles ou des Brésiliens.

Dans la région du Maroni, les conditions d'exploitation de l'or ont connu une période particulièrement difficile ; Selon nos informateurs, à Maripa Soula La reprise de l'activité aurifère au début des années 1990 coïncide avec la fin de la guerre civile au Surinam ; Pendant la guerre, l'or servait à payer les armes et les combattants chez les groupes marrons qui ne disposaient pas d'autres ressources. Les marrons exploitaient alors l'or dans la zone du Surinam située entre les rivières Lawa et Tapanahoni, territoires coutumiers Djukas. Cette guerre ayant par ailleurs favorisé un important trafic d'arme dans la région, ces quelques années furent particulièrement marquées par la violence. Si aujourd'hui, cette violence est beaucoup plus limitée, elle reste néanmoins inscrite dans les mémoires.

En Guyane, les incidents violents sont devenus visibles et ont pris un tour dramatique, lorsque en aout 1994 deux patrons d'exploitation sont tués par deux *garimpeiros* brésiliens parce qu'ils refusaient de les payer. Cet incident provoque une chasse ethnique contre les brésiliens dans la région de Maripa Soula et révèle l'ambiguïté des réseaux autour de l'orpaillage : « *Les victimes orpailaient avec deux pompes appartenant au maire de Maripasoula, l'un d'eux était employé comme chef d'équipe pour une collectivité territoriale* » (Lemoine, 2001). Jusque dans les années 2000, la région de Maripa Soula a été le théâtre de nombreux drames avec notamment des faits documentés de torture sur des brésiliens.

Selon Jean François Orru, Certaines communautés parmi les Bushinengués « *se moquent des réglementations et jouent sur le caractère historique de l'implantation de leurs communautés [...] pour justifier cette appropriation de l'espace [...] Un statu quo s'est donc instauré de fait, laissant la région dans un état de non-droit.* » (Orru, 2001). Selon des informations officieuses, le préfet de l'époque aurait confié le « maintien de l'ordre » à l'un des patrons bonis de l'orpaillage. Celui-ci

aurait recruté des hommes de mains issus du conflit surinamien pour éliminer la concurrence clandestine avec des méthodes peu recommandables (Lemoine, 2001).

Le préfet a été démis et remplacé et l'État a gelé l'activité en 1996. En 1998, une loi concernant les titres d'exploitation a été votée, mais son efficacité semble rester limitée. Un climat délétère s'installe entre les différents groupes d'intérêt de la région – orpailleurs et non orpailleurs - pour le contrôle du territoire et des ressources, les uns veulent exploiter l'or, d'autres veulent préserver la région des pollutions au mercure (Taubira, 2000 ; Lemoine, 2001)

Quoiqu'il en soit ce conflit a laissé des marques profondes dans le tissu social à Maripa Soula et l'état n'a vraisemblablement pas joué son rôle régalien de maintien de l'ordre et de protection des populations.

La loi de 1998 étend et adapte aux départements d'outre-mer le Code minier métropolitain et fixe les conditions d'exploitation de l'or ; elle instaure notamment un titre minier pour les artisans. Toutefois, les procédures administratives pour l'attribution des titres miniers étant longues et complexes, un artisan en attente de la délivrance de son titre minier est toujours menacé d'être devancé par un chantier clandestin. Cette loi finalement n'a pas réussi à mettre fin à l'exploitation clandestine, d'autant que la répression de ces activités clandestines s'avère avoir un impact limité : « Les difficultés sont liées à l'impossibilité de contrôler dans un milieu peu accessible des chantiers et des opérateurs très mobiles. L'administration dispose de moyens humains et matériels limités pour effectuer ces contrôles ; les constatations d'infractions seraient peu suivies d'effet, les suites judiciaires concernant essentiellement l'emploi de main d'œuvre irrégulière, [...] Les opérations ponctuelles menées sont en tout état de cause insuffisantes pour arrêter la dynamique d'exploitation clandestine » (Taubira, 2000).

À partir 2002, les premières opérations de contrôle de surveillance ont vu le jour, il s'agit des plans Harpie et Anaconda, et parallèlement on assiste à une forte atténuation des dispositifs les plus violents et les plus « maffieux ». Toutefois, « Malgré les postes de surveillance et de contrôle établis dans l'intérieur guyanais, malgré les missions de destruction des chantiers repérés en forêt réalisées par les équipes de gendarmes, militaires et légionnaires, malgré le travail de renseignement satellitaire développé par l'Office national de forêts (ONF), malgré les enquêtes judiciaires ouvertes par le procureur de la République sur les filières clandestines, malgré les annonces présidentiels et ministériels de renforcement de la lutte contre l'orpaillage illégal, de nombreux indicateurs attestent d'une emprise sans cesse croissante de l'activité d'orpaillage illégal en Guyane » (WWF, 2009).

La production déclarée en 2000 était de 2,8 tonnes d'or tandis que celle estimée, aurait été de 7,3 tonnes. De même, le 1^{er} janvier 2000, 161 entreprises légales déclaraient 900 employés dont 500 étaient titulaires d'une autorisation provisoire de séjour (Taubira-Delanon, 2000). Frédéric Piantoni

estime, en 2008, que 4 500 à 5 000 personnes résident sur les sites d'orpaillage distribués en forêts autour de Maripa Soula (Piantoni, 2009 : 202). Selon plusieurs de nos informateurs en 2010 on pourrait estimer le nombre de travailleurs sans titre de séjour à plus de 10 000 répartis sur l'ensemble des zones d'exploitation, ce qui laisse supposer une augmentation remarquable du nombre de travailleurs clandestins. Ces travailleurs connaissent des conditions de vie et de travail inhumains ; selon l'un de nos informateurs :

« ça n'est plus les Bushinengues aujourd'hui qui travaillent sur les sites, ils sont patrons eux, ce sont les brésiliens qui travaillent pour eux. Il y a un nombre de morts impressionnants, ces gens brésiliens n'existent pas, on ne retrouvera jamais les corps, c'est de l'esclavage moderne. Dans mes anciennes missions, j'ai vu l'état de santé sur les sites illégaux, des femmes et des enfants vivent dans des situations d'état sanitaire, c'est horrible, ils ont presque tous le paludisme, des impacts de leishmaniose, des mycoses... et sont dans un très mauvais état de santé

Il ne faut jamais oublier qu'au dessus de tout ça, des gens financent. Ce n'est pas le sans terre qui va réussir à avoir des fonds pour aller sur un site, c'est pas vrai, c'est tout un réseau qui est mis en place de gens qui exploitent ces gens là. Bien évidemment, c'est pas possible autrement. Je le sais, j'en connais personnellement des garimpeiros. »

Frédéric Piantoni souligne que l'orpaillage repose sur trois piliers : l'or, le transport et le commerce de détail (Piantoni, 2009) ; Nos observations permettent d'ajouter une quatrième composante qui est celle des services domestiques et sexuels.

L'exploitation de l'or est entre les mains des Bonis ou des créoles qui ont la possibilité d'être propriétaires de concessions, le transport sur les fleuves est concentré entre les mains des Djukas (souvent d'origine Surinamaïse et qui ne sont pas propriétaires en France), et le travail d'extraction sur les place est réalisé par des migrants (Brésiliens en majorité), souvent en situation clandestine.

Le commerce de détail, et les services sont majoritairement assurés par des femmes, le plus souvent brésiliennes. La présence des femmes dans ces dispositifs implique parfois celle des enfants et explique l'installation de familles de migrants en situation illégale dans les bourgs situé au point de départ vers les sites d'orpaillage (Maripa Soula, St Élie, par exemple).

3.2.2. Mobilité et économie informelle

- Les fondements historiques

En Guyane les causes, les espaces et directions de la mobilité sont fortement corrélées à la précarité sanitaire et à l'exclusion sociale des personnes ; les configurations de ces mobilités ainsi que de l'organisation spatiale du département ont des ancrages historiques :

Les configurations de la mobilité sont associées au statut politico historique des populations (Piantoni, 2009) : Le littoral (Est-Ouest) est un axe historiquement lié au pouvoir et à la colonisation, c'est là que s'organisent les voies terrestres de communication, la circulation officielle des personnes et des marchandises et c'est aussi sur cet axe que sont installées les structures génératrices de richesses ou symboliques de l'ordre : base spatiale de Kourou, exploitations agricoles autour de Mana, commerce à Cayenne, routes, préfecture (Cayenne) et sous préfecture (St Laurent), centres administratifs, hôpitaux (Cayenne, St Laurent), université et recherche. À l'inverse, les axes perpendiculaires au littoral (Nord-Sud) sont historiquement des axes de résistance ou de marginalité : fuite des noirs-marrons, retrait progressif des communautés amérindiennes. Aujourd'hui, les axes Nord/Sud demeurent des espaces de circulation contemporains privilégiés associés aux activités d'orpaillage ; ce sont des axes de ravitaillement, de circulation de l'or extrait dans les confins du territoire, des travailleurs clandestins, du matériel d'extraction via les fleuves et les criques ou par hélicoptère.

Par ailleurs, Il existe une forte contradiction entre les fleuves comme frontières tels qu'ils sont considérés par les institution et les fleuves comme liens et comme voies de circulation, de commerce et de vie tels qu'ils sont utilisés par les populations amérindiennes, noire-marrons et les migrants brésiliens.

Ce sont précisément des espaces peu investis par les acteurs de santé où se retrouvent les groupes sociaux les plus vulnérables en termes de santé et d'exposition aux risques sanitaires (dont le VIH). Ces populations sont en majorité mobiles et passent pour des séjours plus ou moins prolongés dans les centres urbains (St Laurent, Kourou, Cayenne, Oyapoque) où ils doivent cependant se faire discrets, et de ce fait consultent peu ou seulement en cas d'extrême urgence. Par exemple, Le quartier de la BP 134 à Rémire-Montjoly est un « village communautaire » spontané de 200 personnes, majoritairement brésiliennes et haïtiennes, ou bien à Kourou, un autre « village brésilien » accueille les *garimpeiros* de passage ; ils sont nombreux à être sans titre de séjour.

Ces populations mobiles ont peu de contacts avec les dispositifs d'accès aux soins et à la prévention du VIH comme le soulignait déjà Frédéric Bourdier (2004) ; Estelle Carde (2009) montre que « les personnes immigrées, qu'elles soient étrangères ou naturalisées, en situation régulière ou irrégulière, ont un plus mauvais état de santé que les personnes nées sur le territoire français ». Ces dernières observations portent sur Cayenne et l'Ouest (St Laurent du Maroni) où se trouvent les établissements hospitaliers, dotés de centres de dépistage et de services infectiologie. Dans l'Est et dans le Sud, la situation sanitaire des migrant-e-s est particulièrement précaire, compte tenu de l'impossibilité de se rendre à l'hôpital Cayenne pour une majorité des migrants mobiles ou résidant au Brésil, dans l'Est ou au Sud de la Guyane.

- Contourner les contrôles

Les premiers migrants brésiliens ou latino-américains de la dernière vague sont d'abord arrivés par la mer. Au début des années 1990, ils étaient débarqués au large de Cayenne, et selon nos informateurs, si ils parvenaient à ne pas se noyer (les femmes avec enfant en particulier) et à échapper aux contrôles de police, ils essayaient de trouver de l'embauche dans le secteur informel de l'économie : bâtiment pour les hommes et service pour les femmes ; À partir de contacts pris à Cayenne, beaucoup d'entre eux portaient sur les *garimpos*¹⁶ espérant bien gagner leur vie

L'un d'entre eux se souvient :

« On était en pirogue au large des côtes, de nuit ; la pirogue a heurté un rocher et on a chaviré ; on était 30 à bord, je ne sais pas si tout le monde s'en est sorti. J'ai nagé dans la boue pour arriver sur la berge. »

Cependant le contrôle maritime étant plus facile que le contrôle terrestre, le transport de clandestins est donc incertain et risqué pour le propriétaire du bateau qui encourt une forte amende et la confiscation de son embarcation s'il est arraisonné par la vedette des gardes-côtes. Ce mode d'entrée semble avoir presque disparu, d'autant plus que l'ouverture de la route entre St George et Cayenne en 2002 a permis d'entrer en Guyane et de circuler plus facilement en contournant par la forêt les zones de contrôles de police (comme Belison).

Avant 2002, le passage par la forêt était pratiqué dans des conditions difficiles ; un *garimpeiro* nous raconte :

¹⁶ *Garimpo*, terme brésilien pour désigner le Site d'orpaillage ; *garimpeiro*, orpailleur

« Je suis passé avec un passeur et 3 femmes, des épouses de garimpeiros qui partaient rejoindre leurs maris et chercher à travailler. Comme j'étais le seul homme, je n'ai pas payé mon passage parce que j'aidais le passeur au portage des bagages. On a mis 16 jours de Oyapoque jusqu'à Regina. On traversait les fleuves sur des radeaux de fortune et on marchait dans la boue »

Aujourd'hui, le plus souvent l'accès aux sites d'orpaillage en Guyane française se fait à partir de Maripa soula, Saül, St Elie ou Oyapoque et Camopi; il est rendu difficile par les barrages policiers et les contrôles aux frontières et sur les fleuves. Le transport en avion via Cayenne est bien entendu impossible pour les étrangers sans titre de séjour.

Dans la réalité, il y a d'autres voies d'accès aux sites qui sont connues, mais non répertoriées officiellement et qui sont empruntées par les travailleurs sans titre de séjour, essentiellement des Brésiliens.

Les Guyaniens et les surinamais arrivent simplement par le fleuve Maroni, où la circulation est, dans les faits impossible à contrôler, le fleuve Maroni n'ayant jamais été une frontière pour les populations locales (amérindiens et Bushiningués), mais au contraire une voie de communication et de circulation, autrement dit un lien et non une séparation (Piantoni, 2009).

Pour les Brésiliens aujourd'hui, deux voies d'accès sont utilisées (voir carte p 26) :

- L'avion depuis Belém ou Macapa jusqu'à Paramaribo, puis les routes, les pistes et le fleuve Maroni (en fonction des barrages de police) jusqu'en face de Maripa soula. Une autre voie est de rejoindre la Mana et de la remonter vers l'intérieur. Ces voies d'accès sont onéreuses pour les migrant-e-s qui sont en général pauvres et ne disposent pas de l'avance de fonds suffisante pour financer ce périple.
- Les pistes et les rivières traversant la forêt guyanaise d'est en ouest à partir d'Oyapoque ou de Villa Brasil (en face de Camopi), passant par Saül et les rivières Inini (grand Inini et petit Inini). Un *buriño*¹⁷, (qui est également guide à l'occasion) rencontré à Maripa soula nous explique qu'il a mis 26 jours pour effectuer le voyage par la forêt, de Oyapoque jusqu'à Saül (à mi-parcours) la majorité à pied. Nombreux sont les hommes et les femmes qui effectuent ce trajet dans des conditions extrêmement difficiles pour venir travailler dans la région. Nombreux sont ceux qui périssent pendant ce périple. Ce voyage ne peut pas s'effectuer sans guide.

¹⁷ *buriño* (que l'on peut traduire par mule ou mulet est un terme utilisé par les brésiliens pour désigner des hommes qui portent les marchandises sur leur dos (environ 40 à 80 kg) dans la forêt sur de longues distances (plusieurs jours de marche) ou pour contourner les barrages de police sur les fleuves.

Une femme rencontrée à Oiapoque qui travaille régulièrement et depuis plusieurs années sur les *garimpos* nous explique qu'elle passe par Belém et Paramaribo avant de se rendre sur les sites :

« Pour y aller, je passe par Belém, et de là je prends l'avion pour le Surinam (Paramaribo), de là je passe par St Laurent. Et de là je pars sur les sites d'orpaillage. C'est plus facile par l'Ouest parce que par ici il y a trop de police. C'est trop difficile de traverser le pays ici.

De l'autre côté on ne passe pas par les routes, on passe par les fleuves.

De St Laurent, on prend une voiture qui nous emmène dans un village ; de là on rejoint le Rio Mana, on traverse et on arrive sur les garimpos. ça prend jusqu'à 15 jours en été alors qu'à la saison des pluies ça prend 3 jours.

Quand j'y suis j'y passe 3 mois, pas moins, je peux rester plus parce que parfois on gagne beaucoup d'or, mais parfois on en gagne moins, alors il faut rester plus longtemps. Si je gagne bien je pars après trois mois.

L'argent c'est pour ma famille, c'est pour ma mère et mon fils, il a 6 ans.

Là je vais partir au Maranhão dans ma famille pour Noël et après je repars sur les sites d'orpaillage par Belém »

Un *Garimpeiro* nous donne ses impressions sur les voyages avec les passeurs par les pistes en forêt :

« Il y a des passeurs aussi, pas sérieux, ils veulent l'argent, c'est tout. Ici il y avait beaucoup de passeurs (aujourd'hui il y en a pas beaucoup). Les mecs sont pas sérieux, ils utilisent de la drogue, l'alcool. Ils mettent 10 personnes ou plus dans une petite voiture, sur le capot, sur le dessus, ils se pendent ... Ils roulent à 120 km/h sur les pistes, les lumières éteintes, il y a des morts. Les femmes qui vont là sont plus courageuses que les hommes, elles sont habituées, elles assurent tout. Il y a 3 ou 4 femmes dans les voitures, elles montent sur les hommes. »

3.2.3. L'orpaillage, conditions de vie, les métiers associés à l'or

- Les itinéraires

La traversée de la forêt part de Oyapoque ou de de Villa Brasil, situé en face du bourg de Camopi. Les migrant-e-s rejoignent la crique Sikini qu'ils suivent jusqu'à sa source, gagnent l'Approuague avant de parvenir à la tête du Grand-Inini, qu'ils redescendent vers Maripasoula (Orru, 2001). Certains passages par les rivières sont rendus difficiles à cause des barrages de police ; dans ce cas, les voyageurs quittent le cours des rivières pour traverser par la forêt.

Par cet itinéraire, les *garimpeiros* peuvent rejoindre les *garimpos* du bassin de Camopi, du haut Approuague, de la haute Mana ou du Maroni, autrement dit l'ensemble des sites de l'intérieur du département.

Une jeune femme, travailleuses du sexe :

« ça ne fait pas longtemps que je suis là, j'ai 25 ans, je travaille sur les garimpos du côté français. C'est difficile d'y aller, on prend une pirogue, et on doit aussi marcher beaucoup, plusieurs jours, il faut marcher de nuit dans la forêt pour éviter la police. Le voyage pour aller sur le garimpos est long et difficile. Ça coûte cher parce qu'il faut trouver quelqu'un pour t'emmener là-bas. Si on trouve quelqu'un qui a déjà beaucoup de marchandises à emmener ça va, c'est moins cher. Comme on est assez nombreux pour y aller on n'a pas peur, parce qu'on n'a rien sur nous, mais quand on revient, on a plus peur parce qu'on a de l'or de l'argent, et on a peur de rencontrer la police, là, ils nous prennent tout.

On reste quatre ou cinq mois sur place là-bas. Mais ça dépend, si quand on est là-bas et qu'il y a un barrage de police qui s'installe, il faut attendre qu'ils partent pour pouvoir repasser. Parfois il faut attendre 2 ou 3 jours, parfois plus, une semaine.

Je gagne bien ma vie là-bas, ça marche mieux qu'ici [à Oyapoque]. »

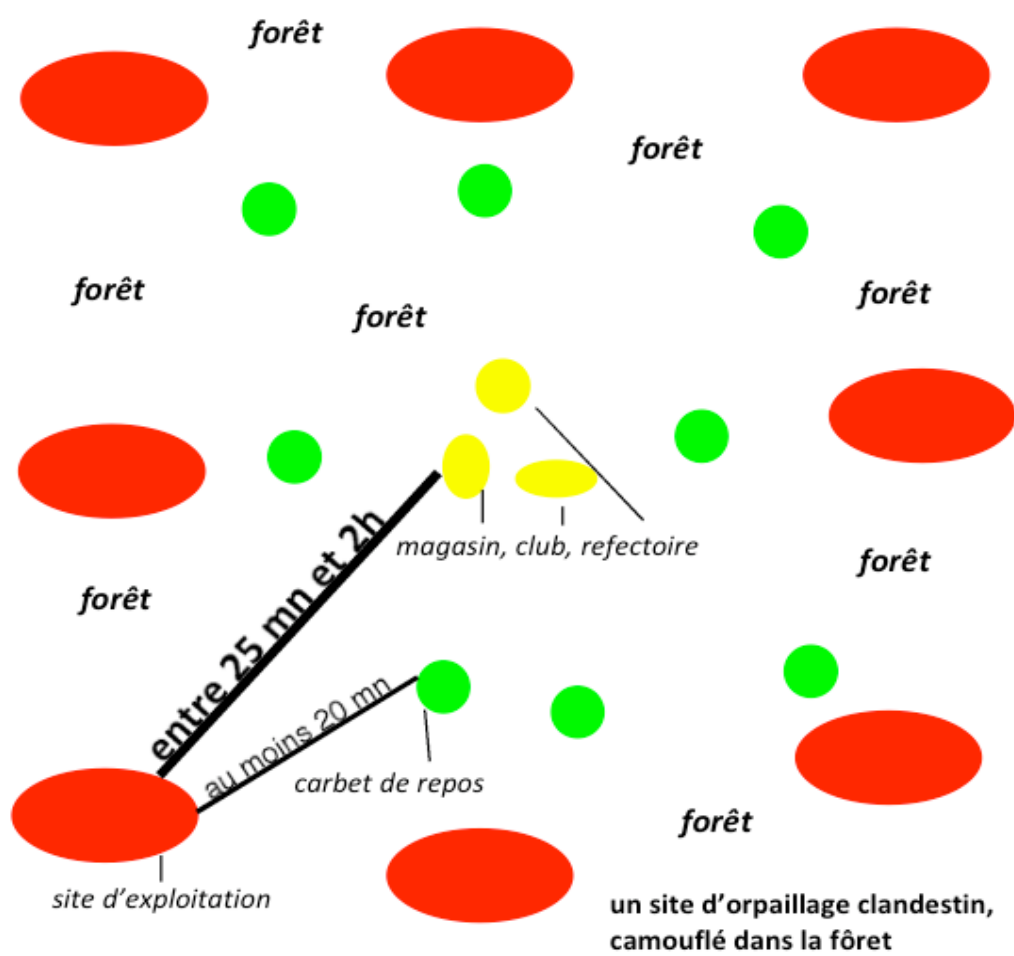
Les sites d'orpaillage sont constitués de plusieurs espaces éloignés les uns des autres afin que les zones déforestées n'attirent pas trop l'attention et surtout pour que les Garimpeiros puissent se cacher en cas d'opération Harpie ou Anaconda. Au centre d'un vaste espace se trouvent les magasins de ravitaillement, sortes d'épiceries où l'on trouve de tout, et les clubs ; Sur un site d'orpaillage, on trouve au minimum une « épicerie » un bar avec un « club » (discothèque/boîte de nuit) où des femmes travaillent.

« Les hommes vont au cabaret, le dimanche personne ne travaille, ils vont à pied, ils marchent 2 h, Là, il se vend aussi des drogues, des armes, à manger et du sexe. » (informateur)

De là partent en étoile des pistes qui, après 25' ou 2 heures de marche conduisent aux sites d'exploitation. Autour des zones d'exploitation, à une distance assez importante se trouvent les carbets¹⁸ de repos.

Les hommes et femmes qui résident sur les sites vivent sur le qui-vive en guettant les bruits d'hélicoptère, se méfiant de tout. Les conflits se règlent souvent de façon radicale, chacun étant armé, il n'est pas rare que les règlements de compte se terminent par des meurtres qui demeurent impunis.

¹⁸ Les carbet sont des constructions en bois couvertes et montées sur pilotis où chacun accroche son hamac.



- Les métiers

L'or génère de nombreux métiers, pour les hommes et dans une moindre mesure pour les femmes. Le patron du site détient les machines dans lesquelles il a investi de grosses sommes. Sur place l'approvisionnement est souvent tenu par un couple, qui s'approvisionne auprès des commerçants qui transportent les marchandises par les fleuves ou les pistes et emploient souvent à la tâche des porteurs ou *buriños*. Une ou plusieurs cuisinières travaillent sur les sites et rendent des services (domestiques et parfois sexuels), et des travailleuses du sexe sont présentes sur les sites. Les *garimpeiros* travaillent à l'extraction et des conducteurs de machines et mécaniciens les accompagnent.

Tous les échanges s'effectuent en or : salaires, achats de matériels ou de services, etc., ce qui est illégal ; La majorité des biens (de la machine outil aux denrées alimentaires en passant par les quads et les produits de santé) sont importés du Surinam et surtout du Brésil de manière illégale, par les rivières par les pistes, en véhicule ou à dos d'homme (*buriños*), et également payés en or. L'or donne l'illusion de gains conséquents par rapport aux salaires au Brésil, « Une femme qui travaille comme travailleurs du sexe gagne plus qu'un médecin au Brésil » (entretien décembre 2010), ce qui masque les coûts prohibitifs de la vie quotidienne sur les *garimpos*. Selon nos informations :

À Oyapoque :

- Agent de santé, temps plein = 600 réais/mois (240 €), infirmière 3 000 réais/mois (1 240 €)
- Loyer moyen pour un studio à Oyapoque = 300 réais (120 €)
- 1 jour de travail à la tâche ± 40 à 50 réais /jour (soit entre 16 et 20 €)

Sur les sites d'orpaillage :

- 3kg de nourriture (1kg de haricot, 1kg de riz, 1 kg de pâtes) coûtent ± 1gr d'or ; parfois le prix des marchandises peut être de 1gr d'or pour 1kg de marchandises
- 3 préservatifs = 1gr d'or (soit environ 26 €)

Travail du sexe :

- une passe (programa) : 30 à 60 réais (entre 12 et 24 €) à Oiapoque, 50 à 60 € à St George, 3 gr d'or sur site d'orpaillage (environ 80 €)

Quelques coûts comparés au Brésil et en Guyane en décembre 2010

Chaque site est équipé de dortoirs (carbets) de cuisines, d'un carbet pour les repas ou le repos, d'une épicerie, d'un bar, souvent équipé d'une télévision collective connectée par satellite aux chaînes brésiliennes.

La nourriture est sommaire (riz, haricots, couac, viande issue de la chasse ou poisson souvent contaminé par le mercure) et tout ce qui améliore le quotidien doit être acheté au prix fort (alcool, cigarettes et autres produits). Le régime alimentaire déséquilibré et la pénibilité des conditions de vie et de travail affectent l'état de santé des personnes vivant sur les sites, et contribuent à diminuer leurs capacités de résistance vis-à-vis des différentes maladies comme le paludisme par exemple.

- Les *garimpeiros*

Ils travaillent entre 4 mois et 8 mois sur un site avec des amplitudes horaires sans limite ou presque. Leurs gains sont variables en fonction de la rentabilité du site, de l'équipement disponible et de la durée de leur séjour.

Un ancien *garimpeiro* nous explique :

« Un exemple de voyage d'un garimpeiro : il repart du site avec 110 gr d'or, c'est 3 ou 4 mois de travail à la boue et la lance, les lances, ce sont des pressions qui arrachent les racines des arbres tellement c'est fort, ils sont couchés sur la lance comme ça et travaillent dans la boue 15 heures par jour. Il arrive à St Georges il lui reste moins de 50 gr d'or. Pourquoi ? Il a utilisé 50 % de son or pour payer les passeurs dont un officiel français. S'il est raisonnable, il aura pas trop couché avec des filles qui prennent 5 grammes d'or la passe, surtout avec les 3 préservatifs à 1 gr d'or... il boira un peu. Chez lui, il a des enfants en général, il achètera une télévision, un vélo, et il n'aura plus rien, il repartira, il faudra encore 4 mois d'esclavage. Le risque que je n'ai pas encore mentionné, c'est qu'il se fasse tuer en ramenant son or, tout le monde s'en fout. J'en ai vu des cadavres dans la forêt. »

- Les commerçant-e-s

Des commerçants acheminent les denrées de toutes sortes, illégalement, en contournant les contrôles ou les barrages policiers dressés sur le fleuve ; pour éviter ces barrages et contrôles, les pirogues sont déchargées, la marchandise portée à dos d'homme sur des sentiers contournant les barrages (plusieurs heures) et elle est ensuite rechargée sur les pirogues. En 2010, il en coûte 40 gr d'or pour 600 kg de marchandise à chaque débarquement et portage. Pour le transport de 600 kg de marchandises un-e commerçant-e gagne 800 gr d'or en moyenne. (ce qui semble-t-il multiplie le coût de la marchandise par 3). Les commerçant-e-s sont souvent des femmes ou des couples. À Maripa soula même il y a peu de commerces, la majorité des commerçant ayant traversé le fleuve (« en face » et à Benzdorf) pour se mettre « à l'abri » des opérations de contrôle françaises. D'ailleurs des

pirogues gratuites emmènent les consommateurs « en face » ; les piroguiers sont rémunérés par les commerçant-e-s.

Elles s'approvisionnent au Surinam ou au Brésil en fonction de la zone qu'elles achalandent et convoient ou font convoier la marchandise en pirogue et/ou à dos d'homme (*buriños*).

Nous avons rencontré Anna 26 ans, brésilienne ; elle vit avec son compagnon lui aussi brésilien elle a deux enfants qui vivent chez sa mère dans le Maranhão. Elle est arrivée dans la région de Maripa Soula il y a un an environ, elle a pris le bus pour Belém, puis l'avion pour Paramaribo, puis elle a ensuite circulé en pirogue ou à pied. Elle vend de l'huile, de l'essence, des vêtements de la nourriture et des boissons sur les sites d'orpaillage qu'elle achète au Surinam.

Entre deux voyages, elle se repose quelques temps sur le pseudo village qui se trouve en face de Maripa Soula. Elle a déjà contracté deux fois le paludisme, ce qui l'a beaucoup fatiguée. Elle raconte que ses voyages sur les sites d'orpaillage sont difficiles et fatigants, mais le rapport économique est valable car il lui permet de faire vivre ses enfants et ses parents au Brésil. Elle sait qu'elle est séronégative parce qu'elle a effectué un test VIH à Belém avant son départ. Depuis lors elle se protège si elle a des relations sexuelles avec d'autres hommes que son compagnon.

Sonia est elle aussi commerçante ; elle raconte :

« Je viens du Maranhão, j'ai 29 ans et quatre enfants là-bas, ils sont chez mes parents. Je vends des remèdes et des vêtements. Mais je ne travaille plus du côté français parce que c'est trop risqué, j'ai trop perdu de marchandise avec les opérations Harpies ; ils brûlent tout, même les habits, même les carbets, les papiers, les magasins, le matériel c'est trop dur. Et c'est risqué, il y a trop de morts dans la forêt, c'est trop dangereux, beaucoup de gens meurent ou disparaissent, c'est chacun pour soi. [...] Je suis allée jusqu'en 5^{ème} ; puis j'ai été domestique, mes parents sont pauvres, ils comptent sur moi. [...] J'ai eu la malaria et j'ai été soignée à Maripa Soula. Je connais le VIH, je n'ai pas fait de test mais je me protège, même avec mon mari parce que je sais qu'il voit plusieurs femmes. Il y a beaucoup de prostituées sur les sites d'orpaillage, mais il y en a peu qui ne se protègent pas »

- Les *buriños*

Ils sont souvent employés à la tâche soit pour décharger et porter le matériel des pirogues pour contourner les barrages de police, soit pour convoier, à pied, des marchandises par les pistes.

Notre informateur nous parle de *buriños* qu'il connaît bien :

« Cet homme a marché 23 jours, c'est un orpailleur, un buriño, pour faire ce travail de portage de marchandise, il a marché d'Oyapock, jusqu'à Saül avec d'autres, il amène 6 bœufs avec 50 kg sur son dos.

Il sait tout faire et connaît tout, tous les noms et les sites. Il connaît tous les sites mais on peut pas lui faire confiance, pour l'argent il ferait n'importe quoi, il pourrait même voler ou tuer.

Un autre collègue que j'ai rencontré qui est guide et buriño m'a dit que pendant le chemin il a rencontré beaucoup de gens morts. Il dit de temps en temps tu vois un tee shirt, un pantalon...à un moment tu ne supportes pas, tu es mort... beaucoup sont là couchés sur le chemin. »

- les cuisinières

Les cuisinières travaillent pour 5 à 10 hommes ; lorsqu'elles rendent des services domestiques (nettoyage, entretien du linge), elles sont payées à la tâche. Pour leur travail de cuisinière, elles sont rémunérées au mois.

L'une d'elle raconte :

« Je gagne 30 grammes par mois. Je suis payée d'un coup, les autres si elles font du travail en plus peuvent avoir 80 ou 100 gr /mois. 1800 réais /mois, c'est beaucoup plus qu'ici [à Oiapoque], ici une cuisinière qui travaille toute la journée, c'est 700 réais. Là bas c'est 5 hommes à s'occuper, c'est tout. Je fais le linge aussi... Certaines font le travail du sexe. Moi, j'étais avec mon homme, je ne faisais pas ça. »

- Les travailleuses du sexe

Les travailleuses du sexe partent sur les sites pour 2 ou 3 mois, elles tournent sur plusieurs sites ou restent sur le même site. Ces *garimpos* se trouvent en France pour la majorité, certains sont au Surinam. Sur les sites et les *garimpos* les travailleuses du sexe exercent dans des « clubs » ou des cabarets qui sont en général accolés aux « épiceries » et aux bars. (cf plan type d'un *garimpo* p XX).

Les femmes y vivent et y travaillent.

« Les femmes qui vont là-bas sont dans les cabarets. Souvent, elles ont un mari là-bas, elles sont amoureuses d'un homme, mais elles ont aussi des clients : le " Gostoso " est celui qu'elle aime, le " Gastoso " est celui qui donne de l'argent » (informateur, décembre 2010)

Plus que les hommes les femmes sont en mobilité permanente ; mobilité à l'intérieur du département d'une part mais également mobilité pendulaire avec le Brésil. Leur mobilité est due à la

fois à la nécessité de se déplacer d'un *garimpo* à l'autre régulièrement pour pouvoir assurer leurs revenus, mais également au fait qu'elles ont souvent des enfants, qu'elles ont confié à la garde de proches, en Guyane, à Oiapoque ou dans leur région d'origine et à qui elles essaient de rendre visite autant qu'elles le peuvent.

L'exemple de Rebecca, rencontrée « en face » de Maripa Soula est éloquent en matière de mobilité. Rebecca est une Brésilienne de 23 ans originaire de Macapa, en situation irrégulière. Elle a un fils de 7 ans au Brésil et son niveau scolaire correspond à la fin des études primaires.

« Il y a deux ans que je suis ici. Quand je suis arrivée, je suis venue jusqu'à Oiapoque puis de là je suis allée à Cayenne en contournant le barrage de Belison par la forêt avec des passeurs ; ça m'a coûté 200 €. Mais à Cayenne, je ne connaissais personne ; alors je suis partie pour Kourou au village brésilien. Mais là je n'avais pas beaucoup de possibilités pour trouver de l'argent ; alors je suis repartie pour le Surinam par la route en contournant le barrage d'Iracoubo par la forêt. A Albina, j'ai trouvé une pirogue pour aller jusqu'à Maripa soula, " en face ". De là on peut partir sur les garimpos. J'y vais puis je reviens. Mais je ne vais pas rester ici. Cette nuit, je pars en pirogue pour rejoindre un garimpo où je vais pouvoir travailler. J'ai déjà travaillé là-bas. On gagne bien mais les conditions d'hygiène ne sont pas bonnes. [...] Ma santé va bien heureusement, parce que ici on ne peut pas voir de médecin. J'ai déjà eu plusieurs fois la malaria mais ça va. Je n'ai jamais fait le test VIH » Lorsque nous lui posons la question des préservatifs, elle reste évasive, elle trouve que c'est cher (trois préservatifs coûtent un gramme d'or).

Dans ce contexte, il n'est guère étonnant que, lors de notre travail de terrain, nous ayons rencontré les populations les plus marginalisées et les plus isolées sur les axes Nord-Sud et sur les berges des fleuves et les criques. Dans des conditions précaires, ils et elles s'arrangent comme ils le peuvent vis-à-vis de la santé comme en atteste ce témoignage d'une cuisinière sur un *garimpo*:

« Sur les sites la passe (programma) est à 3 gr d'or, la nuit 5 à 7 gr. Les préservatifs coûtent 1 gr d'or les 3. Les préservatifs on en trouve sur les garimpos, ça coûte 1 gr d'or pour 3 préservatifs [26 € en décembre 2010]. Ce sont des préservatifs brésiliens et du Surinam. Il n'y en n'a jamais de gratuites. Tout le monde achète les préservatifs, mais ça n'est pas les clients qui paient c'est nous qui les achetons. En général on essaie de partir avec un bon stock on en achète quand il n'y en a plus. »

Une autre travailleuse du sexe est plus nuancée quant à l'accès et l'utilisation des préservatifs :

« Sur les placers il y a des parfois des préservatifs, parfois non. Les premiers jours on a des préservatifs mais après quand il n'y en n'a plus on ne se protège plus. Si on attrape une grossesse ça va, mais si on attrape une maladie plus grave, c'est mauvais pour nous. »

Une autre encore

« Sur les garimpos, il y a des préservatifs, mais on n'en n'achète pas, il y a des femmes qui les vendent. Ce ne sont pas les hommes qui les achètent ce sont les femmes, mais c'est cher. 3 préservatifs coûtent 1 gr d'or, soit 50 réais ou 26 €. C'est le rôle des femmes d'avoir les préservatifs.

Les femmes qui travaillent dans les cabarets se protègent quand elles ont des préservatifs. »

La réduction des risques en matière d'IST et de VIH n'est qu'un révélateur de la question de la santé sur les *garimpos* comme en atteste les témoignages suivants :

« Il n'y a rien, quand on est malade on cherche des médicaments et on prend ce qu'on trouve, on ne sait pas si on a le palu, si c'est un problème de rein. On attend que quelqu'un parte pour retourner en ville » (une travailleuses du sexe)

Une autre le confirme :

« On ne fait pas de dépistage, on ne sait pas où on pourrait le faire ; pour la santé sur les sites d'orpaillage c'est difficile, si j'ai un problème de santé je vais au centre de santé quand je retourne à Oiapoque, et si je suis bien malade au garimpo il y a des gens qui vendent des médicaments et qui soignent. Il y a des gens qui font des points de suture, qui posent des perfusions, etc., ce sont des gens qui savent faire ça mais aucun n'est professionnel. [...] La santé sur le site c'est pas bon, beaucoup de malaria et beaucoup d'hépatites et à Oiapoque c'est pire que tout ; pour les soins c'est compliqué, c'est même impossible »

Une jeune Brésilienne de 25 ans nous dit au contraire qu'elle sait que du côté français le test VIH est gratuit. Pour sa part, elle l'a déjà fait à Belém et se protège. Elle a eu la malaria trois fois ; deux fois elle s'est soignée sur le site d'orpaillage où elle se trouvait et une fois elle a pu revenir à Maripa Soula où elle a été soignée au centre de santé.

Une jeune femme de 29 ans, mère de trois enfants au Brésil (Maranhão) nous raconte :

« J'ai une collègue qui était malade de la leishmaniose sur le site. Elle ne pouvait pas travailler, mais n'avait pas d'argent pour repartir. Elle s'est suicidée. Elle s'est pendue à 20 mètres de son Carbet... On l'a mise dans la terre, comme ça. Il y a beaucoup de morts dans la forêt. Les gens disparaissent, on n'en parle plus, c'est comme ça. La vie est difficile, c'est

chacun pour soi. Sans or tu n'as rien. C'est l'enfer, personne n'aide personne. Si tu es malade et que tu n'as pas d'or, tu es sûre de mourir. Mais on le fait pour nos enfants, pour qu'ils aient une vie meilleure. [...] Notre corps, c'est notre gagne pain, donc on doit le protéger dans la forêt, mais sans hygiène, sans bonne eau, c'est dur. Et parfois il n'y a pas grand chose à manger, un peu de Kwak¹⁹, des sardines, c'est tout. »

- accès aux soins, à la prévention et politique de contrôle

Toutes les travailleuses du sexe (hommes et femmes) interviewé-e-s à Oiapoque comme « en face » de Maripa Soula et à Maripa Soula ont travaillé en France sur les sites d'orpaillage, nombreuses sont celles qui disent avoir marché des heures en pleine forêt, toutes ont pris des risques, attendu des heures cachées que les gendarmes s'en aillent ; l'une d'entre elles raconte que certains policiers ou militaires laissent passer moyennant finances. Toutes ont connu au moins une fois les opérations anaconda ou harpie. Lors de ces interventions, les militaires détruisent tout le matériel, et brûlent tout ce qu'ils trouvent : carbets, vivres, affaires personnelles et tous les papiers d'identité. Les personnes qui se trouvent sur les sites fuient alors dans la forêt sans rien. Un intervenant de terrain le confirme :

« Ça s'est développé depuis 5 ans ; Les opérations Harpie sur le fleuve, ils tirent dans le matos, ils éparpillent tout le monde, c'est des moments extrêmement difficiles tant pour les orpailleurs que pour les femmes. Beaucoup de femmes originaires du Brésil étaient bloquées en face de Maripa soula ; de nombreuses femmes qui passaient une seule nuit avant de se rendre sur les sites étaient bloquées une quinzaine de jours »

Un jeune travesti brésilien nous raconte son expérience :

« Quand la police française arrive dans un garimpo, ils brûlent tout, ils ne laissent rien. Et nous on fuit en courant dans la forêt et on laisse tout. Ça m'est arrivé une fois. On était là, on travaillait, ils sont venus avec des hélicoptères, on était en train de travailler, c'était en juin dernier [juin 2009]. Ils nous ont encerclé, car il y en avait déjà d'autres avec des pirogues qui nous avaient encerclé ; il y avait les militaires, les gendarmes et la légion, ils étaient avec 4 hélicos, très bien armés, ils étaient très nombreux. Ils ont tout brûlé, les vivres, les maisons, tout.

J'ai essayé de fuir en courant dans la forêt, mais ils étaient partout et ils m'ont attrapé, ils m'ont attachée toute une journée. Et puis après ils m'ont détachée, et je suis partie me cacher

¹⁹ Kwak ou couac : Semoule de manioc

dans la forêt. Ça a duré 5 semaines, je me suis cachée 5 semaines dans la forêt, on attendait qu'ils partent pour se réinstaller, mais ils ne repartaient pas, ils s'étaient installés, ils restaient.

Pour se ravitailler, on attendait les pirogues de nuit des clandestinos qui venaient avec de la nourriture. De toute façon c'était difficile de sortir, et puis on voulait reprendre le travail. On achetait les provisions aux illégaux du Brésil, qui venaient en pirogue en évitant la police.

Souvent on devait changer de coin, soit on dormait dans la forêt, soit il y a des « baraques » (Barraco) où on pouvait rester, mais tous les jours la police nous cherchait, on devait toujours attacher notre hamac et partir ailleurs. Dans ma baraque /mon camp on était 13 personnes.

Quand ils sont arrivés, ils m'ont relâché parce qu'il n'y avait plus de place pour nous « deportado » [expulser], ils n'ont emmené que les plus âgés ou les malades.

Pendant cette période il y avait au moins 2000 personnes qui se cachaient dans la forêt. C'était en juin 2009

J'ai finalement réussi à sortir en canot par le Rio Mana pour partir au Surinam ça fait 3 jours de pirogue [...] Et quand je suis arrivé à St Laurent la police m'a de nouveau arrêté alors que j'étais sur le fleuve en train de passer de l'autre côté. On était 10 personnes sur la pirogue et ils ont arrêté la pirogue. On sortait tous de la forêt, ils nous ont pris, nous ont emmené à Iracoubo, puis à Kourou, puis à Cayenne, et de là ils nous ont envoyé à St George ; le tout en voiture. Ça a duré 4 jours, ils ont été corrects avec nous, mais on avait très peu à manger. Seulement de la baguette et de l'eau. Ce sont les gendarmes qui nous ont arrêtés et transportés, ensuite ils nous ont remis à la PAF. On a été emmené à Rochambeau [aéroport de Cayenne]. »

Un *garimpeiro* témoigne aussi de son expérience :

« C'est dans le carbet où il y a la marchandise, la dame fait le café, je suis en train de m'habiller, la police est là, 8 policiers, je ne pouvais pas courir... ça faisait déjà un moment qu'ils avaient commencé les opérations Anaconda. On savait que ça pouvait arriver. Ils ont coupé le plastique, mis le linge dans le feu de la cuisinière... j'ai dit " non, mes papiers sont dans la chemise ", et ils me les ont donné, j'ai eu de la chance, normalement ils les jettent dans le feu. Ils ont brûlé tout le matériel. Je suis resté en tee shirt, sans chemise, pieds nus, et

je suis sorti comme ça ; je devais courir pieds nus, comme tous les hommes et femmes de ce site, il y avait au moins 800 personnes, elles se sont mis à courir... la police derrière nous, mais ils ne savent pas courir dans la forêt. Je me suis fait mal aux pieds. Là où j'étais, mon travail, c'est trop loin à pied pour eux, eux vont en hélicoptère... Après je suis venu à Oiapoque. »

Il apparaît au travers de ces entretiens que la santé n'est pas une priorité face aux conditions de survie liées à l'activité clandestine de ces migrant-e-s. Comme il a déjà été démontré par ailleurs, les politiques publiques répressives ne permettent pas un minimum de suivi sanitaire des populations (Fassin et alii, 2000, 2002 ; Guillemaut et al., 2006, 2008). L'étude de Frédéric Bourdier (2004) montre que, à Cayenne, les migrants consultent au dispensaire en moyenne 7,5 ans après leur arrivée en Guyane.

Conclusion du chapitre

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 » (Tarrius, 2006 ; Bourdier, 2004) 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, y compris en matière d'expulsion ; Les Brésiliens ont représenté 48 % du total des reconduites à la frontière en 2006 (Cardes et al, 2010), et l'on peut penser que cette proportion ne diminue pas au regard d'une alerte donnée par La Cimade en octobre 2011 : « *Les expulsions se multiplient à une cadence effrénée en Guyane. [...] Aujourd'hui, la majorité des étrangers est placée en rétention dans la soirée pour être expulsée à l'aube suivante, avant l'arrivée de l'équipe de La Cimade ou du service médical. Du coup, il est impossible aux personnes ainsi placées en rétention de faire valoir leurs droits. [...] Quotidiennement l'équipe de la Cimade fait face à ces déferlantes de reconduites sans règle ni logique et au mépris des droits de ces hommes et femmes. »*

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 corolaire²⁰. Cette situation de forte répression implique que les conditions de travail des étrangers en situation irrégulière sont particulièrement précaires et difficiles. On peut avancer que les conditions de travail sont proches de

²⁰ Sans oublier les effets sur la santé des populations locales amérindiennes en particulier

celles de l'esclavage pour les porteurs (*buriños*), les orpailleurs (*garimpeiros*) et tous les métiers domestiques associés (réalisés par des femmes). Ces conditions de travail rappellent ce que Emmanuel Terray qualifie de « délocalisation sur place ».

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.

La circulation migratoire en effet 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 » (Bozon, 2001). 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 au cours de leurs périple 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 sur la commune de St Elie illustre les effets de la mobilité et des conditions de vie qu'elle implique ; Cette étude, portant sur une partie de la communauté brésilienne vivant à St Elie et travaillant sur les sites d'orpaillage montre que « *les enfants n'habitaient pas à Saint-Élie (87% ; 55/63) et le partenaire sexuel régulier n'était que rarement le père ou la mère des enfants (22% ; 14/63). La médiane du nombre d'années passées avec le partenaire fixe n'était que de 2 ans (Intervalle interquartile : IIQ : 0,7 – 4 ; n=57). La médiane du nombre total de partenaires sexuels dans la vie était de 20 (IIQ : 12 – 50 ; n=33) pour les hommes contre 4,5 (IIQ : 3 – 7,5 ; n=40) pour les femmes. 75% des hommes (23/31) avaient déclaré avoir déjà fréquenté des prostituées* » (Lormée et alii, 2004).

Du point de vue des politiques publiques et de leur impact sur la santé, l'exemple de la lutte contre le paludisme est éclairant²¹ ; une observation comparée de l'évolution de l'incidence du paludisme en Guyane et au Surinam montre que, au Suriname, l'incidence a chuté de plus de 8 000 cas en 2004 à 1 371 cas en 2009 (dont plus de 1 000 contractés en Guyane française). En Guyane française en

²¹ Paludisme à *Plasmodium Falciparum* pour un tiers des cas (37% des cas confirmés en 2010) et *P. Vivax* pour deux tiers, entraîne plusieurs centaines d'hospitalisations chaque année (ARS, 2011)

revanche, l'incidence stagne entre 3 000 et 4 500 cas annuels depuis 2004. Au Suriname, l'effondrement de l'incidence à partir de 2005 coïncide avec l'implantation d'un ambitieux programme de lutte contre le paludisme soutenu par le Fond Mondial et l'Organisation Mondiale de la Santé, alors qu'en France, aucune mesure d'envergure n'a été entreprise au cours de la même période ; l'ARS souligne que *« Cette situation étant concomitante du renfort des opérations françaises de répression contre l'orpaillage clandestin, l'occupation clandestine du territoire forestier apparaît comme un facteur de persistance de foyers d'infestation palustre en Guyane, ce que l'absence de programme de prévention à destination des populations de ces sites peut expliquer. »*

(ARS Guyane, 2011)

« Les variations infra régionales du niveau d'endémie et de la répartition des espèces plasmodiales semblent aussi corrélées à l'existence de foyer de populations d'orpailleurs : les communes impactées par ces activités, comme Sainte Elie, St Georges et Saül connaissent une augmentation de la proportion d'infection à P. Falciparum. A l'ouest, indépendamment de l'effet indirect des opérations militaires françaises évoqué précédemment, la franche diminution observée sur le bassin du Maroni est probablement en partie imputable à l'efficacité du programme national de lutte anti palustre mené au Suriname. Sur la zone littorale, les cas signalés sont généralement des cas importés depuis les foyers endémiques de l'intérieur ; toutefois, certaines zones à transmission autochtone sont identifiées dans des quartiers de l'île de Cayenne - à Matoury notamment - ou à Kourou, sur la route du Degrad Saramaca » (ARS Guyane, 2011).

Par ailleurs, Taubira (2000) souligne que *« Le développement de la résistance aux traitements chimiques a réduit la gamme des antipaludiques disponibles. Le bon usage des médicaments actuels en milieu hospitalier bien équipé et même en centre de santé éloigné est corrigé négativement par l'automédication »*.

Ainsi, l'incidence du paludisme 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.

-3.3. Maripa Soula, « ici, c'est l'or qui fait l'histoire²² »

Lorsque nous étions sur les terrains du littoral, personne n'a été en mesure de (ou n'a souhaité) nous informer sur l'état de la situation à Maripa soula ; les seules informations que nous ayons eu étaient que l'endroit était particulièrement dangereux du point de vue de la sécurité physique même. En

²² remarque souvent entendue lors de notre séjour

effet, les souvenirs des exactions et crimes des années 1990 et 2000 restent gravées dans les mémoires et cette région est perçue comme une zone hors la loi.

Sur place nous mesurons la distance entre Maripa soula et les villes guyanaises (St Laurent et Cayenne). En réalité, les acteurs locaux ne connaissent aucun de nos interlocuteurs rencontrés sur le littoral qu'ils soient associatifs ou institutionnels. Nous mesurons que des professionnel-le-s qui étaient en charge de la coordination de la lutte contre le VIH depuis des années, ne vont pas à Maripa soula ! Est-ce à cause du manque de sécurité ? (la zone a connu une situation de non droit absolu entre les années 1994 et 2002 environ) ? est-ce à cause de la distance et des coûts afférents à ce type de déplacement ? En 2010, la MISP (médecin inspecteur de Santé publique) nous a confié être allée à Maripa soula sur une période de congés (donc à ses frais). La plupart des intervenants rencontrés nous ont confirmé qu'en dehors de la conurbation Cayenne-Kourou, les actions de lutte contre le VIH étaient inexistantes dans le département et n'intéressaient d'ailleurs pas grand monde.

Avec la reprise de l'activité aurifère, l'immigration brésilienne est devenue visible ; À Maripa Soula nous dit-on

« Il n'y avait pas un brésilien il y a 10 ans. Maintenant, il n'y a que des brésiliens. En face il y a des brésiliennes surtout, des Guyaniennes un peu, quelques dominicaines, quelques Ste Luciennes ».

« En face » est un « village » crée de toutes pièces après les changement de politique à l'égard des migrant-e-s à partir de 2002. Afin de courir moins de risque la majorité d'entre eux est allé s'établir de l'autre côté du fleuve, au Surinam.

Une infirmière de Maripa Soula le confirme :

« Il ya quelques années ... il ya cinq ans en face il n'y avait rien du tout. Quand on allait à Antécumpata il n'y avait pas de magasins côté Surinam et maintenant il y en a cinq ; on appelle cela les chinois. Pour ce qui est d'en face j'ai découvert que cela avait poussé comme des champignons, restaurants maisons, bordels... On trouve de tout. On ne voyait pas les sites d'orpaillage non plus. »

- Présentation

Maripa soula s'est développée à la fin du 19^{ème} siècle avec l'arrivée des premiers chercheurs d'or. La commune proprement dite a été créée en 1950 par le préfet de l'époque, pour offrir aux mineurs de Dorlin un village avec un dispensaire, un centre administratif et une église. Le village est devenu une commune par décret du 17 mars 1965 (Taubira, 2000). Le bourg comptait 48 habitants au

recensement de 1948, 886 au recensement de 1982, 3 710 en 1999 et 5 545 en 2007 (source INSEE). En réalité la population est probablement comprise entre 6 000 et 9 000 personnes en 2010 si l'on inclue les personnes en situation irrégulière et ceux qui sont sur les placers et barges. Maripa Soula est une mosaïque culturelle : amérindiens, noirs marrons (Alukus, Djukas, Bonis...), créoles, européens s'y côtoient depuis longtemps. Plus récemment les Brésiliens, les Péruviens, les Surinamais, les Haïtiens et les Chinois s'y sont également installés.

Maripa Soula est la commune la plus étendue de France (sa superficie couvre 21 % de la Guyane française, et équivaut à la région Limousin soit 18 600km²). Elle est située en bordure du fleuve Maroni Les seules voies de communication officielles sont le fleuve (3 à 5 jours de pirogue depuis St Laurent du Maroni) et l'avion (1h 30 pour Cayenne) à condition de trouver une place sur un vol (parfois 15 jours d'attente, sauf passe-droit) et à condition que les vols soient bien assurés (problèmes techniques ou de matériel). Du fait peut-être des conditions et des intentions de sa création, le village puis la commune ne fut jamais un lieu d'activité économique.

La création du barrage (police et douane) d'Iracoubo en 1986 sur la route de Cayenne à une trentaine de kilomètres de la sortie de St Laurent ayant limité les circulations Est-Ouest, les circulations Nord-Sud et notamment vers l'amont du fleuve Maroni à cause de l'or se sont accentuées, avec la création d'une économie fluviale lucrative autour de Grand-Santi et Maripa soula.

De plus, à la fin de conflit surinamais en 1992, on assiste à une migration de « retour » vers l'amont du fleuve, après un fort exode rural les années précédentes liées entre autres à la construction de Kourou. Cette migration de retour est liée aux faibles perspectives d'emploi sur le littoral et à la généralisation des prestations sociales (RMI, allocations familiales...) qui permettent de meilleures conditions de vie sur le fleuve (grâce aux abattis qui assurent la subsistance) et aux activités frontalières informelles (business...). Les emplois créés par la décentralisation administrative et la création des communes fluviales attirent aussi les marrons vers les communes où ils espèrent pouvoir bénéficier d'emplois communaux ou administratifs. Les Bonis qui sont français peuvent bénéficier de ces dispositifs (emplois dans l'administration, prestations sociales, droit à des concessions) ; Pour la plupart des Djuka, dont la majorité non française ne bénéficient pas de ces possibilités, le transport et le commerce sur le fleuve ont représenté une opportunité économique. Autour de l'exploitation aurifère et du fait des droits coutumiers sur les territoires ces deux communautés se trouvent plus ou moins en rivalité : le côté français est plus riche en or que le côté

Surinamais. Or les Bonis peuvent légaliser leurs concessions²³ tandis que les Djukas le plus souvent surinamais n'ont pas de titre de séjour, ce qui explique leur spécialisation dans le transport.

Ce sont les marrons « urbains » qui créent les *kampus* dans la région de Maripa Soula (Piantoni, 2009) et qui acquièrent un certain contrôle social des activités autour de l'orpaillage (approvisionnement, transport). Certains sont orpailleurs eux-mêmes exploitant des concessions, légales ou non.

Maripa Soula, nous l'avons souligné, a connu une période de violence particulièrement difficile entre le milieu des années 1990 et le début des années 2000. Les opérations de police Anaconda et Harpie ont succédé aux violences non régulées ; Ainsi, si les risques de torture et d'assassinat se sont éloignées pour les travailleurs migrants, les conditions de vie sont restées précaires, car la possibilité d'une intervention de l'armée, de la police ou de la légion entraînant arrestations et expulsions du territoire est toujours possible.

Une infirmière du centre de santé nous le confirme :

« Il y a 5 ans il y a eu beaucoup d'opérations militaire pour vider les sites d'orpaillage entre autres celui de Dorlin. À l'époque je travaillais sur St Elie mais également sur tout le fleuve ... J'étais à Saül aussi ; et il y a commencé à y avoir des brésiliens à Saül car il s'enfuyait tous du nettoyage de Dorlin, enfin de plusieurs sites... je ne connais pas exactement tous les noms. Et tout le monde a filé sur le haut vers L'Inini donc j'ai retrouvé des gens que je connaissais d'ici [Maripa Soula]. Quand je suis revenue cette année, j'ai été absente pendant 4 ans, j'ai constaté que ST Elie à été vidé et les gens se sont cachés plus loin dans la forêt. Par rapport à Maripa soula les opérations Harpie ont un peu recommencé cette année [2010], il y a eu tout un moment ou en face il y avait du monde avec des filles bloquées. »

Aujourd'hui, Maripa Soula est un gros bourg constitué d'un habitat dispersé composé de cases en bois pour certaines sur pilotis et d'habitations en béton. La plupart sont pauvres et sommaires. On y trouve les services de base (poste, école, collège, centre de santé, ...), des bars quelques hôtels et quelques « bordels » officiels.

²³ En principe les concessions des terres par l'état aux chefs coutumiers ne concernent que l'agriculture et excluent l'activité d'extraction, mais personne ne peut en contrôler l'usage...

- Travail du sexe

En face de Maripa soula sur la rive Surinamaïse, se trouve un « village » que nous appellerons « en face » dans la mesure où ce lieu n'est pas à proprement parler un village, mais un espace frontalier investi par les personnes qui ne peuvent pas résider et commercer à Maripa soula. Là les maisons sont en bois, sur pilotis, et chaque mètre carré est à vendre ou à louer très cher. Les locations sont prisées, car c'est là que les *garimpeiros*, et ceux qui travaillent pour l'or, y compris les femmes attendent de partir ou de repartir sur un *garimpo*. Les moins chanceux ou les moins fortunés, ceux qui attendent un nouveau départ mais n'ont plus d'argent pour louer une chambre louent un espace sous les maisons pour accrocher leur hamac sur les poteaux qui servent de pilotis. En matière de santé, il n'y a aucun service officiel de santé, mais on trouve tous les médicaments sans prescription et au prix fort « en face ». Pour se soigner les résidents de ce lieu se rendent à Maripa Soula, au centre de santé, à condition que la police leur en laisse l'accès.

Il n'y a pas officiellement de prostitution « en face », pas plus qu'à Maripa soula ; les femmes qui y sont viennent se « reposer » après un séjour sur les sites d'orpaillage. Toutefois, les femmes qui sont là ne « refusent pas » les clients. Aussi, « chez Nelly » (en face), se trouve une cinquantaine de femmes essentiellement brésiliennes lors de notre séjour en décembre 2010, et, comme à l' « Atika » (Maripa soula) les clients peuvent trouver des travailleuses du sexe.

Les femmes tournent sur les sites et en changent régulièrement pour s'assurer l'intérêt des clients. Une infirmière de Maripa Soula nous dit

« On évalue mal les femmes qui travaillent et cela bouge tout le temps quand j'étais à st Elie, il faut 4 jours pour y aller, j'ai rencontré des filles qui avaient travaillé à Maripa Soula. En fait les filles que j'ai rencontrées elles avaient déjà travaillé partout. »

Elles se connaissent probablement bien entre elles et communiquent fréquemment comme en attestent leurs témoignages, c'est souvent « par une amie » que qu'elles arrivent sur les sites d'orpaillage. Elles forment une sorte de réseau informel qui alimente une circulation migratoire entre le nord du Brésil, Oiapoque et l'intérieur du département de la Guyane. Selon Diane Vernon (1996), certains *garimpeiros* prennent des compagnes plus ou moins fixes pour quelques semaines moyennant un paiement en or (20 gr en 1995).

Le travail du sexe se déroule essentiellement à Benzdorf, en aval de Maripa soula et en amont de Papaïchton, sur la rive Surinamaïse du fleuve, qui est l'ancien site d'une mine d'or qui est plus ou moins épuisée. Depuis les opérations Harpie et Anaconda, et depuis le renforcement de la lutte

contre l'immigration clandestine en 2002, c'est là que se sont repliés la majorité des acteurs qui travaillent en liens avec l'orpillage, vendeurs de machines-outils, d'essence, épiciers et grossistes, travailleuses du sexe, hôtels, etc., montrant, encore une fois que si le fleuve est une frontière administrative, il est aussi un lien et un moyen d'échapper aux contrôles tout en poursuivant les activités sur le territoire français. Le village reste un lieu de repos pour les *garimpeiros* et les femmes entre deux séjours sur les sites en forêt guyanaise. Le lieu est réputé dangereux, il est déconseillé de s'y rendre sans avoir pris de nombreuses précautions, et sans être en lien avec l'un des acteurs qui travaille sur ce site (qui jouerait un rôle de sésame en plus de la protection physique).

En matière de préservatifs, nous avons fait le constat, comme Diane Vernon (1996) en 1995, qu'il n'y en avait pas à disposition sur le site de Maripa Soula. Le centre de santé en distribue à la demande, mais en règle générale les femmes qui disent en utiliser les achètent au Surinam voisin. Pour notre part nous en avons remis aux femmes rencontrées et aux tenancières de bars, avec du gel lubrifiant. Les préservatifs ont été accueillis avec gratitude, tandis que le gel n'a pas eu le succès escompté. En discutant avec nos interlocutrices, il est apparu que son usage dans le travail du sexe était assez méconnu, et plutôt mal considéré. Ici comme partout le gel intime est associé à la sodomie elle-même reliée exclusivement à l'homosexualité dans les représentations de sens commun et dans les discours.

Les femmes ont été rencontrées « en face » de Maripa Soula en décembre 2010- Janvier 2011. Comme le montre le tableau récapitulatif de ces entretiens ci-dessous, leur âge se situe entre 23 et 35 ans, leur niveau scolaire ne dépasse pas le collège. Un peu plus de la moitié a des enfants qui sont restés au Brésil à la garde des parents. En général, ces derniers sont de milieu modeste, la plupart étant des agriculteurs ou pour les femmes des domestiques. Avant leur départ la plupart des jeunes femmes disent qu'elles étaient domestiques, femmes de chambre ou vendeuses. Deux d'entre elles avaient déjà travaillé comme travailleuses du sexe à Belém ou Macapà. Les causes de leur départ sont massivement liées à la recherche d'argent pour elles, leurs enfants mais aussi pour leurs parents dont certains sont à la retraite et sans pension. Elles ont décidé de partir soit parce qu'elle connaissait déjà quelqu'un qui avait fait ce voyage, soit parce qu'elles sont parties à deux. Aucune ne fait mention de réseau de TEH (traite des êtres humains), et, si elles ont eu recours à des passeurs, c'est en général pour passer les barrages de police sur les routes de Guyane (Belison et Iracoubo). Toutes ont eu l'occasion de séjourner à Oiapoque, Cayenne, Kourou, Maripa Soula et « en face », soit entre deux séjours sur les *garimpos*, soit lorsqu'elles retournent chez elles. Il semble qu'elles essaient de retourner chez elles pour les fêtes et les occasions familiales une fois par an ou tous les deux ans.

Elles ne souhaitent pas s'installer durablement, mais seulement gagner de l'argent pour améliorer leur vie et celle de leurs proches au Brésil.

Prénom	Âge	Origine	niveau scolaire	mari ou compagne ici	Enfants	Travaille ici depuis	Test VIH	Connaissance test gratuit en France ?
Anna, commerçante	26	Maranhão	collège	Oui	2	1 an	Oui à Belém	oui
Olivia commerçante	29	Maranhão	Collège (5ème)	Oui	4	8 mois	non	non
Sabrina,	25	Para	Collège (6ème)	non	0	18 mois	Oui à Belém	non
Silvia	23	Amapa (Macapá)	Fin de primaire	non	1	2 ans	non	oui
Helena	25	Para	Fin de primaire	non	0	2 ans	Oui à Belém (VIH et hépatite)	oui
Naira	23	Amapa	collège	non	1	1 an	non	non
Rafaela	28	Maranhão,	collège	non	2	6 mois	2 fois VIH et hépatite à Belém	oui
Diana	23	Maranhão,	primaire	non	0	18 mois	oui	oui
Dunia	23	Piaui	primaire	non	0	6 mois	non	non
Camilla	29	Maranhão	collège	non	3	6 ans	oui	oui
Flavia	26	Maranhão	collège		1	2 ans	Oui deux fois	oui
Alicia	32	Belém	primaire	oui	4	6 ans	non	oui
Irena	35	para	primaire	non	3	7 ans	Oui trois fois	oui

Femmes commerçantes ou travailleuses du sexe interviewées sur la rive surinamienne du Maroni

Toutes disent que la vie et le travail sur les *garimpos* sont difficiles à cause de la violence, du manque d'hygiène et des difficultés liées à la santé (essentiellement le paludisme et la leishmaniose). En matière de VIH et d'IST, elles sont assez bien informées, connaissent les modes de transmission et disent utiliser des préservatifs. En réalité, lorsque l'on approfondi les conditions d'usage des préservatifs, l'on comprend que d'une part elles n'en n'ont pas toujours avec elles et d'autre part, toutes ne les utilisent pas systématiquement. Plus de la moitié déclare avoir réalisé un test VIH au moins une fois en France ou au Brésil. Ce sont celles qui n'ont pas fait de test qui sont le moins bien informées sur la possibilité de se faire tester en France. Toutes expriment le besoin d'avoir accès à des services médicaux sans danger (de se faire arrêter par la police). Toutes ont connu au moins un épisode de paludisme, qu'elles ont dans la plupart des cas soigné en achetant des antipaludéens là où elles se trouvaient, en dehors de tout contrôle médical et au prix fort.

Selon elles, chez elles

« Tout le monde veut venir en Guyane, il n'y pas d'argent et pas de travail chez nous ».

Une informatrice nous dit

« Moi je vis au Brésil il y en a plein qui n'attendent qu'une chose c'est de venir ici, qu'on leur paye leur voyage, c'est très cher pour venir et quand elles arrivent elles travaillent forcément. »

Car il peut y avoir des abus ; un informateur nous donne son sentiment :

« Visiblement certaines femmes s'étaient fait duper, elles arrivaient au Surinam pour être nounou, cuisinière et une fois ici, il y a les frais du voyage à rembourser et on leur explique qu'il faut se mettre en activité. Souvent dans les témoignages ce sont des gens de la famille qui les avaient invités dans d'autres familles pour donner un coup de main, mais aucune n'a parlé de réseau, ça ressemble plus à de l'entraide notamment au niveau de la passation d'infos ou l'accueil des nouvelles. »

Les tarifs du travail du sexe sur les *garimpos* en décembre 2010 - janvier 2011 sont les suivants : 1 programme (passe) = 1gr à 3 gr d'or ; une nuit = 5 à 7 gr d'or ; 3 préservatifs coûtent 1gr d'or. Le programme d'or s'échange entre 26 et 27 € en fonction de sa qualité.

- La santé, le social : déshérence sanitaire et sociale

L'offre de soins dans l'Ouest de la Guyane est assurée par les centres de santé : 5 centres de santé (Apatou, Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula, Iracoubo) et 5 postes de santé (Awala-Yalimapo, Javouhey et Oraganobo et sur le fleuve, en amont de Maripasoula, Twenké et Antécume-Pata). Les centres de Maripasoula et Papaïchton ont pour référent l'hôpital de Cayenne à cause de la liaison par avion) tandis que les autres sont rattachés à l'hôpital de St Laurent du Maroni. Les centres de santé dispensent des soins gratuits, mais le personnel de ces centres, trop peu nombreux ne peut pas assumer les démarches sociales d'accès aux soins (dossiers de CMU ou d'AME), qui permettraient l'accès aux prestations de santé spécialisées ou à certains médicaments. Estelle Cardes (2005) souligne que, en 2005 six postes d'assistante sociale sont vacants au conseil général et que pour tout l'ouest guyanais, une seule assistante sociale est en poste (sur la commune de Mana).

Selon l'ARS, (2011), « à l'échelle du département, Quatorze des dix-neuf centres ne bénéficient pas de la permanence quotidienne d'un médecin [...] Il y aura lieu d'améliorer la coordination interne au sein du CHAR sur les missions de spécialités ».

La situation au regard de la santé est dégradée à Maripa Soula, « Parmi les maladies d'environnement également aggravées par l'orpaillage, se trouvent le paludisme et la dengue. La résistance aux souches d'agents infectieux, principalement induite par des pratiques

d'automédication, est particulièrement préoccupante à Maripa soula. Sur les 5 000 cas de paludisme recensés en Guyane, 3 885 proviennent du Maroni » (Taubira, 2000).

Selon nos informateurs, la leishmaniose est également répandue, et, en 2010 un décès lié à la Typhoïde aurait été signalé. Toutes les personnes interviewées se sentent dans une situation d'insécurité en matière de santé, et la seule personne en qui ils aient confiance est le pharmacien.

Il n'y a pas de médecin généraliste libéral à Maripa soula ; le seul moyen de rencontrer un médecin est de se rendre au centre de santé où en décembre 2010, deux médecins étrangers exercent²⁴, assistés de quatre infirmières. Estelle Carde (2005) souligne les difficultés de l'exercice médical à Maripa Soula en mentionnant le *turn over* des professionnel-le-s, l'aspect aléatoire des prélèvements (à cause des difficultés liées au transport), l'espacement des relations avec le CHU.

Or le centre de santé n'a pas une bonne réputation auprès des personnes que nous avons rencontrées, « Les gens ont peur d'y aller » a-t-on souvent entendu. Une enseignante d'origine africaine, qui souffre d'une pathologie chronique qui nécessite une attention particulière ironise :

« Je suis mieux soignée en Afrique qu'ici. Si j'ai le moindre problème de santé, je prends l'avion immédiatement pour Cayenne et de là, je prends le premier avion pour Paris où je me fais hospitaliser. »

Par ailleurs, faute de moyens, le centre de santé ne dispose pas de moustiquaire pour les patients et n'assure pas les repas des patients hospitalisés ; ce sont les proches et les familles qui doivent pourvoir. Si un malade n'a pas cette opportunité, il peut recevoir, le soir, une portion de produits secs distribués par l'armée.

Selon nos interlocuteurs, le centre de santé ne coordonne son travail ni avec l'infirmier libéral, ni avec le pharmacien. Or, les seuls praticiens considérés comme fiables par les personnes rencontrées sont le pharmacien et l'infirmier libéral. Le premier, présent à Maripa soula depuis de nombreuses années vérifie en général (et éventuellement rectifie) les prescriptions médicales avant de délivrer les médicaments, ou propose des pré-diagnostic aux personnes qui le consultent (ce qui permet de

²⁴ Selon nos informateurs, la Guyane serait le seul département de France où l'exercice de la médecine serait possible aux praticiens étrangers, sans condition. Selon le code de la santé publique,

« Article L4111-1 Article modifié (version en vigueur du 22 juin 2000 au 23 juillet 2009) Nul ne peut exercer la profession de médecin[...] s'il n'est : 1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou [L. 4151-5](#) 2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ;

Par dérogation aux dispositions du 1° et du 2° de l'[article L. 4111-1](#), le directeur général de l'agence régionale de santé de Guyane peut autoriser, par arrêté, un médecin ressortissant d'un pays autre que ceux mentionnés au 2° de cet article ou titulaire d'un diplôme de médecine, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer dans la région. » Selon l'ARS (2011) ils représentent 14 % des médecins en exercice dans le département.

prendre la décision d'aller se faire soigner à Cayenne pour ceux qui le peuvent). Mais ce pharmacien et son épouse vont prendre leur retraite dans deux ans. L'infirmier libéral pour sa part est dépendant des orientations effectuées par les médecins du centre de santé, et selon qui exerce (turn-over semble important) il verra ou non les patients.

Lors de notre séjour, nous sommes interpellés par une famille brésilienne ; Une femme brésilienne d'environ 40 ans, « *vivant habituellement sur un site d'orpaillage à Dorlin* » (selon le dossier médical) a été victime d'une erreur médicale au centre de santé (« *surdosage en quinine doublé d'une intoxication majeure iatrogène avec du $\text{Na}^+ \text{CO}_3\text{H}^-$ sur prescription médicale non adaptée* » selon le dossier médical) ; elle est dans un coma profond, elle va être envoyée au CHU de Cayenne pour être « débranchée » selon les informations recueillies oralement. Il est demandé à Joaquim (notre médiateur culturel) de traduire et d'expliquer la situation à la famille, et, à Cayenne, de suivre la situation et la famille sur le plan relationnel et administratif. Dans le désespoir, la famille nous remet l'intégralité du dossier médical.

Toujours lors de ce séjour, une femme brésilienne demande à Joaquim de l'aide pour récupérer la pension alimentaire non versée par son mari car elle a une importante dette de loyer ; par la suite, cette femme sera suivie par la DAAC (Développement, accompagnement, animation, coopération) et probablement orientée vers *l'arbre fromager* à Cayenne (association d'aide aux femmes victimes de violences conjugales).

Ces incidents nous montrent malgré nous le degré de déshérence sanitaire et sociale du secteur de Maripa Soula, l'absence de coordination ou de travail en réseau qui pourrait permettre une amélioration des soins.

Toutefois, toutes les personnes qui résident « en face » viennent au centre de santé de Maripa soula parce qu'il n'y a strictement rien pour se soigner sur l'autre rive. En règle générale, que ce soit sur les sites d'orpaillages ou sur les lieux de rassemblement sur la rive Surinamaïse tout au long du fleuve Maroni, les médicaments sont vendus à des prix très élevés. Le plus souvent, ils ne correspondent en rien avec la pathologie à traiter.

Selon l'infirmière du centre de santé, dans les cas médicalement graves, le centre de santé établit un laissez-passer pour être hospitalisé au CHU, quelque soit la nationalité et la situation administrative du patient.

Enfin, ceux qui n'ont pas la « chance » d'être à proximité du centre de santé de Maripa Soula risquent leur vie en cas de problème de santé comme en atteste le témoignage d'un *garimpo*

« Des amis sur un site ont pris une maladie, personne ne savait quoi, ils se sont mis à gonfler. Ils étaient sur un hamac, [...] les gendarmes ont appelé l'hélicoptère mais juste avant qu'il arrive, les 2 sont morts, ils les ont récupérés. C'est la vie quotidienne des garimpos. »

Pourtant une étude publiée en 2004 et portant sur la commune de St Élie laisse apparaître des perspectives plus optimistes. La commune de Saint-Élie, comptait, à cette période 500 à 1000 habitants de sources locales (contre 239 déclarées en 1999 selon l'INSEE), constitués essentiellement d'étrangers en situation irrégulière, majoritairement brésiliens, sans couverture sociale et ayant un faible niveau scolaire. Selon l'étude, *« Un agent sanitaire est en permanence présent dans le poste de santé de la commune et remet des préservatifs gratuitement à tout demandeur. Un médecin généraliste passe tous les mois »*. Dans l'échantillon de l'étude (n= 78, dont 45 femmes et 33 hommes sans titre de séjour pour 74 d'entre eux), le recours à des partenaires occasionnels, est déclaré fréquent et l'utilisation des préservatifs non systématique, quoique déclaré supérieur à 80 % avec les travailleuses du sexe pour les hommes. *« Les connaissances vis-à-vis de la transmission du VIH étaient relativement bonnes, le taux d'utilisation du préservatif était supérieur à ce qui a pu être constaté dans la population générale brésilienne »*. Sur cet échantillon, aucune sérologie positive au VIH n'a été constatée sur le site, *« Tous les autres résultats des examens directs, notamment gonocoques et Chlamydia trachomatis étaient négatifs [...] et aucune syphilis active n'avait été identifiée. »* (Lomée et alii, 2004).

Toutefois, cette étude quantitative porte sur un échantillon très limité et les auteurs ne précisent pas comment les personnes testées ont été recrutées, ce qui, finalement nous renseigne peu précisément sur la réalité épidémiologique dans la communauté brésilienne des orpailleurs.

- Vie associative

Une association bushinengué (*Kawai an no*) à vocation pluriethnique vient de se créer. Cette association se déclare ouverte à l'ensemble des communautés et propose des activités de convivialité ; elle projette de se mobiliser sur la prévention en santé, tout particulièrement en matière de lutte contre l'obésité et les pathologies associées ainsi que dans le champ de la prévention du VIH et des IST.

Une autre association récemment créée à Grand Santi (*Wi Na Wi*) nous a été signalée en octobre 2011, qui dédie ses activités à la lutte contre le VIH. Cette association ayant été officialisée après notre passage dans la région, nous ne l'avons pas rencontrée.

3.4. Oyapock, Oiapoque, St George

- Présentation

La frontière entre la Guyane et le Brésil, plus longue frontière de France, (730 km), sépare la Guyane de l'Amapa, elle débute dans le plateau des Guyanes, traverse les monts amazoniens des Tumuc-Humac, puis rejoint le cours de l'Oyapock qu'elle longe. Le bassin de l'Oyapock s'étend sur 62 000 km² de part et d'autre de l'Oyapock (soit deux fois la superficie de la Belgique). Il comprend les communes de Régina, Ouanary, Saint Georges de l'Oyapock et Camopi en Guyane et les municipalités d'Oiapoque (et de Calçoene) dans l'Etat d'Amapa.

La population du bassin de l'Oyapock est estimée à 35 000 habitants, dont 80% est concentrée dans la ville frontalière d'Oiapoque. Depuis quelques années cette ville fait face à un accroissement rapide et mal maîtrisé de sa population : alors qu'elle comptait 1 900 habitants en 1961, 5 000 en 1981, elle en compte 15 000 en 2000 et plus de 20.000 en 2010 dont la majorité vient des états du nord du Brésil (Bourdier, 2004 ; INSEE). À St Georges, la population était de 2 000 habitants en 1999, elle est estimée à 6 000 en 2010. Camopi compte plus de 1 000 habitants.

Selon Gérard Police (2010), « *L'Amazonie est le théâtre d'une succession de projets pharaoniques et d'échecs retentissants. Des rêves fous ont vu le jour ; beaucoup ont sombré ; les richesses réelles ou fantasmées ont attiré une foule hétéroclite venue de partout, y compris de l'étranger, qui s'est perdue et dissoute dans l'immensité verte [...]* Pendant longtemps, l'expression *terra de indio* a été attachée à cet extrême nord. Elle qualifie avec ironie ou condescendance tout endroit culturellement arriéré, économiquement sous développé, à l'écart des règles et des normes du monde civilisé, une sorte d'état sauvage sublimé. Ce n'est pas vraiment un tiers-monde mais plutôt un hors-monde. [...] La *terra de indio* devient alors *terra de ninguem* (Terre de personne), état ultime du monde abandonné à la sauvagerie » (Police, 2010). Cette réflexion pourrait caractériser Oiapoque.

Le Bassin de l'Oyapock est un espace de passage de nombreux migrant-e-s brésilien-e-s qui viennent rechercher des possibilités économiques en Guyane ; certains partent travailler à l'extraction de l'or sur les affluents de l'Oyapock ou de l'Inini.

La ville d'Oiapoque (Brésil) est caractéristique des modes de vie associés à la mobilité ; elle est concentrée autour des activités commerciales, notamment le commerce de l'or, elle un lieu de travail ou de résidence pour les migrant-e-s brésilien-ne-s (et parfois leurs enfants) venues chercher de meilleures conditions de vie et elle est un lieu de passage ou d'attente pour les *garimpeiros*. C'est souvent à partir de là que ces hommes et ces femmes entreprennent de longs périple (environ 50 jours de marche et de pirogue) à travers la forêt en direction de Saul et Maripa soula.

Oiapoque est également une ville prisée des Guyanais et des touristes qui s'y rendent pour effectuer

des achats de produits de consommation courante en raison des prix moins élevés qu'en Guyane, mais aussi pour se distraire et consommer des services sexuels facilement abordables.

Oiapoque est une ville de tous les possibles où coexistent divers *business* : or, biens et marchandises diverses, marchandises de contrefaçon ou non, travail du sexe, toutes sortes de commerces officiels ou officieux cohabitent. C'est aussi le centre de ravitaillement d'une partie des sites d'orpaillage et le point de ralliement et de repos des *garimpeiros* et des travailleuses du sexe qui officient sur les sites. Pour « faire des affaires », il suffit de traverser le fleuve en pirogue, de nuit avec les bonnes marchandises ou les bons services.

Les villes frontalières de St Georges et Oiapoque, sont situées l'une en face de l'autre et jusqu'en 2011, le passage entre ces deux villes se fait uniquement en pirogue (15 mn). Un pont est en construction et l'ouverture prochaine de cette liaison routière entre le Brésil et la Guyane suscite de nombreuses attentes et quelques inquiétudes, en matière de contrôle des frontières notamment.

Selon des sources locales, St George serait la ville de France qui compte le plus de policier par habitant : 60 agents de la PAF (police de l'air et des frontières) pour 6 000 habitants, sans compter les militaires, les gendarmes et la légion étrangère ; Si la frontière est bien gardée, elle est aussi totalement poreuse du fait des conditions matérielles : le fleuve (et ses affluents) et la forêt. Elle est également poreuse du fait des humains : les brésiliens connaissent parfaitement leur terrain tandis que les représentants des forces de l'ordre françaises sont des métropolitains qui effectuent des séjours courts, et qui, malgré leurs équipements (hélicoptères, pirogues aux moteurs puissants) ne résistent guère à la complexité des conditions géographiques.

Oiapoque a connu une expansion rapide et désordonnée due à l'augmentation des échanges avec la Guyane et à l'expansion de l'orpaillage. En attestent les constructions de parpaing et de ciment juxtaposées à perte de vue, les routes peu ou mal goudronnées, les bas-côtés de terre battue, l'animation qui règne autour des zones de commerce et les innombrables boutiques de vêtements, de pièces détachées, d'électroménager, etc... et un dispositif de voirie, qui est sous dimensionné par rapport aux besoins.

Toutefois depuis les années 2000 semble-t-il la ville a connu une chute de l'activité économique due, selon nos interlocuteurs aux opérations Anaconda et Harpies sur les sites d'orpaillage français et au renforcement de la présence et de la visibilité de la police fédérale du côté brésilien. Selon nos interlocuteurs la chute de l'activité économique serait de 80 %, mais cette estimation n'a pas de réelle valeur, puisque les activités économiques d'Oiapoque sont pour l'essentiel informelles ; elle révèle plutôt le renforcement de l'impression d'abandon et les désillusions de certains habitants de la ville, arrivés récemment et qui espéraient faire fortune.

- La santé

La zone du bassin de l'Oyapock se caractérise par un équipement limité en infrastructures de base et un faible niveau de services à la population. En France St George dispose d'un centre de santé, et d'un centre de PMI, mais les soins concernant le VIH se font à Cayenne reliée par une route de 200 km depuis les années 2000. Les Étrangers sans papiers ne peuvent pas franchir le barrage policier de Belison pour se rendre à l'hôpital de Cayenne, sauf si ils ont un « laissez-passer ». Les difficultés d'accès aux soins sont ici plus accentuées que sur la frontière Ouest (Maroni), qui dispose d'un centre hospitalier à St Laurent du Maroni, mais où pourtant *« Les habitants de l'intérieur, les minorités noires marronnes et amérindiennes et les immigrés récents sont en effet désavantagés dans leur accès aux soins, par rapport aux habitants du littoral, français, créoles et métropolitains »* (Carde, 2009).

Un hôpital sous équipé (sans accès aux traitements ARV, ni service spécialisé) se situe à Oiapoque et il faut parcourir 600 km de piste pour se rendre à l'hôpital de Macapà dans le Sud de l'état de l'Amapa où sont délivrés les ARV. Le dépistage du VIH est possible à l'hôpital et, depuis septembre 2010 la Municipalité d'Oiapoque a mis en place, dans 2 de ses postes de santé, des permanences d'accueil de dépistage rapide du VIH sans horaire fixe gérées par les infirmières ; Elles accueillent 1 à 3 personnes par jour fin 2010.

Selon une infirmière de l'hôpital d'Oiapoque :

« Ici à l'hôpital il y a un seul médecin. En fait, Il faudrait au minimum trois médecins à l'hôpital. [...] Les infirmières doivent toujours être de garde, on ne peut même pas éteindre notre téléphone, parce qu'il y a toujours des problèmes. Nous sommes 3 infirmières à l'hôpital. Donc, c'est impossible de gérer la santé ici, on ne peut pas prendre de congés, on doit être là 24h/24. Ici il y a 25 000 habitants officiellement, mais selon la mairie, il y a même 30 000 habitants. [...] Il y a un vrai problème médical au Brésil, il n'y a pas assez de médecin, et personne ne veut venir s'exiler ici, même si ils sont bien payés. Donc nous les infirmières ici, on fait tout. Je travaille beaucoup jusqu'à très tard le soir, je fais office de médecin. Je fais même de la petite chirurgie, des points de suture, des accouchements... Ici, les infirmières doivent savoir tout faire. [...] Il y a peu de gens qui peuvent partir se faire soigner à l'hôpital de Macapà. Une personne qui a besoin d'un traitement spécialisé doit partir à Macapà ; mais pour ça, je dois chercher à droite à gauche pour trouver un rendez-vous et un ordre de mission pour le voyage ; je dois passer par un tas d'intermédiaires pour pouvoir adresser un patient à Macapà. Je dois déclarer la situation à la mairie ; je suis obligée de dire à la mairie vers quelle spécialité j'oriente le malade, et il faut que je transmette l'ordonnance ; Du coup,

je suis obligée de raconter la situation de la personne ; il n'y a pas de secret médical ici, pas de confidentialité. Donc les gens qui ont des problèmes de santé, tuberculose, hépatite, pas seulement le VIH, les gens ne viennent pas me voir pour avoir des rendez-vous parce qu'ils savent que tout le monde va le savoir. Et c'est comme ça que les gens ne sont pas soignés. »

Outre l'hôpital, la commune d'Oiapoque dispose de cinq postes de santé municipaux couvrant chacun une zone géographique ; ils assurent le suivi, les soins de première nécessité, et travaillent en partenariat avec l'hôpital. Ils sont animés par cinq infirmières qui coordonnent, en 2010 entre cinq et sept agents de santé par poste. Quatre médecins sont missionnés sur les zones principales. Chaque agent de santé (essentiellement des femmes) travaille sur un quartier regroupant environ 200 familles. Elles assurent la prévention sanitaire et sociale.

« Le plus fréquent, c'est la malaria et la dengue, mais on trouve aussi beaucoup d'hypertension, ça c'est plutôt à cause de l'alimentation et du stress. Les gens travaillent, cherchent de l'argent, ils ne vont pas beaucoup à l'hôpital.

Il y a beaucoup de demandes de santé, mais il n'y a pas les réponses à Oiapoque. Aux urgences il n'y a qu'un seul médecin pour le service. C'est compliqué.

Il n'y a pas de pédiatre pas de gynéco, il n'y a que de la médecine générale. Pour voir un cardiologue, il faut aller à Macapà. Il faudrait des spécialistes ici. C'est les infirmières qui font tout. » (Un agent de Santé, Oiapoque, décembre 2010)

En principe, toutes les zones sont couvertes, cependant on estime à 5 000 le nombre d'habitants n'ayant pas de prise en charge santé car leur habitation est située dans les zones où l'accès est difficile (comme sur les bords du fleuve). Les agents de santé voient les personnes dont ils ont la charge aller et venir entre les sites d'orpaillage et Oiapoque :

« Il y a beaucoup de familles où le père et même la mère va travailler au garimpo et ils sont obligés de laisser leurs enfants très jeunes à des voisins ou bien aux grands frères ou grandes sœurs qui sont adolescents et les enfants sont comme à l'abandon, ils sont maltraités ; il n'y a pas de contrôle sur les enfants.

Il y a aussi beaucoup de femmes seules, et ces femmes aussi partent au garimpo pour travailler et elles laissent les enfants. Personne ne prend vraiment la responsabilité des enfants. Les femmes partent plusieurs mois. Il y a aussi des enfants qui sont abusés par les autres adultes ; soit maltraités avec de la violence, soit des abus sexuels. Personne n'en dit rien. Mais là encore, le service social est insuffisant, il n'y a pas les réponses suffisantes.

Les femmes qui partent travailler au garimpos c'est pour le travail du sexe. Elles ont aussi beaucoup de grossesses. Parfois les enfants sont abandonnés. Elles emmènent des préservatifs au garimpos mais là bas quand il n'y en a plus elles travaillent sans préservatif. Elles n'ont pas le choix. Quand elles sont là-bas, elles doivent travailler.

On ne peut pas faire grand-chose. C'est difficile. On fait de la prévention. Elles font beaucoup d'argent. Il n'y a pas de réponse adaptée pour elles. Comme elles gagnent plus d'argent sur le garimpos elles y retournent. Elles pensent retourner [dans leur région d'origine] mais en fait elles restent ici. Elles font des enfants la majorité sont seules, célibataires. Elles ne tombent pas toujours enceinte sur les sites d'orpillage mais ici. Et quand elles ont des enfants, ça devient très compliqué d'envisager de retourner.

Avant elles circulaient facilement entre ici et les garimpos. Maintenant Il y a les problèmes avec la police. Beaucoup restent ici à Oiapoque et finalement elles restent travailler ici dans les maisons autour de Oiapoque parce qu'elles ne peuvent plus circuler. C'est souvent sur le fleuve. Un peu loin d'ici...

Nous on ne peut pas y aller parce que c'est en dehors de notre secteur. Comme il y a trop de contrôle, elles vivent près des fleuves et elles continuent le travail du sexe, mais elles sont très isolées, loin des services sociaux, sans école, sans rien, on ne les voit plus. On ne peut pas travailler avec elles parce qu'il faudrait y aller en pirogue et nous on ne peut pas faire ça. Il faudrait un vrai programme social mobile, mais avec les lenteurs de la bureaucratie, ça n'est pas possible. On est là on pourrait faire le travail, mais là on ne peut pas. » (Un agent de Santé, Oiapoque, décembre 2010)

Les réponses sont jugées insuffisantes, mais certains des acteurs de santé trouvent d'autres moyens pour les améliorer, telle cette infirmière d'un poste de santé :

« Une infirmière gagne 3 000 réais, ça suffit pour vivre ; Mais la moitié de mon salaire passe pour le poste de santé, parce que j'aime le travail bien fait, mais pour ça il faut acheter du matériel pour pouvoir travailler ; et puis les agents de santé qui sont sous mes ordres ont aussi besoin de matériel pour travailler. »

À la question de savoir si les autorités locales ne pourraient pas acheter le matériel, elle sourit.

« La salle pour le VIH, c'est moi qui l'ai aménagée, j'ai acheté les tables, les chaises, j'ai fait la peinture, j'ai acheté un placard pour ranger les affaires, enfin, c'est comme ça. On ne peut pas se contenter d'attendre qu'on nous apporte quelque chose, il y a beaucoup de travail dans la santé ici. »

Elle estime cependant que la mobilité est un véritable obstacle à la continuité des soins,

« Par exemple pour la tuberculose, il faut 6 mois de traitement, certaines personnes arrivent quand même à commencer le traitement ils commencent, et puis après 2 mois, ils partent sur les garimpos et arrêtent le traitement, donc, ils partent en étant malades et ils peuvent non seulement transmettre la tuberculose, mais en plus, ça développe des résistances aux médicaments.

Même avec la malaria, ce sont les hommes et les femmes qui partent au garimpo, ils prennent un traitement et souvent ils le partagent avec d'autres, et ne font pas le traitement complet.

C'est très difficile de travailler avec les gens qui partent au garimpos. Il y a beaucoup de gens malades. Les enfants qui sont ici aussi sont malades. En ce moment, tous les gens qui reviennent des garimpos ont la malaria. »

Sur la rive française de l'Oyapock, St George est équipé d'un centre de santé et d'un centre de PMI. La pratique du dépistage du VIH à St George est assurée par un médecin détaché du CHU un jour par semaine de 8 heures à 10 heures (décembre 2010) ; comme les autres centres de santé du département, celui-ci est sous équipé en personnel et en matériel. Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs locaux ont évoqué un certain manque de confiance vis-à-vis des garanties de confidentialités, St George étant un « village » où tout se sait. Il semblerait que les populations de St George n'auraient recours aux services du centre de santé qu'en cas d'urgence et qu'un travail de médiation entre cet établissement et la population soit souhaitable.

L'accès au dépistage en dehors du centre de santé est théoriquement possible mais rendu difficile en raison de l'absence de personnel compétent et de matériel pour effectuer le test. Le centre de PMI, lui aussi sous équipé en personnel ne peut pas se positionner comme lieu de dépistage en direction de la population générale, ses missions étant centré sur la périnatalité. La mise en place de tests rapides ne semble pas encore envisagée en janvier 2011.

Une interlocutrice souligne :

« C'est en train de s'organiser au niveau de la prévention. Le sida est un sujet quasiment pas abordé dans l'Est guyanais, les gens disent ici que personne ne l'a. Mais les gens ne sont pas dépistés et ne veulent pas en parler. La PMI fait de la prévention vaccination mais pas des risques sexuels.

En face, il y a du dépistage rapide, mais pas ici. » (travailleuse sociale, St George, décembre 2010)

En matière de prévention du VIH, deux distributeurs de préservatifs ont été installés dans deux bars, un autre au centre de santé, rendant ce matériel disponible de jour comme de nuit. Un groupe de femmes relais formé par la Délégation départementale du Planning familial (AD973) a également été mis en place depuis novembre 2010. À la même période, l'association DAAC a ouvert des « Permanences Point écoute St Georges » dans un local de la ville.

Ainsi, à St George la prise en compte des problématiques liées au VIH semble récente et devrait pouvoir s'organiser. Il semblerait qu'un travail de médiation et d'accompagnement soit opportun à envisager dans une approche communautaire, en s'assurant que les acteurs associatifs locaux aient les moyens de les mettre en œuvre. Il serait souhaitable qu'une réelle collaboration puisse se mettre en place entre les acteurs institutionnels en charge de la santé et les acteurs associatifs.

Enfin, le projet de programme transfrontalier devrait pouvoir tenir compte du fait que le dépistage et l'usage des TRoDs est banalisé au Brésil, tandis qu'il est moins accessible à St George, et que inversement l'accès aux soins est adapté en Guyane tandis qu'il ne l'est pas du côté brésilien. L'on pourrait imaginer des discussion en vue d'une convention inter hospitalières pour les soins et le dépistage : Par ailleurs, il serait souhaitable, pour une meilleure coordination entre Oiapoque et St George , que les médiateurs de santé aient la possibilité de circuler librement entre les deux communes. Si le virus n'a pas de frontière comme il est inscrit sur un panneau du débarcadère d'Oiapoque, le dépistage et l'accès aux soins au contraire sont eux limités par les frontières.

- Description du travail du sexe à St George et Oiapoque

- Travail du sexe à Oiapoque

« La ville pousse sans contrôle comme un champignon, avec de multiples ramifications insoupçonnées si l'on n'est pas attentifs. Nous avons sillonné des quartiers sur pilotis les pieds dans l'eau, infestés de malaria. C'est un terrain difficile dans le sens où la nuit en dehors des grandes artères, la ville n'a pratiquement pas d'éclairage public ; ce sont les lumières incertaines des bars qui éclairent les rues sans goudron, bordées de fossés permettant l'évacuation de l'eau. Nous ne pénétrons pas dans certains secteurs de la ville réputés pour être des lieux de deal. Nous cheminons à pied avec les médiateurs culturels et nous nous arrêtons dans chaque posada, bar ou cabaret pour déposer des préservatifs. Globalement les quartiers où sont installées les posadas sont insalubres. Nous visitons 17 posadas. Seuls les cabarets destinés à une clientèle qui vient de Guyane sont à peu près propres.

Dans certains lieux (bars ou posadas), les entretiens ne vont pas de soi, Joaquim, notre informateur doit beaucoup argumenter en portugais; les femmes se méfient et on comprend qu'elles travaillent toutes sur les sites d'orpaillages.[...] Toutes ont travaillé de l'autre côté, toutes ont marché des heures en pleine forêt, toutes ont pris des risques, attendu des heures cachées que les gendarmes s'en

aillent, à ce propos l'une d'entre elles raconte que certains gendarmes, du côté français, les laissent passer moyennant finance. Toutes ont connu au moins une fois les opérations anaconda ou harpie » (journal de terrain, décembre 2010).

Le travail du sexe ne se pratique pas dans la rue à Oiapoque, mais dans trois types de lieux : les cabarets, les bars de rue et les posadas. Auparavant, le travail du sexe se pratiquait sur la place principale d'Oiapoque qui était un vaste espace entouré de petits bars et restaurants. Cette place, réputée mal famée a été fermée récemment et l'espace est actuellement en travaux pour des rénovations. De ce fait le travail du sexe est désormais disséminé dans différents établissements de la ville.

Femmes interviewées à Oiapoque dans des pousadas, chambres d'hôtel et cabarets

Prénom	Age	Origine	niveau scol	mari ou compagnon ici	Enfants	Travaille ici depuis	Test VIH	Connaiss nce test gratuit en France ?
Mariana	34	Para	collège	oui	3	5 ans Garimpos- 1 an Oiapoque	non	non
Amanda	29	Para	primaire	non	2	Alternance Garimpos oiapoque	non	non
Juliana	32	Maranh ão	primaire	non	3	Alternance Garimpos oiapoque	non	non
Ana, patronne de posada	20	Amapa	collège	oui	1	Avec son mari gère la posada depuis 3 ans	oui	non
Natalia	22	Amapa	collège	non	1	4 ans Oiapoque (cabaret)	non	non
Leticia	19	Para	collège	non	0	3 mois Oiapoque (cabaret)	non	non
Gabriela	20	Amapa	collège	non	2	3 semaines (cabaret)	non	non
Rafaela (cuisinière)	25	Para	collège	Oui (grarimpeiro)	1	1 an	non	non
Débora	36	Maranh ão	collège	non	2	13 ans	oui	non
Mariana	19	Amapa	Lycée 1ere année	non	1	3 mois (cabaret)	Oui à Macapa	non
Raquel	26	Maranh ão	primaire	non	1 (adoptif)	9 ans Alternance Garimpos oiapoque	Oui à Oiapoque	oui
Isabela	31	Maranh ão	primaire	Oui (Garimpeiro)	1	2 ans Oiapoque	oui	non
Patronne boite de nuit	30	Macapa	secondaire	non	non	5 ans	non	oui

- Cabarets :

Ils correspondent à des établissements que l'on peut qualifier comme « haut de gamme » ; Ce sont des lieux fermés et gardés qui se présentent comme des boîtes de nuit ; 8 à 10 femmes y travaillent, le prix des passes n'est pas inférieur à 100 réais, et la nuit coûte au moins 200 réais. Il y aurait entre 4 et 8 cabarets à Oiapoque selon nos informateurs. La clientèle principale des cabarets est une clientèle aisée d'hommes d'affaires brésiliens, de français-Guyanais ou de touristes européens.

Nous sommes allés en journée mener les entretiens avec des jeunes femmes des cabarets à l'intérieur d'un établissement où elles résident. C'est une maison cossue juste en face du local des témoins de Jéhovah. Le médiateur culturel qui nous accompagne passe régulièrement dans la boîte de nuit pour déposer des préservatifs et connaît bien les jeunes femmes. La patronne une grande femme noire qui ne se cache pas d'être lesbienne nous accueille sans méfiance. Les femmes sont disponibles, partagent avec nous des boissons, un café et parlent facilement de leur vie, sans pour autant trop en dévoiler. Pendant notre visite, une commerçante ambulante vient proposer des vêtements, des robes, des chemisiers, des vêtements de travail « de la belle qualité, dit-elle, ça vient de Fortaleza ».

Les femmes travaillent dans ce cabaret ont entre 18 et 25 ans. Elles expliquent qu'elles sont venues en connaissance de cause à Oiapoque, avec une amie ou seule. Aucune ne parle d'intermédiaire ou de réseau de TEH (traite des êtres humains). Elles décrivent leurs conditions de travail comme correctes.

Leticia a 19 ans, elle est arrivée à Oiapoque depuis 3 mois, elle vient de Belém, Para

« je suis venue d'un côté par curiosité et d'un autre côté pour gagner de l'argent. Chez moi, je ne savais pas trop quoi faire, je voulais voyager. J'avais une copine qui était déjà partie et j'ai pris contact avec elle pour la rejoindre. À Belém, c'est bien, mais il n'y a pas d'argent. Je suis arrivée ici dans cette boîte en premier et j'ai été bien accueillie, je n'avais pas d'argent en arrivant. Du coup c'est ici que je suis restée pour travailler. Je me sens en sécurité ici.

Ici on se protège, il y a des préservatifs, je fais attention. Les clients sont corrects, de toutes façon, je n'accepte pas n'importe quoi. Les clients viennent d'en face [Guyane]. Je n'ai pas eu de client qui ne voulait pas se protéger. Ici à Oiapoque on trouve toujours des préservatifs soit ici dans la boîte, soit on va au centre de santé. Je suis allée de l'autre côté [St George] mais je ne suis pas restée, parce que je n'avais pas de papier. Je voulais juste connaître l'autre côté, par curiosité. »

Les jeunes femmes expliquent qu'elles envoient de l'argent à leurs familles, soit pour leurs enfants, soit pour leurs parents.

« J'ai 19 ans je viens de Marajao à côté de Macapà, je suis venue avec ma copine. Ma maman est domestique mon papa est mort. Ma mère ne sait pas ce que je fais, elle pense que je travaille dans un bar. J'ai un fils de 7 mois qui est chez ma mère. Je téléphone tous les jours. Je suis venue ici avec ma copine, on est arrivée ici, et on a commencé à travailler. On a été bien accueillie, ici on a les préservatifs gratuitement. J'ai fais le test VIH à Macapà. On est en sécurité ici.

Il y a des hommes qui demandent sans préservatifs, mais moi, je dis "non, c'est pas possible, dans ce cas, je ne vais pas avec toi. Parce que je gagne de l'argent ici, mais ma santé elle vaut plus que ton argent". Alors le gars, il change d'avis et il accepte le préservatif. Les hommes demandent soit des programmas soit parfois ils demandent la nuit. Mais là c'est plus cher. [...] Je vais rester ici un moment et je vais retourner quand j'aurai de l'argent, mon fils me manque. Quand j'ai été enceinte de mon fils j'ai dû abandonner l'école. Et je devais gagner de l'argent, c'est pour ça que je suis venue ici. Mais je sais que ça n'est pas bien, il faudrait faire autre chose. Personne ne voudrait avoir cette vie là. Chez moi, j'avais un mari, mais mon mari ne voulait pas travailler, il ne voulait pas m'aider alors je dois me débrouiller » (Mariana).

- Bars de rue :

Ces établissements sont ouverts en fin de journée jusque tard dans la nuit. Les femmes vivent dans des chambres qu'elles louent dans l'arrière cour et où elles travaillent. De l'extérieur, ce sont de petits bars en terrasse au bord de la rue/route avec de la musique (selon nos interlocuteurs le style de musique caractérise l'activité), où l'on peut voir 3 à 5 femmes attablées. Les clients s'installent, consomment et discutent avec les femmes. Elles peuvent les conduire dans leur chambre pour les programmas. Les tarifs varient entre 30 et 50 réais. Il y a au moins une vingtaine de bars de ce type dans la ville. La clientèle des bars est française ou brésilienne.

- Pousadas

Les *pousadas* sont des hôtels moins chers que les hôtels de tourisme. Ils hébergent des travailleurs et des Brésiliens de passage. C'est là que les *garimpeiros* (en majorité) résident lorsqu'ils ne sont pas sur les sites d'orpaillage. On peut trouver des *posadas* de différentes catégories, du mieux tenu au plus délabré, mais en général, ces établissements sont sommaires.

« Les pousadas sont d'une extrême pauvreté, toutes insalubres avec des écoulements qui vont directement sous la maison, des odeurs nauséabondes, ce sont des nids à moustiques et vecteur de dengue et de malaria. » (Journal de terrain, décembre 2010).

Une chambre coûte entre 40 et 80 réais/jour (le prix officiel est de 40 mais il est plus élevé pour les *Garimpeiros*). En général, ils sont tenus par des femmes ; comme la patronne de la posada connaît bien les femmes travailleuses du sexe, les résidents peuvent lui demander de les mettre en contact. Le client reçoit la femme dans sa chambre dans la *posada*. La patronne prend une commission au le client et à la femme. Ou bien les résidents de la *posada* rencontrent une femme dans un bar et peuvent l'amener dans leur chambre. Il est également possible de louer une chambre le temps d'une passe.

Il y a des préservatifs et du gel dans les posadas, le médiateur culturel de la DPAAC les y dépose lors de ses tournées. On trouve environ 50 *posadas* qui ont en moyenne 10 chambres chacune. En ce qui concerne le travail du sexe, on estime que 800 à 1000 femmes et quelques hommes vivent travaillent et/ou sont de passage ici, entre deux séjours sur les sites d'orpaillage. La majorité d'entre eux n'est pas originaire d'Oiapoque ; ils et elles viennent du Maranhão

(Macapà), du Para (Belém, Manaus), ou du Nordeste pour gagner de l'argent pour elles et pour leurs familles. Leur âge, s'échelonne de 17 ans à 40 ans ou plus.

Ana, une patronne de posada nous explique

« J'ai 20 ans Je vis ici depuis 3 ans avant, j'étais à Macapà, j'étais chez mes parents. J'ai rencontré mon mari, j'ai eu un enfant, mon mari gère une posada ici, je l'aide dans son travail. Je vais chercher les préservatifs au centre de santé ou bien Joaquim [médiateur culturel de la DPAC] en laisse ici. Les clients de la posada viennent parfois avec des femmes alors je leur donne des préservatifs.[...] Aujourd'hui j'ai vu une femme qui revenait du garimpo, elle était très malade, mais on ne sait pas ce qu'elle avait vraiment, est-ce la malaria, autre chose, on ne peut pas toujours savoir. Elle est enceinte, elle est allée à l'hôpital mais ils lui ont dit de retourner se reposer chez elle. Ici la santé c'est pas bon, ça n'existe pas ; si une personne est malade, elle doit se débrouiller. Il n'y a rien. Quand on va à l'hôpital, ils disent qu'il n'y a pas de médicament, ils nous disent d'aller à Macapà. [...] Ici, même avec mon mari j'utilise le préservatif parce que je ne veux pas d'autre enfant et puis il y a beaucoup de travail et en plus je ne sais pas toujours où va mon mari, si il va avec d'autres filles. Je me méfie. »

Nous nous entretenons avec Natalia, 22 ans, 1 enfant ; elle est là depuis 4 ans, elle vient de Macapà. Elle ne travaille pas tous les jours, mais en fin de semaine à partir du vendredi jusqu'au dimanche. Selon elle, ses conditions de travail ne sont pas satisfaisantes parce qu'il n'y a pas assez de travail,

« En fin de semaine, on ne fait pas beaucoup de clients, donc, ça ne fait pas beaucoup d'argent. Ça me permet tout juste de vivre. Les clients sont corrects et respectueux, de ce côté là, ça va. Je préférerais travailler de l'autre côté [France], mais je ne le fais pas parce que j'ai

peur pour ma fille. Si la police m'attrape de l'autre côté qu'est ce qui se passerait pour elle ? J'aimerais bien faire autre chose, mais il n'y a pas d'autre possibilité ici »

« Je travaille au garimpos et un peu ici. Pour aller au garimpo, on prend une pirogue et on traverse de l'autre côté, puis on doit marcher, ou trouver un véhicule. Là on peut travailler. Mais c'est difficile, il n'y a pas beaucoup d'argent.

[...] Je retourne chez moi tous les 3 ans, j'ai trois filles au pays. Elles sont chez ma mère et dès que j'ai de l'argent je l'envoie. [...] Certains clients sont corrects, d'autres moins, ça dépend. La majorité des clients sont brésiliens. Garimpeiros. La première fois ils se protègent, mais quand ils reviennent plusieurs fois, après trois ou quatre fois, ils veulent qu'on enlève la préservatif »

- Alors qu'est-ce que tu dis ?

« Je lui explique que la maladie ne se voit pas, et qu'il y a beaucoup de maladie par ici, je lui donne des informations pour le convaincre. Je n'ai pas fait le test VIH, je ne sais pas où on le fait. Mais je fais attention, je me protège. [...] Sur les garimpos, il y a des préservatifs, mais on n'en n'achète pas, il y a des femmes qui les vendent. Ce ne sont pas les hommes qui les achètent ce sont les femmes, mais c'est cher. 3 préservatifs coûtent 1gr d'or, soit 50 réais ou 26 €. C'est le rôle des femmes d'avoir les préservatifs. »

Les femmes qui travaillent dans les cabarets se protègent quand elles ont des préservatifs.

« J'ai un mari, il est garimpeiro, et je sais qu'il va partout, et je ne suis pas sûre qu'il se protège. Alors je voudrais utiliser le préservatif avec lui, mais lui n'aime pas ça parce que je suis sa femme. » (Juliana : 32 ans).

« J'ai 36 ans je suis à Oiapoque depuis que j'ai 21 ans. J'ai deux enfants 18 et 15 ans à Macapà, je leur envoie de l'argent quand c'est possible.

Je travaille sur les garimpos depuis 13 ans. C'est pas bon de travailler là-bas, c'est dur. Sur les sites il y a la malaria, beaucoup. Les hommes se protègent plus ou moins, pas toujours.

Parfois quand une personne est très malade, ce sont les gendarmes eux-mêmes qui l'emmènent. Une fois j'ai été très malade, les gendarmes m'ont emmené à Cayenne, je suis restée à l'hôpital et j'ai été très bien soignée ; c'est beaucoup mieux qu'ici.

Ici, une autre fois, je suis allée à l'hôpital pour soigner mon hépatite, et j'ai attendu un transport pour m'envoyer à l'hôpital de Macapà. Ici on me disait que c'était la malaria. Mais j'étais tellement malade qu'on a du appeler un avion qui m'a emmené à Macapà. Et là ils ont trouvé que c'était l'hépatite et pas la malaria.

Au Brésil il y a des endroits où on est plus ou moins bien soigné, mais ici à Oiapoque c'est pire que tout il n'y a rien. Quand on va à l'hôpital, le médecin fait une liste d'examen à faire, mais il y a un laboratoire ici mais on n'a pas confiance. De toutes façon, il n'y a pas les appareils pour faire les examens. Chaque consultation coûte 50 réais. » (Débora)

Raquel est un jeune homme que nous avons vu dès le premier soir de notre arrivée avec un client. Il est noir de peau, de longs cheveux lisses, un corps et un visage fins et une apparence très timide. Il paraît plus jeune que son âge. Il vit dans le quartier et dans la journée mange en bas de l'hôtel, il est visiblement bien intégré.

« Ici à Oiapoque on travaille plutôt dans les bars ou les boîtes; quand la place était ouverte on travaillait sur la place, maintenant on ne peut plus. [...] Il y a celles qui envoient de l'argent et d'autres, non, et puis il y a celles qui tombent dans la drogue ou l'alcool et elles, elles ne retournent plus chez elles, elles ne donnent plus de nouvelles aux parents, elles partent pour les garimpos et tournent sur les garimpos.

En général, elles ne disent pas le travail qu'elles font ici, c'est trop difficile de le dire. Elles disent qu'elles travaillent dans le commerce ou autre chose. Les plus jeunes, celles qui sont mineures, elles fuient de chez elles. C'est facile de circuler au Brésil, on ne te demande pas ton âge, les adolescentes peuvent voyager sans problème au Brésil.

Je viens du Maranhão. J'ai connu ici en 2002, je viens ici et je retourne régulièrement chez moi. J'avais des amis qui étaient déjà venus ici, ils m'ont dit qu'on gagnait bien ici, parce que moi, où je vivais ça gagnait, mais assez peu. J'ai 26 ans et je travaille depuis que j'ai 17 ans. J'ai commencé à St Luis. Alors que ici, quand je suis arrivé ça gagnait bien, vraiment bien, la prostitution était dominante ; maintenant ça a beaucoup baissé.

Ça a baissé parce que il y a moins d'Européens qui viennent ici à cause de la violence, du manque de sécurité ici à Oiapoque. Il n'y avait pas assez de sécurité pour les touristes.

Et puis aussi il y a eu la police qui a fermé des garimpos, tout ça, ça a fait diminuer beaucoup. Le « négoce » a baissé. Le commerce a baissé c'est pour ça qu'on travaille moins c'est pas à cause de la police. Du coup, comme les clients ne viennent pas ici ce sont les filles qui partent, elles vont à Cayenne, ou à Kourou, au Surinam en Europe.

La police fédérale, ou locale ne nous ennuie pas on n'est pas poursuivis, pas arrêtés. La police s'occupe plutôt des viols, de la prostitution des mineurs, des stupéfiants...

Certaines arrivent à partir d'ici vers l'Europe (surtout l'Espagne, la Hollande) et aussi au Surinam. Il y en a beaucoup qui partent. Elles rencontrent des gens qui les aident à partir. Il y a des gens qui viennent ici faire du recrutement, c'est du trafic d'humains, On les appelle des « guides » (« guia »), les gens (des Brésiliens) viennent du Surinam et les recrutent ; il y a beaucoup de brésiliennes au Surinam. On appelle les gens qui passent des « clandestinos ». J'ai des nouvelles d'amis qui sont partis en Europe et font des "programmes" là-bas, on communique par mail, certaines ont bien réussi, d'autres sont tombées dans la drogue. Il y en a aussi qui ont trouvé un copain, mes amis sont des gays ou des transsexuelles. Je connais des gens qui travaillent bien à Paris ou en Hollande.

Tout le monde va sur les sites d'orpaillage clandestin. Là bas ça s'appelle des cabarets. Ils peuvent être tenus par des hommes ou par des femmes. Elles louent des chambres et les Garimpeiros viennent et vont. C'est dangereux d'un côté et c'est sûr d'un autre. Dans les cabarets c'est sûr, ce qui est dangereux, c'est la vitesse des pirogues à cause de la police française, pas de la police brésilienne. Maintenant, je vais retourner sur les garimpos parce que ça gagne mieux qu'à St George, on est payé en or. C'est beaucoup plus dur qu'ici de travailler là bas, tout est plus difficile, la nourriture, le logement, la malaria, tout est plus difficile ; mais la récompense, c'est qu'on gagne beaucoup plus.

Quand j'y suis j'y passe 3 mois, pas moins, je peux rester plus parce que parfois on gagne beaucoup d'or, mais parfois on en gagne moins, alors il faut rester plus longtemps. Si je gagne bien je pars après trois mois.

L'argent c'est pour ma famille, c'est pour ma mère et mon fils adoptif, il a 6 ans. Là je vais partir au Maranhão pour Noël et après je repars sur les sites d'orpaillage par Belém »

- Travail du sexe à St George

Bien que cela soit interdit, les femmes traversent à St George ; pour éviter la police, la pirogue les dépose un peu avant ou après St George ; On peut estimer entre 50 à 60 femmes chaque nuit qui travaillent à st George dans la rue ou dans les bars (officieusement, avec accord tacite de la patronne). En réalité, elles vont et viennent toute la nuit entre Oiapoque et st George. Elles prennent des contacts avec les piroguiers pour avoir des tarifs pour la traversée (le tarif officiel pour une traversée (aller simple) est à 5 € de jour majoré la nuit).

Une intervenante sociale de St George nous dit :

« Elles ne s'en vont pas à Cayenne, elles n'ont pas les papiers, elles doivent monter dans les taxicos qui doivent passer le barrage Belison. Si elles veulent vraiment y aller elles peuvent, mais elles n'en ont pas envie, c'est plus juteux ici puisque les clients viennent à elles. Beaucoup se marient entre temps, certaines partent sur les sites d'orpaillage effectivement, j'en connaissais une qui faisait et les sites d'orpaillage et les trottoirs de Kourou. Ça circule. »

Raquel nous explique le procédé :

« C'est assez facile d'aller à St George ; On travaille dans la voiture des client. Ou bien on peut travailler dans une chambre, si on a une copine qui peut nous en prêter une. Ou bien le client a un endroit, ou bien il loue une chambre. Les clients à St George sont français en majorité. Ce sont des gens de passage qui viennent à St George, ils viennent de Cayenne ou de Kourou.

Ils ont en général déjà le contact avant d'arriver, ils ont rencontré une femme à Cayenne ou à Kourou qui leur a donné un numéro de téléphone à Oiapoque. Ils ont le contact par une femme qui vit à Cayenne ou Kourou.

Ils demandent la caractéristique de la femme qu'ils veulent, par exemple, 20 ans 40 ans, qu'elle soit plutôt blanche, " morena ", et l'autre lui dit, oui, je connais, je vais te donner le numéro de téléphone. En général le client paie pour obtenir un contact, ça peut coûter 50 réais au client pour avoir un contact.

Beaucoup de femmes marchent aussi dans la rue à St George et là il n'y a pas d'intermédiaire ; elles sont vers le cimetière ou vers la mairie. Quand la police vient, elles se cachent puis elles ressortent, souvent il y en a une qui fait le guet pour les autres, elle a son téléphone portable et elle prévient les autres, elles sont très bien organisées. Elles font le guet à tour de rôle pour que chacune puisse travailler

Avec la police, il n'y a pas de rencontre parce qu'elles se cachent bien et qu'elles sont bien organisées.

Les tarifs sont meilleurs à St George, la nuit est à 100 € alors que c'est 100 réais ici. Pour une passe c'est environ 50 à 60 €, les pratiques peuvent être fellation, pénétration, ou ce que le client demande. À St George, c'est plutôt des passes tandis que ici c'est plutôt la nuit, donc on peut faire plus d'argent en face puisqu'on fait plus de clients. »

- Réponse associative

Le projet *Nova esperança*, créé en 2009 se définit comme une action de coopération transfrontalière de prévention santé et lutte contre le VIH/IST. Il est mené par deux associations, l'une française, l'autre brésilienne, DAAC (Développement Accompagnement Animation Coopération créée en 2006) et DPAC (Développement Accompagnement Animation Coopération, créée en 2009). Ces associations disposent d'un « point écoute » à St George (ouvert en 2010) et réalise des actions mobiles d'« *outreach* ».

Leurs publics cibles sont la population générale avec des priorités en direction des adolescents, des communautés amérindiennes vivant sur les deux rives du fleuve, et des travailleuses du sexe.

Concernant les travailleuses du sexe, le Médiateur de la DPAC effectue des tournées sur une cinquantaine de posadas et a développé un partenariat régulier avec 13 d'entre elles pour une tournée mensuelle ; Au cours de ces tournées il effectue un travail de sensibilisation et d'écoute individualisé et il distribue des préservatifs ainsi que des documentations en français et portugais en matière VIH, IST, Hépatite, et les informe de l'existence d'un centre de dépistage rapide à Oiapoque.

À l'occasion du 1^{er} décembre 2010, l'action de distribution dans les posadas a été renforcée et 50 préservatifs ont été distribués dans 50 posadas. Le 4 décembre, dans le cadre d'un état des lieux sur les retours de cette action le médiateur en santé a constaté que, dans tous les hôtels, les stocks de préservatifs étaient épuisés.

Une vingtaine d'agents de santé et 5 infirmières sont bénévoles à DPAC, ainsi qu'un élu, un conseiller municipal, cinq agents de transport (moto-taxi/piroguier), et deux psychologues. Le partenariat avec les agents de santé permet à D.P.A.C. recenser les besoins en santé et en travail social à Oiapoque, et de développer des capacités d'action dans les quartiers; en matière de VIH, D.P.A.C. organise des sessions de formation pour ces agents de santé. Ces derniers expriment leur satisfaction dans cette collaboration avec DPAC ; cette mobilisation dans la lutte contre le VIH les valorise dans leur travail ; toutefois, ils regrettent de ne pas pouvoir obtenir de facilités pour circuler de part et d'autre de la frontière, soit pour leur formation, soit pour la collaboration avec les professionnel-le-s de santé en France, soit dans les situations d'actions de terrain ou de suivis individuels. En effet si les intervenants français peuvent se rendre librement à Oiapoque, la réciproque ne se vérifie pas.

Le médiateur de la DPAC est, en 2010 salarié de la DAAC, et les deux associations espèrent que la DPAC pourra obtenir des financements propres pour assumer son autonomie (il faut 2 ans d'existence pour postuler à des financements brésiliens au Brésil)

Les associations DAAC-DPAC rencontrent toutefois de nombreux obstacles d'ordre financier et administratifs : Les autorités des deux pays ne les ont pas suffisamment identifiées comme partenaires de terrain malgré leurs démarches de communication et de mise en réseau, et leurs financements sont réellement insuffisants par rapport à leur potentiel d'action. Les relations difficiles avec la coordinatrice du programme transfrontalier n'ont pas facilité leur insertion dans les dispositifs institutionnels ; Un nouveau coordinateur du programme transfrontalier est entré en poste au cours du dernier trimestre 2011, gageons qu'il sera plus coopératif

- Les besoins estimés pour l'action

En fonction de nos estimations (entre 800 et 1 000 travailleuses du sexe mobiles entre Oiapoque et différents sites de Guyane), 400 000 préservatifs (+ gel intime) seraient nécessaires par an à Oiapoque pour les actions en direction des travailleuses du sexe. En effet il serait nécessaire de saturer le marché de préservatifs afin de limiter les ventes à prix prohibitif (1gr d'or = 26 €, soit 8,60 € pour 1 préservatif sur les sites d'orpaillage). À partir de la mise à disposition massive de préservatifs, des actions de réduction des risques, d'incitation au dépistage et de santé pourraient être mises en place. Très vite d'ailleurs, ces actions conduiraient à des prise en charge plus globale, comme l'expérience le montre sur d'autres site en France métropolitaine (Guillemaut, Schutz, 2008, 2009 ; CNS, 2010). Les travailleurs du sexe, les patronnes de posadas ou de cabarets pourraient être des agents de prévention dans la mesure où elles pourraient mettre ces préservatifs à disposition et faciliter le lien avec la DPAAC (action en cours, avec un bon accueil mais manque de matériel et de personnel). Ce type d'association avec les patronnes de « lolos »²⁵ en Guadeloupe a montré son efficacité (Guillemaut, Schutz, 2009). Il importe pour ce type d'action qu'il n'y ait ni rupture d'approvisionnement, ni rupture du contact, d'où l'intérêt de donner aux acteurs les moyens de ce type d'action (CNS 2010).

En parallèle, des liens avec l'hôpital devraient être renforcés afin de faciliter l'accès au dépistage et aux soins, l'identification de médecins et d'infirmiers de ville devrait être amorcée. Le médiateur de santé (actuel) et/ou l'infirmière (à prévoir) sont des relais essentiels pour la mise en confiance des

²⁵ Terme guadeloupéen pour désigner un petit bar de quartier

travailleuses du sexe, que ce soit ceux et celles qui travaillent à Oiapoque ou ceux et celles qui font des allers-retours sur les sites d'orpaillage.

Besoins matériels et humains

- Stocks de préservatifs et gel (via le Brésil et via la centrale d'achat en Guyane)
- Un local à Oiapoque (accueil, stockage, administratif) ; son usage peut être couplé avec d'autres actions de la « DPAAC fronteiras »
- Ressources humaines : à minima un médiateur de santé et un professionnel de santé (infirmier-e) ;

Leurs tâches :

- travail de terrain au moins trois fois par semaine en tournant sur les différents sites (contacts et réduction des risques)
 - écoute conseil orientation
 - médiation avec les structures de santé : hôpital d'Oiapoque, dispositif de soin en France, en particulier permettre l'obtention de laissez-passer pour le barrage de police de Belison afin d'avoir accès à l'hôpital de Cayenne
 - incitation au dépistage et soutien à l'observance le cas échéant, soit en lien avec l'hôpital d'Oiapoque soit avec le centre de santé de St George, soit avec l'hôpital de Cayenne (l'hôpital de Macapà étant de fait inaccessible)
 - animation et coordination du réseau de bénévoles de la DPAAC : en effet les agents de santé sont de précieux relais au quotidien
 - Relations avec la DAAC et avec les partenaires institutionnels au Brésil et en Guyane Française.
-
- un temps partiel administratif : bilan des actions, tenue des comptes, financement...
 - Investissement : un ordinateur portable, un téléphone avec abonnement international,
 - Frais divers : prévoir des frais de déplacement assez importants (Oiapoque-Cayenne, bimensuels pour 2 ou 3 personnes; Oiapoque-Macapà trimestriel à minima).

4. Conclusions, recommandations et perspectives

- Conclusion, synthèse

Le travail du sexe en Guyane, comme en Guadeloupe ou en métropole est associé à la migration des femmes (et de quelques hommes) depuis les pays pauvres. En Guyane, ces travailleuses migrantes proviennent principalement du Surinam, du Guyana et du Brésil. Deux formes de travail du sexe

cohabitent en Guyane, l'une que l'on peut qualifier de traditionnelle se trouve dans les communes du littoral, l'autre est intégralement liée aux activités d'orpaillage.

Pour ce qui concerne la prostitution dans les villes du littoral, on peut estimer à environ 1 000 ou 1 500 personnes qui exercent dans la rue ou dans certains bars, de manière cachée (à cause des lois sur le proxénétisme). La clientèle de ces travailleuses du sexe peut être locale, mais une grande part est constituée par des hommes effectuant des séjours plus ou moins longs dans le département, en particulier les militaires, gendarmes et légionnaires ainsi que les employés des entreprises du CSG de Kourou. Dans les trois principales villes du littoral (Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni), des programmes de prévention de proximité vont à la rencontre des travailleuses du sexe pour proposer des services de prévention et d'accès aux soins ; ces programmes semblent sous dimensionnés à Cayenne et Kourou en particulier et ils semblerait utile de les renforcer.

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).

L'absence de réponse sanitaire vis-à-vis du travail du sexe lié à l'orpaillage nous a conduit à nous y intéresser avec attention. Nous avons rencontré des travailleuses du sexe mais également des cuisinières, des commerçant-e-es, des patronnes de bars ou *pousadas* et des *garimpeiros* avec l'aide précieuse de nos informateurs et médiateurs culturels, soit au total plus de 60 personnes avec qui nous avons conduit des entretiens (entre 30 mn et deux heures ou plus). 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.

Tous les migrants que nous avons rencontrés sont des Brésilien-ne-s, qui, pour la plupart pratiquent des migrations pendulaires entre la Guyane et le Brésil, et exercent des activités liées à l'orpaillage. Leur mode de vie est caractérisé par une grande mobilité entre l'Amapa (Brésil), la Guyane et le Surinam (région frontalière de la Guyane). La plupart ont une famille et des enfants et beaucoup ne vivent pas régulièrement avec leurs proches. La pratique des échanges économique-sexuels (clients et

travailleuses du sexe ou sexualité transactionnelle²⁶) et du multipartenariat sériel ou concomitant est attesté par l'ensemble de nos interlocuteurs. Cette pratique du multipartenariat associé 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 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, ce qui a déjà été mentionné par Frédéric Bourdier (2004). Toutefois, beaucoup attestent que les préservatifs sont soit trop chers (sur les sites d'orpaillage), 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 (Taubira, 2000) est-elle battue en brèche comme en attestent également Bourdier, (2004) ou Cardes (2005, 2010).

Frédéric Bourdier (2004) souligne le fait que les migrants brésiliens ont peu recours au dispositif de soin et encore moins aux prestations sociales, parce que leurs valeurs sociales et culturelles les poussent à privilégier le travail et l'autonomie et que leur situation administrative précaire pendant les premières années de leurs séjour ne les incite pas à consulter. Il précise que selon une étude rétrospective sur des dossiers de consultants d'un centre de soin de Cayenne, « le délai de consultation des immigrés [Haïti, Guyana, Surinam, Brésil] au dispensaire est en moyenne de 7,5 ans après leur arrivée en Guyane » (Bourdier 2004). Il insiste également sur la nécessité de se rendre invisible aux yeux des autorités qui limite leurs opportunités de consulter, ce que nous avons également pu constater. Cet éloignement des migrants vis-à-vis des dispositifs de soins est attesté également en métropole (Fassin et *alii*, 2000, 2002, Escoffier Guillemaut, 2011), et 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 mobilités 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

²⁶ 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.

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.

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 ou s'en remettent à des vendeurs de médicaments.

- Quelles réponses sont possibles ?

Dans le contexte actuel de la reprise de l'activité aurifère à la faveur de la crise économique mondiale, il va de soi que les enjeux de l'orpaillage sont d'une grande complexité, entre mondialisation et actions locales. En ce qui concerne les conditions de vie des migrants et leurs accès à la santé, il semble clair que la lutte contre l'orpaillage clandestin et l'immigration sont antinomiques avec l'accès à la prévention et aux soins. Actuellement, les seules possibilités résident dans les centres de santé décentralisés et les réponses associatives.

Les centres de santé

Les territoires de l'intérieur, comme ceux de l'Est, où l'on estime la population entre 15 000 et 30 000 habitants (y compris les travailleurs en situation irrégulière), reliés aux frontières et au littoral par les effets de la mobilité des individus, sont mal dotés en matière de santé.

Les 19 centres délocalisés de prévention et de soins en sites isolés – CDPS – (dont 8 non accessibles par voie terrestre) habituellement appelés centres de santé, sont sous la double tutelle du conseil

général (dans le cadre de la PMI) ou de la Croix Rouge pour la prévention, et celle du centre hospitalier de Cayenne pour les soins depuis 2000 ; mais en 2008 le CNS souligne que « *l'organisation et la répartition des compétences, notamment à l'égard des centres de santé, restent un sujet de discussion. La répartition entre département et hôpital demeure source de confusion, en partie du fait de dénominations peu claires, [...] Le financement et la gestion des centres de santé qui est en partie à la charge des hôpitaux représentent pour eux une charge exceptionnelle. [...] Une clarification de leur compétence et dénomination est nécessaire de manière à identifier quelles sont les structures à la charge du Conseil général et celles qui dépendent des fonds hospitaliers* » (CNS, 2008).

Quelques centres de PMI du conseil général sont également implantés sur le littoral et quelques communes du Maroni (absent du cours supérieur de l'Oyapock et des communes de l'intérieur comme Saül et St Elie). Enfin, l'offre de soin est assurée par voie aérienne par le SMUR de Cayenne, mais dans des conditions difficiles (pas de couverture téléphonique, instabilité météorologique, coût des transports, etc.) (ARS, 2011).

Selon l'ARS de Guyane les centres de santé « *sont davantage organisés pour la prise en charge des besoins aigus, que le suivi de pathologies chroniques ou les activités de prévention* » ; par ailleurs « *Quatorze des dix-neuf centres ne bénéficient pas de la permanence quotidienne d'un médecin ; les missions mobiles de médecins spécialistes sont rares et irrégulières [...et] Il y aura lieu d'améliorer la coordination interne au sein du CHAR sur les missions de spécialités.* » (ARS, 2011)

Des médecins hospitaliers se rendent dans les centres de santé, tous les deux ou trois mois, pour assurer le suivi des patients séropositifs. Les prélèvements biologiques sont faits sur place et envoyés dans des laboratoires du littoral (Carde, Pourette, 2010).

Lors de notre travail de terrain, nous avons pu constater qu'un médecin du CHU assure en effet une consultation tous les trois mois à Maripa Soula. Entre deux consultations, en cas de difficulté, les patients doivent prendre l'avion pour se rendre à Cayenne ; or les vols sont onéreux et les avions souvent complets. Les Étrangers sans titre de séjour n'ont évidemment pas accès à ce mode de transport. Ils ne peuvent que circuler sur les fleuves, à un coût très élevé en évitant les barrages de police. Selon les professionnel-le-s de santé rencontrés, les contacts avec le CHU de Cayenne ne sont pas réguliers, les médecins du centre de santé ne sont pas « supervisés » par le CHU.

Pour ce qui concerne les patients, aucun frais transport n'est pris en charge pour se rendre en consultation dans un hôpital du littoral, depuis l'Intérieur ou depuis l'Est du territoire, et les barrages policiers empêchent la circulation des étrangers sans papiers sur les axes routiers.

Enfin, en matière de prévention hormis la distribution de préservatifs à la demande, nous n'avons pas trouvé de programme organisé de prévention ou de dépistage du VIH. Selon Christiane Taubira

(2000) « aucun programme de prévention concernant les chantiers aurifères, officiels ou clandestins, n'a été mis en place. Les initiatives ponctuelles du personnel de santé, aussi louables soient-elles, ne peuvent en tenir lieu. [...] la masse de personnes échappant à un suivi sanitaire et dont les comportements sexuels peuvent s'avérer à risques, justifierait que la prévention et le suivi de ces maladies soient inclus dans un protocole global de santé publique pour les populations exposées ».

Les associations

Comme le soulignent la majorité des observateurs, l'essentiel des associations de lutte contre le sida se trouvent sur le littoral.

Toutefois deux associations, l'une française l'autre brésilienne (DAAC, DPAC) ont engagé un programme de prévention auprès des travailleuses du sexe à Oiapoque et à St George, comme nous l'avons souligné précédemment. Ces associations travaillent conjointement sur les deux rives du fleuve mais leurs moyens sont actuellement insuffisants pour leur permettre de couvrir les besoins.

Deux association, l'une à Maripa Soula (*Kawai Nanou*), l'autre à Grand Santi (*Wi Na Wi*) semblent être disposée à s'engager dans la lutte contre le VIH, mais leurs programmes ne concernent pas spécifiquement les travailleuses du sexe, ni les migrants brésiliens.

Des « personnes relai » sont régulièrement formées pour intervenir dans le champ de la prévention du VIH depuis 2006 dans l'Ouest Guyanais par le MFPF (Mouvement français pour le planning familial). Toutefois, leur cible est plus orientée vers la population générale que vers les travailleuses du sexe, et, dans l'Ouest guyanais, il semble que, avec la fermeture du réseau Matoutou en 2010, ces personnes soient actuellement non opérationnelles. Une formation du même type a eu lieu dans l'Est guyanais à St George en 2010. Les retombées de cette formation dépendront probablement des opportunités de rémunérations qui seront offertes à ces médiatrices de prévention.

L'intérêt de l'intervention associative en matière de lutte contre le VIH n'est plus à démontrer ; étayées par une méthodologie basée sur l'*outreach* et l'approche communautaire en santé avec des médiateurs culturels, les associations représentent des ponts entre le système de soins et les populations les plus marginalisées.

En dehors de l'action menée par la DAAC-DPAC, localisée sur St George et Oiapoque, il n'y a pas, actuellement, de réponse pour les travailleurs du sexe (ni pour les orpailleurs) ; elles seraient difficiles à mettre en place car elles viendraient en contradiction avec les politiques publiques répressives.

Notre constat est que, compte tenu de la mobilité des populations, ou de leur éloignement radical (symbolique et géographique) 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 indépendants l'un de l'autre et dotés de moyens humains et matériels adéquats. D'autre part ces réponses devraient s'inscrire dans le cadre des dispositifs transfrontaliers, afin d'améliorer la coordination avec le Brésil et le Suriname. Enfin, un tel projet devrait impérativement associer la centrale d'achat des préservatifs DDSC du fait de son ancienneté sur le terrain de la réduction des risques et des connaissances et savoir-faire de son responsable²⁷.

Par ailleurs une telle organisation supposerait de rendre possible l'accès aux soins des migrants dans les services hospitaliers de St Laurent du Maroni ou de Cayenne, en particulier en rendant possible la circulation des Étrangers sur le territoire, dans la mesure où les réponses hospitalières en matière de soin ne sont pas accessibles au Brésil par exemple (hôpital de Macapà à 600 km de piste de Oiapoque), et en facilitant la délivrance des AME. Là encore, les associations auraient un rôle à jouer avec les médiateurs culturels qui pourraient assurer un suivi administratif et à l'observance, ou toute autre forme d'incitation au soin et au dépistage, grâce à leur proximité avec le terrain. Il importe que les associations puissent bénéficier de services juridiques.

Un tel dispositif itinérant pour l'accès à la prévention et aux soins n'existe pas actuellement. Notre étude nous permet d'avancer que compte tenu de la mobilité sociale et géographique des migrant-e-s brésiliens, au sein d'une diaspora où les réseaux d'interconnaissances sont nombreux, une équipe mobile dédiée à l'action sur le terrain devrait être efficace. Il s'agirait d'un minimum de deux médiateurs culturels issus de la diaspora des migrations liées à l'orpaillage, encadrés par un personnel soignant (infirmier-e). Il leur incomberait de multiplier les contacts individuels, les actions de prévention (y compris par la distribution massive de préservatifs et de gel intime) et d'incitation au dépistage, dans les communes de l'intérieur et sur certains sites d'orpaillage. En corolaire, il serait souhaitable que les centres de santé développent leurs réponses en termes de dépistage. De plus, l'administration des TRODs dans le cadre d'un dispositif itinérant pourrait être envisagé. Toutefois une telle action ne pourrait être efficace sans s'assurer d'une réelle continuité dans l'accès aux soins, d'une part grâce à une négociation au niveau de la préfecture et de l'ARS, de la possibilité d'obtenir des laissez-passer à caractère sanitaire pour que les personnes touchées puissent se rendre dans les

²⁷ Créée en 2003, la centrale d'achat distribue plus d'un million de préservatifs en Guyane et gère 74 distributeurs en 2010

hôpitaux du département et d'autre part en soutenant l'action associative, afin de limiter les « perdus de vue », phénomène que l'on sait endémique en Guyane

- Recommandations

Constats :

Les travailleuses du sexe comme les orpailleurs représentent une population mobile (que l'on peut estimer à 10 000 personnes en 2010) sur l'ensemble du territoire guyanais et sur les zones frontières du Surinam et du Brésil, population qui a peu ou pas accès aux dispositifs de santé et de prévention, tout en étant particulièrement exposée aux risques sanitaires ; du fait de l'irrégularité administrative des personnes cette mobilité implique une obligation de se tenir à l'écart de tout dispositif de contrôle, incluant les dispositifs de soin et de dépistage, mais elle suppose également des relations constantes dans différents espaces géographiques (villes du littoral guyanais, Brésil, Surinam), avec les populations sédentaires. Du fait de cette mobilité, des modes de vie qu'elle implique, et de l'éparpillement des réseaux familiaux et sociaux, l'on peut estimer qu'une forme de sexualité en réseau est caractéristique pour la majorité des personnes. L'ensemble de ces facteurs implique que les risques de propagation du VIH (et autres IST) se trouvent accrus, et ce d'autant plus que, en dépit d'une connaissance des modes de transmission, les personnes concernées ne peuvent pas protéger leurs relations sexuelles autant qu'il le faudrait d'une part et échappent aux dispositifs de dépistage (TroDs ou classique) et de soin d'autre part. Ainsi, les personnes séropositives échappent à la possibilité de traitement dans le cadre des politiques de TasP (treatment as prévention).

Ajouté à ce phénomène de mobilité et aux conséquences décrites ci-dessus, tenant compte que le travail du sexe se déroule en grande partie sur le territoire français (sites d'orpaillage, Maripa Soula, St George) et dans la mesure où il concerne à Oiapoque même, de nombreux clients français de passage (pour affaire ou pour distraction), les risques associés à la propagation du VIH et des IST concernent tout particulièrement la Guyane française.

Il semble important de ne pas laisser une partie de la population hors des dispositifs de prévention, de dépistage et de soins, car cela constitue un potentiel de propagation de l'épidémie dans la sous région, du fait des contacts permanents entre les différents groupes sociaux (mobiles, sédentaires, en situation régulière-irrégulière, etc.)

Les centres de santé, en l'état actuel, ne sont pas suffisamment équipés pour remplir une mission de prévention et d'accès aux soins du VIH, d'autant moins que ceux qui sont ouverts avec du personnel permanent sont sous équipés. Il semblerait opportun de prévoir un dispositif plus souple, itinérant et associatif qui travaillerait en partenariat avec les centres de santé et servirait d'interface avec le dispositif de soin institutionnel (l'hôpital).

Comme il est difficile de se rendre sur les sites sans courir de risques en termes de sécurité physique, il semblerait opportun d'organiser une réponse itinérante à partir des principales villes qui desservent les sites d'orpaillage : Oiapoque, Maripa Soula, Saül et St Elie par exemple.

En 1996 déjà, Diane Vernon recommandait que des actions en faveur de la santé et de la prévention en direction des travailleuses du sexe soient mises en place. Elle recommandait d'ouvrir des antennes des dispensaires anti vénériens proches des lieux de prostitution et de mettre en place des programmes d'*outreach*.

Et dans la mesure où le travail du sexe se déroule en grande partie sur le territoire français (zones d'orpaillage de l'intérieur ou St George) et dans la mesure où il concerne à Oiapoque même, de nombreux clients français de passage (pour affaire ou pour distraction), les risques associés à la propagation du VIH et des IST concernent tout particulièrement la Guyane française.

Enfin, 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 transfrontaliers.

Nous préconisons la mise en place d'un ***dispositif itinérant pour l'accès à la réduction des risques et aux soins spécialisés (dont le VIH)***.

D'où les objectifs suivants :

- Penser les actions de réduction des risques sur les axes Nord/Sud et sur les itinéraires de mobilité (villes sur les fleuves, villes de l'intérieur),
- 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 l'équipe du centre de santé de St George,

- 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, qui pourrait être l'opérateur pressenti du fait de sa connaissance du milieu) 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* (voir ci-dessous, p. 92),

- 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 ...).

- Perspectives d'avenir et collaborations régionales

Nous n'entretrons pas dans le détail des actions passées et avenir et des programmes de la lutte contre le VIH, qui mériteraient en soi une analyse approfondie et qui existe par ailleurs (CNS, 2008, DSDS, 2007, etc.) ; Nous nous attacherons à dégager les axes forts des projets de la région en regard des questions portant sur le travail du sexe.

Programmes de santé en Guyane

La DSDS dans le bilan du programme régional de lutte contre le VIH 2003-2006, réalisé en 2007 (DSDS, 2007) souligne que « *Un état des lieux sur la prostitution en Guyane était souhaité dès le début de la programmation mais il n'a pas été réalisé avant la mise en place des actions* » sur le littoral ; dans la réalité l'étude de Diane Vernon 1996) donnait un aperçu consistant de la réalité de la prostitution sur le littoral, et il a d'ailleurs permis l'initiation du programme de l'association entraide à Cayenne.

Les auteurs du rapport déploraient le fait que « *Le contexte est peu voire inconnu sur d'autres secteurs (Saint-Georges, Maripasoula, sites d'orpaillage clandestins)* » et que « *La situation dans la zone transfrontalière de l'Est (Saint Georges- Oyapoque) reste à évaluer* ». La présente étude vient remédier à cette carence.

Le bilan de la DSDS soulignait également que « *Dans le domaine de la prostitution, la méconnaissance et l'inaccessibilité des sites d'orpaillage, ainsi que l'éloignement des communes n'a pas permis de mettre en place des actions de prévention.* » Nous avons souligné dans cette étude que, depuis fin 2009 un programme associatif (DAAC/DPAC) transfrontalier franco-brésilien a engagé une action auprès des travailleuses du sexe d'Oyapoque et de St George, mais que cette structure rencontre des difficultés pour faire financer ses actions par les services déconcentrés de l'État. Nous préconisons par ailleurs la mise en place d'un dispositif itinérant de réduction des risques avec les travailleuses

du sexe et les migrant-e-s brésiliens et en collaboration avec la centrale d'achat de préservatifs et les services hospitaliers.

Le rapport coordonné par Gilles Pialoux et France Lert (pialoux, Lert, 2009) soulignait que « *Les études aussi bien en population générale que parmi les personnes atteintes ne rendent pas compte des phénomènes qui concernent des petites populations ou des phénomènes tels que les situations frontalières, les petites communautés migrantes, les HSH, les travailleurs du sexe ou les consommateurs de crack. Ces populations sont difficiles d'accès, les méthodes quantitatives sont peu applicables, et les équipes de sciences sociales font défaut pour conduire des recherches sociologiques, anthropologiques ou pour soutenir des recherches actions* ». Nous espérons avoir partiellement remédié à ces carences en matière de travail du sexe sur les zones frontalières.

Les auteurs ajoutent que « *Les trois départements français d'Amérique doivent conserver un niveau de priorité très élevé dans la politique du VIH [...] et ajouter des volets nouveaux pour atteindre les groupes minoritaires et marginalisés en Guyane. [...] Le travail sexuel dans ses différentes formes, abordé tant du côté des travailleurs du sexe que des clients, doit faire l'objet de programmes spécifiques en s'inspirant de programmes existant dans les pays voisins de la région. [...] Dans son rapport récent, la HAS recommande l'offre régulière de dépistage du VIH en population générale et un dépistage annuel aux sujets multipartenaires. La mise en œuvre de ces recommandations nécessite des actions innovantes pour atteindre effectivement certaines populations, notamment en utilisant des tests rapides et des stratégies hors les murs pour réduire les difficultés d'accès majorées en Guyane.* » (pialoux, Lert, 2009)

Nos recommandations concernant la mise en place **dispositif itinérant pour l'accès à la réduction des risques et aux soins spécialisés (dont le VIH)** vont dans ce sens ; ajoutons que la mise en place d'une telle structure devrait s'accompagner d'un appui méthodologique sous la forme par exemple, d'un partenariat avec un programme de terrain analogue (régional ou métropolitain) ayant recours à une approche de santé communautaire, ce que préconise également les différents plans nationaux de lutte contre le VIH/sida depuis une dizaine d'années.

Enfin, le programme de l'ARS, qui décline localement les axes préconisés par le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations des départements d'outre-mer, ce qui, dans le cahier des charge de l'appel à projet 2011 (ARS, 2011) se traduit par la préconisation d'« *Action en direction des publics vulnérables (travailleurs du sexe, milieu carcéral, personnes multipartenaires, personnes vivant avec le VIH, communautés en grande précarité,...) et/ou en territoires isolés* ».

Les programmes transfrontaliers

Des programmes de coopération transfrontalière sont en cours d'élaboration.

Celui qui concerne le Surinam semble être au point mort du fait de l'instabilité politique dans ce pays, et du fait, probablement que le poste de coordinateur de l'Ouest guyanais a été vacant 18 mois. Il vient d'être pourvu (automne 2010). Ce programme ne semble dans tous les cas pas concerner Maripa soula où aucun des acteurs institutionnels de St Laurent ou de Cayenne n'est identifié par les acteurs locaux.

Le programme de coopération transfrontalière qui concerne le Brésil a débuté par des discussions à l'initiative du Brésil en 2005 et plusieurs rencontres ont eu lieu (novembre 2005, janvier 2006) entre les représentants des autorités sanitaires de la Guyane française, (DSDS et centre hospitalier de Cayenne), d'une part et d'Oyapoque (municipalité et hôpital), d'autre part (DSDS, 2007) ;

Ces premiers échanges concernaient l'amélioration de la coopération entre les deux pays pour la prévention, la distribution de préservatifs, un Protocole de réalisation des sérologies VIH pour le compte de l'Hôpital d'Oyapoque établi avec le centre de transfusion de Cayenne et le centre hospitalier de Cayenne et la Réalisation d'outils de prévention en bilingue. Ce premier programme n'a pas abouti. La DSDS préconisait de reprendre ce projet « avec une association franco-brésilienne » (DSDS, 2007) un nouvel engagement a été pris en 2008 et il a été formalisé entre 2008 et 2009 entre les deux pays; quelques rencontres ont eu lieu entre les partenaires institutionnels de France et du Brésil. Toutefois, du fait des lenteurs administratives, cette coopération est loin d'être opérationnelle, et la prochaine ouverture du pont sur l'Oyapock va vraisemblablement complexifier les relations frontalières. Par ailleurs, contrairement aux objectifs fixés en 2007, l'association franco-brésilienne créée dans la même période, et qui mène une action avec les travailleuses du sexe sur la frontière n'a pas été officiellement associée aux nouvelles négociations franco-brésiliennes.

Programme caribéen

Le Projet pilote de renforcement de la coopération entre les DFA et d'intégration dans le réseau Caribéen PANCAP²⁸ devrait permettre de mieux intégrer la lutte contre le VIH dans la Région caribéenne ; Les objectifs spécifiques définis en 2006 visent les différents aspects de la maladie à améliorer : droits de l'homme, prévention, soins et traitement, amélioration des capacités et

²⁸ Pan caribbean Partnership Against HIV/AIDS (environ 30 pays de la Caraïbe y compris 3 DFA, Surinam)

coordination, Il devrait permettre de développer des activités de façon coordonnée avec les différents pays et territoires transfrontaliers et du PANCAP (DSDS, 2007). L'avis du CNS de juin 2008 demandait le renforcement des échanges au niveau régional Antilles – Guyane et notait l'intérêt des projets de type PANCAP, renommé projet INTERREG visant à la « mise en place d'un observatoire intercaribéen du VIH » financé par l'Union Européenne ou encore encourageait le développement des réunions inter COREVIH (ministère de la santé et des sports, 2010)

Le projet Interreg est en cours d'élaboration depuis 2007 (la rencontre intercorevih de St Martin en ayant marqué le démarrage). « *L'objectif spécifique est de renforcer les capacités des DFA à répondre de façon multisectorielle à l'infection au VIH en permettant leur insertion dans l'espace Caraïbe au côté du PANCAP.* » (<http://www.chupap-interregvih.org/index2.html>) Les financements sont maintenant acquis sur trois années pour les DFA et le programme est piloté par le COREVIH de Guadeloupe et porté administrativement par le CHU de Pointe à Pitre. Actuellement, les négociations sont toujours en cours fin 2010, pour la répartition des tâches et des financements ; d'après nos informations, les deux premières années seront consacrées à la récolte des données épidémiologiques et à des états des lieux qui devront être pour l'essentiel réalisés par le CICEC Antilles-guyane et ses correspondants dans les services des hôpitaux de Guadeloupe et de Martinique. Les financements de la troisième année devraient être dévolus aux actions de terrain, donc plutôt orientés vers les associations. Toutefois, il semble que ce programme soit essentiellement hospitalo-centré et que les associations qui ont largement été sollicitées pour sa construction et sa légitimation soient fort peu associées à sa mise en œuvre, et surtout, n'en reçoivent que peu de retombées financières.

Dans le cadre de ce programme, Une étude quantitative sur le travail du sexe est en cours ; elle s'inscrit dans un programme plus vaste d'étude épidémiologiques de groupes spécifiques afin de rechercher les « moteurs de l'épidémie » ; elle est menée par le CICEC (Centre d'Investigation Clinique – Epidémiologie Clinique Interrégional) Antilles-Guyane, organisme de recherche dont la vocation est essentiellement la recherche épidémiologique. Ce centre de recherche a été créé en janvier 2008 avec l'intitulé « maladies infectieuses, génétiques et émergentes en zone tropicale » suite à un appel d'offre conjoint Inserm/DHOS. Il couvre les trois départements français d'Amérique (DFA). Il s'appuie sur des équipes de recherche labellisées (Institut Pasteur, INRA, CIRAD, CIRE, Délégations régionales de la recherche et de l'innovation technologique..), avec une volonté institutionnelle forte de promouvoir la recherche dans la région (CHU, ARH). Les axes de recherche initiaux concernent le cancer de la prostate, la drépanocytose (projets en cours), la dengue (projet en cours), l'infection par le VIH (projets en développement) la leptospirose (à venir).

Les résultats de l'étude sur le travail du sexe, entreprise début 2008 en Guyane par le CICEC, ne seront pas disponibles avant la fin de l'année 2011 et nous ne disposons d'aucun résultat intermédiaire.

Dans les DFA, Les programmes associatifs de lutte contre le VIH (les IST et les hépatites) de terrain sont, sauf exception, très fragiles et pourtant nécessaires pour une prévention de proximité, pour le soutien à l'accès aux soins ainsi que pour la défense des droits.

Le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations des départements d'outre-mer souligne d'ailleurs que « Les associations de lutte contre le sida ont depuis le début de l'épidémie une place primordiale dans la prévention du VIH/SIDA en métropole. Dans les DOM, les associations communautaires locales de prévention du VIH/SIDA peinent à émerger et à s'organiser pour être de véritables relais de prévention » (ministère de la santé, 2010).

En Guyane tout particulièrement sur les zones éloignées de l'île de Cayenne cette fragilité est renforcée. Faute de contact avec les centres de décision, et avec les partenaires guyanais de la lutte contre le VIH, ces associations, quand elles existent, manquent de visibilité, de reconnaissance et de moyens. Pourtant, du fait de leur ancrage local, elles pourraient être des leviers importants de la lutte contre le VIH dans les territoires isolés, où l'accès aux outils de prévention, au dépistage et à fortiori aux soins sont quasi inexistant.

Le CHU de Cayenne, les hôpitaux de St Laurent et Kourou ne peuvent pas couvrir l'ensemble des besoins en matière d'accès au dépistage et de suivi des PPVIH, et les centres de santé sont le plus souvent sous-équipés en personnel et en matériel.

Il apparaît (mais les analyses restent à approfondir), que en l'état actuel de leur avancement, les projets de grande ampleur ne soient pas encore d'une grande utilité sur le terrain. D'ailleurs selon nos interlocuteurs associatifs, les associations de terrain s'en sentent exclues. Elles regardent, sans être concernées, d'un air dubitatif, se dérouler « en haut lieu » des négociations qui leur échappent et qui ne sont, à leurs yeux, pas transparentes. Pourtant, toujours selon nos interlocuteurs associatifs, il leur a été demandé à plusieurs reprises de fournir des éléments approfondis concernant leurs actions ou leurs projets. À l'heure actuelle, elles ont le sentiment d'avoir collaboré (au détriment de leur travail quotidien sur le terrain auprès des personnes) « pour rien ». Les financements leur échappent, des programmes se construisent sans leur avis, pire, elles se sentent utilisées à leur dépend (leurs actions de terrain servant à défendre les programmes d'autrui). Leurs difficultés majeures résident dans la recherche de financement et le fait de faire face à des difficultés

sur le terrain : pauvreté, cumul de pathologies (malaria, Dengue, VIH...), gestion des populations étrangères sans titre de séjour, résistance des administrations, etc...

Aussi, dans le cadre succinct de cette étude nos hypothèses de travail pour l'avenir pourraient se formuler ainsi :

- Des programmes « propulsés » de la métropole ne semblent pas être adaptés au contexte guyanais,
- La collaboration avec des acteurs de terrains anciens, bien implantés, parfois « communautaires » (ex association brésilienne ou association bushinigué, etc) semble favorable pour garantir l'efficacité et la pérennité des actions. Toutefois, il paraît clair que ces associations ont besoin de soutien (sans mainmise) pour leur structuration,
- Sur l'Est, où tout est à créer, le partenaire opérationnel serait la DAAC-DPAC qui agit déjà sur la frontière,
- À l'Ouest, il semble difficile d'associer St Laurent à Maripa soula du fait de la distance géographique et des difficultés de communication. Par ailleurs, le contexte populationnel, social et économique est très différent, faisant de ces deux régions des entités fort distinctes,
- Les autres pathologies endémiques doivent être également traitées de manière intégrée avec la lutte contre le VIH et la santé sexuelle et reproductive (et vice et versa),
- Les financements affectés à la lutte contre le sida dans un contexte d'épidémie généralisée sont insuffisants (ou mal orientés),
- La Guyane ne devrait pas être un territoire d'expérimentation laissé à des opérateurs inexpérimentés et peu implantés localement car elle a déjà connu trop d'échecs (de peuplement, de développement économique, de gestion, de politiques de santé...).

Bibliographie

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

ARS Guyane, 2011, *Cahier des charges de l'appel à projet 2011*, www.ars.guyane, 15p.

ARH Guyane, 2006, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2011, région Guyane, prise en charge de la santé des populations des territoires isolés*, 95p.

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

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.

BVS, 2010, *Bulletin de veille sanitaire* — N° 8 / Août 2010, Les maladies à déclaration obligatoire dans les DFA (2006-2008) Luisiane Carvalho, Cire Antilles Guyane

CARDES Estelle, 2005, *L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais Représentations et pratiques professionnelles vis à vis de l'altérité : quand usagers et offre de soins viennent « d'ailleurs »* thèse pour le diplôme d'État de Docteur en médecine, Toulouse, Université Paul Sabatier, 384 p.

CARDE Estelle, POURETTE Dolorès, 2010, *Processus de décision autour de la grossesse chez les femmes vivant avec le VIH/sida dans les territoires français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin), Points de vue croisés des femmes et des professionnels*, 206 p.

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.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2003, *Repenser la politique de lutte contre le VIH-sida dans les départements d'Outre-mer*, 11 mars 2003.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2008, *l'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique*, rapport, 21 février 2008, 26 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA (CNS), 2008, *Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles* du 26 juin 2008, 12 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2010, *VIH et commerce du sexe. Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins*, Avis suivi de recommandations adopté par le conseil national du sida le 16 septembre 2010, 52 p.

DSDS Guyane, 2007, *Bilan et perspectives du programme régional de santé VIH/sida en Guyane 2003-2006*, 112 p.

ESCOFFIER Claire, GUILLEMAUT Françoise, 2011, *Chercher la vie, migrants africains face au VIH*, L'Harmattan, coll. Pepper, 340 p. à paraître.

FASSIN Didier, CARDE Estelle, FERRÉ Nathalie, MUSSO-DIMITRIJEVIC Sandrine, 2000, *Un traitement inégal Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, DPM, 264 p.

FASSIN D., SIMON P., GILLOIRE A., VOURE'H F., DE RUDDER V., DOURIS V., RUDE-ANTOINE E., HAMEL Ch., POURETTE D., SALOMON C., 2002, *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, 129 p.

GRANGER Stéphane, 2008, « La Guyane, un territoire Caraïbe en voie de sud-américanisation », *EchoGéo* [En ligne], Numéro 6 | 2008, mis en ligne le 09 juillet 2008, consulté le 24 octobre 2011. URL : <http://echogeo.revues.org/6503>

GUILLEMAUT Françoise, 2006, *Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe : Stratégies et empowerment*, Lyon, Le Dragon Lune, 286 p.

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 economico-sexuels en Guadeloupe*, 292 p. Synthèse en ligne sous le titre « La prostitution en Guadeloupe synthèse » <http://www.martinique.sante.gouv.fr/accueil/statistiques/regionales.htm>

GUILLEMAUT Françoise, 2010, « Migrantes non européennes et secteur du service : travail du sexe/travail domestique, une alternative sans choix ? », in *de l'ouvrier immigré au travailleur sans papier, les étrangers dans la modernisation du salariat*, sous la direction de Alain MORICE et Swanie POTOT, Karthala, 326 p, pp. 117-142.

HALFEN Sandrine, FENIES K., UNG, B., GRÉMY I., 2006, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*, ORS Ile de France, 290 p.

HALFEN Sandrine, 2006, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*, sous la direction de Sandrine Halfen, ORS/ANRS, avril 2006 290 p. www.anrs.fr/index.php/anrs/content/download/1628/10402/file/Rapport_KABP_DFA_2004.pdf

Insee Antilles Guyane, 2010, *Tableaux Économiques Régionaux de la Guyane 2009-2010*, 178 p. Pointe à Pitre.

INSEE, IEDOM, AFD, 2008, *Guyane, une économie sous contrainte*, 83 p.

LEMOINE Maurice, 2001, « Or « sang » contre or vert en Guyane française » *Le monde diplomatique*, Archives — Février 2001 <http://www.monde-diplomatique.fr/2001/02/LEMOINE/14825>

LORMÉE, Nicolas JOUBERT Michel, MARTY Christian, 2004, *Infections sexuellement transmissibles dans un village d'orpailleurs : Saint Élie (Guyane française), en juin et août 2004*. Données préliminaires.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2010, *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations des départements d'outre-mer*, le www.sante-sports.gouv.fr, 58 p.

MORICE Alain, POTOT Swanie (dir.), 2010, *de l'ouvrier immigré au travailleur sans papier, les étrangers dans la modernisation du salariat*, Karthala, 326 p.

ORRU Jean-François, 2001, « Typologie des exploitations aurifères de Guyane et spécificités du contexte socio-économique local », In : Carmouze Jean-Pierre, Lucotte M., Boudou A. *Le mercure en Amazonie : rôle de l'homme et de l'environnement, risques sanitaires*. Paris : IRD, 2001, p. 425-446. (Expertise Collégiale), pp. 425-446.

http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-05/010026524.pdf

PIALOUX Gilles, LERT France, 2009, Mission RDRs, Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, INSERM, 238 p.

PIANTONI Frédéric, 2009, *L'enjeu migratoire en Guyane française*. Matoury, Editions Ibis Rouge, 440 p.

POLICE Gérard, 2010, *Éudorado Le discours brésilien sur la Guyane française*, Matoury, Editions Ibis Rouge, 511 p.

SASSEN Saskia, 2006, « Vers une analyse alternative de la mondialisation : les circuits de survie et leurs acteurs », in *Les Cahiers du Genre, Travail et Mondialisation, confrontation Nord/sud*, 40/2006, Paris, L'Harmattan, pp. 67-89.

TAUBIRA-DELANNON Christiane, 2000, *L'Or en Guyane : éclats et artifices*, rapport remis au Premier ministre, La documentation Française, 155 p.

TARRIUS Alain, 2005, « Au delà des États nations : des sociétés de migrants », in *REMI (Revue européenne des migrations internationales)*, vol. 17, n°2, pp. 27-56.

TARRIUS Alain, 2006, « Les nouvelles migrations de la globalisation par le bas », in *Cosmopolitiques*, n°11-2006, Paris, Apogées, pp. 41-62.

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

VERNON Diane, 1996, *Prostitution et sida en Guyane*, étude réalisée à la demande de la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales), 106 p. ronéoté

WWF, 2009, *De la mine à la vitrine, État des lieux & perspectives de la traçabilité de l'or guyanais*, ed WWF, 46 p.