



Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque, Brésil

Marie-Claire Parriault

► To cite this version:

Marie-Claire Parriault. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque, Brésil. Médecine humaine et pathologie. Université de Guyane, 2015. Français. <NNT : 2015YANE0006>. <tel-02303080>

HAL Id: tel-02303080

<https://theses.hal.science/tel-02303080v1>

Submitted on 2 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization



Faculté de Discipline
Ecole doctorale pluridisciplinaire

Thèse pour obtenir le grade de Docteur
Spécialité : Sciences de la Vie, option Santé Publique

Présentée par : Marie-Claire PARRIAULT

**Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH
et des IST parmi les travailleuses du sexe en Guyane et
à Oiapoque, Brésil**

Devant le jury suivant :

Pierre COUPPIE, Professeur des Universités-Praticien hospitalier,
EA3593, Université Antilles Guyane, Examineur

Pierre CHAUVIN, Docteur en médecine, Docteur en sciences, HDR,
UMRS 1136, INSERM & Sorbonne Universités UPMC, Rapporteur

Cyrille DELPIERRE, Docteur en sciences, HDR, UMR 1027,
INSERM & Université Toulouse III Paul Sabatier, Rapporteur

Mathieu NACHER, Professeur des Universités-Praticien hospitalier,
EA3593, Université Antilles Guyane, Directeur de thèse

*“But HIV is a virus that doesn’t care what people think.
It only cares what people do.”*

E. Pisani, *The wisdom of whores*, 2008

Title:

Knowledge, attitudes and practices towards STIs and HIV among female sex workers in French Guiana and Oiapoque (Brazil).

Abstract:

The HIV epidemic in French Guiana is often described as generalized. However, some vulnerable groups appear particularly affected. Among these groups, female sex workers hold a special place because of the frequency of transactional relationships in the region. These sexual-economic exchanges go beyond the borders since many customers from French Guiana solicit female sex workers in Oiapoque, the Brazilian border town. Despite the potential importance of sex work in the HIV epidemic, there is scarce data on the subject in the area.

The main objective of this study was to address this knowledge gap and to describe the knowledge, attitudes and practices among female sex workers in French Guiana and Oiapoque in order to optimize and subsequently evaluate prevention.

The results of the survey conducted in French Guiana and Oiapoque in 2010 and 2011 highlighted a number of events promoting the spread of the epidemic among female sex workers, but also promoting the spread of the epidemic in the general population. Thus, condom use was not always adequate. Although it was consistent with the customers, it was much less with intimate partners, in a common multiple sexual partnerships context. The HIV screening rate was particularly low in Oiapoque as well. Beyond the individual aspect, the structural framework clearly impacted the vulnerability of female sex workers. Thus, the non-availability of treatment in Oiapoque, the precariousness in which people live and the legislative framework of the two countries are major barriers to female sex workers' support.

Different levels of understanding are necessary to disentangle the complexity of behaviors facing the risk of transmission of HIV among female sex workers. Prevention must be considered at each level, not only at the individual level, to be effective. Furthermore, prevention must be considered more generally to provide an efficient response to the HIV epidemic by combining behavioral, biomedical and structural prevention elements.

Keywords:

HIV ; female sex workers ; knowledge, attitudes and practices ; French Guiana ; Oiapoque (Brazil) ;

Remerciements

A Monsieur le Professeur Couppié, à Monsieur Pierre Chauvin et à Monsieur Cyrille Delpierre, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Mathieu Nacher pour avoir dirigé ce travail. Merci pour tes conseils, ton soutien, ta confiance et tes enseignements. Il est difficile d'exprimer ma reconnaissance en quelques lignes seulement alors merci pour tout ! J'ai beaucoup appris en travaillant à tes côtés durant ces dernières années.

A toutes celles et ceux qui ont contribué à ce travail : Célia, Astrid, Barbara, Chandra, les enquêtrices, les acteurs de terrain, notamment les associations partenaires : ADER, AIDES, Entr'Aides, DAAC et DPAC Fronteira qui travaillent quotidiennement auprès des travailleurs du sexe.

A Leila pour ton aide bienvenue.

Au Dr Ligia Kerr et à son équipe du département de santé communautaire de l'Université de Fortaleza pour leur collaboration.

A toute l'équipe du CIC.

A mes proches et amis d'ici ou d'ailleurs.

A ma famille pour son indéfectible soutien.

A Pierre et à Laëlle, mes amours.

A toutes les personnes qui ont participé à ces enquêtes. Merci pour leur accueil et la confiance qu'elles nous ont accordée.

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	- 10 -
ABREVIATIONS.....	- 12 -
INTRODUCTION	- 16 -
<u>PARTIE 1 : CADRE METHODOLOGIQUE</u>.....	- 34 -
1.1 Une étude CAP	- 36 -
1.1.1. Principe de l'enquête	- 36 -
1.1.2. Hypothèses de travail.....	- 38 -
1.1.3. Critères d'inclusion.....	- 39 -
1.2. Choix d'échantillonnage en populations cachées.....	- 40 -
1.2.1. Échantillonnages probabilistes.....	- 41 -
1.2.1.1. Time Location Sampling	- 42 -
1.2.1.2. Respondent Driven Sampling (RDS)	- 42 -
1.2.1.3. Contact-recontact ou Capture-recapture	- 45 -
1.2.2. Échantillonnages non probabilistes	- 46 -
1.2.2.1. Facility-based sampling, street outreach sampling.....	- 46 -
1.2.2.2. Snowball	- 47 -
1.3. Taille de l'échantillon	- 48 -
1.4. Le recueil des données	- 49 -
1.4.1. Outil de recueil	- 49 -
1.4.2. Recueil des données sur le terrain	- 50 -
1.5. Ethique et réglementaire.....	- 51 -
1.5.1. Aspects éthiques	- 51 -
1.5.2. Démarches réglementaires	- 51 -
<u>PARTIE 2 : PRESENTATION DES ANALYSES</u>.....	- 54 -
2.1. La population des travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque	- 55 -
2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques : la précarité en filigrane	- 56 -
2.1.2. Consommations : l'alcool en exergue	- 59 -
2.1.3. Caractéristiques de la sexualité.....	- 60 -
2.1.4. Le travail du sexe : l'imbrication des problématiques	- 62 -
2.1.5. Connaissances vis-à-vis du VIH.....	- 63 -
2.1.6. Description des jeux de données	- 64 -

2.2. Les comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH parmi les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque	- 68 -
2.2.1. La non utilisation du préservatif : la sphère privée concernée.....	- 69 -
2.2.1.1. Facteurs prédictifs de la non utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe en Guyane	- 70 -
2.2.1.2. Recherche de leviers d'action théoriques : théories du comportement	- 79 -
2.2.1.3. Les leviers d'actions concernant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime	- 92 -
2.2.2. Le non recours au dépistage : un écart important avec Oiapoque	- 103 -
2.2.2.1. Les déterminants du recours au dépistage à la frontière franco-brésilienne.....	- 104 -
2.2.2.2. Les leviers d'actions concernant le recours au dépistage	- 118 -
2.2.3. Polymorphisme des situations	- 121 -
<u>PARTIE 3 : DISCUSSION GENERALE ET PERSPECTIVES</u>	- 126 -
3.1. Limites de l'enquête	- 127 -
3.2. Une approche de prévention combinée.....	- 131 -
3.2.1. Le contexte épidémique.....	- 135 -
3.2.2. L'aspect individuel.....	- 138 -
3.2.3. La méconnaissance des réseaux	- 142 -
3.2.4. L'importance du communautaire	- 144 -
3.2.5. Le cadre structurel	- 148 -
3.3. Réflexions sur les actions à mener	- 154 -
3.3.1. En Guyane	- 158 -
3.3.2. A Oiapoque.....	- 160 -
CONCLUSION	- 168 -
CONCLUSION PERSONNELLE	- 172 -
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	- 176 -
ANNEXES	- 188 -

Liste des tableaux et figures

Figure n°1 : Connexions entre les travailleurs du sexe, les populations ponts et la population générale.....	- 27 -
Figure n°2 : Carte de la Guyane.....	- 35 -
Tableau n° 1 : Consommation de drogues	- 59 -
Tableau n°2 : Consommation d'alcool	- 59 -
Tableau n°3 : Consommation d'alcool avant de travailler	- 60 -
Figure n°3 : Entrée dans la vie sexuelle des travailleuses du sexe.....	- 61 -
Tableau n°4 : Caractéristiques des clients	- 63 -
Figure n°4 : Représentation de variables sociodémographiques à Oiapoque.....	- 65 -
Figure n°5 : Représentation de variables sociodémographiques en Guyane.....	- 67 -
Figure n°6 : Diagramme schématique du Health Belief Model	- 81 -
Figure n°7 : Diagramme schématique de la théorie de l'action raisonnée	- 83 -
Tableau n°5 : Les processus du changement : définitions et interventions représentatives identifiées dans le modèle transthéorique	- 86 -
Figure n°8 : ACP focalisée sur l'utilisation du préservatif au dernier rapport avec le partenaire intime.	- 93 -
Figure n°9 : Modèle structural concernant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire intime	- 95 -
Tableau n°6 : Facteurs prédictifs de la capacité personnelle perçue.	- 98 -
Tableau n°7 : Opinions stigmatisantes des travailleuses du sexe brésiliennes	- 101 -
Figure n°10 : ACP focalisée sur le fait d'avoir déjà fait au moins un test de dépistage.....	- 118 -
Figure n°11 : Modèle structural concernant le recours au dépistage à Oiapoque.....	- 120 -

Figure n°12 : Cadre pour la prévention combinée : niveaux de risque et interventions de prévention	- 134 -
Figure n°13 : Structure d'un logic model, figure adaptée de l'Université du Wisconsin...	- 156 -
Figure n°14 : Structure d'un precede-proceed planning model	- 157 -
Figure n°15 : Résultats des réflexions entamées en Guyane	- 161 -
Figure n°16 : Résultats des réflexions entamées à Oiapoque.....	- 164 -

Abréviations

ACP : Analyse en composantes principales

ACSAG : Analyse des Comportements Sexuels au Antilles et en Guyane

AME : Aide Médicale d'Etat

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

ARV : Médicaments antirétroviraux

BSS : Behavioural Surveillance Survey

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé.

CFI : Comparative Fit Index

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CPP : Comité de Protection des Personnes

DFA : Département Français d'Amérique

DHS : Demographic and Health Survey

FEDER : Fonds Européens de Développement Economique Régional

HBM : Health Belief Model

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IBGE : *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

KABP : Knowledge Attitudes Beliefs and Practices

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

PVVIH : Personne Vivant avec Le VIH

RDS : Respondent Driven Sampling

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

SINAN : Sistema Nacional de Informações dos Agravos de Notificação

TasP : Traitement as Prévention

TLS : Time Location Sampling

TME : Transmission Mère Enfant

TPE : Traitement Post-Exposition

TROD : Test de dépistage Rapide à Orientation Diagnostique

TS : Travailleurs du Sexe

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'épidémie de VIH en Guyane

Depuis sa découverte dans les années 1980, environ 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 39 millions sont décédées de maladies liées au sida [1]. En 2013, l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) estimait à 35 millions le nombre de PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH). Même si les nouvelles infections ont chuté de 38% en 2001, dans le monde, 2,1 millions de personnes ont été nouvellement infectées en 2013 par le VIH et 1,5 million de personnes sont décédées d'une maladie liée au sida, soit une baisse de 35% des décès depuis 2005 [1].

En 2012, le VIH était la sixième cause mondiale de mortalité et la deuxième cause pour les pays à faible revenu [2].

Le continent africain est le plus touché par l'épidémie, notamment l'Afrique subsaharienne. Cette zone totalise près de 70% des nouvelles infections à VIH dans le monde [1]. En 2013, près de 25 millions de personnes séropositives au VIH y vivaient.

La Caraïbe est également très touchée par l'épidémie. En 2013, 250 000 personnes vivaient avec le VIH et 12 000 nouvelles infections ont été recensées. Néanmoins, les chiffres sont encourageants :

- les nouvelles infections ont baissé, dans la région, de 40% entre 2005 et 2013 [1] ;
- le nombre de décès liés au sida a chuté de moitié sur cette même période et l'accès au traitement a augmenté de 31% chez les PVVIH de plus de 15 ans depuis 2011 [1].

De fortes disparités existent au sein même de la zone et la répartition des cas n'est pas uniforme. Ainsi les Bahamas ont la prévalence la plus élevée de la région, supérieure à 3% chez les adultes âgés de 15 à 49 ans en 2012. Haïti est le second pays le plus touché avec une prévalence supérieure à 2% parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans en 2012. Le Belize, la

Jamaïque, le Guyana et le Suriname arrivent ensuite avec des prévalences allant de 1,1% à 1,7% [3].

L'épidémie de sida dans la Caraïbe relève principalement d'une transmission hétérosexuelle. Les contaminations homosexuelles sont beaucoup moins fréquentes, certainement sous-estimées dans un contexte relativement homophobe (certains pays comme le Guyana ou Trinidad et Tobago ont une législation répressive vis-à-vis de l'homosexualité). Les transmissions par voie intraveineuse semblent pour l'heure assez anecdotiques : l'injection par voie intraveineuse de drogues n'est pas la pratique la plus courante dans la Caraïbe. Cependant il existe d'autres risques de transmission du VIH associés à la consommation de drogues. Dans la Caraïbe anglophone, il s'est révélé problématique d'obtenir des gouvernements qu'ils reconnaissent la vulnérabilité au VIH des fumeurs de crack qui ne s'injectent pas de drogues [4].

La région Antilles Guyane se situe parmi les pays les moins impactés de la zone Caraïbe. Toutefois, elle demeure depuis les premières années au premier rang de prévalence et d'incidence sur l'ensemble des régions françaises [5].

La Guyane est la région de France où l'incidence du VIH est la plus forte. Sur la période 2009-2010, le taux d'incidence du VIH a été estimé à 147 nouvelles contaminations par le VIH pour 100 000 personnes-années [5]. Le taux de prévalence chez la femme enceinte y est supérieur à 1% depuis plusieurs années, classant la Guyane en situation d'épidémie généralisée selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Des caractéristiques sont à relever :

- la transmission est très largement hétérosexuelle et les femmes sont majoritaires parmi les patients suivis [6] ;

- le retard au diagnostique est important : près de 40% des patients diagnostiqués à un stade SIDA ne connaissaient pas leur statut sérologique au moment du diagnostic [7] ;
- ces patients étaient plus souvent de nationalité étrangère. L'épidémie ne touche donc pas uniformément la population guyanaise : la majorité des patients de la file active suivie à l'hôpital de Cayenne sont des migrants [7, 8]. La séroprévalence chez les parturientes est plus élevée chez les femmes de nationalité étrangère que chez les Françaises. Ainsi en 2003 elle s'échelonnait de 1% chez les femmes de nationalité française jusqu'à 3,5% chez les femmes de nationalité haïtienne [9]. La prise en charge de ces patients est d'autant plus difficile qu'il s'agit d'une population très précaire (avec des difficultés de régularisation administrative et des obstacles culturo-linguistiques) [9], et susceptible d'être perdue de vue à long terme [10] ;
- les infections indicatrices de SIDA les plus fréquentes en 2010 étaient l'histoplasmosse, la toxoplasmose et la pneumocystose [6, 11], ce qui diffère des autres DFA (Départements Français d'Amérique) et de la métropole ;
- le risque de décès est influencé par certaines spécificités de la région. Ainsi dans une étude portant sur les facteurs de risque de mort parmi les patients en Guyane entre 1996 et 2005, le fait d'être âgé de plus de 60 ans, d'avoir un taux de CD4 inférieur à 50, d'être un homme et d'avoir des conduites addictives étaient plus souvent associés au décès [8]. Les conduites addictives semblent souvent associées au risque d'avoir le VIH dans la littérature ;
- la prévalence parmi les usagers de crack suivis au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) de Cayenne a été estimée à

15% en 2011 [12]. Une étude portant sur les moteurs de l'épidémie en Guyane montre que près de 17% des patients séropositifs avaient déjà essayé le crack ;

- cette même étude suggère que 45% des cas de VIH parmi la population des hommes séropositifs et 11% des cas de VIH parmi les femmes séropositives étaient attribuables au sexe transactionnel [13]. La prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe suivis par l'association Entr'Aides à Cayenne était récemment estimée à 8%.

Le commerce du sexe : situation générale et contexte guyanais

Le recours au sexe transactionnel est fréquent en Guyane. D'après les enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) menées par l'ORS Ile-de-France et l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), 9,7% des hommes interrogés en 2011 indiquaient avoir eu au moins une fois des rapports sexuels en payant ou en étant payés au cours des cinq dernières années, pour comparaison cette proportion est de 8,8% pour l'ensemble des départements français d'Amérique et de 4,8% en métropole [14]. Cette pratique semble être en légère hausse puisque cette même proportion était de 7,1% en Guyane en 2004 [15].

Le terme de travailleurs du sexe est largement utilisé aujourd'hui et désigne les personnes qui touchent une rémunération (argent, services, biens, etc...) en échange de services d'ordre sexuel. Cette définition est très proche de celle de la prostitution, mais induit une notion supplémentaire de reconnaissance comme travailleurs en tant que tels, devant avoir les mêmes droits et les mêmes garanties sociales. Le terme de travailleurs du sexe recouvre les prostitués, mais aussi d'autres travailleurs de l'industrie du sexe (acteurs de films pornographiques, opératrices de lignes de téléphone érotique, etc...). En pratique, dans la

littérature, ce terme désigne le plus souvent uniquement les prostitués au sens classique du terme [16].

Le travail du sexe revêt de multiples formes allant de la prostitution classique de rue en échange d'argent, aux transactions sexuelles plus complexes en échange de services et relevant plus de phénomènes récents comme l'escorting, les sugar daddies, etc... Le travail du sexe peut être occasionnel, régulier, en échange d'argent ou de services, auprès de clients de passage ou bien de clients réguliers, avec des inconnus ou bien parmi son entourage, etc... Le commerce du sexe est un phénomène polymorphe résultant très souvent de l'interaction de nombreux facteurs [17] :

- Economiques, à l'échelle macro-économique, l'ONU situe entre 5 et 7 milliards de dollars le chiffre d'affaires annuel généré par la prostitution. Les montants en cause et le nombre de personnes concernées de près ou de loin expliquent en partie la pérennité du phénomène. A l'échelle micro-économique, échanger des prestations sexuelles contre des avantages économiques représente souvent la manière la plus rapide de se procurer des moyens de subsistance. Les travailleurs du sexe sont majoritairement issus de milieux sociaux modestes et en situation de précarité assez marquée.
- Socioculturels, dont les inégalités de genre : la place faite aux femmes dans la société, le fait que les femmes assument parfois seules les obligations familiales... peuvent mener à choisir la prostitution comme une solution pour assurer l'avenir économique de la famille.
- Migratoires, très liés aux deux précédents. Les pays d'accueil des populations migrantes précaires n'offrent que très rarement des conditions d'installation acceptables. Les personnes se retrouvent très souvent sans aucune ressource, sans

titre de séjour, sans autorisation de travail... avec une famille à assumer. Elles sont parfois contraintes de se tourner vers des solutions telles que le commerce du sexe.

- Commerciaux, tels les trafics humains sur lesquels il est très difficile d'obtenir des informations fiables. Ainsi si certaines filières sont très clairement perçues comme étant des trafics d'êtres humains, d'autres ont des contours beaucoup plus flous et il est parfois difficile de percevoir s'il s'agit d'une filière organisée ou non. Les personnes victimes de ces trafics subissent bien souvent des pressions, des chantages qui dissuadent toute dénonciation. De plus, dans le pays d'accueil, la peur de la police et de l'expulsion freinent également les dépôts de plainte.
- Juridiques. Le débat «philosophique» sur le travail du sexe sert de toile de fond aux dispositions juridiques spécifiques. Il oppose :
 - o d'une part les «abolitionnistes» qui estiment qu'il faut éradiquer la prostitution, car elle représente une activité indigne et une violence faite aux personnes ;
 - o et d'autre part, les «réglementaristes», enclins à la considérer comme une activité professionnelle comportant les mêmes avantages et obligations que n'importe quelle autre.

Suivant leurs positions, les pays disposent de lois pénalisant certains aspects du commerce du sexe. Dans de nombreux cas, les travailleurs du sexe sont souvent en butte au harcèlement et aux mauvais traitements de la police. Cependant, le PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement), l'OMS, l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population), l'ONUSIDA et le Réseau des professionnel(le)s du sexe ont demandé la dépénalisation du commerce du sexe et la fin de l'application injustifiable des lois et des règlements nuisant aux travailleurs du sexe [18-20].

En France, la définition de la prostitution a été établie dans un décret du 5 novembre 1947 : *la prostitution est « l'activité d'une personne qui consent habituellement à des rapports sexuels avec un nombre indéterminé d'individus moyennant rémunération »*. Le pays se place parmi les « abolitionnistes » comme l'attestent certaines lois :

- la loi du 15 avril 1946 (dite loi Marthe Richard) à partir de laquelle les maisons closes ont été fermées, le fichage par la police supprimé et la lutte contre le proxénétisme renforcée ;
- la loi du 30 juillet 1960 qui ratifie la Convention des Nations unies de 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui. La France reconnaît alors la prostitution comme étant « incompatible avec la dignité et la valeur de la personne humaine ».

Toute forme de proxénétisme est illégale et punie par la loi par une amende de 150 000 euros et sept ans de prison. En réalité, le fait de se prostituer n'est théoriquement pas poursuivi. Toutefois en 2003, la loi sur la sécurité intérieure dite « Loi Sarkozy » établit la pénalisation du racolage passif passible de deux mois de prison et de 3750 euros d'amende.

En décembre 2013, la publication du rapport d'information sur la prostitution de l'Assemblée Nationale réaffirme l'engagement abolitionniste de la France, et une proposition de loi visant à lutter contre le système prostitutionnel est votée. Cette proposition de loi prévoit entre autres :

- la pénalisation des clients ayant recours à la prostitution d'une contravention de 1500 euros. En cas de récidive les faits seront qualifiés de délits, punis d'une amende de 3750 euros ;

- un stage de sensibilisation à la lutte contre l'achat d'actes sexuels est proposé comme peine alternative ou complémentaire ;
- la disparition du délit de racolage passif ;
- la création d'un fonds pour la prévention de la prostitution et l'accompagnement social et professionnel des personnes prostituées ;
- et une autorisation provisoire de séjour de six mois pour les prostituées étrangères victimes de proxénétisme et engagées dans un parcours de sortie de la prostitution [21].

Plusieurs associations de terrain comme AIDES ou Médecins du Monde ont vivement critiqué ce projet de loi, plus précisément la pénalisation des clients qui mettrait en danger et précariserait les travailleurs du sexe poussés encore un peu plus à la clandestinité. Ceci semble avoir été entendu puisque le Sénat a remanié le projet en commission spéciale en juillet 2014, en supprimant des dispositions prévoyant la pénalisation des clients. La proposition de loi est en cours de discussion au Sénat et devrait être examinée courant 2015.

En Guyane trois associations travaillent plus spécifiquement avec les travailleurs du sexe : Entr'Aides à Cayenne, ADER à Kourou et AIDES à Saint-Laurent-du-Maroni. Ces associations proposent des actions ciblées pour les travailleurs du sexe, comme notamment :

- des groupes de parole abordant des thématiques diverses allant des modes de transmission du VIH à l'estime de soi ;
- mais aussi des «maraudes», tournées nocturnes en voiture à la rencontre des travailleurs du sexe sur leurs lieux de travail. Ceci permet d'assurer une distribution de préservatifs et une présence sur le terrain pour les personnes qui n'osent pas, ne veulent pas ou ne peuvent pas se rendre dans les locaux associatifs.

- Un dépistage rapide du VIH qu'ADER et AIDES proposent désormais dans leurs locaux.

Très peu d'éléments chiffrés existent sur le commerce du sexe en Guyane et peu d'études d'ampleur ont été menées pour décrire le phénomène localement. Selon une étude menée en 2011 [22], le travail du sexe est essentiellement exercé par les femmes migrantes, originaires des pays limitrophes. Deux types de prostitution sont distingués :

- la prostitution de rue ou de bars correspondant géographiquement au littoral (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni)
- et la prostitution liée à l'orpaillage qui correspond géographiquement à l'intérieur et aux frontières.

Selon cette même étude, les travailleurs du sexe du littoral seraient estimés entre 1000 et 1500 personnes, et les travailleurs du sexe de l'intérieur et sur les frontières seraient au nombre de 1000 au minimum. La méthode de calcul de ces estimations n'est cependant pas détaillée.

En Guyane, le travail du sexe est largement favorisé par le contexte économique et migratoire. La Guyane est, depuis les années 1960, une terre d'accueil pour les migrants des pays de la zone géographique, notamment du fait de la guerre civile au Suriname et de l'instabilité politique en Haïti. Elle est depuis restée un lieu d'immigration important, économiquement attractif pour les pays voisins [23]. La population migrante représente une part non négligeable de la population totale bien que depuis 2006, presque 90% de la variation de la population est liée à l'accroissement naturel [24]. Le taux de chômage de la population active en 2013 est très élevé et concerne particulièrement les femmes. Parmi la tranche d'âge des 15-64 ans, le taux de chômage féminin s'élève à 26,5% alors que celui des hommes est de 16,9% [24]. La combinaison de ce taux de chômage excessif et du fait d'être

migrant sans titre de séjour réduit quasiment à néant les chances de pouvoir s'insérer sur le marché du travail « officiel ».

Il y a peu d'échos sur les trafics humains à visée prostitutionnelle en Guyane. Cela ne signifie pas qu'ils n'existent pas même si les travailleurs du sexe en font rarement état. De la même manière, ils font rarement allusion au proxénétisme. Il semble que la majorité des travailleurs du sexe en Guyane se prostitue «à leur compte», même si cela n'exclut pas certaines situations floues, notamment lorsque l'argent est partagé avec le conjoint.

Le sexe transactionnel comme moteur de l'épidémie

Au niveau mondial, les travailleurs du sexe sont très largement impactés par l'épidémie. Une travailleuse du sexe a 13,5 fois plus de risques d'être infectée par le VIH qu'une autre femme [19]. La prévalence médiane chez les travailleurs du sexe est de 14% d'après les données issues de documents publiés par 24 pays en 2006. Toutefois, la prévalence est largement supérieure en Afrique subsaharienne que dans la zone Caraïbe où la tendance est plutôt à la baisse depuis 2007 et s'établit plutôt vers 5% [19]. Le travail du sexe constitue un moteur important de l'épidémie compte tenu des déterminants proximaux qui rendent les travailleurs du sexe vulnérables aux VIH et aux autres IST (Infections Sexuellement Transmissibles) : fréquence des rapports sexuels, multipartenariat, pratiques sexuelles à risques, violence, etc... L'infection par le VIH et les autres IST sont des risques professionnels importants dans le travail du sexe. Les clients peuvent contaminer les prostitué(e)s, qui sont susceptibles à leur tour de transmettre l'infection à d'autres clients, dont les partenaires sexuels seront contaminés eux aussi [20].

La prévention de l'infection chez les travailleurs du sexe protège non seulement la santé de ces personnes, mais ralentit aussi la diffusion du VIH et des IST dans la population générale [20].

Connaître son épidémie pour déterminer la meilleure réponse à y apporter est un précepte indispensable à la prévention. Il paraît donc fondamental de cibler la prévention dans le cas d'une épidémie touchant particulièrement certains groupes les plus vulnérables, dont les travailleurs du sexe [25].

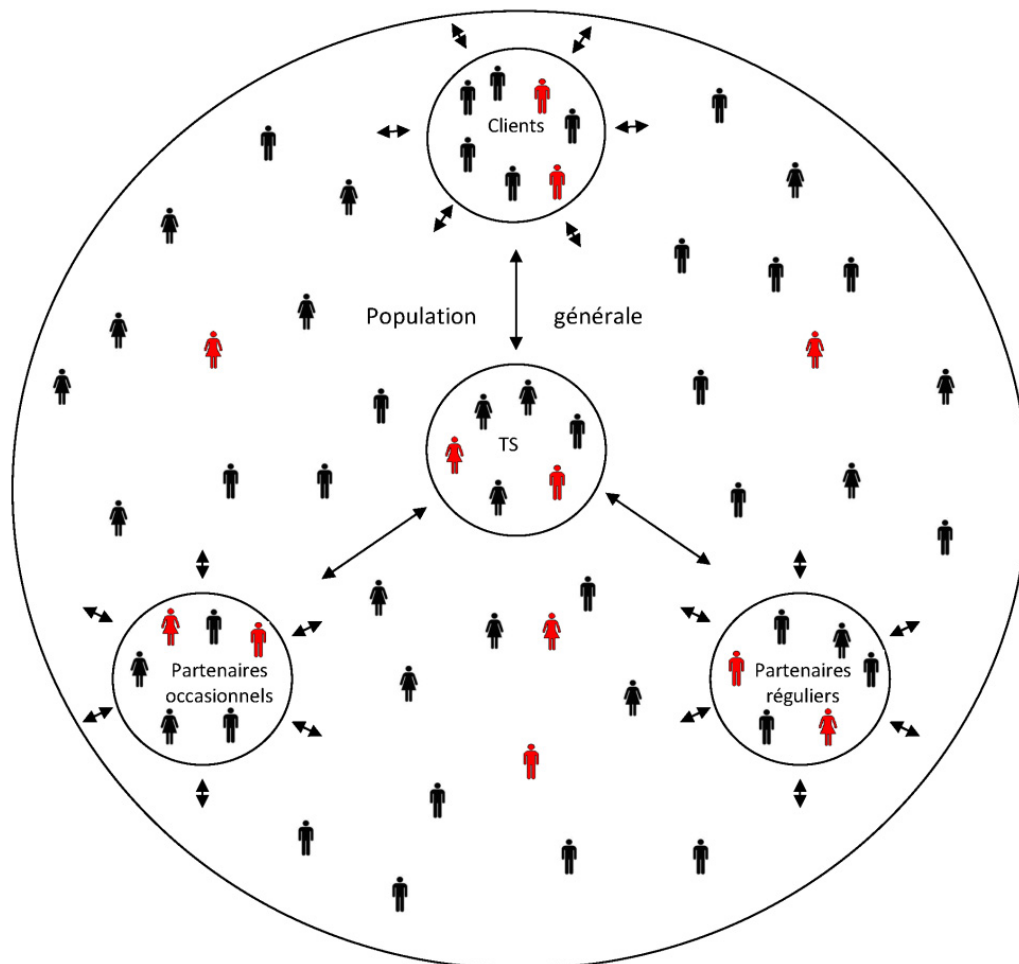


Figure n°1 : Connexions entre les travailleurs du sexe, les populations ponts et la population générale.

Intérêt de l'étude des comportements à risque parmi les travailleurs du sexe en Guyane et à la frontière brésilienne

La surveillance du VIH doit être adaptée au type d'épidémie. L'ONUSIDA différencie quatre types d'épidémies [26, 27] :

- l'épidémie peu active : l'infection à VIH n'a jamais atteint de valeurs significatives dans quelque sous-population que ce soit, les cas d'infections sont confinés aux groupes d'individus ayant un comportement à haut risque (les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) et la prévalence ne dépasse pas 5% dans aucun de ces groupes à risque.
- l'épidémie concentrée : décrite comme une épidémie où le VIH s'est répandu dans un des groupes à risque, mais qui n'est pas installée dans la population générale. La prévalence est régulièrement supérieure à 5% dans au moins une des sous-populations définies, mais reste inférieure à 1% chez les femmes enceintes des zones urbaines. Le devenir de l'épidémie repose sur la fréquence et la nature des liens entre les groupes touchés et la population générale.
- l'épidémie généralisée : le VIH est solidement installé dans la population générale, la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 1% chez les femmes enceintes, et bien que les groupes à risque puissent contribuer de façon disproportionnée à la propagation du VIH, les réseaux sexuels dans la population générale suffisent à entretenir indépendamment les nouvelles contaminations.
- et l'hyperendémie, terme apparu plus tardivement, en 2006. Il concerne principalement les pays d'Afrique Australe, les plus durement touchés, où la prévalence dépasse les 15% chez les adultes.

Bien que la Guyane soit souvent décrite comme connaissant une épidémie généralisée, il semblerait que l'on se situe plus dans le cas d'une épidémie concentrée où certains groupes vulnérables sont plus particulièrement touchés par l'épidémie [13].

Dans le cas d'une épidémie concentrée, l'ONUSIDA propose plusieurs méthodes de collecte pour la surveillance du VIH [26] :

- une surveillance biologique renforcée à travers :
 - o une sérosurveillance sentinelle dans des sous-populations définies,
 - o un dépistage régulier du VIH dans les dons du sang,
 - o un dépistage régulier du VIH dans des cohortes professionnelles ou d'autres sous populations,
 - o un dépistage du VIH dans des échantillons prélevés lors d'enquêtes en population générale,
 - o un dépistage du VIH dans des échantillons prélevés lors d'enquêtes sur des populations spéciales ;
- une surveillance comportementale au travers d'enquêtes transversales répétées dans la population générale et d'enquêtes transversales répétées dans des sous-populations définies ;
- une surveillance basée sur d'autres sources d'informations telles que la surveillance des cas d'infections à VIH et de SIDA, le registre des décès, et la surveillance des IST et de la tuberculose.

En Guyane, la surveillance biologique du VIH et du SIDA s'effectue au travers des déclarations obligatoires. Concernant la surveillance biologique du VIH, les déclarations obligatoires sont effectuées par le biologiste et le médecin prescripteur. Pour la surveillance des cas de SIDA les déclarations obligatoires sont remplies par le clinicien. La surveillance comportementale en

population générale, quant à elle, est réalisée en partie par l'ORS Île-de-France au travers des enquêtes de type KABP effectuées en population générale en 2004 et 2011-2012. En 1992 une enquête ACSAG (Analyse des Comportements Sexuels au Antilles et en Guyane) de ce type avait déjà eu lieu en population générale aux Antilles Guyane.

La surveillance comportementale des populations dites à risque face au VIH est restée longtemps absente aux Antilles Guyane. C'est dans l'idée de parer à cette lacune qu'a eu lieu une vague d'enquêtes auprès des populations vulnérables dans les DFA. Ces enquêtes menées par le CIC Antilles Guyane et financées d'abord par l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales) et le FEDER puis par les fonds INTERREG Caraïbes IV. Ainsi, entre 2009 et 2012, les populations à risque, que représentent les travailleurs du sexe, les usagers de crack, les migrants et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ont été interrogées sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques vis-à-vis du VIH/SIDA et des IST en Guyane, en Martinique, en Guadeloupe et à Saint-Martin. A la fin du recueil auprès des travailleurs du sexe à Saint-Georges-de-l'Oyapock en Guyane, la question de dupliquer l'enquête auprès des professionnels du sexe à Oiapoque, ville brésilienne frontalière, s'est posée.

De manière générale, l'épidémie de VIH au Brésil a reculé sur la dernière décennie. Le taux d'incidence des cas de SIDA dans les communes de plus de 500 000 habitants est passé de 32,3 pour 100 000 en 1997 à 27,4 pour 100 000 en 2007 [28]. La situation est inversée dans le Nordeste où l'incidence des cas de SIDA est passée de 13,4 pour 100 000 en 1997 à 22,8 pour 100 000 en 2007. Et pour les petites villes de moins de 50 000 habitants comme Oiapoque, le taux est également en hausse dans le Nordeste (1,8 pour 100 000 en 1997 contre 5,0 pour 100 000 en 2007)¹. La situation de l'épidémie à Oiapoque est préoccupante. La population est

¹ Source : MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

particulièrement vulnérable au VIH puisque la commune est une étape pour beaucoup de personnes et rassemble des profils « à risque » (migrants, orpailleurs, travailleurs du sexe, clients, etc...). De 2003 à 2009, 34 cas de SIDA diagnostiqués ont été signalés au SINAN (Sistema Nacional de Informações dos Agravos de Notificação). Parmi ces 34 cas, la moitié concernait les 20-34 ans². Il s'agit de personnes jeunes, pour beaucoup des migrants intérieurs venus pour le travail, souvent l'orpaillage. La pratique du sexe transactionnel autour de cet afflux de personnes jeunes, souvent seules et isolées socialement et affectivement, participe à leur activité économique. Le travail du sexe est très répandu à Oiapoque, et, si les travailleurs du sexe sont brésiliens pour la très grande majorité, les clients, eux, sont en très grand nombre français, venant de Guyane. Les échanges económico-sexuels sur cette frontière fluviale sont très nombreux. Face à ce constat, une réflexion commune a été lancée entre la France et le Brésil pour pouvoir agir ensemble et de manière coordonnée afin de pouvoir diffuser des messages clairs et identiques sur chaque rive. Plusieurs axes de coopération ont été discutés : prévention, accès aux soins et au traitement, lutte contre les discriminations et connaissance de l'épidémie. Ce dernier axe comprenait la mise en place d'un système d'information concernant les patients (qui parfois se font soigner des deux côtés), et la mise en place d'enquêtes épidémiologiques communes aux deux rives, les échanges económico sexuels n'étant pas cantonnés à une frontière. L'enquête auprès des travailleurs du sexe a donc été dupliquée à Oiapoque en 2011.

Une prévalence au VIH élevée parmi les travailleurs du sexe et un recours fréquent au sexe transactionnel sont deux ingrédients pouvant favoriser une diffusion de l'épidémie de VIH. Toutefois ces ingrédients sont nécessaires, mais pas forcément suffisants. Les

² Source : SINAN-NET-CE-DST/AIDS-AP

comportements, les connaissances et les pratiques des travailleurs du sexe jouent potentiellement le rôle de catalyseur. L'objectif de ce travail auprès des travailleurs du sexe en Guyane et à Oiapoque était donc :

- de décrire les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST ;
- et de repérer les prises de risques ainsi que des éléments de compréhension de leurs éventuels déterminants.

Ceci pour aider à l'élaboration d'interventions de prévention ciblées pour les professionnels du sexe en Guyane et à Oiapoque en adaptant au mieux les stratégies de réponse à l'épidémie dans la zone.

Pour ce faire, le travail présenté ici s'appuie plus particulièrement sur l'enquête menée par le CIC (Centre d'Investigation Clinique) Antilles Guyane auprès des travailleurs du sexe en Guyane et à Oiapoque au Brésil.

La première partie reviendra sur le cadre méthodologique de l'enquête, notamment sur l'échantillonnage, les aspects réglementaires et le déroulement du terrain.

La seconde partie s'intéressera aux résultats de l'enquête, plus particulièrement aux prises de risque observées dans la population étudiée, en s'appuyant notamment sur deux articles issus des données.

La troisième et dernière partie discutera plus généralement les perspectives laissées par ce travail et tentera de dégager quelques pistes d'actions ciblées pour les travailleurs du sexe en Guyane et à Oiapoque.

PARTIE 1 : CADRE METHODOLOGIQUE

Les attitudes, connaissances et pratiques des travailleurs du sexe en Guyane et à Oiapoque ont été étudiées dans le cadre d'une recherche menée par le CIC Antilles Guyane sous la direction du Pr Nacher et du Dr Basurko. Cette étude a été financée par le fonds européen de développement régional FEDER et l'ANRS. Le terrain de l'étude s'est déroulé entre avril 2009 et février 2010 en Guyane. Cinq zones, plus précisément, ont été investiguées : l'Île de Cayenne, Kourou et Sinnamary, Saint-Laurent-du-Maroni et ses environs, Maripasoula et Papaïchton, et Saint-Georges-de-l'Oyapock.



Figure n°2 : Carte de la Guyane

Saint-Laurent-du-Maroni (40 462 habitants en 2011 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques) et Saint-Georges-de-l'Oyapock (3946 habitants en 2011) sont les deux principales villes frontalières, la première est face au Suriname, la seconde fait face au Brésil. Cayenne et son agglomération (106 358 habitants en 2011) et Kourou (25 260 habitants en 2011) sont les deux principales villes du littoral. Maripasoula (9487 habitants en 2011) est la plus grande commune de l'intérieur, elle ne peut être atteinte qu'en avion ou en pirogue. A la fin du recueil à Saint-Georges-de-l'Oyapock, l'enquête a été dupliquée de l'autre côté du fleuve Oyapock, côté brésilien, dans la ville d'Oiapoque (21661 habitants en 2011 selon l'institut brésilien de géographie et de statistique).

Cette étude de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) utilise une méthodologie spécifique à ce type d'étude, mais aussi à ce type de population.

1.1 Une étude CAP

1.1.1. Principe de l'enquête

L'enquête présentée dans ce travail est observationnelle, transversale de type CAP. Il s'agit d'un type d'enquête quantitative dont l'une des principales caractéristiques tient à son outil de recueil : le questionnaire. Il est inspiré de questionnaires standardisés comme ceux utilisés dans les BSS (Behavioural Surveillance Survey), DHS (Demographic and Health Survey) ou dans les enquêtes de type KABP qui utilisent des indicateurs validés à l'international. Ce type d'enquête a pour objectif de cerner les principaux savoirs, savoir-être, savoir-faire d'une population ou d'un groupe cible à propos de thèmes donnés (VIH, paludisme, etc...) sur lesquels on compte engager un programme et/ou des activités

d'éducation pour la santé [29-31]. L'association Médecins du Monde, dans un document portant sur les études Connaissances, Attitudes et Pratiques [30], définit :

- les connaissances comme représentant *un ensemble de choses connues, du savoir, de la « science »*. *C'est aussi la capacité de se représenter, sa façon de se percevoir. La connaissance en santé d'un comportement considéré comme bénéfique n'implique néanmoins pas automatiquement l'application de ce comportement. Le degré de connaissance constaté permet de situer les domaines où il reste à faire des efforts en matière d'information et d'éducation ;*
- l'attitude comme *une manière d'être, une posture. Ce sont des tendances, des « dispositions à »*. *Il s'agit d'une variable intermédiaire entre la situation et la réponse à cette situation. Elle permet d'expliquer que, parmi les pratiques possibles d'un sujet soumis à un stimulus, celui-ci adopte telle pratique et non pas telle autre. Les attitudes ne sont pas directement observables comme les pratiques, il convient dès lors d'être prudent pour les mesurer. Il est intéressant de souligner que de nombreuses études montrent un lien souvent faible et parfois nul dans la relation attitude et pratiques ;*
- et les pratiques comme *les actions observables d'un individu en réponse à un stimulus. C'est ce qui concerne le concret, c'est le faire. Pour les pratiques ayant un lien à la santé on recueillera de l'information sur la consommation de tabac, d'alcool, la pratique de dépistage, les gestes vaccinaux, l'activité sportive, la sexualité ...*

La présente enquête s'inspire plus particulièrement des enquêtes de surveillance de comportements qui étudient l'évolution des comportements à risque pour le VIH au sein de sous populations considérées à risque (travailleuses du sexe, usagers de drogues, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, etc...) qui sont mal identifiées par les

enquêtes habituelles en population générale. Ce type d'enquête est particulièrement indiqué pour le monitoring des comportements de certains groupes à risque, dans le cadre de la surveillance de deuxième génération des épidémies concentrées recommandée par l'ONUSIDA et l'OMS. Cette surveillance permet de repérer les comportements les plus à risque au sein d'un groupe ou d'une population et d'adapter au mieux les programmes de prévention en vue de les rendre les plus efficaces possible. Il est recommandé de répéter dans le temps ces enquêtes, tous les 2 ou 3 ans, afin de repérer les évolutions de comportements. Ces derniers tendent à évoluer plus vite qu'en population générale lorsque les groupes sont relativement homogènes [29]. Cela permettrait également, à l'aide d'autres sources d'informations, l'évaluation et l'adaptation des programmes mis en place.

1.1.2. Hypothèses de travail

Pour freiner la progression du VIH en Guyane, il faut agir en priorité là où le risque de transmission est maximal et où l'épidémie semble être la plus active. La multiplication des partenaires sexuels, la fréquence des IST, la prévalence élevée du VIH et la précarité augmentent la vulnérabilité des travailleurs du sexe face au VIH. Mener des actions de prévention dans le milieu du sexe transactionnel afin de réduire les risques de nouvelles infections semble donc primordial dans la lutte contre la progression de l'épidémie. Il s'agit dans un premier temps de localiser puis décrire cette population, d'évaluer ses connaissances, ses attitudes et ses croyances face aux IST et au VIH, étapes indispensables pour mener des actions adaptées à la réalité. A partir de ces éléments, il est possible de déterminer les facteurs prédictifs de prises de risque sexuel, d'améliorer la compréhension du phénomène et ainsi de mieux cibler les interventions de prévention.

Se dessinent alors les objectifs de cette étude :

- L'objectif principal : décrire les connaissances, les attitudes, et les pratiques des travailleurs du sexe en matière d'IST et de VIH/SIDA ;
- Et les objectifs secondaires :
 - o déterminer les facteurs expliquant les prises de risque sexuel chez les travailleurs du sexe en Guyane ;
 - o identifier les lieux de prostitution classique et occasionnelle ;
 - o décrire les caractéristiques démographiques, sociales, migratoires des travailleurs du sexe et de leurs clients ;
 - o renseigner des indicateurs BSS permettant des comparaisons à l'international.

Pour ce faire il a fallu définir plus précisément qui sont les travailleurs du sexe auxquels s'intéresse cette étude.

1.1.3. Critères d'inclusion

Prostitution, travail du sexe, sexe transactionnel, autant de termes pour désigner un phénomène, comme cela a été évoqué plus haut, multi facettes. Il a pourtant fallu s'arrêter sur une définition afin de choisir les critères d'inclusion de l'enquête, éléments fondamentaux de l'étude. Pour des raisons réglementaires, seules les personnes âgées de 18 ans ou plus ont été interrogées même si le sexe transactionnel existe chez les mineurs en Guyane. Ensuite il a fallu s'interroger sur le profil des travailleurs du sexe à enquêter. L'objectif de l'étude était de faire un premier état des lieux de la question en Guyane. Le choix s'est donc porté d'abord sur les travailleurs du sexe de rue, plus visibles et plus connus des associations. Toutefois il a semblé judicieux de ne pas fermer de manière trop stricte les critères d'inclusion. Pour cette raison, c'est le type de rémunération qui est entré prioritairement en ligne de compte. Ce sont donc des personnes âgées de 18 ans ou plus,

ayant eu au moins un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue au cours des 12 derniers mois et acceptant de participer à l'étude qui ont été interrogées. Le choix a donc été fait d'exclure de l'échantillon, les personnes échangeant des services sexuels en échange de services en nature (nourriture, facture, vêtements, etc...). Ce choix correspondait aux critères utilisés dans les enquêtes Behavioural Surveillance Survey. De plus, il permettait de trouver un compromis entre une définition trop large, incluant des profils très différents, et une définition trop restrictive, excluant d'office les personnes les moins visibles qui sont parfois les plus vulnérables.

De manière générale les travailleurs du sexe sont considérés comme une population difficile à joindre. Il a fallu en fonction de nos possibilités choisir un échantillonnage adapté au terrain. Il existe différents échantillonnages spécifiques aux populations dites cachées, ils permettent d'investiguer des populations difficiles à identifier (parce que peu visibles, parce que socialement stigmatisées, etc...) pour lesquelles on ne dispose pas de base de sondage.

1.2. Choix d'échantillonnage en populations cachées

Le choix de l'échantillonnage est crucial pour la réussite d'une enquête, que ce soit pour la validité de ses conclusions, mais également pour sa réplication dans le temps, afin d'évaluer une intervention par exemple. Le choix de l'échantillonnage se fait en prenant en compte différents paramètres et contraintes attendant :

- au public investigué ;
- au terrain ;
- au type d'enquête ;
- et à l'aspect financier et humain.

Idéalement une enquête devrait être exhaustive. Toutefois il est bien souvent impossible d'atteindre cet idéal, et ce pour plusieurs raisons.

Concernant les populations cachées, comme leur nom l'indique, elles sont difficiles à joindre, atteindre l'exhaustivité est impossible et nécessiterait une enquête en population générale extrêmement coûteuse [32]. Il est également très rare que ces populations fassent l'objet d'un « enregistrement » et généralement aucune base de sondage n'existe pour ces elles. Il semble donc très difficile de pouvoir obtenir une photographie non déformée de ces sous-groupes. Pour approcher la réalité, il existe plusieurs méthodes, certaines s'appuient sur des plans d'échantillonnage probabilistes et d'autres sur des plans d'échantillonnage non probabilistes.

1.2.1. Échantillonnages probabilistes

Les méthodes d'échantillonnage qui reposent sur des principes statistiques permettent d'accroître les chances de représentativité de l'échantillon. La sélection aléatoire est le cas idéal toutefois dans le cadre de populations difficiles à joindre, la sélection aléatoire est hautement improbable. D'autres méthodes ont été mises au point pour permettre l'inférence statistique dans le cas de ces sous-populations. Elles se fondent sur le principe de trouver où les personnes sont présentes et d'établir a posteriori un estimateur sans biais sur l'ensemble de la population, à partir de certaines questions [32]. Ces méthodes présentent deux avantages considérables :

- limiter les biais liés à l'échantillonnage ;
- et de rendre les données produites comparables avec des enquêtes ultérieures afin de mesurer statistiquement les changements dans les comportements à risque dans le temps [29].

L'inconvénient principal de ce type d'échantillonnage est qu'il prend du temps à mettre en œuvre et qu'il est coûteux.

1.2.1.1. Time Location Sampling

Marpsat et Razafindratsima [32] décrivent cette méthode d'échantillonnage comme s'appliquant principalement à des sous-populations fréquentant des lieux géographiquement repérés qui sont à l'inverse peu fréquentés par le reste de la population générale. Le principe est de lister ces lieux et leurs moments de fréquentation, de tirer au sort des couples moments-lieux, puis de tirer au sort des personnes à interroger dans les lieux sélectionnés, aux moments sélectionnés. Les limites de cet échantillonnage résident principalement dans le risque de ne pas couvrir totalement les lieux et les moments de fréquentation, ainsi certains profils d'individus peuvent vite se trouver exclus de l'étude et d'autres surreprésentés [33]. Ces différences interindividuelles de fréquentation des lieux sont toutefois corrigées par une pondération calculée a posteriori [32, 34]. Ce type d'échantillonnage n'a pas été retenu pour l'enquête auprès des travailleurs du sexe en Guyane. En effet, le TLS n'était pas adapté à notre population, car les personnes à interroger étaient assez mobiles ou travaillaient parfois à domicile. Il aurait permis d'interroger les travailleurs visibles, mais aurait complètement occulté les travailleurs les moins visibles.

1.2.1.2. Respondent Driven Sampling (RDS)

Cette méthode, également appelée échantillonnage déterminé par les répondants, a été introduite par Heckathorn en 1997 [35]. Elle reprend le principe de l'échantillonnage en boule de neige, mais permet sous certaines conditions de produire des estimateurs sans biais. En effet, à l'instar d'un échantillonnage en boule de neige, le RDS nécessite que le

public cible appartienne à un réseau social pour que les participants puissent inviter leurs pairs à prendre part à une étude. Toutefois un grand nombre d'hypothèses théoriques sont intégrées dans les RDS afin de réduire les biais liés à l'échantillonnage en boule de neige [36]. Dans la pratique, les premiers participants appelés les « germes » sont choisis de manière non aléatoire. Les « germes » recrutent la première « vague » de participants qui, à leur tour, deviennent recruteurs de la seconde « vague », qui recrute alors la troisième vague et ainsi de suite jusqu'à l'obtention de la taille d'échantillon voulue au départ [33]. Deux concepts sont importants à retenir en ce qui concerne le RDS. Le premier est l'homophilie, il s'agit de la mesure quantifiant la tendance à recruter des membres dont les caractéristiques sont semblables à celles des recruteurs. Ce concept est important puisqu'il est nécessaire de pondérer l'échantillon pour compenser quantitativement les différences entre les groupes à cause de la tendance à recruter des membres proches de soi [33]. Le second concept important est celui d'équilibre. L'atteinte d'un équilibre constitue une indication que les hypothèses clés sont satisfaites pour l'échantillon. Selon les variables clés, c'est le point auquel la distribution de l'échantillon devient stable même si de nouveaux participants s'ajoutent [35, 37]. C'est à ce stade que l'échantillon devient indépendant des « germes » et surmonte les biais induits par leur sélection non aléatoire [36]. C'est donc après ce point d'équilibre que l'échantillon devient représentatif [38]. Il est fréquent qu'une population difficile à joindre ne dispose pas de base de sondage, la probabilité de sélection des personnes est alors calculée à partir de la taille déclarée du réseau social de chaque participant. L'estimation de la taille du réseau de chaque participant est donc une mesure essentielle pour réaliser un échantillonnage de type RDS. Dans la méthode d'échantillonnage RDS, tout comme le TLS, on ne connaît pas a priori la probabilité de sélection de chaque individu, et les pondérations sont calculées a posteriori, après la collecte, en se basant sur

les réponses aux questions sur la fréquentation des lieux (pour le TLS) ou sur la dimension du réseau des recruteurs (RDS). Il est également nécessaire :

- de pouvoir retracer qui a recruté qui ;
- que le recruteur connaisse le recruté avant le recrutement, l'un faisant partie du réseau de l'autre ;
- et de limiter le nombre possible de recrutements par personne.

Ce mode d'échantillonnage fonctionne très bien et fournit des données de grande précision s'il est bien utilisé. Toutefois il faut signaler plusieurs limites importantes :

- au niveau logistique, l'organisation de ce type d'échantillonnage est lourde, coûteuse et parfois compliquée ;
- les personnes dont le réseau social est très faible ont une faible chance d'être interrogées ;
- la taille de réseau du recruteur n'est pas facile à déterminer ;
- il est également difficile d'estimer le taux de refus ;
- enfin, ce type d'échantillonnage ne fonctionne pas dans de petites populations ou fonctionnant en sous-réseaux [32].

Ce type d'échantillonnage a été testé pour l'enquête à Oiapoque, mais il n'a pu être mené à bien. En effet, le RDS n'était pas très adapté à l'ensemble de la population des travailleuses du sexe d'Oiapoque, car le turn-over est tel que les personnes fonctionnaient en sous-réseaux assez hermétiques, de petite taille, correspondant souvent à leurs lieux de travail. Ainsi les chaînes de recrutement s'éteignaient très rapidement et ne permettaient pas les vagues successives d'inclusion, compromettant la qualité de l'échantillonnage.

1.2.1.3. *Contact-recontact ou Capture-recapture*

Cette méthode d'échantillonnage est principalement utilisée pour estimer l'effectif d'une population. Cette technique repose sur au moins deux observations, ou sources de données, indépendantes. Pour estimer la taille de la population, il faut connaître le nombre de personnes observées la première fois, le nombre de personnes observées la deuxième fois et le nombre de personnes observées les deux fois. Il s'agit ensuite d'extrapoler les résultats pour estimer la taille de la population. Ce concept semble simple.

Toutefois les hypothèses qui doivent être remplies pour que le modèle reste valable sont, elles, assez restrictives :

- il faut que les observations aux deux passages différents soient indépendantes ;
- il faut que la population de référence ne change pas entre les deux contacts, c'est-à-dire que la population doit être fermée pendant la période d'observation, qu'il n'y ait ni nouveaux membres, ni départs ;
- enfin, les observations doivent être recueillies de manière à ce que tous les individus de la population aient la même chance d'être sélectionnés à chaque période [32].

Il est possible, si les probabilités de capture sont différentes, de faire des analyses spécifiques permettant d'obtenir des estimateurs non biaisés.

Au final, cette technique est assez difficile à mettre en œuvre. Il semble que les estimations ne sont pas toujours très bonnes, néanmoins, dans le cas de populations mal connues, même un chiffre peu précis peut apporter des indications intéressantes [32].

Ce type d'échantillonnage est particulièrement adapté pour estimer la taille d'une population, ce qui n'était pas l'un des objectifs de l'étude CAP auprès des professionnels du sexe. Cet échantillonnage n'a pas été retenu, mais il est apparu clairement par la suite qu'une estimation de la population des travailleurs du sexe serait utile.

1.2.2. Échantillonnages non probabilistes

Il s'agit des échantillonnages qui ne s'appuient pas sur des principes statistiques. Ces méthodes ne s'appuient pas sur le hasard pour sélectionner les individus de la population d'étude. Autrement dit, on ne connaît pas le niveau de précision des estimations ainsi produites. Elles ne permettent pas de faire de l'inférence statistique, les échantillons ne sont donc pas représentatifs de la population. Ils s'utilisent notamment dans les populations où il n'existe pas de base de sondage. Ces méthodes d'échantillonnage présentent toutefois plusieurs avantages, comme ceux d'être peu coûteuses, rapides et faciles à utiliser.

1.2.2.1. *Facility-based sampling, street outreach sampling*

Certaines méthodes d'échantillonnage se basent plus sur les lieux fréquentés ou les établissements des populations cibles. Ce type d'échantillonnage s'apparente plus au TLS sans toutefois introduire de tirage au sort, ni de pondération ultérieure. Ainsi dans certaines études concernant les usagers de drogues, les recrutements se déroulaient dans des centres de désintoxication [39-41]. Pour les piroguiers du fleuve Maroni, les recrutements se déroulaient sur les berges du fleuve sur le lieu de départ des pirogues [42]. Ces méthodes d'échantillonnage comportent d'importants biais de sélection, puisqu'il arrive rarement que tous les membres d'une population fréquentent un même endroit. Il n'est pas possible d'établir les probabilités d'inclusion des répondants et de faire de l'inférence [41]. Pour les mêmes raisons que l'échantillonnage TLS, ce type d'échantillonnage n'a pas été retenu pour l'étude auprès des travailleurs du sexe puisque l'idée était de pouvoir toucher les personnes au-delà de leur localisation géographique et de leur visibilité.

1.2.2.2. *Snowball*

Dans ce type d'échantillon, appelé aussi échantillon par réseau, les individus sont sélectionnés en fonction de leurs liens avec un « noyau » d'individus. On se base par exemple sur les réseaux sociaux, les amitiés, les relations d'affaires, etc... pour recruter de nouveaux sujets. Il s'agit d'interroger une personne et de lui demander à la fin de l'entretien de présenter à l'enquêteur une autre personne de sa connaissance répondant aux critères d'inclusion, afin de pouvoir l'interroger. Pour que cette méthode fonctionne, l'enquêteur et le coordinateur doivent à la base choisir des personnes à interroger ayant des caractéristiques différentes les unes des autres et ayant un réseau conséquent. Cette méthode est particulièrement bien adaptée pour toucher une population difficile d'atteinte et fonctionnant en réseau de manière importante. Plusieurs biais sont liés à l'utilisation de cet échantillonnage, notamment le biais de sélection à travers :

- les risques de surreprésentation de certains profils ;
- la difficulté à toucher les personnes sans réseaux, isolées.

Il n'est pas possible non plus d'établir la probabilité de sélection des individus.

L'échantillonnage en boule de neige a été retenu pour cette étude. Cette méthode simple à mettre en œuvre et peu coûteuse correspondait à la population cible de l'étude.

Dans le cadre de cette enquête, les personnes interrogées en premier étaient choisies en fonction de la taille de leur réseau et du lieu où elles se prostituaient. Afin de limiter les biais de sélection liés à l'échantillonnage, les personnes choisies avaient des caractéristiques différentes les unes des autres (nationalité, sexe, etc...). En pratique, les coordinateurs de terrain ont donc établi une liste précise de tous les lieux existants où il y avait des activités de prostitution. Ils ont caractérisé ces lieux et ont choisi une ou deux personnes ayant un

important réseau sur chaque lieu pour démarrer l'échantillonnage. Toutefois, ce type d'échantillonnage est biaisé :

- on obtient une surreprésentation dans l'échantillon définitif des caractéristiques des répondants qui ont des relations sociales plus développées ;
- et une sous représentation de ceux dont les relations sociales sont plus limitées, en général les membres les plus cachés de la population cible.

Ce biais engendre un échantillon à partir duquel il est impossible d'inférer statistiquement des résultats précis pour la population [36, 41]. Les résultats restent néanmoins importants et intéressants grâce à l'importance de l'échantillon. Ils sont également nécessaires au vu de la carence d'étude quantitative parmi les travailleurs du sexe en Guyane.

1.3. Taille de l'échantillon

La population des travailleurs du sexe de Guyane ne dispose pas de base de sondage. Aucun recensement ou estimation de population n'a eu lieu. Les associations de terrain travaillant auprès de ce public (ADER à Kourou, Entr'Aides à Cayenne et AIDES à Saint-Laurent) ont permis d'avoir une idée de la population des travailleurs du sexe. A partir de la file active de personnes connues par ces associations, le nombre de travailleurs du sexe a été estimé à environ 200 sur Cayenne et ses environs, et à une cinquantaine sur Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni, Saint-Georges-de-l'Oyapock et Maripasoula. Un total estimé à 400 sur la Guyane entière. Le nombre de sujets à inclure dans l'enquête, avec un risque alpha fixé à 5%, une puissance de 90% et une précision de 10%, a été estimé à 256 personnes au minimum. Le taux de sondage était ici de 64%. Il s'agit de la même fraction d'échantillonnage au niveau de chaque site. La faisabilité en fonction de la population mère a été éprouvée.

A Oiapoque, le choix de la taille d'échantillon a été particulièrement compliqué puisqu'il n'y a pas d'association qui travaille directement avec les professionnels du sexe. Une association de santé, la DPAC fronteira, nous a expliqué que les travailleurs du sexe « officiels » étaient autour d'une vingtaine, mais que le turn-over parmi les travailleurs du sexe occasionnels était tel qu'il était très compliqué d'avoir une estimation de leur nombre, s'élevant à plusieurs centaines à priori. Le nombre de questionnaires a donc été fixé de manière arbitraire, en fonction de contraintes budgétaires, à 150 questionnaires.

1.4. Le recueil des données

1.4.1. Outil de recueil

L'outil de recueil était un questionnaire anonyme structuré en plusieurs parties traitant :

- de l'activité de prostitution ;
- des partenaires occasionnels et réguliers ;
- du préservatif ;
- des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST ;
- et des caractéristiques sociodémographiques.

Il s'agissait d'un questionnaire long, 157 questions pour la Guyane, 146 pour Oiapoque. La passation durait en moyenne une heure. Ce questionnaire a été construit en partenariat avec les associations de terrain présentes en Guyane et se basait sur les questionnaires BSS (Behavioural Surveillance Survey) produits par Family Health International et validés internationalement [29]. Ce questionnaire permet de fournir certains indicateurs standards internationaux.

1.4.2. Recueil des données sur le terrain

Le questionnaire a été traduit en anglais (populations originaires du Guyana), en portugais (populations originaires du Brésil), en espagnol (populations originaires de la République Dominicaine et d'autres pays d'Amérique du Sud) et en créole haïtien.

L'entretien auprès des personnes de la population d'étude durait de 40 à 60 minutes.

A la fin de l'entretien, un kit de prévention (des préservatifs masculins et des gels lubrifiants, une plaquette d'information sur le VIH/SIDA et deux tickets repas) était distribué à la personne interrogée.

Le questionnaire se faisait par entretien individuel. Il était proposé à la population d'étude après information des personnes et vérification de la non-opposition des personnes interrogées. Le formulaire de non-opposition était rempli par l'enquêteur sur l'honneur.

En cas de refus, un questionnaire très court était proposé afin de définir le profil et les raisons de la population ayant refusé l'enquête. Etaient considérés comme refus : un refus clairement formulé par la personne interrogée, ou une absence de passation du questionnaire après trois rencontres avec les enquêteurs.

Les entretiens étaient menés par des enquêteurs formés au métier et à ces questionnaires. Une formation en plusieurs parties s'est tenue avant le début des enquêtes :

- une partie théorique et éthique sur le métier d'enquêteur ;
- et une partie concrète sur le questionnaire.

Les enquêteurs étaient multilingues et issus des associations locales travaillant auprès des professionnels du sexe. Ils étaient supervisés régulièrement par un coordinateur de terrain. Celui-ci gérait la logistique et veillait au bon déroulement de l'enquête.

1.5. Ethique et réglementaire

1.5.1. Aspects éthiques

Les questionnaires étaient anonymes, il n'y avait pas de données identifiantes dans les questionnaires. Les enquêteurs avaient signé une clause de confidentialité les engageant à ne pas divulguer à l'extérieur les données de l'entretien et à ne pas utiliser le cadre des questionnaires pour faire du prosélytisme religieux, politique ou de quelque autre nature. Les kits de prévention donnés aux personnes à la fin du questionnaire n'étaient pas de nature à « contraindre » les personnes à répondre, mais bien à dédommager les personnes du temps qu'elles avaient accordé pour répondre aux questions. Les personnes interrogées avaient été informées clairement des objectifs de l'enquête et avaient reçu une lettre explicative sur laquelle les coordonnées du CIC-EC apparaissaient. Elles pouvaient contacter le CIC-EC pour toutes questions sur l'étude. Afin d'éviter toute stigmatisation de ce groupe, aucune communication grand public n'a été faite sur les résultats de cette enquête. Une restitution a eu lieu auprès des travailleurs du sexe et des professionnels associatifs et institutionnels en lien avec le terrain. Les principes de respect des personnes, de bienveillance et de justice ont guidé ainsi l'enquête qui veillait à informer les personnes et à respecter leur choix. Cette enquête a pour but ultime de réduire les risques d'infection par le VIH dans la population vulnérable considérée.

1.5.2. Démarches réglementaires

Plusieurs commissions et comités ont été sollicités dans le cadre de cette enquête auprès des travailleurs du sexe. Le Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest Outre-Mer III n'a pas rendu d'avis puisqu'il n'est pas compétent pour donner un avis sur ce type d'enquête (CPP n° DC 2009/02). Le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en

matière de Recherche dans le domaine de la Santé a rendu un avis favorable pour cette enquête (CCTIRS n°09.106). La Commission Nationale Informatique et Liberté a également donné son autorisation pour cette enquête (CNIL n° DR-2011-464).

PARTIE 2 : PRESENTATION DES ANALYSES

La deuxième partie de ce travail a pour objectif, dans un premier temps, de décrire la population étudiée des travailleurs du sexe en Guyane et à Oiapoque, en mettant en exergue certains facteurs de vulnérabilité vis-à-vis du VIH et des IST ; puis, dans un second temps, d'identifier les comportements à risque face aux IST et au VIH dans cette population en étudiant les déterminants.

Les résultats présentés ici sont issus des enquêtes menées en Guyane et à Oiapoque. Les rapports d'enquête diffusés aux partenaires, associatifs et institutionnels, sont présentés en annexe n°1 et en annexe n°2.

2.1. La population des travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque

L'enquête s'est déroulée en Guyane en 2009-2010 et en 2011 à Oiapoque. En Guyane, au total 477 travailleurs du sexe ont été interrogés (290 dans l'île de Cayenne, 72 à Kourou, 47 à Saint-Laurent-du-Maroni, 37 à Saint-Georges-de-l'Oyapock et 31 à Maripasoula). A Oiapoque, cela concerne 178 travailleurs du sexe. En Guyane, les personnes interrogées étaient majoritairement des femmes (89%). A Oiapoque, la totalité des personnes interrogées était des femmes.

Les résultats présentés ici ne concernent que les femmes en Guyane et à Oiapoque, pour des raisons :

- d'effectifs ;
- épidémiologiques : la transmission du VIH en Guyane est essentiellement hétérosexuelle ;

- bibliographiques : à priori dans la littérature, les prises de risque des travailleurs du sexe diffèrent selon le sexe. Les analyses sont quasiment systématiquement déclinées selon le sexe.

2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques : la précarité en filigrane

L'âge moyen des travailleuses du sexe en Guyane était de 32 ans en Guyane, de 27 ans à Oiapoque. Dix-neuf pourcents étaient mariées ou vivaient en couple en Guyane, 15% à Oiapoque. Toutes les travailleuses interrogées à Oiapoque étaient de nationalité brésilienne.

En Guyane, les travailleuses du sexe étaient très majoritairement de nationalité étrangère :

- 1% de Françaises ;
- 39% de Brésiliennes ;
- 2% d'Haïtiennes ;
- 20% de Guyaniennes ;
- 3% de Surinamaises ;
- et 35% de Dominicaines.

Près des deux tiers (62%) des personnes interrogées en Guyane n'avaient pas de titre de séjour. Cette précarité administrative place les individus dans une situation d'isolement social et administratif, de précarité matérielle et de méfiance constante. Pour cause, la majorité des arrestations parmi les travailleuses du sexe étaient en lien avec leur statut de résidence. Ce problème les coupe également du marché du travail légal. Elles étaient également près de la moitié à ne pas avoir de couverture sociale à jour (44%), limitant ainsi leur accès aux soins et à la prévention, entraînant une grande vulnérabilité face au VIH [43]. Les travailleuses du sexe interrogées avaient près de 2 enfants à charge en moyenne. Sans

revenus, les personnes se retrouvaient très rapidement dans des situations de grande précarité avec l'obligation de subvenir aux besoins de première nécessité par tous les moyens (se loger, se nourrir, se déplacer, etc...). D'ailleurs pour 70% des personnes interrogées en Guyane, elles avaient commencé leur activité pour des raisons financières. Près des trois quarts des personnes interrogées en Guyane avaient déjà travaillé sur un site d'orpaillage. Un score de précarité a été calculé en Guyane sur une échelle allant de 0 (situation la moins précaire) à 5 (situation la plus précaire). Ce score prenait en compte 5 critères, chacun de même poids (1 point pour chaque critère présent) :

- le nombre de personnes à charge ;
- la possession d'une couverture sociale ;
- la possession d'un titre de séjour ;
- le type de logement ;
- l'accès à l'eau et à l'électricité dans le logement.

La moitié des femmes interrogées en Guyane avait un score supérieur à 2 soit plus de 2 critères présents, confirmant la situation de précarité dans laquelle cette population vivait.

La configuration à Oiapoque différait par le fait que les personnes étaient toutes de nationalité brésilienne et donc en situation légale sur le territoire brésilien. Toutefois, le Nord du Brésil est une région très pauvre qui contraste avec les grandes villes prospères du Sud. Oiapoque est une ville frontière où transitent de nombreuses personnes, migrants, orpailleurs, touristes guyanais, etc... Le commerce du sexe est très implanté dans la ville. Des travailleuses du sexe de tout le Nordeste et du Nord viennent à Oiapoque pour aller travailler sur les sites d'orpaillage (65% avaient déjà travaillé sur un site d'orpaillage lors de l'enquête), la ville sert de base arrière aux orpailleurs illégaux travaillant en Guyane. Elles étaient 75% à ne pas vivre à Oiapoque à l'année. Elles séjournaient quelques jours à

Oiapoque dans un hôtel, une boîte ou une pousada où elles travaillaient puis partaient sur un site en forêt, dans des lieux souvent très isolés [22]. Beaucoup de clients des travailleuses du sexe sur Oiapoque venaient de la rive guyanaise (elles étaient 77% à le déclarer), alors que sur les sites d'orpaillage, les clients étaient très majoritairement brésiliens. Les femmes interrogées à Oiapoque avaient, comme de l'autre côté de la frontière, 2 enfants à charge en moyenne et 75% d'entre elles déclaraient avoir eu recours au travail du sexe pour des raisons financières.

Le travail du sexe est très lié à l'orpaillage en Guyane comme à Oiapoque [22, 44]. L'orpaillage tient une place importante dans l'économie de la zone géographique du plateau des Guyanes et attire de nombreux travailleurs. Ces mineurs, essentiellement brésiliens, parfois noirs-marrons, sont très mobiles et se déplacent beaucoup à l'intérieur du territoire, mais également au-delà des frontières [23]. Les conditions de vie et de travail sur les sites d'orpaillage clandestins sont très rudes et l'accès aux soins particulièrement difficile, du fait de l'isolement géographique, mais également de la stigmatisation dont ils sont souvent victimes [45]. Toute cette sphère autour de l'orpaillage échappe complètement à la prévention, et le déficit d'interventions observé entraîne une vulnérabilité accrue, en particulier vis-à-vis des IST.

Concernant le niveau d'éducation des personnes interrogées, la grande majorité s'était rendue à l'école et savait lire et écrire dans sa langue maternelle. Toutefois on constate que les travailleuses du sexe interrogées en Guyane semblaient avoir un niveau scolaire plus élevé que les travailleuses du sexe d'Oiapoque (56% ont un niveau secondaire ou supérieur en Guyane contre 22% à Oiapoque, $p < 0,001$). Elles étaient 68% en Guyane à ne pas savoir lire et écrire le français. La barrière de la langue participe à l'isolement des personnes et limite l'accès aux campagnes de prévention.

Derrière ces résultats se dessine en filigrane une grande précarité multidimensionnelle (financière, sociale, culturelle, administrative...) en Guyane comme à Oiapoque. Or, la précarité est reconnue comme un facteur important de vulnérabilité face au VIH et pour l'accès aux soins et à la prévention [46].

2.1.2. Consommations : l'alcool en exergue

La consommation de drogues ou d'alcool augmente très nettement l'adoption de comportements sexuels à risque, notamment chez les travailleuses du sexe [47-49].

	Guyane (%)	Oiapoque (%)
<u>A déjà consommé ...</u>		
de la marijuana	23,0	19,1
de la cocaïne	8,2	7,3
du crack	4,5	3,4

Tableau n° 1 : Consommation de drogues (N=426 et N=178).

En Guyane et à Oiapoque, la consommation de drogues, hors marijuana, semblait toutefois assez marginale au moment de l'enquête. Une autre enquête de type CAP menée en 2012 auprès des usagers de crack montrait que parmi les 107 personnes interrogées, 13 avaient été payées avec de l'argent ou de la drogue en échange d'un rapport sexuel au cours du mois passé [50].

	Guyane (%)	Oiapoque (%)
<u>Consomme plus de 4 verres d'affilée ...</u>		
Jamais	37,6	7,9
4 à 7 fois par semaine	11,3	28,1
2 à 3 fois par semaine	19,3	21,4
Moins de 2 fois par semaine	27,7	20,2
Ne sait pas	2,4	3,4
Pas de réponse	1,9	19,1

Tableau n°2 : Consommation d'alcool (N=426 et N=178).

Ce constat n'était toutefois pas le même concernant la consommation d'alcool. Le choix de la mesure de la consommation d'alcool (plus de 4 verres d'alcool d'affilée) s'était fait selon les seuils de toxicité de l'OMS. Il est apparu que la consommation d'alcool était bien plus élevée à Oiapoque qu'en Guyane (tableau n°2). Cette consommation correspondait à ce qui a été évoqué plus haut : à Oiapoque le commerce du sexe a lieu en grande partie dans les bars et les boîtes, milieux «festifs» où la consommation excessive d'alcool est fréquente.

	Guyane (%)	Oiapoque (%)
<u>Consomme plus de 4 verres d'affilée avant de travailler ...</u>		
Jamais	59,4	15,7
Parfois	32,4	59
Toujours	4,2	6,2
Ne sait pas	1,2	2,8
Pas de réponse	2,8	16,3

Tableau n°3 : Consommation d'alcool avant de travailler (N=426 et N=178).

La consommation excessive d'alcool avant le travail était, elle aussi, plus élevée à Oiapoque qu'en Guyane.

Les consommations déclarées de drogues restaient tout à fait marginales en Guyane comme à Oiapoque. Une sous-estimation de la consommation de drogues, comme d'alcool, est possible du fait de la nature déclarative de l'enquête (biais de mesure potentiel).

2.1.3. Caractéristiques de la sexualité

Les trois quarts des femmes interrogées en Guyane se déclaraient hétérosexuelles (75%). A Oiapoque, la proportion d'hétérosexuelles était plus faible (61%), elles étaient 14% à déclarer leur bisexualité et un quart d'entre elles n'avaient pas souhaité répondre à la question.

L'âge d'entrée dans la vie sexuelle est un indicateur important puisqu'il définit le temps d'exposition au VIH dans la vie d'un individu. Une entrée jeune dans la vie sexuelle est parfois associée à certains comportements à risque, comme le multipartenariat [51].

Si l'on s'intéresse à l'entrée dans la vie sexuelle des travailleuses interrogées, on remarque qu'elle est plus tardive parmi les personnes interrogées en Guyane que celles interrogées à Oiapoque.

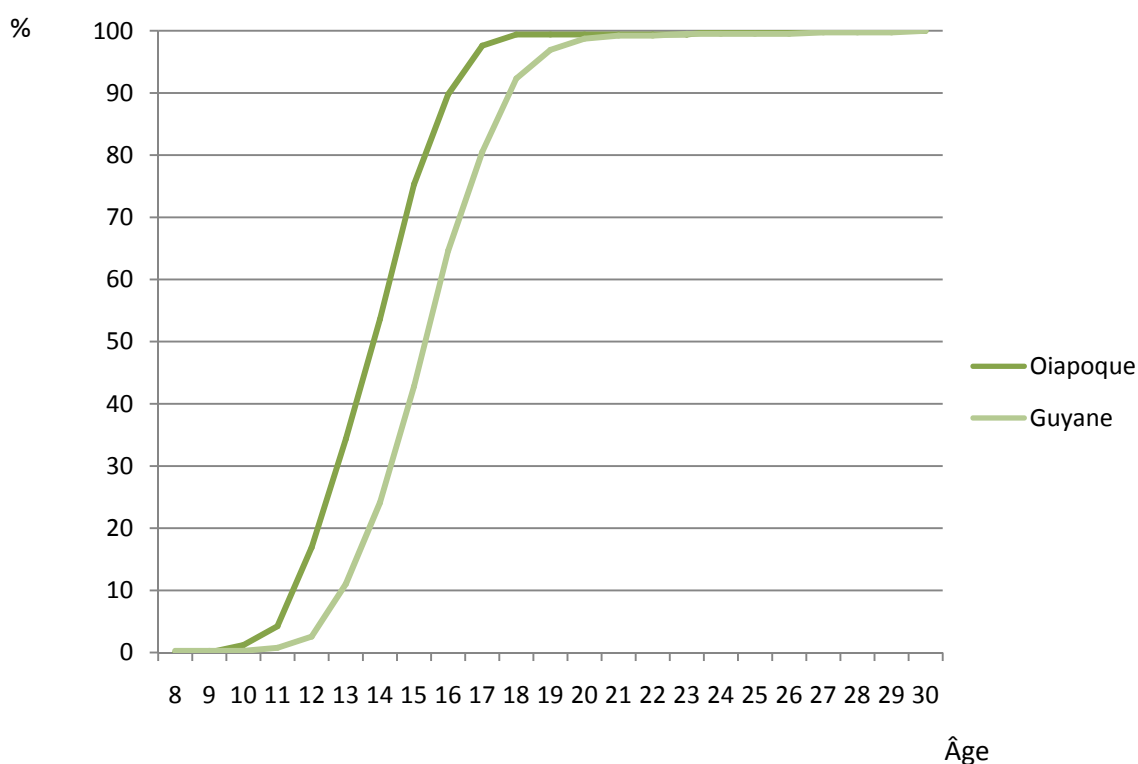


Figure n°3 : Entrée dans la vie sexuelle des travailleuses du sexe.

En effet, l'âge médian des travailleuses du sexe au premier rapport était de 16 ans en Guyane et de 14 ans à Oiapoque. A titre indicatif, en 2011, l'âge médian au premier rapport sexuel parmi les femmes en population générale guyanaise était de 16,9 ans [15].

2.1.4. Le travail du sexe : l'imbrication des problématiques

Une bonne connaissance de l'activité des travailleuses du sexe permet d'envisager de manière plus efficace les actions de prévention, et d'adapter les questions de santé publique au plus près des besoins du terrain.

L'âge moyen des personnes au début de leur activité professionnelle était de 25 ans en Guyane (+/-6,5 ans), souvent à leur arrivée en Guyane (44%). Les personnes interrogées déclaraient avoir en moyenne 3 clients (+/-1,5) par jour travaillé. Les deux tiers (65%) n'avaient pas d'autre travail en plus de celui-ci et 41% exerçaient la prostitution de manière régulière, 29% déclaraient travailler tous les jours. Les travailleuses du sexe interrogées en Guyane trouvaient leurs clients le plus souvent dans la rue (51%), par téléphone (43%) ou dans les bars (37%).

A Oiapoque, le schéma était un peu différent. Les travailleuses du sexe commençaient leurs activités beaucoup plus jeunes à 18,5 ans (+/-4,2 ans) et souvent suite à la proposition d'un(e) ami(e) (47%). Les femmes interrogées déclaraient en moyenne 3 clients (+/-1,6) par jour travaillé. La moitié (52%) n'avait pas d'autre travail à côté de celui-ci et 47% exerçaient la prostitution de manière régulière, 34% tous les jours. Les travailleuses du sexe à Oiapoque étaient 72% à trouver leurs clients dans les bars et les boîtes.

Les clients des travailleuses du sexe semblaient un peu plus jeunes côté Oiapoque qu'en Guyane, majoritairement âgés de 18 à 30 ans contre 30 à 50 ans côté Guyane. Les travailleuses du sexe étaient également beaucoup plus nombreuses qu'en Guyane à déclarer donner de l'argent à un proxénète (13% à Oiapoque contre 1% en Guyane).

Les activités de prostitution en Guyane et à Oiapoque étaient gérées différemment. A Oiapoque, le commerce du sexe semblait beaucoup plus «organisé» qu'en Guyane et se

déroulait plus dans un cadre «festif». On parle clairement de tourisme sexuel pour Oiapoque, plus difficilement pour la Guyane.

	Guyane (%)	Oiapoque (%)
Vos clients sont majoritairement ...		
réguliers	69,7	47,5
alcoolisés	31,7	32,8
drogués	10,1	1,7
violents	6,6	2,3
mariés	47,4	61,0
venus de Guyane	NC	76,8

Tableau n°4 : Caractéristiques des clients (N=426 et N=178).

A Oiapoque, comme en Guyane, les travailleuses du sexe étaient environ un tiers à déclarer subir parfois des violences de la part de leurs clients, et un quart d'entre elles avait déjà subi un rapport forcé de la part d'un client.

Ces chiffres inquiétants traduisent clairement la vulnérabilité des travailleuses du sexe face à leurs clients. Ils mettent également en relief les risques de diffusion de l'épidémie en population générale, d'autant plus que les clients en Guyane comme à Oiapoque, vivaient souvent en situation maritale (peu d'utilisation du préservatif avec le partenaire stable) et que, plus des trois quarts des clients à Oiapoque venaient de l'autre côté de la frontière. Ainsi on observe une convergence des risques dans cet espace transfrontalier.

2.1.5. Connaissances vis-à-vis du VIH

L'évaluation des connaissances sur le VIH et les IST parmi les travailleuses du sexe est indispensable pour comprendre et prévenir une épidémie. De mauvaises connaissances sur le VIH peuvent entraîner des prises de risque et augmenter la vulnérabilité des personnes [14]. Le niveau de connaissances des travailleuses du sexe a été évalué à partir de 20

questions concernant les connaissances sur le VIH/SIDA et les IST, les modes de transmission et de prévention. Chaque bonne réponse valait 1 point ("ne sait pas", "pas de réponse" et une mauvaise réponse valait 0 point). Ce score allait de 0 à 20, où 20 était le meilleur score. Le score médian de connaissances certaines parmi les travailleuses du sexe était de 17 en Guyane et de 16 à Oiapoque. De manière générale, les connaissances des travailleuses du sexe en matière de VIH étaient relativement bonnes. Le score moyen de connaissances certaines sur le VIH et les IST était relativement élevé.

En Guyane, les lacunes identifiées concernaient principalement les modes de transmission. Les urines et la salive étaient souvent citées comme éléments contaminants. Le lait maternel et les sécrétions sexuelles n'étaient, eux, pas toujours clairement identifiés comme pouvant transmettre le VIH. A Oiapoque, les principales lacunes relevées concernaient également les modes de transmission. Les piqûres de moustique, boire dans le même verre qu'une personne contaminée, revenaient souvent parmi les modes de transmission cités. L'existence de traitements permettant de vivre quasiment normalement était également peu connue à Oiapoque.

2.1.6. Description des jeux de données

Il est difficile de décrire et de résumer correctement des jeux de données complexes. Lorsque les individus sont décrits par un nombre important de variables, aucune représentation graphique simple ne permet de visualiser le nuage de points formé par les données. L'ACP (Analyse en Composantes Principales) est un outil statistique purement descriptif, qui permet de décrire un jeu de données et d'en réduire la dimensionnalité en aidant à mettre en évidence d'éventuelles structures au sein des données. En effet, un jeu de données comporte autant de dimensions qu'il possède de variables. Les mapping de l'ACP

sont les projections des variables et des individus sur un plan factoriel déterminé. Ils permettent notamment d'observer les liens d'interdépendance éventuels entre les variables. En appliquant une ACP sur les données des enquêtes CAP en Guyane et à Oiapoque on observe quelques structurations entre les variables choisies au préalable. Ces variables ont été choisies principalement pour décrire les caractéristiques sociodémographiques, et pour tenter de mettre en évidence des clusters. Il faut toutefois garder à l'esprit que décrire de tels jeux de données est difficile, tant les interactions entre les variables sont multiples et complexes.

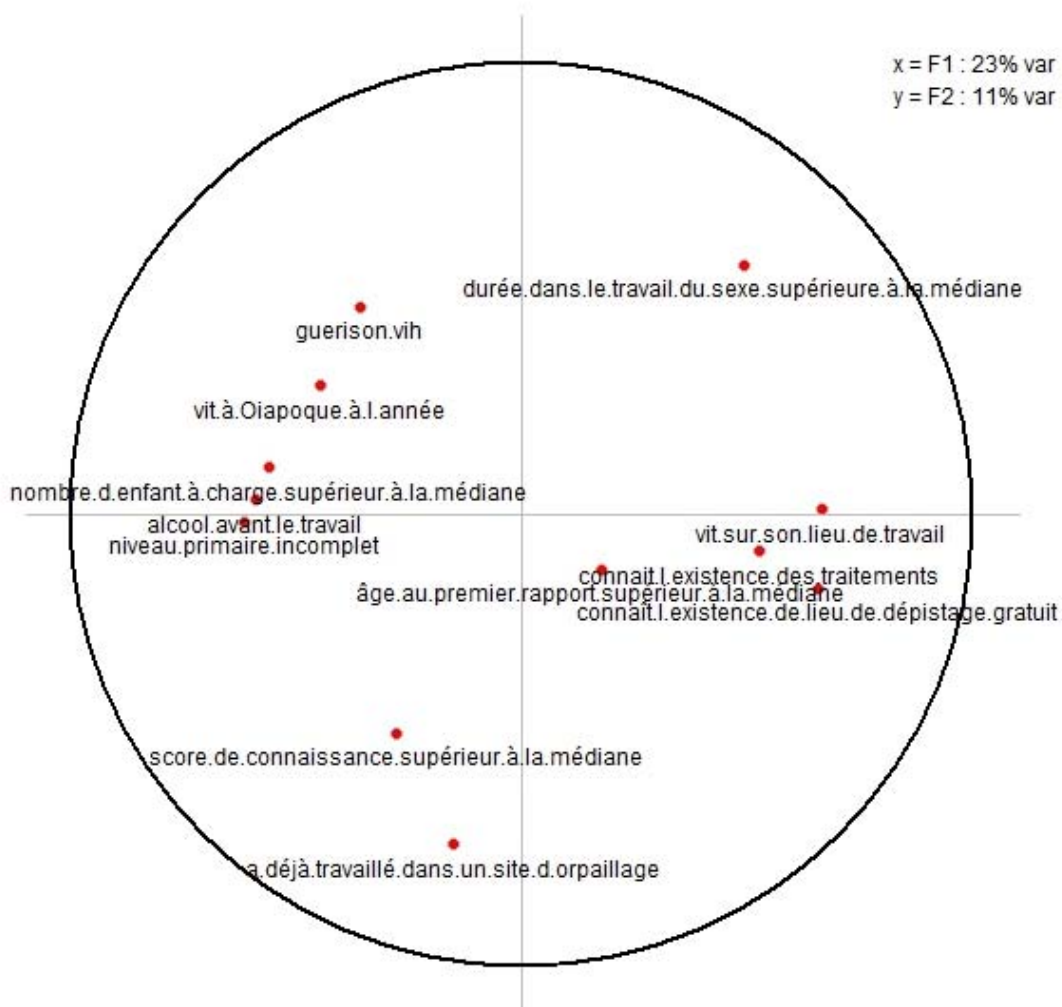


Figure n°4 : Représentation de variables sociodémographiques à Oiapoque.

On voit se dessiner deux principales grappes de variables liées entre elles et corrélées négativement :

- vivre à Oiapoque toute l'année, consommer de l'alcool avant le travail, avoir un nombre d'enfants à charge supérieur à la médiane, avoir un niveau scolaire primaire incomplet et penser que l'on peut guérir du VIH ;
- vivre dans le lieu où elles travaillent, connaître l'existence des traitements, avoir un âge au premier rapport sexuel supérieur à la médiane et connaître l'existence des lieux de dépistage gratuit.

On retrouve ainsi deux profils. Le premier correspond plutôt à des femmes venues à Oiapoque pour le commerce du sexe, plutôt mobiles, qui ne vivaient pas ici à l'année. Elles s'installaient souvent sur leur lieu de travail, dans les boîtes, ce qui était rarement compatible avec le fait d'avoir des enfants. Vivre sur leur lieu de travail les soumettait à un «contrôle» plus fort des gérants, et pouvait expliquer la corrélation négative avec le fait de consommer de l'alcool avant le travail. Il est intéressant de noter que ces femmes avaient connaissance des lieux de dépistage et des traitements. Elles avaient également un âge au premier rapport supérieur à la médiane.

L'autre profil corrélé négativement au premier est celui des femmes vivant à Oiapoque à l'année, avec des enfants à charge, un faible niveau scolaire, une mauvaise connaissance du VIH et consommant de l'alcool avant le travail.

Sur le terrain, ces deux profils opposés se retrouvaient, ils cumulaient chacun des vulnérabilités spécifiques. Pour les unes, il s'agissait plus de vulnérabilités liées à une faible connaissance du VIH, à un niveau scolaire bas ; tandis que pour les autres, il s'agissait plus de restrictions dans la liberté de déplacement (liées au fait qu'elles vivaient sur leur lieu de travail et avaient un contrôle permanent des gérants).

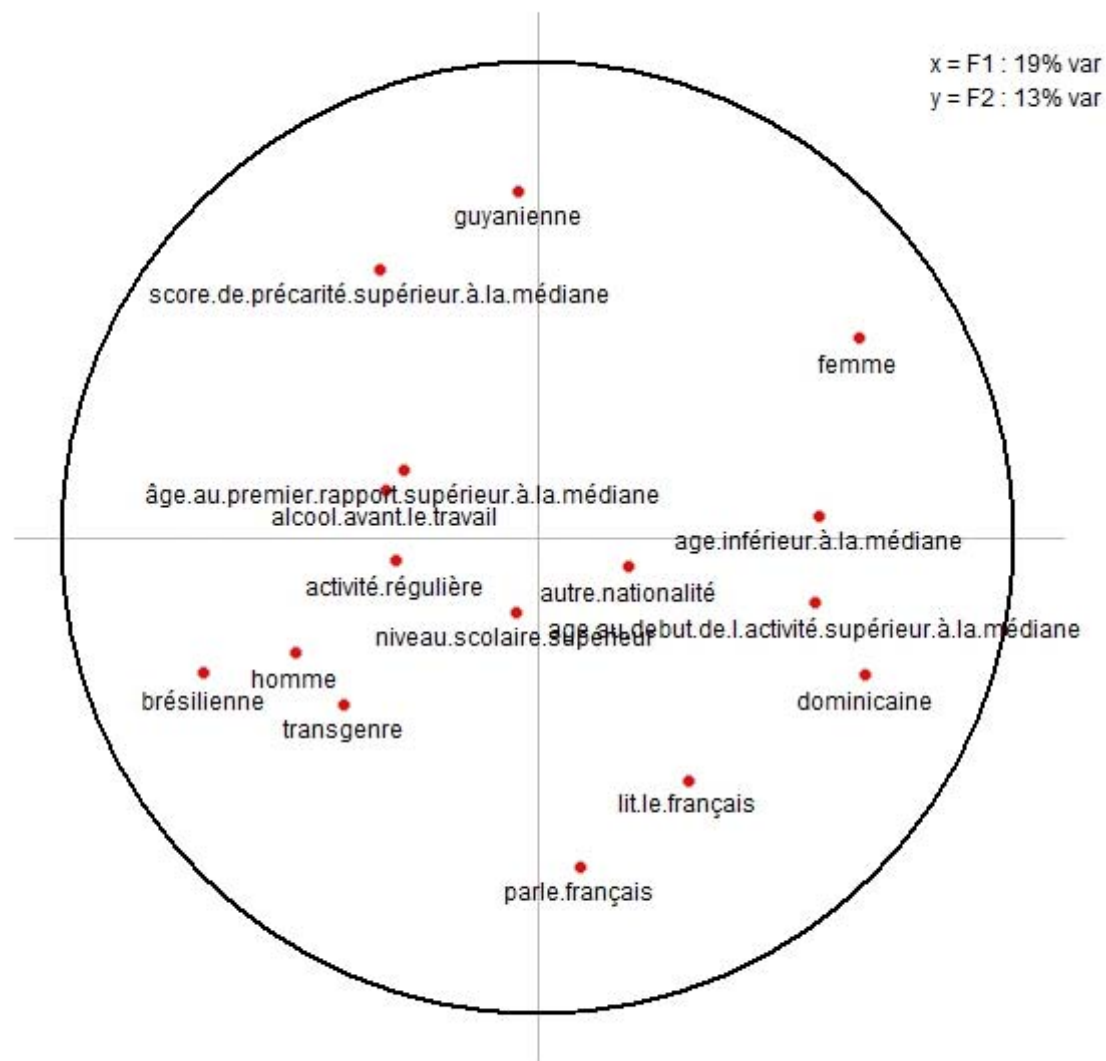


Figure n°5 : Représentation de variables sociodémographiques en Guyane.

En Guyane, l'effet de grappe est moins évident qu'à Oiapoque. Toutefois, le score de précarité semble corrélé négativement avec le fait de lire et de parler couramment le français. Ceci s'explique par le fait qu'une mauvaise maîtrise du français isole les personnes administrativement et socialement, accentuant leur précarité. Il apparaît également que les personnes de nationalité guyanienne seraient particulièrement précaires. Les trois genres ont été inclus ici et montrent clairement leurs différences, d'un côté les femmes sont isolées alors que les hommes et les transgenres semblent corrélés entre eux de l'autre côté. Les

variables hommes et transgenres sont également corrélées à la nationalité brésilienne. Cela renforce l'idée de ne pas traiter ensemble les résultats des différents sexes. Des groupes de variables potentiellement corrélées se dessinent, comme notamment le fait de se prostituer régulièrement, d'avoir un âge au premier rapport supérieur à la médiane et de boire de l'alcool avant le travail. Il convient cependant d'être prudent sur l'interprétation des points proches du centre, puisqu'il s'agit d'une représentation graphique de x dimensions réduite en 2 dimensions, et plus l'on se rapproche du centre, plus des risques de distorsions existent.

2.2. Les comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH parmi les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque

De quoi parle-t-on lorsque l'on évoque les comportements sexuels à risque ? On pourrait répondre qu'il s'agit des comportements sexuels exposant les individus à un risque de contamination par une IST ou par le VIH, et qu'il suffit de se référer aux consignes préventives pour repérer les comportements à éviter.

Dans les faits, les choses sont plus complexes et certaines situations sont plus à risque pour certaines personnes que pour d'autres. En effet, lorsque l'on parle de VIH et de commerce du sexe, est-ce que tous les rapports sexuels sans préservatifs, y compris les rapports sexuels avec le partenaire intime, peuvent potentiellement représenter un risque pour la santé ? La question est importante puisqu'elle a des implications directes en terme de prévention, mais délicate puisqu'elle implique les éléments irrationnels que sont les sentiments. On peut imaginer qu'une travailleuse du sexe qui utilise des préservatifs de manière constante et correcte avec ses clients, qui se fait dépister régulièrement et qui est engagée dans une relation régulière avec un partenaire intime, qui lui-même n'a pas d'autres partenaires

sexuels, ne prend pas de risque lorsqu'elle a des rapports non protégés avec ce dernier. Toutefois la réalité semble être différente.

2.2.1. La non-utilisation du préservatif : la sphère privée concernée

Les travailleuses du sexe interrogées utilisaient, en effet, de manière constante les préservatifs avec leurs clients. Seul 1% des personnes interrogées en Guyane n'avait pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client, 3% à Oiapoque. Toutefois, en s'intéressant d'un peu plus près à l'utilisation du préservatif, on remarque qu'en Guyane, près d'un quart des personnes interrogées (24%) avait déjà utilisé deux préservatifs l'un sur l'autre, 87% utilisaient le préservatif dès le début de la pénétration et 61% avaient déjà connu une rupture de préservatif lors d'un rapport. Les deux tiers (67%) des personnes n'avaient jamais utilisé de préservatifs féminins, souvent parce qu'elles ne les trouvaient pas pratiques (44%) et 24 personnes utilisant les préservatifs féminins (18%) ne les changeaient pas à chaque rapport. A Oiapoque, 19% avaient déjà utilisé deux préservatifs l'un sur l'autre, 75% utilisaient le préservatif dès le début de la pénétration et 42% avaient déjà connu une rupture de préservatif lors d'un rapport. La moitié (54%) n'avait jamais utilisé de préservatifs féminins, car elles les trouvaient moins pratiques (53%). Celles qui les utilisaient les changeaient à chaque rapport.

Derrière ce comportement en apparence conforme aux messages de prévention (un préservatif lors de chaque rapport), se cachait un comportement à risque par mésusage de l'outil de prévention (rupture du préservatif, préservatifs superposés...). Ainsi en décortiquant les comportements, les enquêtes CAP montrent leur importance dans cette population pour mener des actions de prévention adaptées aux réalités.

De la même manière, le multipartenariat des partenaires intimes des travailleuses du sexe, couplé à la non-utilisation du préservatif avec le partenaire de «confiance», sont à considérer comme des prises de risque supplémentaires dans la sphère privée. En effet, en Guyane comme à Oiapoque, seules 10% des travailleuses du sexe interrogées avaient répondu «non» à la question «votre partenaire a-t-il des relations sexuelles avec d'autres personnes que vous ?». Or si l'utilisation du préservatif semblait constante avec les clients, ce n'était pas le cas avec les partenaires intimes. Donc, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime, bien que relativement élevée, constitue une prise de risque vis-à-vis du VIH et des IST, notamment du fait d'un multipartenariat fréquent. En Guyane, les travailleuses du sexe étaient 59,4% à avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport avec un partenaire intime. Elles étaient 82,1% à Oiapoque. Ainsi en Guyane, par rapport à Oiapoque, l'utilisation du préservatif avec le partenaire intime est moins observée. Toutefois elle est plus élevée chez les travailleuses du sexe que parmi les femmes de la population générale guyanaise, où l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport était de 53,7% avec un partenaire occasionnel, de 46,4% avec un partenaire régulier, mais non cohabitant, et de 25,2% avec un partenaire régulier cohabitant [14].

2.2.1.1. Facteurs prédictifs de la non-utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe en Guyane

L'article suivant présente les facteurs prédictifs de la non-utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe en Guyane. Il est paru dans la revue *International Journal of STD and AIDS* en 2014.

International Journal of STD & AIDS

<http://std.sagepub.com/>

Predictive factors of unprotected sex for female sex workers: first study in French Guiana, the French territory with the highest HIV prevalence

Marie-Claire Parriault, Célia Basurko, Astrid Van Melle, Emilie Gaubert-Maréchal, Stéphanie Rogier, Pierre Couppié and Mathieu Nacher

Int J STD AIDS published online 30 July 2014

DOI: 10.1177/0956462414545794

The online version of this article can be found at:

<http://std.sagepub.com/content/early/2014/07/29/0956462414545794>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *International Journal of STD & AIDS* can be found at:

Email Alerts: <http://std.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://std.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> [OnlineFirst Version of Record](#) - Jul 30, 2014

[What is This?](#)

Predictive factors of unprotected sex for female sex workers: first study in French Guiana, the French territory with the highest HIV prevalence

Marie-Claire Parriault¹, Célia Basurko¹, Astrid Van Melle¹,
Emilie Gaubert-Maréchal², Stéphanie Rogier¹, Pierre Couppié³
and Mathieu Nacher^{1,2}

Abstract

French Guiana is the French territory that is most affected by HIV. AIDS incidence is much higher than in mainland France and sex work seems to be an important driver of the epidemic. The objective of this study was to describe consistent condom use among female sex workers with their clients and their intimate partners and to identify determinants of non-use of condoms. An HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, Behaviours and Practices survey was conducted in 2009–2010 among sex workers in French Guiana. A total of 477 sex workers were interviewed. Female sex workers were more likely to use condoms with their clients (97%) than with their intimate partners (45%). The factors associated with non-consistent condom use with the intimate partner were having had an abortion, feeling at risk for HIV, not evaluating one's own risk for HIV, living as a couple, being Dominican, not feeling comfortable asking intimate partners to use condoms. Although a high proportion of female sex workers declared using condoms with commercial partners, there is still room for improvement in the prevention of transmission with both commercial and intimate partners.

Keywords

Female sex worker, French Guiana, HIV, condom use, intimate partner

Date received: 24 February 2014; accepted: 7 July 2014

Introduction

French Guiana is the French territory that is most affected by HIV. With a prevalence in pregnant women exceeding 1% for over a decade,¹ the territory fulfils the UNAIDS criteria for generalised epidemics. Things are however more nuanced and the epidemic seems to be much worse in certain vulnerable groups.² Thus, sex work is considered an important driver of the epidemic in French Guiana. The large number of sex partners and the economic and social vulnerability that affects a majority of sex workers put them at greater risk for HIV acquisition and transmission.³ Among HIV women followed in Cayenne, impact measures suggested that for 10.7% of women and for 45% of men the HIV infection was attributable to the exchange (selling or buying, respectively) of sex for money or goods.²

Despite the illegal nature of sex work (brothels, pimping) for French law, transactional sex is quite

common in French Guiana with, in 2004, 7.1% of men indicating that they had sex for money at least once during the past five years (in 1992 this proportion was 23%).⁴ The suspected key role of sex work in the dynamics of the epidemic in French Guiana has henceforth never led to the formal study of the behavioural aspects of sex workers in French Guiana. The repressive aspects of French law towards prostitution have led an increasing number of sex workers to exert their

¹Centre d'Investigation Clinique Antilles Guyane, Cayenne General Hospital, Cayenne, French Guiana

²COREVIH Guyane, Cayenne General Hospital, Cayenne, French Guiana

³Department of Dermatology, Cayenne General Hospital, Cayenne, French Guiana

Corresponding author:

Marie-Claire Parriault, CIC Antilles Guyane, 6 rue des Flamboyants, BP 6006, 97306 Cayenne Cedex, French Guiana.

Email: marie-claire.parriault@ch-cayenne.fr

trade in a concealed manner isolating them and putting them at greater risk.⁵

A study was conducted in 2009–2010 in French Guiana in order to describe the knowledge, attitudes, behaviours and practices of sex workers towards HIV and sexually transmitted infections (STI) and to determine the predictive factors of risky sex. In the present paper, the results of the study are used to describe the sex workers' behaviours regarding unprotected sex.

Material and methods

The study population consisted of sex workers working in French Guiana, aged 18 years or more having had at least one paid intercourse in the past six months. The sample size was 477 persons interrogated in Cayenne and its surroundings, Kourou, Saint Laurent du Maroni, Saint Georges de l'Oyapock, and Maripasoula, these sites representing the main towns of French Guiana. Saint-Laurent (40,462 residents in 2011 according to the Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques) and Saint-Georges (3946 residents in 2011) are the two main border cities, the first adjacent to Suriname, the second to Brazil. Cayenne and its surroundings (106,358 residents in 2011) and Kourou (25,260 residents in 2011) are the main towns on the coast. Maripasoula (9487 residents in 2011) is the biggest town in the interior, which can only be reached by plane or boat. In all these cities, prostitution is mainly street-based and home-based, except for Maripasoula where there is a brothel.

In order to avoid selection biases,⁶ the HIV status was not part of the questions asked.

An anonymous structured questionnaire of 150 questions was used. The questionnaire was translated into six languages (French, Spanish, English, Portuguese, Haitian Creole and Nengue Tongo, a local language) and the investigators spoke at least one of these languages. It notably explored, socio-demographic characteristics, sex work, intercourse with clients and non-clients, condom use, knowledge, attitudes, behaviours and practices regarding HIV and STIs and stigma and discrimination towards HIV-infected persons. This questionnaire was constructed with non-government associations (NGO) working in the field, adapting behavioural surveillance survey questionnaires.⁶ Eleven questions specifically dealt with male condoms.

The persons accepting to participate in the survey were interrogated face to face by trained interviewers. Individual interviews were conducted confidentially. The surveyors were all close to the field, originating from NGOs or from the community of sex workers.

The study was conducted in partnership with the regional coordination for the fight against HIV

and the following NGOs: ADER, Entr'Aides, DAAC, AIDES and Kikiwi network. The project was jointly funded by ANRS and the European Union (FEDER).

Given that sex workers are a hidden population, snowball sampling, a non-probabilistic method, was used. Investigators were trained for snowball sampling. They knew the female sex workers (FSW) population and had to recruit 'seeds' with different characteristics to minimise bias. The recruitment was mostly street-based. Appointments were made in order to administer the questionnaire in the best possible conditions. At the end of the interview, documentation on HIV prevention, NGO contacts, male and female condoms, and two food tickets were given to the persons interviewed in order to compensate for the time spent answering the questionnaire.

The project was approved by the regulatory authorities: Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS, n°09.106) at the ministry of research and the Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL, n° DR-2011-464).

Data analysis consisted in a descriptive analysis of the variables: mean and standard deviation for normally distributed variables, and frequencies and percentages for qualitative variables. The use of condoms with clients and non-clients (clients are defined as those with whom there has been exchange of money) was compared using Pearson's Chi². Condom use at last sex, at last anal sex, at last oral sex, the frequency of condom use and being comfortable about asking intimate partner or client to use condom were used to assess condom use. The significance level was set at $\alpha = 5\%$. Univariate and multivariate logistic regression were performed to identify risk factors for not using condoms with intimate partner at last sex. For intimate partners, sexual intercourse without condom was the dependent variable.

Variables with a $p < 0.10$ (Pearson's Chi²) were included in the multivariate model as independent variables. Given the large number of variables and the potential spurious associations, the selections of variables for the multivariate model retained bibliographically pertinent variables and variables with a p of 0.1. To obtain the most parsimonious model we used the Hosmer–Lemeshow test. Data were analysed using STATA® 10 (College Station, Texas, USA).

Only the results concerning FSW are presented here. The results concerning male and transgender sex workers will be presented elsewhere.

The level of exact knowledge of FSW was evaluated with 20 questions concerning knowledge of HIV/AIDS and STIs, modes of transmission and prevention.

Each correct answer was scored 1 point ('do not know', 'no answer' and a wrong answer was 0). The highest score was 20 points, the worst was 0.

The level of social vulnerability was calculated using five factors, 5 was the highest score. The five factors were, 'did not go to school or reach a primary level', 'lives in substandard housing', 'has more than three dependent persons', 'does not have a resident permit' and 'does not have valid health insurance'.

Various topics were discussed in this work, including access to health care and rights. In France, the possession of a residence permit and health insurance provides access to a number of rights. Indeed, a residence permit allows to stay in the country legally and gives access to legal work contracts and a number of social benefits, including health insurance that supports medical expenses. In some cases, it is possible to obtain health insurance without a residence permit, but this requires documents proving three months of residence on the French territory, which can be difficult when one's presence on the territory is illegal.

Results

Socio-demographic characteristics

During 10 months of data collection, 483 questionnaires were administered to sex workers in French Guiana of which 477 were analysed. Among these, 61% were administered in Cayenne and its surroundings, 15% in Kourou, 10% in Saint-Laurent-du-Maroni, 8% in Saint-Georges de l'Oyapock and 6% in Maripasoula. The sample mostly consisted of women (89%, $n=426$), and the results focus on this group. The mean age was 32.4 years (± 8.19 years). Among the surveyed sex workers, 73% lived alone and the rest lived as a couple. There were 61% of respondents who had had sex without exchange of money during the previous month. Table 1 shows the principal socio-demographic characteristics of the surveyed population.

Sexuality and sexual risks

Three quarters of the surveyed sex workers declared being heterosexual (75%, $n=317$), 12% bisexual, 2% homosexual and 11% did not want to answer.

Nearly a quarter of sex workers had been submitted to forced intercourse by a client, and 1/6th by their intimate partner.

Over a quarter of the respondents (25.6%) declared that their intimate partner had sex with other persons, and 2/3rds did not know or did not wish to respond (65.5%).

Table 1. Socio-demographic characteristics of the surveyed sex workers: French Guiana 2009–2010.

Characteristics	Number	%
Age ($n=426$)		
18–24	71	16.7
25–34	134	45.7
35–44	125	29.4
> 45	35	8.2
Nationality ($n=426$)		
French	4	0.9
Brazilian	167	39.2
Haitian	9	2.1
Guyanese	84	19.7
Surinamese	14	3.3
Dominican	148	34.8
Possession of a residence permit ($n=422$)		
No	263	63.5
Yes, with a work permit	122	29.5
Yes, without a work permit	29	7.0
Valid health insurance ($n=426$)		
No	230	55.2
Yes	187	44.8
Know how to read and write French ($n=426$)		
Yes	127	30.5
No	290	69.5
School level ($n=417$)		
Primary	160	40.6
Secondary	194	49.2
Higher education	40	10.2
Access to drinkable water at home ($n=426$)		
No	56	13.5
Yes	360	86.5
Access to electricity at home ($n=426$)		
No	35	8.4
Yes	380	91.6
Number of persons cared for ($n=426$)	Mean: 2.87 (± 2.07)	
	Min: 0	Max: 10

Sixty-one per cent declared having had an abortion at least once during their life, 8.7% did not wish to answer this question. Most sex workers used male condoms as contraception (88%).

Thirty-eight per cent considered themselves at low risk for contracting HIV, 46% considered having a high risk, and 16% did not know or did not wish to respond.

Eighty-nine per cent of sex workers interrogated had already done an HIV test and among them, 29% would not have wished to reveal the result of their test had it been positive, 10% did not know or did not wish to respond.

Table 2. Condom use in sex workers in French Guiana with clients or non-clients.

	Client <i>n</i> (%)	Non-client <i>n</i> (%)	<i>p</i> *
Frequency of condom use in the past 12 months	<i>N</i> = 426 ^a	<i>N</i> = 260	
Never	0(0)	82 (32.4)	0.044
Sometimes	11 (2.7)	56 (22.1)	
Every time	401 (97.3)	115 (45.5)	
Condom use at last vaginal sex	<i>N</i> = 426	<i>N</i> = 426	
	410 (99.0)	222 (59.4)	<10 ⁻³
Condom use at last anal sex	<i>N</i> = 171	<i>N</i> = 221	
	151 (88.3)	126 (57.0)	<10 ⁻³
Condom use at last oral sex	<i>N</i> = 310	<i>N</i> = 324	
	263 (84.8)	146 (45.1)	<10 ⁻³
Comfortable about asking sexual partner to use condom	<i>N</i> = 426	<i>N</i> = 426	
	409 (98.8)	314 (82.4)	0.177

*Pearson's Chi² test.^aThe differences between the totals and *N* represent 'non-response' and 'do not know' terms.

Condom use

Condom use with clients and non-clients is shown in Table 2.

Nearly half of sex workers who had not used condoms during the last sexual relation with the non-commercial partner declared that they did not use it because they trusted their partner (47%, *n* = 72). This trust resulted from 'being together for a long time' (47/72) or having done at least one HIV test (29/72). Fifteen per cent of the population of non-users did not use condoms because the partner did not want to.

FSW were asked to show a condom if they had one with them, 88% had one, 11% did not have any at the time of interview, 1% did not answer.

Among the persons interrogated, nearly a quarter (24%) had used two condoms on top of each other, and 61% had experienced condom rupture during sexual intercourse.

Table 3 shows the association of having had an abortion, thinking oneself to be at risk for HIV, being comfortable about asking one's intimate partner to use a condom, wanting to reveal the result of an HIV test to the partner, being Dominican, living as a couple and condom use with a non-client partner during the last sexual intercourse.

Given the low number of occurrences, exploration of condoms' non-use with clients was not contributive.

Discussion

Although great attention was paid to minimise the risks of non-representativity of the sample, this remains

non-probabilistic sampling and declarative data with potential biases.⁷

Despite these limitations, these results are the first in French Guiana to describe this population and its risky behaviours.

Social vulnerability

The surveyed population was particularly vulnerable. The women were exposed to the risk of deportation, and had to avoid the police and could not have access to legal jobs. They were also often excluded from social benefits and access to care. Not being able to read and write in French also contributed to isolating 2/3 of them from the rest of society and made them dependent on others to know and access to their rights.

Widespread condom use

Despite this vulnerability, the sex workers surveyed had a very high rate of condom use with their paying customers. The declarative data were matched by similar proportions of sex workers actually having condoms with them at the time of interview. The proportion of 97% reaches levels reported in the 100% condom programme, in Thailand, a common example of a success story in prevention. This high proportion of condom use is higher than in numerous literature reports.⁸⁻¹⁶ This is partly due to the good access to condoms and to a prevention effort. Although most used condoms with customers, a high risk minority could still have great epidemiological importance in driving the epidemic.

Table 3. Multivariate unconditional logistic regression predicting non-use of condoms during the last intercourse with a non-client (*n* = 303).

	Did not use condom during the last sex with non-commercial partner/total (%)	Crude odds ratios (95 CI)	Adj. odds ratios (95 CI)	<i>p</i> adj
History of abortion				
Yes	33/139 (46.7)	1.15 (0.71–1.85)	3.78 (1.72–8.30)	0.001
No	45/104 (43.3)	1	1	
No response	5/28 (17.3)	0.28 (0.10–0.81)	1.43 (0.35–5.82)	0.617
Perceived risk towards HIV				
Does not feel being at risk	33/148 (22.3)	1	1	
Feels being at risk	85/177 (48.0)	3.22 (1.98–5.24)	3.67 (1.67–8.07)	0.001
Does not know/no response	34/49 (69.4)	7.90 (3.84–16.23)	12.84 (4.64–35.46)	0.000
Would reveal a positive result of HIV test to intimate partner				
Yes	110/213 (51.6)	4.81 (2.77–8.33)	3.48 (1.45–8.32)	0.005
No	18/93 (19.3)	1	1	
Does not know/no response	17/32 (53.1)	4.89 (2.12–11.28)	2.80 (0.83–9.43)	0.096
Comfortable asking intimate partner to use condom				
Yes	73/287 (25.4)	1	1	
No	58/64 (90.6)	28.34 (11.74–68.42)	53.04 (13.97–201.33)	0.000
Does not know/no response	21/23 (91.3)	30.78 (7.04–134.48)	53.03 (7.59–370.50)	0.000
Dominican nationality				
Yes	85/136 (62.5)	4.25 (2.71–6.65)	3.79 (1.73–8.29)	0.001
No	67/238 (28.1)	1	1	
Lives in a couple				
Yes	42/77 (54.5)	1.98 (1.19–3.31)	2.46 (1.07–5.66)	0.033
No	101/268 (37.7)	1	1	
No response	9/29 (31.0)	0.74 (0.33–1.70)	1.15 (0.29–4.54)	0.838
Score of certain knowledge (out of 20)				
Below 17 ^a	99/209 (47.4)	1	1	
Greater than 17	53/165 (32.1)	0.53 (0.34–0.80)	0.84 (0.41–1.72)	0.631
Social vulnerability score (out of 5)				
Below 2 ^b	109/246 (44.3)	1	1	
Greater than 2	43/128 (33.6)	0.64 (0.41–0.99)	0.75 (0.36–1.55)	0.438

^a17 is the median value.^b2 is the median value.

Risky behaviours with intimate partners

Male condom use was studied in two different areas of the sex workers' life: with clients and non-clients. As shown elsewhere, condom use was much more consistent with clients (97%) than with non-clients (45%). Risk taking thus seemed more important in the personal sphere than in the work sphere, as elsewhere.^{8–11,13,15,17} In French Guiana, the risk seems even higher because of the prevalence of multiple sexual partnerships,⁷ which, according to the surveyed population and other studies,¹⁴ seemed to be the case for a proportion the intimate partners.¹⁵ Different studies showed that intimate partners were particularly at risk and had a higher prevalence than clients.^{14,18,19} It is thus important to understand why sex workers do not

consistently use condoms with their intimate partners. For many, not using a condom with an intimate partner reflected the trust sex workers projected on the partner. Frequently, the relationship was prolonged and both had done an HIV test at some point. The relationship was serious and they did not feel at risk towards HIV.¹⁵ Other factors influencing risk taking with the intimate partner were similar, notably living together with the partner which increased the risk of not having used a condom at last sex with the intimate partner.

Inappropriate use of condoms

Nearly half of persons who had not used a condom during the last sexual intercourse had previously had an abortion. Although it seems logical that sexual risk

taking regarding HIV and abortion is statistically linked, the observation raises two points. The first is the absence of use of other contraception methods (88% used male condoms as a contraceptive method) and the second is the inappropriate use of male condoms. Indeed, overlapping two condoms, frequent condom rupture and the absence of lubricant use were commonly reported. Although condoms seem to be a first line contraceptive method in these exposed women, proper condom use should be widely emphasised. The frequency of abortions implies that efficient and adapted complementary contraceptive methods may need to be proposed.

Dominican nationals were significantly more likely to not have used a condom at last sex with their intimate partner. The underlying explanation is not clear, because the nationality variable covered numerous potential determinants (age, residence location, socioeconomic conditions, culture); further studies are required to disentangle these potential confounders.^{20,21}

Risk perception

Feeling at high risk for HIV or not evaluating one's risk towards HIV was associated with not using condoms at last sex, and with the intention to reveal one's HIV status if a hypothetical HIV test came back positive. Sex workers thus seemed to be aware of the risks they take and exposed to when they do not use a condom with their intimate partner. There was a clear gap between the awareness of risk and the implementation of protective measures, notably condom use. It was noteworthy that not feeling comfortable to request the intimate partner to use condoms, or not being able or willing to answer the question, was related to not using condoms. Therefore, in this case, the association with the covariable no longer seemed a consequence but an explanatory factor suggesting that empowerment of sex workers towards their intimate partner is a problem.^{9,11} However, the study being cross-sectional, it is impossible to prove causality links. Sex workers often declare that to ask one's partner to use a condom exposes them to refusal, sometimes violence, from their intimate partner who would thus feel treated like a client.¹¹ This problem should be the focus of prevention work for sex workers. Sex with an intimate partner is more complex to apprehend than just giving information on HIV transmission, women feeling at risk of sentimental rupture, or violence. There are not only feelings involved but also dependency relations that compromise the negotiation of condoms.^{11,22} It was not possible to use the same logistic model for clients than for intimate partners because most sex workers used condoms with them. But a difference

between both types of partners is often reported in the literature. Studies show that, for clients, emotional factors do not seem to operate, whereas, unsurprisingly, that is the case for intimate partners. Pragmatic factors explain the non-use of condoms with clients such as financial constraints, drug and/or alcohol use, clients' violence,^{8,23,24} while the non-use of condom with intimate partners was explained rather more by emotional factors in which are involved feelings, fear to negotiate condoms, fear of losing the partner.^{9-11, 13-16, 23-25}

Prevention strategies

This duality should be integrated in the strategies of prevention actors in order to inform sex workers about protective measures during their work and to empower them and alleviate their dependency by increasing access to rights. Large prevention programmes have shown their efficiency on other continents on the professional and personal levels.^{26,27} They could be also used in French Guiana.

The present data are encouraging for the NGOs on the field, but there is still room for improvement in prevention of transmission with both commercial and intimate partners. More specifically, it would be important to implement some new targeted actions for sex workers. Quarterly workshops and monthly follow-up meetings to support the empowerment of women, particularly regarding their intimate partners, have already shown their effectiveness in other countries. Training of peer educators could also help women feel less isolated and encourage them to use condoms more consistently.²⁵

Acknowledgement

We would like to thank Laura Al-Zoubi and Stéphane Barboza, field coordinators, the project team and all the participants in the study.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

This study was funded by the Agence Nationale de la Recherche sur le SIDA et les Hépatites virales (ANRS) and the European Union (FEDER).

References

1. Sobesky M, Zoccarato AM, Magnien C, et al. L'infection par le VIH chez la femme enceinte en Guyane française. *Gynécol Obstét Fertil* 2003; 31: 343-349.

2. Nacher M, Vantilcke V, Parriault MC, et al. What is driving the HIV epidemic in French Guiana? *Int J STD AIDS* 2010; 21: 359–361.
3. ONUSIDA. *Commerce du sexe et VIH/SIDA*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2003.
4. Halfen S, Féliès K, Ung B, et al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. Paris: Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, 2006.
5. CNS. *VIH et commerce du sexe: garantir l'accès universel à la prévention et aux soins, avis suivi de recommandations*. Paris, France: Conseil National du Sida (CNS), 2010.
6. Amon J, Brown T, Hogle J, et al. *Behavioral surveillance surveys: guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV*. Arlington: Family Health International, 2009.
7. Cobat A, Halfen S and Grémy I. Déterminants de l'utilisation du préservatif et multipartenariat hétérosexuel aux Antilles et en Guyane françaises. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 2008; 56: 143–157.
8. Allen B, Cruz-Valdez A, Rivera-Rivera L, et al. Afecto, besos y condones: el ABC de las practicas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de Mexico. *Salud Publica De Mexico* 2003; 45(suplemento 5): 594–607.
9. Barrington C, Latkin C, Sweat MD, et al. Talking the talk, walking the walk: social network norms, communication patterns, and condom use among the male partners of female sex workers in La Romana, Dominican Republic. *Soc Sci Med* 2009; 68: 2037–2044.
10. Bui TC, Markham CM, Tran LTH, et al. Condom negotiation and use among female sex workers in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Behav* 2013; 17: 612–622.
11. Garcia SG, Yam EA and Firestone M. “No Party Hat, No Party”: successful condom use in sex work in Mexico and the Dominican Republic. *Reprod Health Matters* 2006; 14: 53–62.
12. Munoz FA, Pollini RA, Zuniga ML, et al. Condom access: associations with consistent condom use among female sex workers in two northern border cities of Mexico. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education* 2010; 22: 455.
13. Outwater A, Nkya L, Lwihula G, et al. Patterns of partnership and condom use in two communities of female sex workers in Tanzania. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2000; 11: 46–54.
14. Voeten H, Egesah OB, Varkevisser CM, et al. Female sex workers and unsafe sex in urban and rural Nyanza, Kenya: regular partners may contribute more to HIV transmission than clients. *Trop Med Int Health* 2007; 12: 174–182.
15. Wang C, Hawes SE, Gaye A, et al. HIV prevalence, previous HIV testing, and condom use with clients and regular partners among Senegalese commercial sex workers. *Sex Trans Infect* 2007; 83: 534–540.
16. Wong ML, Lubek I, Dy BC, et al. Social and behavioural factors associated with condom use among direct sex workers in Siem Reap, Cambodia. *Sex Trans Infect* 2003; 79: 163–165.
17. Lowndes CM, Alary M, Gnintoungbé CAB, et al. Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk: targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *AIDS* 2000; 14: 2523–2534.
18. Côté A-M, Sobela F, Dzokoto A, et al. Transactional sex is the driving force in the dynamics of HIV in Accra, Ghana. *AIDS* 2004; 18: 917–925.
19. Lowndes CM, Alary M, Gnintoungbe CA, et al. Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk: targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *AIDS* 2000; 14: 2523–2534.
20. Carolina Population Center. PLACE: priorities for AIDS control efforts: a manual for implementing the PLACE method Chapel Hill: Measure Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Contract no: Report no: MS-05-13, 2005.
21. Tate J, Singh K, Ndubani P, et al. Measurement of HIV prevention indicators: a comparison of the PLACE method and a household survey in Zambia. *AIDS Behav* 2010; 14: 209–217.
22. Panchanadeswaran S, Johnson SC, Sivaram S, et al. Intimate partner violence is as important as client violence in increasing street-based female sex workers' vulnerability to HIV in India. *Int J Drug Pol* 2008; 19: 106–112.
23. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, et al. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. *J Inform* 2009; 99: 659–665.
24. Varga CA. The condom conundrum: barriers to condom use among commercial sex workers in Durban, South Africa. *Afr J Reprod Health* 1997; 1: 74–88.
25. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, et al. Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *J Inform* 2006; 96: 120–125.
26. Rojanapithayakorn W. The 100% condom use programme in Asia. *Reprod Health Matters* 2006; 14: 41–52.
27. Swendeman D, Basu I, Das S, et al. Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. *Soc Sci Med* 2009; 69: 1157.

2.2.1.2. *Recherche de leviers d'action théoriques : théories du comportement*

L'épidémie de VIH continue de croître en Guyane, en très grande partie à cause des comportements sexuels à risque, et d'une partie non négligeable de la population faisant partie des groupes dits « à risque ».

Malgré les avancées de la recherche biomédicale, il n'existe pas à ce jour de vaccin préventif, ni de traitement curatif, d'où la nécessité d'agir sur les comportements sexuels à risque. Ces comportements, sous-tendus par de multiples facteurs, sont le produit d'un enchevêtrement complexe de variables, menant à une prise de risque. Certains de ces facteurs sont immuables et il est impossible de les changer, alors qu'il est possible d'agir sur d'autres. Ces derniers deviennent alors des leviers sur lesquels on peut s'appuyer afin d'aboutir à un changement de comportement. L'idée principale des modèles et des théories comportementales se base sur ce principe de décomposition des différents facteurs et variables qui mènent à un comportement cible. Ces modèles tentent de faire le lien entre la recherche et la pratique. De nombreux modèles ont vu le jour, avec plus ou moins de pertinence. Il n'y a pas, en promotion et éducation à la santé, de consensus autour d'un modèle conceptuel ou d'une théorie unique. En effet, les comportements sont régis par une multitude de facteurs qui opèrent à différentes échelles auxquelles les modèles s'adaptent [52]. Les individus sont les critères essentiels en éducation à la santé. Même si l'individu n'est pas forcément l'unité prioritaire d'interventions, il n'en reste pas moins le constituant de toutes les autres unités (groupes, communautés, organisations, etc...). La première échelle est donc l'échelle individuelle. Le health belief model, la théorie de l'action raisonnée, le modèle transthéorique, entre autres, se positionnent sur cette dimension individuelle. Deux autres échelles sont classiquement distinguées : l'échelle interpersonnelle et l'échelle collective. Les modèles se positionnant sur l'échelle interpersonnelle essayent de

mettre en exergue les interactions interindividuelles. En effet, une des sources d'influence des comportements de santé des personnes est le réseau social auquel elles appartiennent. Les interactions au sein de ces réseaux peuvent avoir un impact important sur les croyances, les attitudes et les comportements individuels et notamment sur le plan de la santé. C'est ce que certains modèles, comme notamment la théorie sociale cognitive, essaient de mesurer. Le troisième niveau est le niveau communautaire. Les comportements reconnus comme protecteurs diffèrent parfois d'un groupe à l'autre, et une réflexion globale est nécessaire pour favoriser le bien-être collectif. La compréhension du fonctionnement des groupes, des organisations, des communautés au sein de la société est décisive dans l'amélioration de la santé. Les modèles proposés à une échelle communautaire sont plus des cadres pour comprendre comment les systèmes sociaux évoluent et changent les comportements de santé. Ces modèles sont particulièrement utiles pour les grandes institutions garantes de la santé collective, car ils permettent de chercher les grandes directions à donner aux politiques sanitaires à grande échelle.

Cette présentation des différentes théories du comportement s'appuie sur deux ouvrages synthétiques de DiClemente et Peterson [53] et de Glanz, Rimer et Viswanath [52].

Les théories focalisées sur l'individu

- Health belief model

A l'origine, le HBM (Health Belief Model) a été développé par des psychologues américains dans les années 50, afin d'expliquer la tendance des individus à éviter de participer à des programmes de prévention et de détection des maladies [52, 54]. Le HBM a évolué dans le temps. Il est aujourd'hui constitué de plusieurs variables qui influencent les comportements des personnes, les conduisant à adopter une conduite en adéquation avec leurs attentes.

Ainsi, les différents composants qui mèneraient les individus à agir pour parer, éviter ou contrôler une maladie seraient schématiquement :

- de se sentir susceptible d’attraper cette maladie ;
- de penser que la maladie en question a de sérieuses conséquences ;
- de disposer de moyens pour éviter de tomber malade ;
- et que les freins potentiels à l’utilisation de ces moyens soient contrebalancés par les bénéfices de leur utilisation.

Le schéma suivant explique le lien entre les différents composants du HBM.

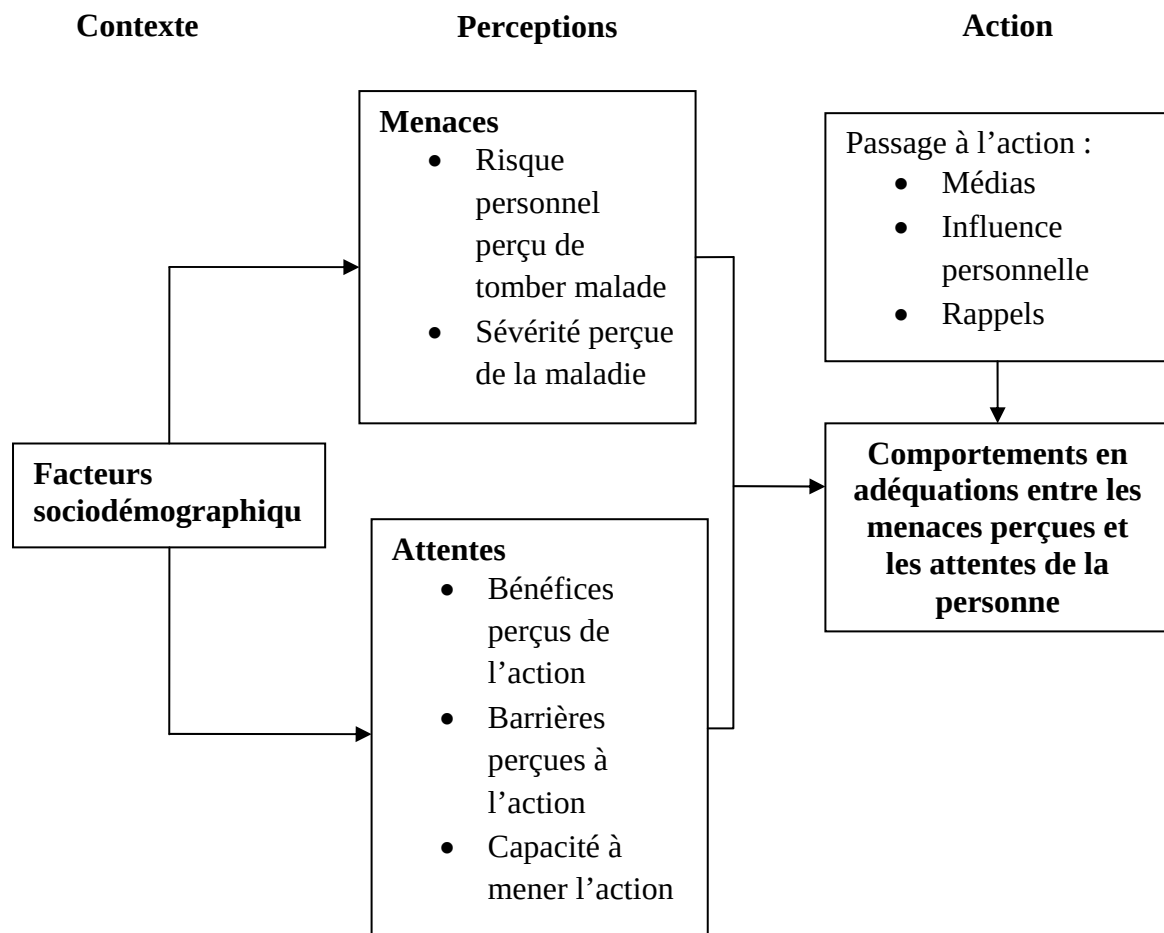


Figure n°6 : Diagramme schématisé du Health Belief Model (source : Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education & Behavior 1988, 15:175-183).

Le HBM a beaucoup été utilisé dans la construction d'interventions visant à changer les comportements. Il permet de cibler les variables sur lesquelles agir, afin de mener à une meilleure compliance aux recommandations émises. Chez les professionnels qui veulent avoir une influence sur les comportements des personnes, il peut être opportun d'utiliser les variables du HBM dans l'élaboration de leurs programmes [52, 53]. Toutefois ce modèle présente également plusieurs limites, notamment lorsque l'on s'intéresse au VIH : il n'inclut pas vraiment la dimension émotionnelle, élément majeur influant sur les comportements sexuels [52]. De plus, il est souvent attaqué sur son manque de puissance prédictive [55].

- Théorie de l'action raisonnée

La théorie de l'action raisonnée, formulée pour la première fois par Ajzen et Fishbein [56], traite des relations entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. Depuis, cette théorie a été largement utilisée pour expliquer pourquoi les individus adoptaient ou pas certains comportements, comme fumer, boire, allaiter, voter, etc... Cette théorie repose sur un enchaînement causal qui lie les croyances aux comportements. Comme représenté dans la figure n°7, le comportement est vu comme la résultante de l'intention d'adopter ce comportement. L'intention, quant à elle, serait le produit conjoint des sentiments positifs ou négatifs liés à l'adoption du comportement en question (attitude vis-à-vis du comportement), et de la perception de la pression sociale à adopter ou non ce comportement (norme subjective). L'attitude et la norme seraient à leur tour influencées par des structures cognitives sous-jacentes (croyances). Plus précisément, les attitudes seraient influencées par la croyance qu'adopter le comportement d'intérêt apporterait certains résultats, et par l'évaluation de ces résultats, s'ils sont positifs ou négatifs selon l'individu. Les normes subjectives seraient, elles, influencées par le fait que l'individu croit

que certaines personnes ou groupes de personnes pensent qu'il devrait adopter ou pas le comportement en question, et par sa propension à se plier à cette croyance. Schématiquement, selon la théorie de l'action raisonnée, l'intention d'un individu d'adopter ou non un certain comportement est le résultat de deux déterminants basiques, l'un de nature personnelle, l'autre reflétant l'influence sociale. Au final, le changement de comportement intervient lorsqu'on agit sur cette structure cognitive, c'est-à-dire si l'on arrive à changer ces croyances sous-jacentes [53].

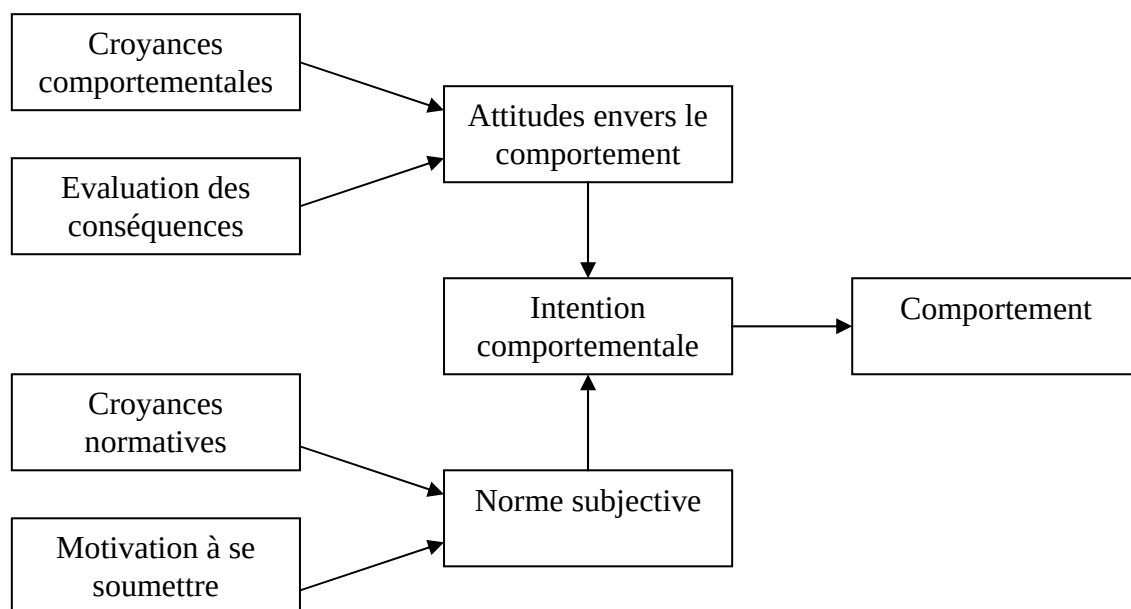


Figure n°7 : Diagramme schématisant la théorie de l'action raisonnée (source : Giger J-C, Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement: la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié, L'année psychologique 2008, 108:107-131).

La théorie de l'action raisonnée a été modifiée par la suite par l'ajout d'un nouveau composant, le contrôle comportemental perçu, et est devenue la théorie du comportement planifié [57]. Le contrôle comportemental perçu agit au même niveau que les attitudes et les

normes sur l'intention comportementale, mais aussi plus directement sur le comportement lui-même. La théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié ont été conçues dans le but de prédire et d'expliquer les comportements sociaux à l'aide d'un petit nombre de construits psychologiques tels que l'attitude, la norme subjective, le contrôle comportemental perçu et l'intention comportementale [58]. Cette parcimonie rend ces théories facilement applicables, et explique pourquoi elles restent depuis plus de vingt ans les théories dominantes dans l'étude de la prise de décision comportementale et dans l'étude de la relation attitude comportement [58]. Ces deux théories ont toutefois été critiquées ces dernières années, notamment concernant leur simplicité et leur parcimonie. Effectivement, plusieurs études montrent qu'une grande variance de l'intention comportementale n'est pas expliquée par les construits de ces théories, et qu'elles nécessitent souvent une modification par l'ajout de nouveaux éléments prédictifs [58].

- Le modèle transthéorique

Le modèle transthéorique a été créé en 1979 par Prochaska, il s'agit d'un modèle intégratif de changement intentionnel de comportement, assez populaire parmi les praticiens en addictologie. Ce modèle peut être résumé par ses trois composantes principales : les stades, les processus et les niveaux de changement.

Lors d'un processus de changement, les personnes traversent cinq stades. Prochaska et DiClemente définissent le stade de changement comme « le laps de temps et l'ensemble des activités requises pour accéder aux stades suivants » [59]. Les stades renvoient aux aspects temporels et motivationnels du changement :

- Le stade pré-contemplatif est considéré comme le stade de changement le plus précoce. Les individus n'ont pas ou peu conscience de leur comportement

problématique. A ce stade il n'y a pas de désir de changer leur comportement dans un futur immédiat (les 6 prochains mois) ;

- le stade contemplatif, la personne reconnaît qu'elle a un comportement problématique et commence à penser à le modifier dans les 6 prochains mois. Il s'agit d'un stade central dans le processus de changement ;
- le stade de préparation combine la volonté imminente de changer de comportements et des tentatives de changements (tentatives passées ou petits changements présents) ;
- le stade de l'action se caractérise par des modifications importantes du comportement, des expériences et/ou de l'environnement que les personnes ont commencé à mettre en place pour surmonter leurs problèmes ;
- le maintien est le stade final du processus de changement. Il correspond à la période suivant les 6 mois d'arrêt d'un comportement. Le maintien du changement et l'évitement de la rechute sont les principales caractéristiques de ce stade qui peut durer de 6 mois à toute la vie.

La progression est rarement linéaire entre les différents stades de changement, les rechutes sont fréquentes et font partie du processus, les personnes ne revenant pas au stade pré-contemplatif, mais à un stade plus avancé. De plus, les personnes qui sont déjà passées par le stade de l'action ont un meilleur pronostic de changement de comportements [60].

Les processus de changement représentent, eux, les actes d'un individu qui veut modifier ses pensées, ses sentiments et ses comportements par rapport à un problème particulier. Csillick résume ces processus dans le tableau suivant.

Processus expérientiels	Définition	Interventions
Prise de conscience	Augmentation de l'information à propos de soi-même et du problème	Confrontations, interprétations, bibliothérapie
Réaction émotionnelle	Expérimenter et exprimer ses impressions concernant le problème et ses solutions	Psychodrame, jeu de rôle
Réévaluation de l'environnement	Evaluation de la manière dont le problème affecte son environnement personnel	Entraînement à l'empathie, documentaires
Réévaluation personnelle	Evaluation des émotions et de l'opinion que la personne a d'elle-même en rapport avec le problème de comportement	Clarification des valeurs, expérience émotionnelle corrective, croyances et attentes stimulantes
Facilitation sociale	Augmenter les alternatives de comportements acceptables par la société	Faire connaître les droits des personnes, les aider à les exprimer
Processus comportementaux	Définition	Interventions
Récompense	Se féliciter ou être félicité par les autres pour les changements réalisés	Plan de changement contractuel, renforcements ouvert et couvert, autorécompense
Contre-conditionnement	Trouver des solutions alternatives pour gérer l'anxiété liée aux comportements addictifs	Relaxation, désensibilisation, affirmation de soi, autosuggestions positives
Relation d'aide	Être confiant et ouvert à propos du problème avec les personnes proches	Alliance thérapeutique, soutien social, groupes de soutien
Prise de décision	Faire un choix et s'engager à agir et croire en sa capacité de changer	Thérapie de prise de décision, "résolutions de nouvelle année", techniques de logothérapie
Contrôle des stimuli (de l'environnement)	Eviter ou conditionner les stimuli qui déclenchent le comportement problématique	Restructurations de l'environnement, évitement des situations à haut risque

Tableau n°5 : Les processus du changement : définitions et interventions représentatives identifiées dans le modèle transthéorique (source : Csillik A. Polémique actuelle autour du modèle transthéorique: ce modèle mérite-t-il d'être encore utilisé ? In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique: Elsevier; 2009. pp. 355-360).

La troisième composante du modèle est les niveaux de changement. Cette notion suppose que les personnes peuvent se situer simultanément à différents niveaux de changement selon les comportements problématiques. On distingue les niveaux suivants : symptômes/situation, cognitions inadaptées, conflits interpersonnels, conflits familiaux,

conflits intrapsychiques [60]. Cette dernière composante est la moins étudiée des trois et reste relativement peu utilisée dans l'application du modèle.

Plus tard, d'autres composantes considérées comme des variables de changement importantes sont venues s'ajouter, notamment la balance décisionnelle et l'efficacité personnelle [52].

Le modèle transthéorique a été très largement utilisé, toutefois plusieurs limites à ce modèle ont été pointées :

- il n'est pas facilement adaptable à toutes les cultures ;
- il est beaucoup plus utilisable pour la réduction des risques que pour la prévention.

Les modèles interpersonnels

- La théorie sociale cognitive

La théorie sociale cognitive met l'accent sur le déterminisme réciproque qui existe dans les interactions entre les personnes et leur environnement. Le postulat principal est que le comportement humain est le fruit d'une interaction dynamique entre des influences personnelles, comportementales et environnementales. Il est reconnu que l'environnement façonne grandement le comportement humain. La théorie sociale cognitive insiste particulièrement sur cette dimension, et met l'accent sur la capacité humaine d'agir collectivement. Selon Bandura, la prévention et la promotion de la santé peuvent être vues comme l'illustration de ce déterminisme réciproque, comme lorsque les sociétés cherchent à contrôler les facteurs environnementaux et sociaux qui influencent les comportements de santé, et les résultats sur le plan sanitaire, collectif [61].

Les concepts clés de la théorie sociale cognitive peuvent être rassemblés en cinq catégories [52] :

- les déterminants psychologiques du comportement ;
- l'apprentissage par l'observation ;
- les déterminants environnementaux du comportement ;
- l'autorégulation ;
- et le désengagement moral.

Derrière les déterminants psychologiques du comportement se cachent deux composants :

- les résultats attendus qui désignent les croyances sur les probables conséquences et retombées des choix de comportements (cela correspond un peu à la norme subjective dans la théorie de l'action raisonnée) ;
- la capacité personnelle perçue à influencer les événements qui affectent sa propre vie. Bandura insistera plus tard sur la dimension collective que peut prendre la capacité perçue, et la renommera capacité collective.

L'adoption d'un comportement passe, selon la théorie sociale cognitive, par l'apprentissage par l'observation. Cet apprentissage par l'observation est gouverné par quatre processus distincts : l'attention, la rétention, la production et la motivation. Différents facteurs sous-tendent ces quatre processus. Par exemple, la motivation est déterminée par les attentes en termes de coûts et de bénéfices du comportement observé : si le comportement observé renvoie une balance positive, alors la personne sera motivée à adopter ce comportement. L'observation des autres est une partie importante dans le changement de comportement, et l'attention des individus est plus facilement captée si ce sont des pairs, des personnes à qui l'on peut s'identifier, qui servent de modèles. Bandura illustre cela par l'exemple de la scolarisation des filles en Inde : les jeunes mères indiennes reconnaissent avoir été influencées par un personnage de fiction radiophonique qui envoyait sa fille à l'école en dépit des critiques [62].

La théorie sociale cognitive inclut des concepts importants, comme dans les modèles écologiques, pour décrire les puissantes influences de l'environnement sur les comportements individuels. Ainsi la notion de motivation par la récompense est assez importante, à travers les orientations par exemple des politiques publiques plutôt répressives ou plutôt incitatives. La notion de facilitation est également assez centrale. Il s'agit des dispositifs existants ou mis en place pour faciliter l'adoption d'un comportement. Par exemple, pour la promotion de l'utilisation du préservatif, la distribution gratuite est un facilitateur à l'utilisation du préservatif.

L'autorégulation fonctionne un peu au même niveau que la capacité personnelle perçue. Il s'agit de la capacité humaine à endurer des désagréments à court terme en vue de retombées positives à plus long terme.

La perception des codes moraux d'une société a une très grande influence sur les comportements. Le désengagement moral est le fait de désinvestir sa responsabilité personnelle au nom de ces codes moraux afin de justifier ses comportements, par exemple fumer dans un lieu public au nom de la liberté personnelle. MacArthur avait d'ailleurs trouvé une forte corrélation entre les taux d'homicides et les perceptions de chaque région ou pays sur le droit de tuer par protection ou vengeance.

La théorie sociale cognitive est très large et ambitieuse. Elle recouvre de nombreux concepts et tente de fournir des explications pour pratiquement tous les comportements humains. C'est d'ailleurs pour cette raison que cette théorie n'a pas été totalement validée [52].

Les modèles communautaires

- Théorie du changement organisationnel

Aujourd'hui, il est reconnu que les organisations peuvent prendre part aux interventions visant les changements de comportements individuels. De plus en plus d'actions de promotion de la santé se font dans des cadres organisationnels, communautaires. Cependant, les théories et modèles de changement de comportement à l'échelle des groupes, des communautés, des organisations sont généralement moins souvent utilisés en promotion de la santé. Ils permettent toutefois de fournir des pistes intéressantes pour la mise en place d'interventions. Etant donné l'importance des communautés et des organisations dans la vie quotidienne des individus, il était logique que certains modèles s'adaptent à la promotion de la santé et au changement de comportement à cette échelle. C'est le cas notamment de la théorie de la communication engageante, de la théorie du développement organisationnel et de la théorie des étapes du changement organisationnel. Concernant cette dernière, Steckler, Goodman et Kegler proposent un modèle à quatre étapes du changement organisationnel qui peut être transposé en promotion de la santé [52]. L'idée de base de cette théorie est que les organisations passent par une série d'étapes lorsqu'elles décident d'un changement. Chaque étape implique des personnes différentes de l'organisation. La théorie des étapes du changement organisationnel met l'accent sur les étapes en elles-mêmes et ce qui se passe à chaque étape plutôt que sur les facteurs qui influencent le passage d'une étape à la suivante. Pour utiliser correctement cette théorie, l'environnement social de l'organisation et la dynamique de changement de l'organisation doivent être évalués correctement afin de choisir les stratégies les plus adaptées à chaque étape pour aboutir à un changement.

Les quatre étapes sont :

- la sensibilisation, qui correspond à la reconnaissance des problèmes et à la recherche de possibles solutions;
- l'adoption, qui est l'étape où les actions pour répondre aux problèmes repérés dans la phase de sensibilisation sont initiées. La planification et l'adoption d'une politique, d'un programme ou d'une autre innovation sont pensées durant cette phase ;
- l'implémentation, qui traite des aspects techniques de la réalisation des actions initiées dans la phase d'adoption. C'est aussi à cette étape que les capacités essentielles à l'introduction et au maintien du changement dans l'organisation sont encouragées;
- et l'institutionnalisation, qui est la dernière phase et correspond au maintien à long terme d'une action.

Les modèles utilisés à l'échelle communautaire peuvent être de bons outils pour amener une organisation au changement, mais ils ne permettent pas de faire de prédictions sur les comportements. Ces théories sont relativement récentes comparativement aux autres, et les chercheurs ont encore assez peu de recul et d'expérience dans leur utilisation [52].

Tous les modèles exposés ci-dessus présentent un certain nombre de limites, peu développées ici, et il n'existe pas de modèle indiqué pour expliquer ou prédire les comportements à risque face au VIH [63]. Chaque théorie adopte un point de vue différent sur les comportements et, plutôt que de chercher la théorie explicative globale, les personnes souhaitant mettre en œuvre des actions de prévention peuvent piocher les éléments explicatifs dont ils ont besoin dans les différents modèles existants [63].

2.2.1.3. Les leviers d'action concernant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime

Les théories du comportement proposent des leviers intéressants sur lesquels agir afin d'aboutir à un changement de comportement. Dans le HBM, les facteurs sociodémographiques influencent les perceptions qui elles-mêmes influencent le comportement. Les perceptions sont composées des menaces et des attentes vis-à-vis du comportement.

Si l'on reprend les hypothèses du HBM, l'utilisation du préservatif par les travailleuses du sexe interrogées lors du dernier rapport avec un partenaire intime en Guyane serait influencée par la perception des menaces et leurs attentes. Les attentes sont ici mesurées à travers les bénéfices perçus à l'utilisation du préservatif, à savoir qu'il évite d'être enceinte, protège des IST et protège du VIH. Il faut également ajouter la notion de « perceived self-efficacy » des travailleuses du sexe, et notamment le fait de se sentir à l'aise pour négocier le préservatif avec son partenaire. Une variable a été construite ici pour mesurer l'impact des menaces perçues. Cette variable est la somme de plusieurs paramètres comme :

- de savoir qu'il n'est pas possible de guérir du VIH ;
- de percevoir le VIH comme pouvant être asymptomatique ;
- de se sentir à risque face au VIH ;
- et d'avoir un score de connaissances supérieur à la médiane.

La notion de vulnérabilité administrative a été ajoutée ici, étant donné le poids du contexte socioéconomique parmi les travailleuses du sexe. Cette notion est représentée par le fait de ne pas avoir de titre de séjour et de ne pas avoir de couverture sociale à jour. En représentant graphiquement les variables à l'aide d'une analyse en composantes principales (ACP) focalisée sur l'utilisation du préservatif au dernier rapport avec le partenaire, on

remarque que tous les leviers proposés par le HBM ne semblent pas être corrélés avec le comportement cible.

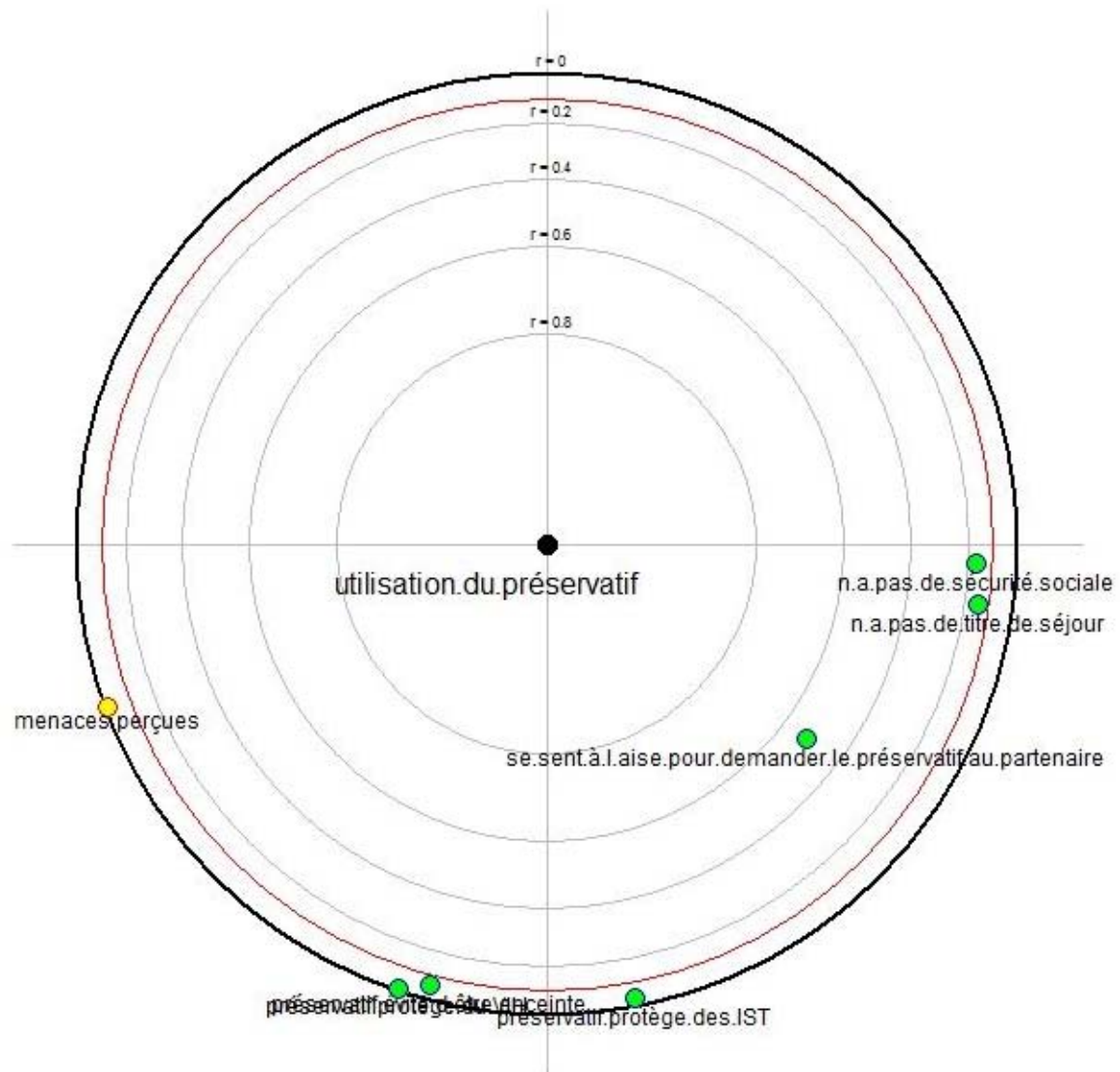


Figure n°8 : ACP focalisée sur l'utilisation du préservatif au dernier rapport avec le partenaire intime.

Ainsi les bénéfices perçus et les menaces perçues ne semblent pas être statistiquement liés avec le comportement ciblé, à savoir l'utilisation du préservatif avec le partenaire intime. On note par contre que le fait de se sentir à l'aise pour demander à son partenaire d'utiliser le préservatif semble corrélé à l'utilisation du préservatif. Cette variable correspond à la notion

de « perceived self-efficacy » dans le HBM, traduite ici par capacité personnelle perçue. Cette notion renvoie à la conviction qu'a un individu de pouvoir exécuter avec succès le comportement requis pour produire les résultats attendus [61].

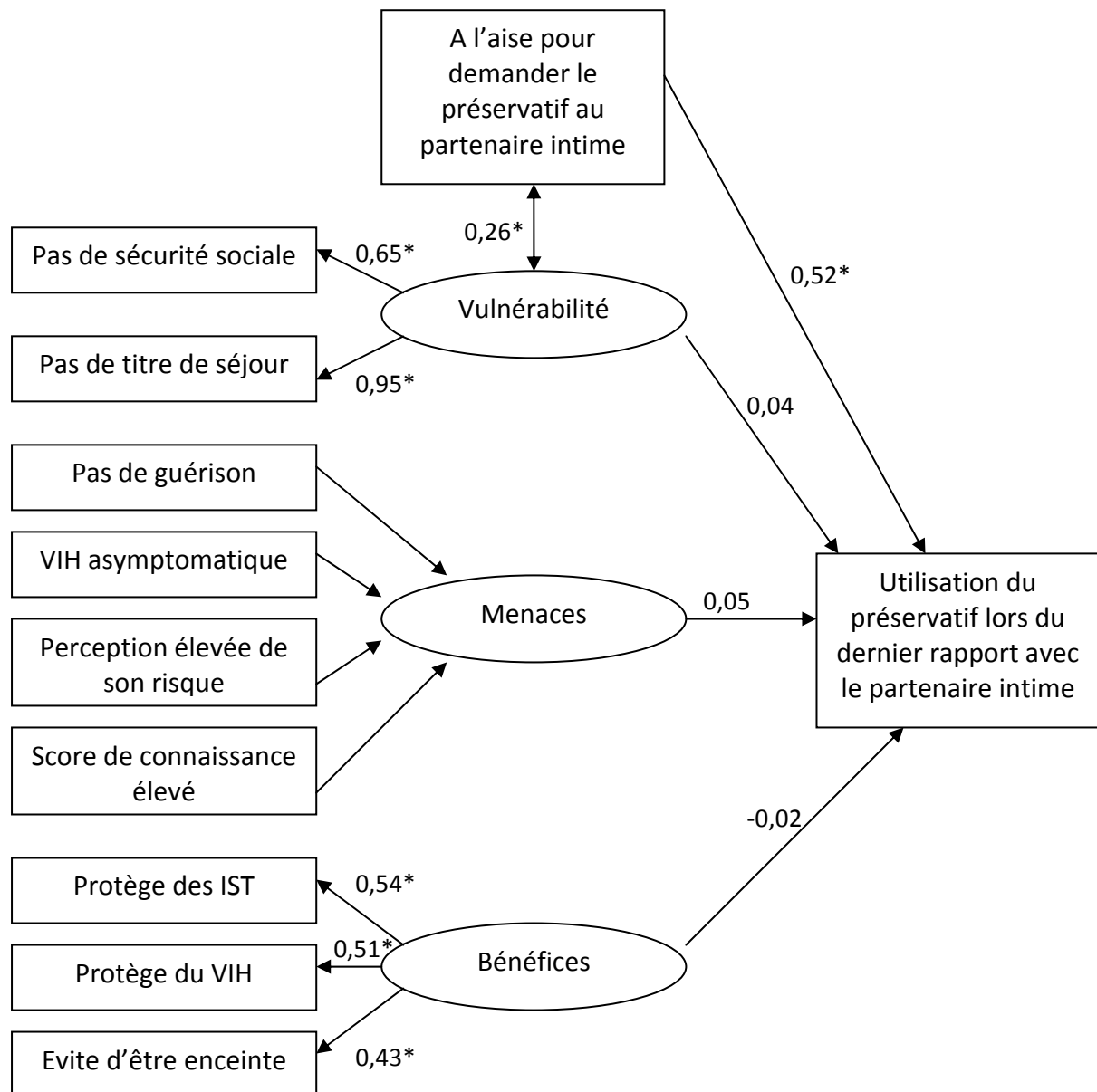
Si peu de variables semblent corrélées avec l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime, certaines variables semblent être liées entre elles. C'est le cas de l'absence de titre de séjour et de sécurité sociale à jour, mais également des différents bénéfices perçus à l'utilisation du préservatif.

Il est possible de construire un modèle en équations structurales à partir des hypothèses du HBM pour apporter une validation supplémentaire à cette représentation graphique. Ce type de modèle, plus particulièrement utilisé en sciences humaines, est une généralisation du modèle de régression linéaire au cas où il n'y a pas une, mais plusieurs équations de régression [64]. On parle parfois pour ces modèles d'analyses des « chemins » ou de « pistes causales » [64]. Même si les données sont issues de questionnaires BSS qui ne sont pas à priori spécifiquement dédiés à l'utilisation de ce genre d'hypothèses, il semble pertinent de tester ce genre de modèle ici.

Dans les modèles en équations structurales, il est possible d'introduire des variables latentes, non directement mesurées, mais s'exprimant plutôt au travers d'une liste d'indicateurs [64]. D'après les résultats de l'ACP focalisée, deux variables latentes ont été construites. Une variable « Vulnérabilité » exprimée par l'absence de couverture sociale et de titre de séjour et une variable « Bénéfices » exprimée par la perception que l'utilisation du préservatif évite d'être enceinte, protège des IST et protège du VIH.

Les indices d'adéquation absolue de ce modèle sont passables et permettent d'accepter la validité de ce modèle. Le RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) est à 0,076

(bon lorsqu'inférieur à 0,05, passable lorsqu'inférieur à 0,10) et le CFI (Comparative Fit Index) est à 0,923 (bon lorsque supérieur à 0,95, passable lorsque supérieur à 0,90).



* $p < 0.001$

Figure n°9 : Modèle structural concernant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire intime.

Les flèches représentées sur le modèle signalent les relations existant entre les différentes variables. Les coefficients indiqués sur le modèle s'interprètent comme des coefficients de

régression linéaire multiple. Ils sont compris entre -1 et 1, la valeur 0 correspondant à la situation d'indépendance, les valeurs -1 et 1 à une liaison d'intensité maximale (-1 quand la relation est négative, 1 quand la relation est positive) [64].

En regardant d'un peu plus près les liens entre les différentes variables et notamment les variables latentes, on s'aperçoit que la variable « Bénéfices » est liée à quatre variables :

- percevoir le préservatif comme un moyen d'éviter d'être enceinte ;
- percevoir le préservatif comme un moyen de se protéger des IST ;
- percevoir le préservatif comme un moyen de se protéger du VIH ;
- et le fait d'avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime.

Si l'on regarde de plus près les coefficients, on voit que le coefficient reliant « Bénéfices » à l'utilisation du préservatif est négligeable (-0,02). La variable latente « Bénéfices » est donc avant tout déterminée par trois variables relatives aux bénéfices perçus à l'utilisation du préservatif, mais n'est pas corrélée au fait d'avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime.

La variable « Menaces » a, elle, été construite à priori et ne semble pas être corrélée à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec le partenaire intime. La deuxième variable latente « Vulnérabilité » est expliquée par trois variables principales :

- le fait de ne pas avoir de sécurité sociale ;
- le fait de ne pas avoir de titre de séjour ;
- et le fait d'avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime.

Toutefois on voit bien que la force de la relation avec l'utilisation du préservatif est très faible (0,04). Cette variable semble donc être déterminée avant tout par deux variables

relatives à une vulnérabilité sociale et administrative. Cependant la double flèche entre la variable latente « Vulnérabilité » et la variable « à l'aise pour demander le préservatif au partenaire intime » indique qu'il existe une covariance non négligeable entre les deux variables, ici de 0,26. La variable latente « Vulnérabilité » semble donc avoir un lien avec le fait d'être à l'aise pour négocier le préservatif avec son partenaire intime. La variable « Vulnérabilité » porte donc mal son nom puisqu'elle est corrélée à un autre indicateur qui lui n'est pas vraiment relatif à la vulnérabilité sociale et administrative.

La variable mesurant la capacité personnelle perçue représentée ici par le fait de se sentir à l'aise pour demander le préservatif à son partenaire intime est, elle, plus fortement corrélée à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire intime que les autres variables (0,52). Cette covariance entre les deux variables exprime peut-être également l'influence indirecte que peut avoir la vulnérabilité des travailleuses du sexe sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport en agissant sur le fait de se sentir à l'aise pour demander le préservatif au partenaire intime.

Toutes les hypothèses du health belief model ne fonctionnent pas clairement dans le cas de l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport avec un partenaire intime parmi les travailleuses du sexe de Guyane. Les menaces perçues n'ont également pas de corrélation directe avec le fait d'avoir utilisé un préservatif. Dans une étude menée auprès d'étudiants [65], l'utilisation du préservatif n'était pas expliquée par les comportements sexuels, les connaissances relatives au VIH ou encore la vulnérabilité perçue vis-à-vis du VIH, mais plus par la capacité personnelle perçue et l'influence des pairs. Ici également, la piste de la capacité personnelle perçue retient l'attention. Dans la littérature, elle est souvent citée comme un élément essentiel à prendre en compte pour l'éviction des comportements sexuels à risque [66-68].

Pour essayer de comprendre un peu plus le mécanisme, il est possible d'en chercher les facteurs prédictifs. D'après le HBM, des facteurs sociodémographiques influencent ce sentiment de « perceived self-efficacy » [52]. Parmi ces facteurs se retrouvent l'âge, le sexe, la nationalité, les déterminants socio-économiques et les connaissances.

	Se sent à l'aise pour demander le préservatif à son partenaire intime/total(%)	Odds ratios bruts (95.IC)	Odds ratios ajustés (95.IC)	<i>p ajusté</i>
<i>A une couverture sociale à jour</i>				
Oui	157/206 (76,2)	1	1	
Non	148/166 (89,1)	2,57 (1,43-4,61)	0,79 (0,31-2,01)	0,626
<i>A un titre de séjour</i>				
Oui	97/137 (70,8)	1	1	
Non	206/233 (88,4)	3,14 (1,82-5,42)	2,40 (1,02-5,64)	0,044
<i>Multipartenariat du partenaire intime*</i>				
Oui	215/275 (78,2)	3,95 (1,74-8,94)	2,78 (1,09-7,09)	0,032
Non	99/106 (93,4)	1	1	
<i>Âge</i>				
18-29 ans	136/159 (85,5)	1,46 (0,84-2,54)	0,44 (0,17-1,15)	0,094
30-39 ans	124/156 (79,5)	0,71 (0,42-1,21)	0,80 (0,34-1,88)	0,608
40 ans et plus	54/66 (81,8)	1	1	
<i>Nationalité</i>				
Brésilienne	139/147 (94,5)	5,86 (2,71-12,67)	7,81 (1,87-32,63)	0,005
Dominicaine	86/129 (66,6)	0,21 (0,12-0,37)	0,80 (0,22-2,82)	0,726
Guyanienne	69/80 (86,2)	1,43 (0,71-2,88)	2,07 (0,52-8,25)	0,301
Autre	20/25 (80,0)	1	1	
<i>Fait au moins un examen gynécologique par an</i>				
Oui	246/3086 (79,9)	0,40 (0,15-1,06)	0,61 (0,21-1,81)	0,375
Non	49/54 (90,7)	1	1	
<i>Sait lire le français</i>				
Oui	85/113 (75,2)	0,52 (0,30-0,89)	0,67 (0,32-1,43)	0,303
Non	223/261 (85,4)	1	1	
<i>A déjà participé à des ateliers sur le VIH</i>				
Oui	110/126 (87,3)	1,78 (0,97-3,27)	3,30 (1,53-7,12)	0,002
Non	197/248 (79,4)	1	1	
<i>Score de connaissances certaines (sur 20)</i>				
Score inférieur ou égal à 17**	160/209 (76,5)	0,38 (0,21-0,68)	0,61 (0,30-1,22)	0,210
Score supérieur à 17	154/172 (89,5)	1	1	

* Personnes déclarant que leur partenaire intime avait d'autres partenaires sexuels ou personnes ne sachant pas si leur partenaire intime avait d'autres partenaires sexuels.

** 17 est la valeur médiane.

Tableau n°6 : Facteurs prédictifs de la capacité personnelle perçue (N=366).

Etant donné le grand nombre de variables, la sélection pour ce modèle multivarié s'est basée sur les hypothèses du HBM concernant les facteurs potentiels influençant la capacité

personnelle perçue dans un premier temps, puis dans un second temps, seules les variables avec un $p < 0.10$ en bivarié ont été incluses. Le test d'Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour mesurer l'adéquation du modèle et a validé le modèle ($p\text{-value} > 5\%$).

Les facteurs positivement corrélés au fait de se sentir à l'aise pour demander le préservatif au partenaire intime étaient :

- ne pas avoir de titre de séjour ;
- le multipartenariat du partenaire intime ;
- être brésilien ;
- et avoir déjà participé à des ateliers sur le VIH.

Le fait d'avoir un partenaire intime multipartenaire augmentait le fait de se sentir à l'aise pour lui demander le préservatif. Il semble donc qu'il y ait une prise de conscience du danger potentiel que représente le multipartenariat.

On peut mettre ce résultat en regard de celui concernant la participation aux ateliers. Ces ateliers sont proposés aux travailleuses du sexe par les associations de terrain. Dans le cadre de ces ateliers, différentes thématiques sont abordées et les personnes sont amenées à réfléchir et à travailler sur leur responsabilisation et leur estime de soi, notamment pour acquérir des compétences de négociation (dans le VIH la compétence à négocier le préservatif avec les différents partenaires). Ces résultats semblent donc souligner le succès de ces interventions bien que l'on puisse nuancer, en disant que les travailleuses du sexe qui participent aux ateliers sont peut-être déjà les plus à l'aise avec la négociation du préservatif.

La corrélation la plus marquée, toutes choses égales par ailleurs, concernait la nationalité brésilienne. Les travailleuses du sexe brésiliennes étaient beaucoup plus à l'aise que les autres pour demander le préservatif à leur partenaire intime. Et d'ailleurs, dans l'enquête à

Oiapoque, les travailleuses du sexe étaient également nombreuses (91%) à déclarer se sentir à l'aise pour négocier le préservatif avec le partenaire intime. On peut évoquer ici un effet culturel, la sexualité serait un sujet moins tabou chez les Brésiliennes que chez les autres nationalités représentées dans notre échantillon. Les travailleuses du sexe brésiliennes étaient d'ailleurs celles qui ont été le plus facilement contactées par les enquêteurs. Des explications peuvent être trouvées dans le fait que de nombreux programmes de prévention à destination des travailleuses du sexe ont déjà eu lieu avec succès au Brésil [69]. Le Brésil utilise de nombreux canaux de diffusion pour la prévention, et notamment la télévision à travers les telenovelas, feuilletons très regardés par les Brésiliens en Guyane [70].

Il est intéressant de souligner également que les travailleuses du sexe brésiliennes étaient plus nombreuses à déclarer que leur partenaire intime était multipartenaire (34% chez les Brésiliens contre 22% chez les autres, $p=0,003$), et nous avons vu que les personnes dont le partenaire est multipartenaire ont plus de chance de se sentir à l'aise pour lui demander le préservatif. Une autre explication pourrait être en lien avec l'importance des pairs évoquée plus haut [61, 65], notamment dans la théorie sociale cognitive. La communauté brésilienne est importante en Guyane, et sur le terrain un tissu social fort a pu être observé avec un sentiment de fierté nationale marqué. De ce fait, se sentir rejeté par sa communauté serait très mal vécu par les individus. Et si l'on s'intéresse d'un peu plus près aux résultats concernant la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, on s'aperçoit que les personnes de nationalité brésilienne sont significativement plus nombreuses à avoir des opinions dites « stigmatisantes ».

	Brésiliennes <i>n(pourcentage)</i>	Autres nationalités <i>n (pourcentage)</i>	<i>p*</i>
Il faut isoler les personnes infectées par le VIH du reste de la société	N=167 23 (13,8)	N=259 16 (6,2)	$<10^{-3}$
Accepterait de s'occuper d'un proche s'il devient malade du SIDA	N=167 63 (37,7)	N=259 5 (1,9)	$<10^{-3}$
Dévoilerait le résultat de son test à son conjoint s'il était positif	N=126 52 (41,3)	N=253 178 (70,3)	$<10^{-3}$

* *Test Chi² de Pearson*

Tableau n°7 : *Opinions stigmatisantes des travailleuses du sexe de nationalité brésilienne.*

La pression qu'exercent les pairs pourrait ici jouer un rôle incitatif et amener les personnes brésiliennes à se protéger au maximum d'une éventuelle contamination. Dans la littérature, on observe le phénomène inverse, à savoir que les opinions stigmatisantes seraient un frein à l'utilisation du préservatif et à l'empowerment³ des personnes. Elles sont également souvent associées à de faibles connaissances sur le VIH [71, 72] . Toutefois ce n'est pas le cas dans notre échantillon, les travailleuses du sexe brésiliennes avaient un score de connaissances certaines plus élevé que le score moyen de l'échantillon (17,11 vs 16,8), et utilisaient le préservatif de manière appropriée (11% avaient déjà superposé deux préservatifs parmi les Brésiliennes, contre 33% parmi les personnes des autres nationalités de notre échantillon, $p<10^{-3}$).

Ici il semble donc, comme le décrit Bandura dans la théorie sociale cognitive, que derrière les déterminants psychologiques du comportement se cachent deux composants [73]:

³ Le terme d'empowerment est défini par la sociologue Marie-Hélène Bacqué comme le processus par lequel un individu ou un groupe d'individu acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper afin d'agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques qu'ils subissent. Ce mot ne sera pas traduit dans le texte, car il n'a pas de terme français équivalent.

- les résultats attendus qui désignent les croyances sur les probables conséquences et retombées des choix de comportements (dans notre cas la protection d'une contamination qui isolerait socialement la personne) ;
- et la capacité personnelle perçue à influencer les événements qui affectent sa propre vie (ici sa capacité à demander le préservatif à ses partenaires).

Si ce mécanisme semble fonctionner dans ce cas avec le fait de se sentir à l'aise pour demander le préservatif à son partenaire, et par ailleurs avec le fait d'utiliser le préservatif (85% des Brésiliennes avaient utilisé le préservatif avec leur partenaire intime au dernier rapport contre 43% des personnes d'autres nationalités, $p < 10^{-3}$), cela n'est pas forcément le cas avec d'autres comportements et notamment avec le recours au dépistage (83% des Brésiliennes avaient déjà fait un test contre 98% des personnes d'autres nationalités, $p < 10^{-3}$).

Le fait de ne pas avoir de titre de séjour était également lié au fait de ne pas se sentir à l'aise pour demander le préservatif au partenaire : ne pas avoir de titre de séjour n'était pas un frein pour négocier le préservatif. Cette corrélation était peut-être influencée par le fait que plus de la moitié des personnes interrogées sans titre de séjour étaient brésiliennes (54%). Cela prend un peu à contre-pied ce que l'on peut intuitivement imaginer, à savoir que les personnes vulnérables administrativement seraient plus enclines à adopter des comportements à risque. Pourtant, l'inverse semblait se produire dans le cas des travailleuses du sexe de Guyane sans titre de séjour, elles semblaient plus nombreuses à se sentir à l'aise pour demander le préservatif à leur partenaire intime. Il faut rappeler, d'une part, qu'il s'agissait de professionnelles du sexe qui sont donc souvent particulièrement sensibilisées à la question du VIH et des IST, et, d'autre part, qu'elles se trouvaient dans des situations souvent précaires financièrement et administrativement, instaurant un climat de

méfiance impactant leur relation intime, et les incitant à demander plus souvent l'utilisation du préservatif à leur partenaire intime.

Les résultats concernant les travailleuses du sexe brésiliennes démontrent aussi l'importance de l'aspect culturel et communautaire, dans la capacité à négocier le préservatif avec son partenaire. Il est toutefois intéressant de voir qu'au-delà de cet aspect culturel, des interventions paraissent fonctionner. La participation à des ateliers sur le VIH semble montrer notamment un effet positif sur la perception de la capacité personnelle à adopter un comportement [74-76].

2.2.2. Le non-recours au dépistage : un écart important avec Oiapoque

Le recours au dépistage permet un accès rapide à la prise en charge médico-psycho-sociale, aux traitements et à la prévention. Plus le dépistage intervient tôt, meilleure sera la réponse apportée.

En Guyane, le recours au dépistage est élevé, 83,7% des femmes de la population générale ont déjà été testées au cours de leur vie [15]. Toutefois, le dépistage tardif du VIH est important. Une étude a mis en évidence que 30% des patients suivis dans les hôpitaux avaient moins de 200 CD4 au moment du dépistage [7], réalité encore plus marquée dans l'ouest de la Guyane. Dans un contexte de sexe tarifé, de multipartenariat et de mauvaise utilisation du préservatif, il faut s'intéresser au recours au dépistage.

Les travailleuses du sexe interrogées en Guyane étaient 87% à connaître l'existence des centres de dépistage gratuits, 70% à Oiapoque. Elles étaient 89% à avoir déjà fait un test de dépistage en Guyane contre 58% à Oiapoque. Plus de la moitié (54%) des personnes interrogées testées en Guyane avaient fait trois tests ou plus, cette proportion tombait à 6% à Oiapoque. Quarante-neuf pourcents avaient fait leur dernier test il y a moins de 6 mois en

Guyane, à Oiapoque seulement 15% des personnes déjà testées avaient fait leur dernier test il y a moins de 6 mois.

Si les taux de dépistage étaient relativement élevés en Guyane parmi les travailleuses du sexe, bien que les taux ne soient pas hétérogènes au sein de la population comme nous l'avons vu plus haut, il semble qu'à la frontière franco-brésilienne les choses étaient différentes. Le recours au dépistage des travailleuses du sexe paraissait plus faible sur la rive guyanaise (80% des travailleuses du sexe s'étaient déjà fait dépister à Saint-Georges-de-l'Oyapock, c'est la ville où le taux de dépistage semblait le plus faible, $p=0,13$), comme sur la rive brésilienne, à Oiapoque, ville parmi les plus touchées par le VIH de l'état de l'Amapá.

Les échanges económico-sexuels à la frontière sont nombreux, le multipartenariat fréquent et les personnes très mobiles, autant de réalités favorables à la diffusion d'une épidémie [22]. Dans un tel contexte, il paraît donc majeur de s'interroger sur le recours au dépistage et sur ces déterminants à la frontière franco-brésilienne.

2.2.2.1. Les déterminants du recours au dépistage à la frontière franco-brésilienne

L'article suivant se propose d'explorer plus précisément la problématique sur cette zone frontalière, en essayant de comprendre dans quel contexte a lieu le recours au dépistage et quels en sont les déterminants.

Il a été accepté le 22 février 2015 dans la revue brésilienne de la Fiocruz, *Cadernos de saúde pública (Reports in public health)*.

HIV-testing among female sex workers on the border between Brazil and French Guiana: the need for targeted interventions.

Marie-Claire Parriault^{a*}; Astrid Van Melle^a; Célia Basurko^a; Emilie Gaubert-Marechal^b; Hermelinda Maia Macena^c; Stéphanie Rogier^a; Ligia R.F.S. Kerr^c; Mathieu Nacher^{a-b}

a. Centre d'Investigation Clinique Antilles Guyane, CIC-EC, INSERM 1424, Cayenne General Hospital, Cayenne, French Guiana.

b. COREVIH Guyane, Cayenne General Hospital, Cayenne, French Guiana.

c. Department of Community Health, School of Medicine, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brazil.

***Corresponding author**

Marie-Claire Parriault, tel : +00594 594 39 48 64, fax : +0054 594 39 48 72

Email : marie-claire.parriault@ch-cayenne.fr

Postal adress : CIC Antilles Guyane, 6 rue des Flamboyants, BP 6006, 97306 Cayenne Cedex

Abstract

The Franco Brazilian border is a place of economic, cultural, social and sexual exchange. Female sex workers (FSW) represent a high risk population for HIV in this area where sexual tourism is particularly developed. HIV testing seems to be an important element of fight against the epidemic. Indeed, early HIV testing gives access to treatments and prevention.

An HIV/AIDS Knowledge Attitudes Behaviours and Practices survey was conducted in 2011 among sex workers along the Franco Brazilian border. A total of 213 FSW were interviewed. One third (31.5%) of interviewed FSW had never tested for HIV. Factors associated with non HIV-testing were the lack of knowledge of places where to do an HIV test (Adjusted Odds Ratio (AOR)=0.23; 95%CI=0.10-0.52), to be 30 or older (AOR=0.28; 95%CI=0.12-0.63), feeling at risk for HIV (AOR=0.26; 95%CI=0.07-0.93), not evaluating one's own risk towards HIV (AOR=0.33; 95%CI=0.11-0.99) and living in Oiapoque (AOR=0.05; 95%CI=0.01-0.28). These results clearly suggest that targeted interventions are needed to encourage and assist FSW to get tested regularly.

Resumo

A fronteira franco-brasileira é um lugar de intercâmbio econômico, cultural, social e sexual. Nessa área, onde o turismo sexual é particularmente desenvolvido, as mulheres profissionais do sexo (MPS) representam uma população de alto risco de contágio pelo HIV. Os testes de HIV parecem ser um elemento importante da luta contra a epidemia. De fato, os primeiros testes de HIV dão acesso à prevenção e aos tratamentos. Uma HIV/AIDS conhecimento, atitudes, comportamentos e práticas pesquisa foi realizada em 2011 entre MPS ao longo da fronteira da Guyane francesa com o Brasil. Foram entrevistados um total de 213 MPS. Um

terço (31,5%) das entrevistadas nunca tinham feito o teste de HIV. Fatores associados a não realização do teste de HIV foram: a falta de conhecimento dos locais onde fazer o teste, ter idade igual ou acima de 30 anos, sentir-se em risco de contágio pelo HIV, falta de avaliação do risco de contágio pelo HIV e habitante do Oiapoque. Estes resultados sugerem claramente que intervenções direcionadas às MPS são necessárias para que os testes sejam feitos regularmente.

Resumen

La frontera franco-brasileña es un lugar de intercambio económico, cultural y sexual. En esta zona donde el turismo sexual desarrolla sobre todo, las trabajadoras del sexo (TFS) es una población de alto riesgo de HIV. La prueba del HIV parece ser un elemento en la lucha de la epidemia. Además, la prueba inmediata del HIV permite el acceso a los tratamientos y la prevención. Una Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el HIV/SIDA fue realizada en 2011 entre las trabajadoras de sexo trabajando en la frontera franco-brasileña. Un total de 213 TFS fueron entrevistadas. Un tercio (31.5%) de las entrevistadas TFS nunca había hecho la prueba del VIH. Los factores asociados con no prueba del HIV son la ausencia de conocimientos de los lugares en donde se practica la prueba del HIV, tienen 30 años o más, sentirse en riesgo de HIV, no evalúan su propio riesgo frente al VIH y viviendo en el Oiapoque. Estos resultados muestran claramente que las intervenciones específicas necesitan incentivos y estimular el uso regularmente de la prueba del HIV.

Keywords

HIV-testing, HIV, female sex workers, Franco Brazilian border.

Introduction

French Guiana and Brazil share a 730 km-long border. Two river towns concentrate the trade and exchanges between both sides of the Oyapock river: Oiapoque, on the Brazilian side (21 661 inhabitants in 2011), and Saint Georges de l'Oyapock, (3 946 inhabitants in 2011), on the French side. Sex work is widely present in the area with numerous venues offering sexual services on the Brazilian side and customers coming from French Guiana. The area is also a supply and transit hub for illegal gold mining. Sex work is closely related to gold mining and many sex workers leave to work for a few months in isolated gold mines¹⁻³.

In 2008, 43,5% of women aged 15-64 years in Northern Brazil had already performed an HIV test during their lifetime⁴. In 2011, 78% of persons aged 15-69 years in French Guiana had performed an HIV test during their lifetime⁵. The high incidence of AIDS in Northern Brazil, notably in the state of Amapá, has been preoccupying. The North Region presents the second highest increasing in HIV prevalence in the country⁶. AIDS incidence has declined in French Guiana over the past decade but remains the highest of all French territories⁷.

The epidemic both in Brazil and in French Guiana is described as a concentrated or mixed epidemic^{8, 9}. Epidemics are concentrated if transmission occurs largely in defined vulnerable groups¹⁰ and mixed when the epidemic defined by a prevalence in pregnant women consistently over than 1%, transitioning into the general population and raising concerns about the possibility of a generalized epidemics¹⁰.

The context of the border and the existing socioeconomic differences between the two sides of the border create a complex situation where the vulnerability of persons towards HIV can be increased^{11, 12}. In 2011, the GPD per capita was 15 294 euros in French Guiana¹³ and 3 525 euros (11 504 reais) in Amapá¹⁴. Sex workers are considered as an important driver of the HIV epidemic in the region and prevalence seems higher in this population^{6, 9, 15}. In order to maximize the impact of prevention, WHO and UNAIDS recommended in the second generation surveillance program to monitor high risk groups, among whom sex workers figure¹⁶. Given the individual and collective benefits of highly active antiretroviral therapy, early HIV testing is the gateway to proper HIV care and treatment, and risk reduction¹⁷⁻¹⁹.

The objectives of the present article were to describe the HIV testing practices among female sex workers in Oiapoque and Saint Georges de l'Oyapock and to identify predictive factors of HIV testing based on KABP data collected in 2009-2010.

Material and methods

Study design

This is a cross-sectional survey performed among female sex workers (FSW) aged 18 years or more, working on the Franco-Brazilian border and having had at least one paid intercourse in the past six months. Data collection took place over 4 months, in 2009-2010.

This study was conducted in partnership with the regional coordination for the fight against HIV, the Department of Community Health of the Federal University of Ceará and the following NGOs: DAAC and Kikiwi network in French Guiana, and DPAC in Brazil.

Sampling method

Snowball sampling was used to select the participants^{20, 21}. The principle was to find female sex workers, also referred as “seeds”, who have the desired characteristics and use their social networks to recruit similar participants. After initial seeds help to recruit respondents, the respondents then recruit others themselves, starting a process analogous to a snowball²¹. Persons accepting to participate in the survey were interrogated by trained interviewers. Individual interviews were conducted confidentially face-to-face. The surveyors were all close to the field, originating from NGOs or from the community of sex workers. At the end of the interview, documentation of HIV prevention, NGO contacts, male and female

condoms, and two food tickets in French Guiana or make-up in Oiapoque were given to the persons interviewed in order to compensate for the time spent answering the questionnaire.

Questionnaire

An anonymous closed-ended questionnaire of 150 questions was applied to 35 sex workers in Saint-Georges-de-l'Oyapock and 178 in Oiapoque, the two main towns on the border.

It notably explored sociodemographic characteristics, sex work, intercourse with clients and non clients, condom use, knowledge, attitudes, behaviors and practices regarding HIV, and STIs and stigma and discrimination towards HIV-infected persons. This questionnaire was constructed with non government associations (NGO) working in the field, adapting behavioural surveillance survey questionnaires²². Nine questions specifically dealt with free voluntary counselling and testing (VCT).

In order to avoid selection biases²², the serological status was not part of the questions asked.

Statistical analysis

Data analysis consisted in a descriptive analysis of the variables: mean and standard deviation for continuous variables, and frequencies and percentages for discrete variables. The significance level was set at $\alpha = 5\%$. Bivariate and multivariate logistic regressions were performed and odds ratios were used to identify predictive factors for having ever tested for HIV. Variables with a $p < 0.10$ in bivariate analyses were included in a stepwise model to select variables and obtain the final model. The goodness of fit test was used to quantify the model's fit to the data²³. Data was analyzed using STATA® 10 (College Station, Texas, USA).

Ethical consideration

The project was approved by the transborder committee, a binational multidisciplinary committee, and by the Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS, n°09.106). All participants gave informed consent.

Results

Thirty one percent of sex workers had never had an HIV test. Table 1 describes sociodemographic characteristics and characteristics of HIV testing among sex workers along the border.

		Total		Saint-Georges		Oiapoque	
		Number	%	Number	%	Number	%
<i>Age</i>							
	Mean (CI)	27,5 (+/-6,6)		30,0 (+/-6,1)		27,5 (+/-6,7)	
	Range	18-57		18-44		18-57	
<i>Number of children cared for</i>							
	Mean (CI)	2,19 (+/-1,31)		2,28 (+/-1,26)		2,07 (+/-1,34)	
	Range	0-8		0-6		0-8	
<i>School level</i>							
	Primary incompleted	102	51,8	0	0,0	102	61,8
	Primary	41	20,8	16	50,0	25	15,2
	Secondary	50	25,4	14	43,8	36	21,8
	Higher education	4	2,0	2	6,3	2	1,2
	Total	197	100,0	32	100,0	165	100,0
<i>Lives in a couple</i>							
	Yes	40	21,6	13	38,2	27	17,9
	No	145	78,4	21	61,8	124	82,1
	Total	185	100,0	34	100,0	151	100,0
<i>Have you ever had an hiv test?</i>							
	Yes	132	62,0	28	80,0	104	58,4
	No	67	31,5	2	5,7	65	36,5
	Don't know	7	3,3	0	0,0	7	3,9
	No response	7	3,3	5	14,3	2	1,1
	Total	213	100,0	35	100,0	178	100,0
<i>Did you do it on your own initiative ?</i>							
	Own initiative	100	75,8	23	82,1	77	74,0
	Asked by someone else	31	23,5	5	17,9	26	25,0
	No response	1	0,8	0	0,0	1	1,0
	Total	132	100,0	28	100,0	104	100,0
<i>Why did you test ?</i>							
	Had sex without condom	10	7,6	4	14,3	6	5,8
	To know my status	92	69,7	17	60,7	75	75,1
	Used a used syringe	0	0	0	0	0	0
	Ruptured condom during sex	8	6,1	4	14,3	4	3,8
	A doctor advised me to	10	7,6	4	14,3	6	5,8
	A partner advised me to	9	6,8	0	0	9	8,6
	An NGO advised me to	0	0	0	0	0	0
	A customer advised me to	1	0,8	0	0	1	1
	A friend advised me to	3	2,3	1	3,6	2	1,9
	Other	3	2,3	0	0	3	2,9
	Don't know	2	1,5	1	3,6	1	1
	No response	8	6,1	1	3,6	7	6,7

Table 1 (continued)

	Total		Saint-Georges		Oiapoque	
	Number	%	Number	%	Number	%
<i>Did you receive your result ?</i>						
Yes	124	93,9	25	89,3	99	95,2
No	5	3,8	1	3,6	4	3,8
No response	3	2,3	2	7,1	1	1,0
Total	132	100,0	28	100,0	104	100,0
<i>How many HIV tests have you done ?</i>						
One	76	57,6	3	10,7	73	70,2
Two	30	22,7	6	21,4	24	23,1
Three or more	21	15,9	15	53,6	6	5,8
No response	5	3,8	4	14,3	1	1,0
Total	132	100,0	28	100,0	104	100,0
<i>When did you last test?</i>						
Between 0 and 2 months	4	3,0	3	10,7	1	1,0
Between 3 and 5 months	17	12,9	2	7,1	15	14,4
Between 6 and 11 months	65	49,2	10	35,7	55	52,9
12 months and more	33	25,0	5	17,9	28	26,9
Don't know	8	6,1	6	21,4	2	1,9
No response	5	3,8	2	7,1	3	2,9
Total	132	100,0	28	100,0	104	100,0

Table 1: Sociodemographic characteristics and HIV testing characteristics among sex workers on the French Guiana and Brazilian border.

HIV testing along the border mostly relies on rapid testing on the Brazilian side. In St Georges, it relies mostly on Elisa tests performed in Cayenne. There is no laboratory either in St Georges or in Oiapoque. When a patient is tested positive, a second sample is usually sent to Cayenne (3 hours away) for confirmation using Western Blot, or, for the Brazilian side, the patient was sent to Macapá which is 8 hours away by four wheel drive. The present study did not involve testing.

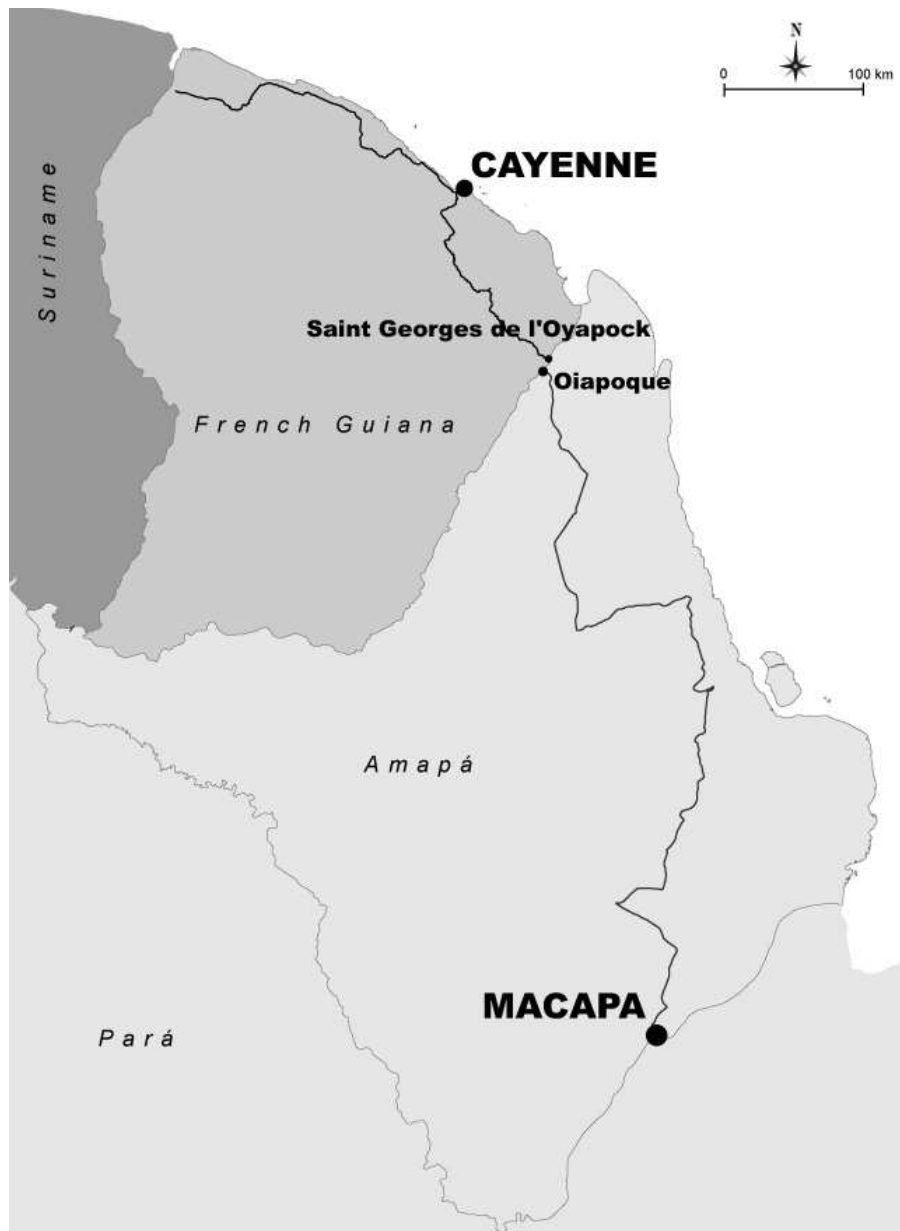


Figure n°1: Map of Amapá and French Guiana.

Thirty-eight percent of sex workers could not evaluate their risk of HIV, nearly a quarter thought they had a high risk (21,1%) and 17,8% thought they had no risk or a low risk of HIV. Those who thought they had a high risk thought so because they had had unprotected sex and also often because they had a large number of partners. Twenty-six percent of sex workers did not know where to get an HIV test. Twelve percent of the sex workers thought that HIV-infected persons should be separated from the rest of society. Nearly 58% of surveyed sex workers had previously worked on a gold mining site, this proportion increasing to 65% for sex workers in Oiapoque. Thirty-two percent lived in a rented home and 18% lived where they worked, often night clubs or hotels. Seventy-five percent of the sex workers did not live in Oiapoque permanently and were in transit there. Table 2 describes the factors

associated with having previously had an HIV test. FSW who did not know where to take the HIV test, did feel at risk or did not perceive their own risk, were older (>30 years), and lived in Oiapoque were found to be less likely to have taken an HIV test.

	Has already been tested for HIV /total(%)	Crude odds ratios (95.CI)	Adj. odds ratios (95.CI)	<i>p adj.</i>
<i>Knowledge of where to test</i>				
Yes	111/143 (77.6)	1	1	
No	20/51 (39.2)	0.12 (0.07-0.20)	0.23 (0.10-0.52)	0.000
<i>Perceived risk of HIV</i>				
Feels being at risk	28/43 (65.1)	0.93 (0.46-1.90)	0.26 (0.07-0.93)	0.039
Does not feel being at risk	29/35 (82.8)	1	1	
Does not know	35/77 (45.4)	0.21 (0.11-0.40)	0.33 (0.11-0.99)	0.049
No response	40/44 (90.9)	6.85 (2.33-20.10)	3.46 (0.79-15.08)	0.099
<i>Median age</i>				
Less than 30	94/129 (72.9)	1	1	
30 or more	38/70 (54.3)	1.40 (0.91-2.15)	0.28 (0.12-0.63)	0.002
<i>Lives in Oiapoque</i>				
Yes	104/169 (61.5)	0.11 (0.03-0.49)	0.05 (0.01-0.28)	0.001
No	28/30 (93.3)	1	1	

Table 2: Predictive factors of having performed a free voluntary HIV test on the French Guiana and Brazilian border (n=194): bivariate and multivariate analyses.

Discussion

Although sex work is presumed to be a major driver of the epidemic on the Oyapock basin, only 62% of sex workers there had ever taken an HIV test. Moreover, most of those who had done a test had only done one test in their life, often recently on their own initiative because they wanted to know. Sex workers over 30 years of age were notably less likely to have done an HIV test. However during the survey, the sex workers were quite favourable to the prospect of getting an HIV test. It is noteworthy that none of the sex workers said that an NGO incited them to take an HIV test. Specific interventions by local NGOs could incite and guide sex workers to get an HIV test.

Given the hidden nature of this population, snowball sampling, a non-probabilistic method, was used. For logistical reasons, Respondent Driven Sampling, the most recently used method applied to these populations could not be performed. The major drawback of snowball sampling is sampling bias²⁰. So, in order to minimize the risks of non-representativeness of the sample, the study was conducted among heterogeneous networks (locations, and

population profile) and using diverse surveyor profiles and seed persons used to start the snowball, used successfully in a previous study with another key population²⁴. However, the results cannot be formally extrapolated to the entire population of female sex workers on the border. As any observational study based on declarative data, results may have been biased by memory lapses or socially desirable responses²⁵. The sample sizes were quite small and very different between the French and the Brazilian sides, reflecting the importance of the local demographics and the importance of the sex trade in Oiapoque. However, it was the first quantitative study among female sex workers on the French Guiana and Brazilian border and it allows highlighting some important points about HIV and sex work in this area. It is also presumably recruited a majority of the female sex workers present at this time given the small overall population size.

Sex work was very different between St Georges and Oiapoque, with mostly occasional circumstantial sex work at home on the French side whereas on the Brazilian side sex work was more organized in dedicated venues (nightclubs, hotels...) and had strong connections with illegal gold mining³.

Populations engaging in gold mining established their base in Oiapoque. The city was the departure and retreat point from where logistical aspects of gold mining are organized. Numerous women came from Northern Brazil to do sex work on gold mining sites. They were often only in transit for short stays in Oiapoque³. This partly explains why living in Oiapoque was associated with a greater likelihood of not having ever done an HIV test. Sex workers did not stop long in the city and mostly stayed where they worked and were presumably there to make money and not in a perspective of getting tested. Moreover, it is important to underline that Oiapoque has a poor health and social services infrastructures²⁶ and a positive test would have implied the need to go to Macapá and thus made it more difficult to get to the mining sites.

Not knowing where to get tested was linked to not having done a test but the presumed causal link could go both ways. Although 75% of sex workers knew where to get tested, only two thirds had actually done an HIV test. The lack of structures and personnel, and perhaps the fear of lack of confidentiality in small towns where HIV and sex work are stigmatized could be explanations for this low proportion of sex workers having tested for HIV². Furthermore, testing rates could be impacted by the fact that rapid HIV tests were used in Oiapoque and HIV ELISA tests in Saint-Georges.

In the literature, the perception of being at risk for HIV can be associated with both increased HIV testing behavior and testing avoidance, but reports more often describe increased testing behavior^{27, 28}.

In our sample, nearly 60% thought they had a high risk for HIV or could not estimate their risk of getting HIV. This was associated with a lower likelihood of having done an HIV test, perhaps to avoid the negative consequences of a positive test^{27, 29-31}.

Prostitution in this border area has the particularity of being connected with the illegal gold mining activities. Although, it is lucrative the working conditions on the mining sites are harsh. Access to condoms is complicated and women are very exposed to violence in remote sites.

The necessity to promote HIV testing on both sides of the border makes sense, because sex workers and clients are mobile on this border and may represent one of the principal driver of the epidemic ². However, the health issues of gold miners were clearly neglected for a long time, presumably because authorities were reluctant to channel precious health resources towards these unwanted populations. However, a Brazilian French cooperation program has recently been implemented to promote prevention and testing activities along the border. But for the moment there has not been a specific program for sex workers who, because of their important turnover, require continuous targeted prevention and testing services. In Oiapoque as in Saint-Georges, just one NGO makes HIV prevention in the general population. The apparent lack of mobility of sex workers outside their work place, suggests that NGOs could have an important role in inciting them to get tested. Involving the owners and managers of the venues where sex work takes place, and involving the gold miners in transit for illegal sites in French Guiana also seems important to limit the propagation of the virus in the region. In Corumbá, located in central-western Brazil, a collaboration between researchers, activists, health workers and governments officials (both from Corumbá and abroad) resulted in an intervention-research program to increase access to quality STI/HIV services for sex workers and create a more conducive environment in which sex workers could address mutual goals²⁶. This example does offer hope for the effectiveness of similar efforts on the border ²⁶. Finally, HIV testing implies HIV treatment facilities which are not present at the moment in Oiapoque where patients must travel 20 hours round trip on a difficult Amazonian road to collect their treatment in Macapá. This also could explain why female sex workers did not take the test. Plans to build and staff an HIV treatment center are underway and will hopefully rapidly allow on site treatment of those testing positive.

The border between French Guiana and Brazil is a potential hotspot for HIV transmission. The main objective of this paper was to describe HIV testing among female sex workers. The results show high risks and low testing rates that strongly underline the need to focus efforts on this vulnerable group to effectively fight against the HIV epidemic in the area.

Acknowledgement

The present study was jointly funded by the Agence Nationale de la Recherche sur le SIDA et les Hépatites virales (ANRS) and the European Union (FEDER). We would like to thank Joaquim Marques and Rosângela Evangelista, field coordinators, Mélina Bailleux and Carlos Wandescheer, coordinators of cooperation programme, the project team and all the participants in the study.

References

1. Bourdier F. L'avancée du sida dans les zones frontalières guyano-brésiliennes. *Hommes et Migrations*. 2005;1256:116.
2. Guillemaut F, Schutz Samson M. Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/Sida: Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction Générale de la Santé BdiplV, les IST et les hépatites; 2011.
3. Díaz J. A AIDS nas fronteiras do Brasil: diagnóstico estratégico da situação da epidemia de AIDS e doenças sexualmente transmissíveis nas fronteiras do Brasil. *Coleção DST/aids-série estudos, Pesquisas e Avaliação*: Ministério da Saúde; 2003.
4. Pascom ARP, Arruda M, Simão MBG. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos 2008. Brasília: MS/Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. 2011.
5. Halfen S, Lydié N, Esvan M, Diter K. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011-12 : principaux résultats: ORS Île de France, INPES, ANRS; 2013.
6. *Boletim Epidemiologico HIV/AIDS*. Ministério da Saude. 2(1). Brazilia. (2013). ISSN : 1517-1159
7. Institut National de Veille Sanitaire (INVS), database on the Internet, [cited 19/05/2014]. Available from:
http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/vih-sida/BDD_sida/index.htm.
8. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:S333-S43.
9. Nacher M, Vantilcke V, Parriault M, Van Melle A, Hanf M, Labadie G, et al. What is driving the HIV epidemic in French Guiana? *International journal of STD & AIDS*. 2010;21(5):359-61.
10. Wilson D, Halperin DT. "Know your epidemic, know your response": a useful approach, if we get it right. *The Lancet*. 2008;372(9637):423-6.

11. Bourdier F. *Migration et sida en Amazonie française et brésilienne*. Ibis Rouge Editions. 2004.
12. Rodrigues-Júnior AL, Castilho EAd. AIDS and transmissible opportunistic diseases in the Brazilian border area. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2010;43(5):542-7.
13. Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM), *Rapport annuel 2012*, Rapport IEDOM; 2013.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), [cited 10/12/2014]. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=160010&idtema=125&search=amapa|amapa|produto-interno-bruto-dos-municipios-2011>.
15. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Ministério da Saúde. 2(1). Brasília. (2010). ISSN : 1517-1159
16. World Health Organization. Surveillance de deuxième génération du VIH: Les dix prochaines années. Report. 2000.
17. Sherr L, Lopman B, Kakowa M, Dube S, Chawira G, Nyamukapa C, et al. Voluntary counselling and testing: uptake, impact on sexual behaviour, and HIV incidence in a rural Zimbabwean cohort. *Aids*. 2007;21(7):851-60.
18. Girardi E, Aloisi MS, Arici C, Pezzotti P, Serraino D, Balzano R, et al. Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2004;36(4):951-9.
19. Hanf M, Bousser V, Parriault MC, Van-Melle A, Nouvellet M-L, Adriouch L, et al. Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS care*. 2011;23(4):476-85.
20. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*. 2005;19:S67-S72.
21. Sadler GR, Lee HC, Lim RSH, Fullerton J. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nursing & health sciences*. 2010;12(3):369-74.

22. Amon J, Brown T, Hogle J, MacNeil J, Magnanl R, Mills S, et al. Behavioral surveillance surveys: guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. 2009.
23. Hosmer DW, Lemeshow S. Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics-Theory and Methods*. 1980;9(10):1043-69.
24. Kerr-Pontes LR, Gondim R, Mota RS, Martins TA, Wypij D. Self-reported sexual behaviour and HIV risk taking among men who have sex with men in Fortaleza, Brazil. *Aids*. 1999;13(6):709-17.
25. Cobat A, Halfen S, Grémy I. Déterminants de l'utilisation du préservatif et multipartenariat hétérosexuel aux Antilles et en Guyane françaises. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56(3):143-57.
26. Lippman SA, Kerrigan D, Chinaglia M, Díaz J. Chaos, co-existence, and the potential for collective action: HIV-related vulnerability in Brazil's international borders. *Social science & medicine*. 2007;64(12):2464-75.
27. Wang Y, Li B, Pan J, Sengupta S, Emrick CB, Cohen MS, et al. Factors associated with utilization of a free HIV VCT clinic by female sex workers in Jinan City, Northern China. *AIDS and Behavior*. 2011;15(4):702-10.
28. Irwin KL, Valdiserri RO, Holmberg SD. The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States: A decade of lessons learned. *AIDS*. 1996.
29. Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J, Piot P. The right not to know HIV-test results. 1995.
30. Wang Y, Li B, Zheng J, Sengupta S, Emrick CB, Cohen MS, et al. Factors related to female sex workers' willingness to utilize VCT service: a qualitative study in Jinan city, northern China. *AIDS and Behavior*. 2009;13(5):866-72.
31. Allen CF, Edwards M, Williamson LM, Kitson-Piggott W, Wagner H-U, Camara B, et al. Sexually transmitted infection service use and risk factors for HIV Infection Among Female Sex Workers in Georgetown, Guyana. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2006;43(1):96-101.

2.2.2.2. Les leviers d'actions concernant le recours au dépistage

Dans un contexte de forte mobilité, de multipartenariat et de commerce du sexe, le recours au dépistage est un enjeu. La zone frontalière franco-brésilienne semblait concernée par le non-recours au dépistage, particulièrement la ville d'Oiapoque. Il est donc intéressant de comprendre un peu plus en détail les mécanismes en cause dans le recours au dépistage à Oiapoque. Si l'on reprend les résultats de l'article et les quelques pistes évoquées plus haut notamment en lien avec les théories du comportement, il est possible d'émettre quelques hypothèses et de regarder graphiquement ce qui se passe sur une ACP focalisée.

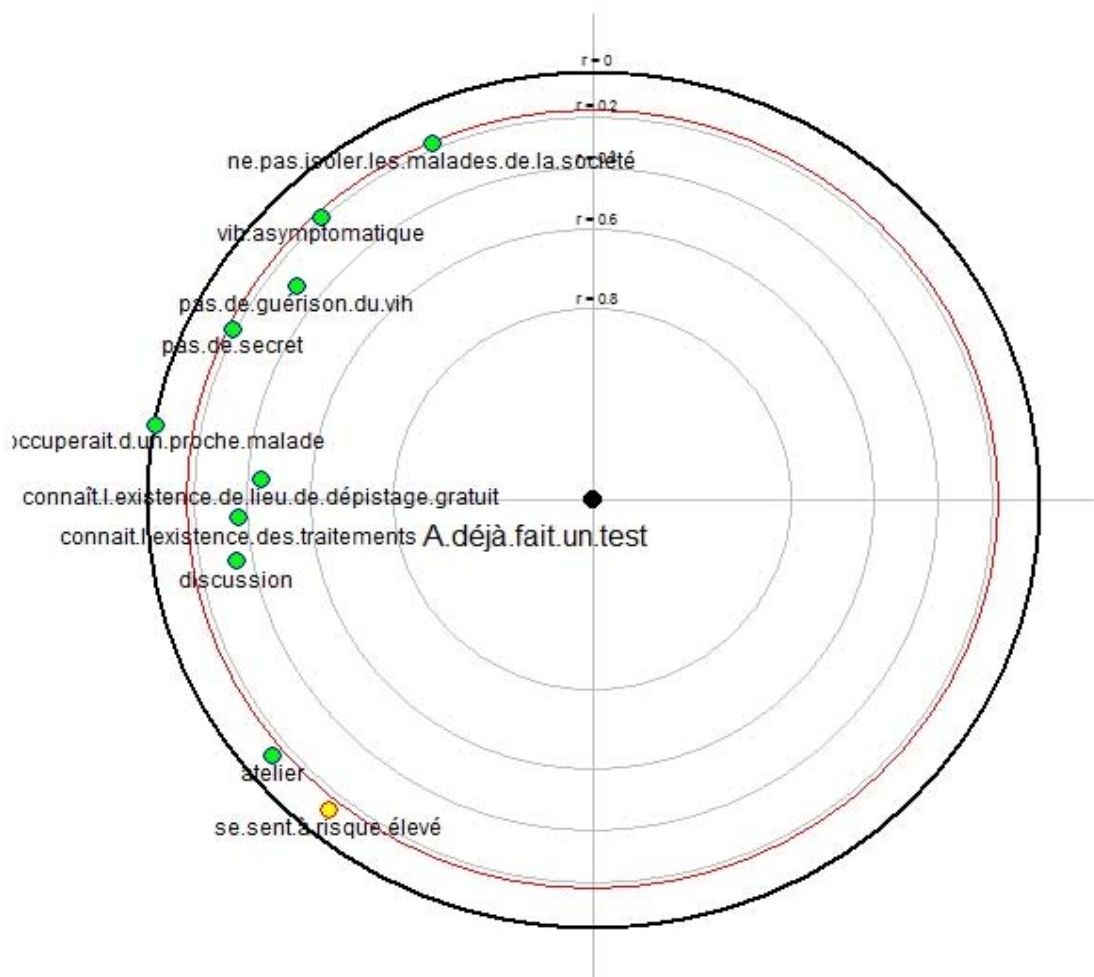


Figure n°10 : ACP focalisée sur le fait d'avoir déjà fait au moins un test de dépistage.

L'objectif était de dégager une éventuelle corrélation entre le fait d'avoir déjà fait un test de dépistage et différentes variables mesurant :

- les attitudes stigmatisantes ;
- l'information reçue autour du dépistage ;
- la perception du risque ;
- et la sévérité perçue du VIH.

Nos données ne nous permettaient pas de reprendre ici telles quelles les hypothèses du HBM.

Il semble que le fait d'avoir des discussions sur le sujet avec sa famille ou des amis, de connaître l'existence des traitements et l'existence de lieux où l'on peut se faire dépister de manière anonyme et gratuite, étaient liés et corrélés avec le fait d'avoir déjà été dépisté. Les autres variables utilisées ne semblaient pas corrélées directement avec le fait d'avoir déjà fait un test de dépistage.

Il est possible de chercher une confirmation de cette approche graphique et de chercher s'il existe d'autres corrélations moins directes avec le recours au dépistage à travers un modèle en équations structurales. Plusieurs variables latentes ont été créées pour ce modèle :

- une variable nommée «Menace perçue» exprimant le fait de percevoir le VIH comme asymptomatique et le fait de savoir que l'on ne guérit pas du VIH,
- une variable nommée «Absence de stigmatisation» exprimant le fait de s'occuper d'un proche s'il tombait malade du VIH, de ne pas penser qu'il faille isoler les malades du VIH du reste de la société et de ne pas forcément souhaiter garder secret le fait qu'un proche soit contaminé par le VIH
- et enfin une variable nommée «Information sur le dépistage» exprimant le fait de connaître l'existence de lieux de dépistage anonyme et gratuit, de connaître

l'existence des traitements, d'avoir des discussions sur le VIH avec sa famille et ses amis et d'avoir déjà participé à des ateliers sur le VIH.

Les indices d'adéquation absolue permettent d'accepter la validité de ce modèle. Le RMSEA est à 0,052 et le CFI est à 0,906.



* $p < 0,001$

Figure n°11 : Modèle structural concernant le recours au dépistage à Oiapoque.

On retrouve ici une corrélation négative entre le fait de se sentir à risque élevé face au VIH et le fait d'avoir déjà été dépisté. Ce que l'on observe sur l'ACP focalisée plus haut se retrouve également ici, à savoir que l'information autour du dépistage est corrélée au fait d'avoir déjà été dépisté. Toutefois, il convient de nuancer les choses. La variable «Information sur le dépistage» a une covariance avec l'absence de stigmatisation et est corrélée avec la «Menace perçue». En effet, plus on est informé sur le VIH, plus on est en mesure d'en percevoir la menace. De la même manière, la stigmatisation est certainement réduite par l'information reçue sur le VIH. Le sens inverse est également valable, l'absence de stigmatisation peut encourager les personnes à s'informer sans arrière-pensées, ce qui pourrait impacter indirectement le dépistage. L'information sur le dépistage est, elle, corrélée directement avec le fait d'avoir déjà été dépisté, mais aussi indirectement à travers la menace perçue et l'absence de stigmatisation. On voit donc qu'il existe plusieurs chemins possibles et que les choses ne sont que très rarement linéaires. Les mécanismes qui amènent une personne à adopter un comportement sont complexes, cela est bien illustré ici et les leviers d'action sont multiples. Mais il semble qu'à Oïapoque, l'information autour du dépistage occupe une place centrale.

2.2.3. Polymorphisme des situations

Il est important de souligner que ces échantillons ont touché principalement des profils de «professionnelles» du sexe, se reconnaissant en tant que telles. Comme évoqué plus haut, le travail du sexe recouvre une grande diversité de situations.

Ainsi, il est intéressant de noter que parmi d'autres populations interrogées dans le cadre d'enquêtes CAP en Guyane, les rapports transactionnels n'étaient pas rares et concernaient

des personnes appartenant à d'autres cercles, d'autres sphères et cumulant d'autres facteurs de vulnérabilités que les professionnelles interrogées ici.

Ainsi, parmi les 107 usagers de crack interrogés en 2012 en Guyane, près de 40% avaient eu recours au sexe transactionnel au cours des 12 derniers mois. Parmi ces personnes, 30% avaient été payées en échange de drogue ou d'argent pour avoir un rapport sexuel. Vingt pourcents des personnes n'avaient pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel payant. Ils étaient 96% à avoir déjà été testés [50].

Parmi les 1165 migrants interrogés en 2012 en Guyane, près de 9% avaient eu recours au sexe transactionnel au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, la moitié avait été payée en échange de drogue ou d'argent pour avoir un rapport sexuel. Six pourcents n'avaient pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel payant. Près de 86% avaient déjà fait un test pour le VIH [77].

Parmi les 233 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes interrogés en Guyane en 2012, 48% avaient eu des rapports sexuels tarifés. Parmi eux, 80% avaient été payés en échange de drogue ou d'argent pour avoir un rapport sexuel. Vingt-trois pourcents n'avaient pas utilisé de préservatifs lors du dernier rapport sexuel payant. La grande majorité (94%) des HSH interrogés avait déjà été testée une fois [78].

En 2011, l'enquête KABP dans la population générale guyanaise révèle que 4,6% des hommes avaient déclaré avoir eu des rapports sexuels payants ou payés au cours des 12 derniers mois. Les femmes étaient très peu nombreuses, quatre sur l'ensemble des DFA en l'occurrence, à déclarer avoir eu des relations sexuelles payantes ou payées au cours des 12 derniers mois [14].

La prévalence du VIH parmi ces différents groupes est assez élevée, comme cela a été évoqué précédemment. Le recours au sexe transactionnel semble relativement fréquent,

notamment chez les usagers de crack et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Là encore les ingrédients nécessaires à la diffusion de l'épidémie sont présents.

Il serait donc intéressant de repérer les prises de risque sexuel parmi ces profils de population. Ces prises de risque sont certainement différentes de celles des travailleuses du sexe interrogées ici.

Il existe plusieurs manières d'envisager les comportements face aux risques sexuels. Nathalie Bajos distingue deux approches du risque [79] :

- l'une, objectiviste, suppose que les individus ont un comportement dit à risque parce qu'ils n'évaluent pas correctement le risque inhérent à une situation donnée et que leur perception du risque s'en trouve faussée. La prise de risque est perçue comme un acte individuel. De nombreuses théories du comportement, abordées plus haut, se situent dans cette optique objectiviste qui suppose que les individus accordent la priorité à la protection de leur santé et que cela est l'élément essentiel dans l'explication de leurs comportements. L'individu est vu comme rationnel ;
- l'autre, constructiviste, suppose que les individus construisent et se conforment à leur propre définition du risque en s'appuyant certes sur les messages préventifs, mais surtout sur leur expérience sociale et sur le type de relation sexuelle dans lequel ils sont engagés. Contrairement à la logique objectiviste, aucune prééminence n'est accordée a priori à la logique sanitaire. Les autres domaines de la vie des individus sont pris en compte et particulièrement l'environnement culturel, social, politique, relationnel.

L'auteur explique que malgré les limites de la première approche, elle permet l'identification de groupes vulnérables et de suivre l'évolution de leurs comportements dans le temps, ce qui est indispensable pour l'élaboration de politiques de prévention. Toutefois, s'agissant du

contenu du discours préventif, les éléments issus des approches constructivistes semblent plus intéressants. Ainsi l'auteur conclut en expliquant que « l'analyse des comportements individuels face au risque ne saurait ainsi faire oublier l'importance primordiale des conditions économiques et politiques dans la diffusion d'une épidémie et les limites des politiques de prévention exclusivement fondées sur la responsabilisation individuelle ».

La manière d'envisager la prévention et les messages à adresser à une professionnelle du sexe et à une femme usagère de crack qui se prostitue en échange de drogue, doivent donc être différents, notamment du fait que leurs environnements, leur compréhension, leur définition du risque, leurs connaissances et leurs croyances sont différents. C'est pour cette raison qu'il semble nécessaire de connaître son épidémie pour pouvoir y répondre, mais aussi et surtout de connaître ses publics cibles.

Il n'existe pas d'approche préventive standard efficiente dans la réduction de la transmission du VIH. Chaque réponse doit être adaptée et doit trouver la combinaison qui fonctionne.

L'approche préventive combinée permet de prendre en compte les spécificités de chaque population, mais également de prendre en compte son environnement pour apporter des éléments de réponse efficaces [80].

PARTIE 3 : DISCUSSION GENERALE ET PERSPECTIVES

Même s'il est usuel de dire que l'épidémie est généralisée en Guyane, en réalité elle touche plus particulièrement les groupes vulnérables, on parle alors d'épidémie concentrée. Dans ce type d'épidémie, les actions de santé publique doivent toucher préférentiellement ces groupes à risque [26, 81]. En Guyane, l'essentiel des études comportementales ont été menées en population générale et non ciblées dans les populations vulnérables comme les travailleuses du sexe. Les résultats quantitatifs analysés ici sont donc parmi les premiers et rares résultats d'études concernant cette population.

Bien sûr ils doivent être nuancés et les enquêtes qui ont permis de les obtenir comportent un certain nombre de biais qu'il est nécessaire de signaler.

3.1. Limites de l'enquête

Tout d'abord, il existe des biais liés au type d'étude. Il s'agissait ici d'études de type CAP. Les questionnaires utilisés comportaient des variables explorant la vie passée et présente des personnes, notamment leur vie sexuelle (âge du début des rapports, nombre de partenaires sexuels, etc...). Les personnes interrogées faisaient appel aux souvenirs liés à leur vie sexuelle au cours des 12 derniers mois, entraînant un biais de mémoire [29, 82]. Il existait également un risque de biais de déclaration. Les questionnaires étaient déclaratifs, ils reposaient sur la sincérité et l'honnêteté des réponses. Il pouvait parfois être difficile de répondre sincèrement aux questions posées, notamment concernant la sphère intime, et les personnes pouvaient être tentées de répondre ce qu'elles pensaient être une «bonne réponse», socialement acceptable, et non la vérité. Ces deux biais sont difficilement quantifiables dans notre enquête. Toutefois, des études montrent que ces biais sont moins impactant que ce que l'on pourrait imaginer [29, 83] : les personnes seraient finalement bien plus enclines à être sincères et précises dans leurs réponses lorsqu'on leur explique

correctement les finalités de l'étude et qu'on leur demande d'être sincères au début du questionnaire.

Une autre limite concerne la définition de la population. Comme évoqué plus haut, bien qu'il soit nécessaire de faire des choix dans la définition de la population des travailleuses du sexe, ces choix ont été difficiles à faire. La définition adoptée est forcément restrictive et évince certains profils qu'il aurait été intéressant d'enquêter. Il aurait, par exemple, été intéressant d'interroger les personnes ayant des relations sexuelles en échange de biens ou de services. Derrière ces échanges se cachent des individus beaucoup moins visibles, beaucoup moins assumés et cumulant d'autres vulnérabilités que les personnes interrogées dans nos enquêtes. Elargir la définition à ce type d'échange aurait peut-être permis d'approcher un type de prostitution moins assumé et peu visible.

Concernant la taille de l'échantillon, il est important de souligner qu'il n'existait pas de base de sondage, ni de registre concernant les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque. Il existait des approximations fournies par des associations de terrain ou figurant dans d'autres enquêtes [22] sans aucune source précise ou méthode de calcul en particulier. Il serait intéressant de conduire une enquête de type contact/recontact afin d'avoir une estimation de la taille des populations de travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque. Ceci aurait permis un calcul de taille d'échantillon plus précis. Ce type d'estimation pourra se faire à l'avenir en préparation d'une nouvelle enquête auprès de cette population.

Les autres principaux biais de cette étude sont liés à l'échantillonnage utilisé. Le snowball permet d'enquêter des populations difficiles à joindre et sans base de sondage. Toutefois, le risque de biais de sélection est élevé. Les personnes dont le réseau social est d'une plus grande taille peuvent recruter plus de pairs qui possèdent très souvent des caractéristiques semblables, car très peu de recrutements se font hors réseaux [36]. La taille des réseaux

sociaux joue également sur la probabilité de sélection des individus, or cette probabilité est inconnue dans le cadre d'un échantillonnage en boule de neige [36]. Il est important de préciser alors qu'il s'agit d'un échantillon de convenance dont les analyses se limitent aux proportions de l'échantillon et donc non généralisable à l'ensemble de la population des travailleuses du sexe [36]. Ces biais auraient pu être évités par un échantillonnage RDS :

- en limitant le nombre de recrutements par sujets. Ceci limite les grappes et réduit les biais de recrutement et l'homophilie élevée ;
- mais également en établissant un lien entre recruteurs et recrutés et en recueillant la taille des réseaux de pairs pour calculer les probabilités de sélection [36].

Toutefois cet échantillonnage n'a pu être mis en œuvre pour deux principales raisons :

- la formation à cette technique d'échantillonnage est intervenue après la mise en œuvre du terrain de l'enquête en Guyane ;
- pour une question budgétaire également, le RDS étant plus coûteux que le snowball.

Enfin l'échantillonnage en boule de neige n'a pas permis d'avoir un taux de refus de participation. Les personnes interrogées ne présentaient aux enquêteurs que les personnes de leur entourage acceptant de participer à l'étude, elles n'indiquaient pas si d'autres avaient refusé. Les personnes ayant refusé de participer avaient peut-être des caractéristiques particulières qu'il n'a donc pas été possible de repérer.

Notre échantillon a touché plutôt les «professionnelles», celles qui se reconnaissent plus facilement comme travailleuses du sexe et qui d'une certaine manière sont plus facilement atteignables, notamment par les associations et la prévention, ce qui explique en partie les taux très élevés d'utilisation du préservatif avec les clients.

Afin de limiter ces biais éventuels, quelques précautions ont été prises. Former des enquêteurs multilingues, proches du milieu des travailleurs du sexe, était une première

condition importante à la réussite de l'enquête. Il leur a été demandé pour démarrer l'échantillonnage de choisir des personnes avec des profils différents (lieu de travail, nationalité, tranche d'âge, etc...) afin de limiter le risque de clusters trop importants. Le choix de ces personnes n'était, par conséquent, pas aléatoire. Certains profils n'ont pas été touchés, notamment les consommateurs de crack et les HSH, aux caractéristiques assez atypiques, qui ont fait l'objet d'études postérieures utilisant d'autres méthodes d'échantillonnage [50, 78].

L'enquête a permis d'aller plus en avant dans la dynamique déjà enclenchée par les associations de terrain, notamment en faisant connaître des personnes relativement isolées, non encore en lien avec ces associations. Elle a touché également des personnes en détresse, souffrant de discriminations fortes de la part de leur entourage, comme c'était le cas pour de nombreux transgenres. Ce travail a créé une émulation, et a encouragé l'initiation d'une série d'ateliers de prévention auprès des travailleuses du sexe. L'étude a donc eu un premier impact avant le rendu des résultats.

Il serait nécessaire de compléter ces enquêtes par d'autres études qui permettraient d'apporter des éclairages supplémentaires au phénomène et d'approcher une vision globale du travail du sexe dans la zone, qui dépasse largement le seul cadre géographique de la Guyane.

Tout d'abord, il serait indispensable d'approfondir certaines questions soulevées par ces résultats quantitatifs par des recherches qualitatives. Ces dernières sont complémentaires des études CAP et permettent de comprendre tous les mécanismes en jeu dans un comportement et d'atteindre une finesse d'analyse et de compréhension que les données quantitatives ne permettent pas. Il serait également pertinent d'étendre l'enquête à la

commune d'Albina, commune surinamaïse en face de Saint-Laurent-du-Maroni, qui présente plusieurs points communs avec la commune d'Oiapoque au Brésil.

De plus, répéter ces enquêtes dans l'avenir est indispensable pour avoir un suivi des indicateurs et comportements à risque dans cette population. Cela pourrait consister en quelques questions ciblées sur les comportements à risque repérés parmi les travailleuses du sexe et d'observer l'évolution de ces comportements. La question des enquêtes de séroprévalence se pose également ici. Il est possible grâce aux associations de terrain et au système de suivi des patients pris en charge à l'hôpital d'avoir des estimations de cette séroprévalence. Toutefois, ces estimations restent très approximatives. Le choix a été fait de ne pas coupler ces enquêtes à un dépistage VIH des interviewés afin de limiter les biais de sélection [29], même si les travailleuses du sexe représentent une population vulnérable. En effet, le dépistage aurait pu dissuader certaines personnes de participer.

3.2. Une approche de prévention combinée

Si dans beaucoup de pays, le système de surveillance du VIH est performant, les données générées par ces dispositifs sont en revanche encore parfois sous-utilisées pour renforcer les programmes de soins et de prévention du VIH [81].

En Guyane, la surveillance épidémiologique et comportementale des populations vulnérables s'organise, notamment celle des travailleuses du sexe, et il est important de pouvoir rendre cette surveillance utile et efficiente. L'objectif de cette étude était de pouvoir décrire les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST afin de pouvoir cibler plus précisément la prévention et la prise en charge des travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque.

Durant les dernières décennies, les recherches ont mis en lumière des éléments efficaces dans la réduction de la transmission, parmi lesquels :

- le retardement de l'entrée dans la vie sexuelle ;
- la réduction du nombre de partenaires sexuels ;
- l'utilisation correcte et constante du préservatif ;
- la PrEP (prophylaxie pré-exposition) grâce à l'utilisation de médicaments antirétroviraux oraux ou de gels microbicides vaginaux ;
- la circoncision masculine ;
- l'utilisation du TasP (traitement antirétroviral comme prévention) qui réduit l'infectiosité des personnes contaminées ;
- le traitement des IST ;
- etc ...

S'il n'y a pas de réponse «miracle», c'est finalement la combinaison de ces différents éléments qui semble être le plus efficace [80].

Plusieurs maladies ont nécessité une approche de prévention combinée afin d'en réduire la transmission. C'est le cas de la tuberculose, mais également du paludisme, qui nécessitent des actions à différents niveaux. Par exemple pour le paludisme, au niveau individuel l'utilisation de moustiquaire et le port de vêtements longs sont préconisés. Au niveau communautaire, la formation de sentinelle, le dépistage précoce et un traitement efficace pour réduire la contagiosité ont prouvé leur efficacité. Au niveau structurel, le contrôle des vecteurs et de manière plus générale la lutte contre le réchauffement climatique est indispensable pour lutter contre la colonisation de nouveaux milieux par le vecteur [80, 84].

Concernant le VIH, la prévention combinée a été envisagée assez récemment [85]. Elle tend à faire converger au sein d'une même approche plus globale, plusieurs facettes de la prise en

charge du VIH : la prévention, le dépistage et le traitement [86]. L'objectif étant de créer les conditions optimales pour que la prévention soit la plus efficace possible et que les risques de transmission soient les plus faibles. L'idée est donc de combiner des stratégies d'intervention :

- de prévention comportementale (visant à faire adopter des comportements, au niveau individuel et collectif, réduisant les risques de transmission du virus) ;
- structurelles (visant plus largement les facteurs de risques associés de type socioéconomiques, culturels, juridiques, etc... qui augmentent la vulnérabilité des personnes face au VIH) ;
- biomédicales (résultant de différentes utilisations des ARV, notamment dans l'objectif d'éviter une contamination ou de réduire la contagiosité, et d'un renforcement du recours au dépistage) [86, 87].

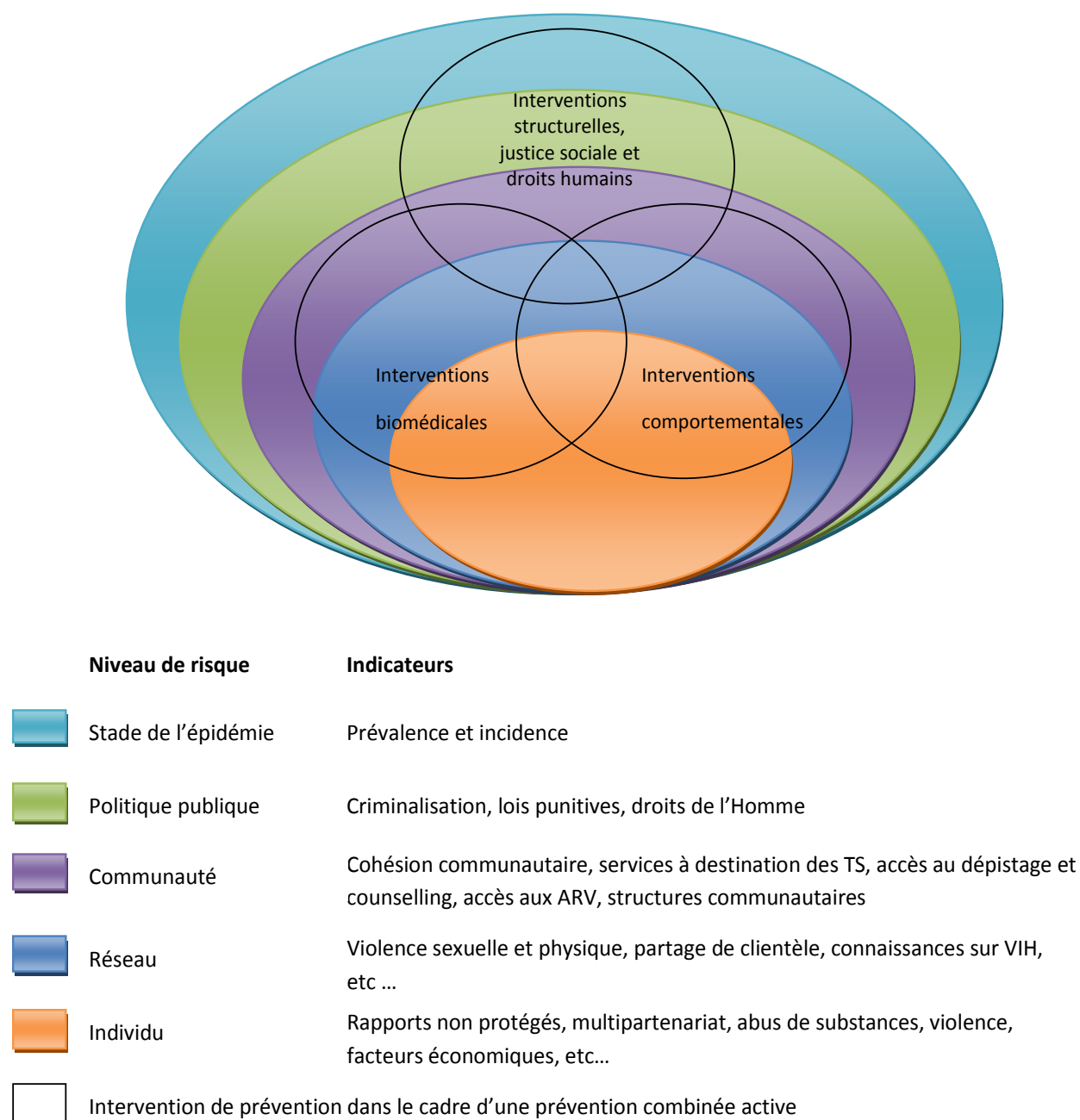


Figure n°12 : Cadre pour la prévention combinée : niveaux de risque et interventions de prévention figure adaptée de Bekker (source : Bekker L-G, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S, et al. Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence ? The Lancet 2015,385:72-87.).

Chaque épidémie a ses spécificités, car chaque individu, chaque lieu, chaque culture sont uniques. Il est donc logique que les réponses soient différentes. La prise en compte du

contexte épidémique est un préalable indispensable. Ensuite réfléchir à une bonne combinaison préventive doit interroger plusieurs niveaux d'actions possibles, et dans le cas des travailleuses du sexe, c'est aux niveaux :

- individuel ;
- des réseaux ;
- communautaire ;
- et structurel [87].

Il reste ensuite à réfléchir sur les actions à mener à chacun de ces niveaux avec la palette d'éléments de prévention existants.

3.2.1. Le contexte épidémique

Le contexte épidémique dans lequel le travail du sexe intervient est un important déterminant du risque de transmission et d'incidence du VIH. L'importance accordée aux interventions auprès des travailleuses du sexe dépend de ce contexte [87]. Ainsi il est nécessaire de s'interroger sur le type d'épidémie et le stade de l'épidémie que connaissent la Guyane et ses voisins.

Comme cela a été évoqué, la Guyane est le département français le plus touché par le VIH. L'épidémie en Guyane est mature, les premiers cas ont été repérés dans les années 1980, et active avec un taux d'incidence particulièrement élevé (147 nouvelles contaminations pour 100 000 personnes-années sur la période 2009-2010 [5]). Avec une prévalence supérieure à 1% chez la femme enceinte depuis plus de 10 ans, l'épidémie est souvent qualifiée de généralisée. Les choses sont plus complexes dans les faits, certains groupes vulnérables sont particulièrement touchés par le VIH [13]. Les migrants représentent 80% des patients de la file active des trois hôpitaux [13]. La prévalence parmi les prisonniers était estimée à 5,4% en

2010 [88], à 15% parmi les usagers de crack suivis au CSAPA de Cayenne [12] et à 8% parmi les travailleurs du sexe suivis par l'association Entr'Aides à Cayenne (estimation de l'association). L'épidémie ressemble plutôt à une épidémie concentrée qui sévit prioritairement parmi les groupes vulnérables. Parmi ces groupes, les travailleuses du sexe tiennent une place importante. En effet, parmi l'ensemble des hommes séropositifs en Guyane, 45% des cas étaient attribuables au fait d'avoir eu des rapports sexuels transactionnels. De la même manière, parmi les femmes séropositives échangeant des rapports sexuels contre de l'argent ou des biens, 10,7% des cas étaient attribuables au sexe transactionnel [13].

Il faut rappeler que s'il y a 94% de succès thérapeutique à l'hôpital de jour de Cayenne, le nombre de perdus de vue est important.

La Guyane, au-delà, de son rattachement administratif à la France s'insère dans un contexte géographique particulier, la zone Caraïbe/Amérique Latine, où la prévalence du VIH est assez élevée. En ce sens, la prévalence en Guyane est cohérente avec celles retrouvées dans sa zone d'appartenance géographique [89].

Ainsi, en 2013, le Suriname enregistre une prévalence parmi les plus élevées d'Amérique Latine, 1,1% en population adulte [19]. La prévalence parmi les femmes enceintes est de 1% depuis plus de 5 ans et classe le Suriname en état d'épidémie généralisée, toutefois relativement jeune [90]. L'épidémie est active avec un nombre de nouveaux cas en constante progression. Les groupes vulnérables sont ici également particulièrement touchés, avec une prévalence de 2,2% parmi les prisonniers en 2008, de 9,2% parmi les HSH en 2010 et de 5,8% parmi les professionnelles du sexe en 2012 [90, 91].

Le Brésil enregistre, quant à lui, une prévalence de 0,6% depuis 10 ans parmi la population âgée de 15 à 49 ans [92]. L'épidémie est stable et concentrée dans certaines populations

vulnérables [93]. Toutefois, l'épidémie n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire brésilien et ces constats ne sont plus du tout valables si l'on regarde ce qui se passe localement en Amapá, l'Etat frontalier de la Guyane. L'épidémie a explosé en Amapá, l'Etat connaît aujourd'hui la troisième incidence la plus élevée du pays passant de 8,6/100 000 en 2003 à 20,6/100 000 en 2010⁴ et connaît une épidémie active et jeune. A Macapá, la prévalence chez la femme enceinte a été estimée à 2,5% par le service d'assistance spécialisé pour le VIH/SIDA (SAE). La file active de patients infectés par le VIH pour l'Etat de l'Amapá est de 1160 patients (55 à Oiapoque) dont 794 (68,5%) sont au stade Sida. L'épidémie en Amapá semble généralisée, mais peu de chiffres existent localement sur les prévalences existantes parmi les groupes à risque, et notamment les travailleuses du sexe. Toutefois, les épidémies jeunes touchent souvent prioritairement les groupes vulnérables [94], il est donc très probable que la prévalence parmi les travailleuses du sexe en Amapá, et à fortiori à Oiapoque, soit particulièrement élevée. Lorsque les épidémies sont récentes, la réponse préventive qu'elle soit comportementale, biomédicale ou structurelle, n'est pas encore pleinement effective et l'infectiosité est très souvent élevée [94]. Jusqu'en 2013, le Suriname débutait le traitement des patients à partir de 200 CD4 [95], en Amapá les recommandations étaient plus élevées à partir de 500 CD4 selon les recommandations OMS [96] mais les difficultés d'accès au traitement à Oiapoque ont rendu difficile l'application de ces recommandations. Au moment du recueil de données des enquêtes, la majorité des patients étaient donc non traités. Dans un tel contexte, des prises de risques, même lorsqu'elles semblent marginales, peuvent prendre un poids épidémiologique non négligeable. Les échanges sexuels ne se bornent pas aux frontières et la Guyane est entourée par deux pays dont les épidémies sont jeunes et généralisées. Il semble donc

⁴ Source : MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

indispensable pour gérer l'épidémie de travailler en coopération avec les pays voisins que sont le Suriname et le Brésil.

Connaître l'épidémie localement permet d'adapter la réponse à celle-ci et est fondamental dans la gestion du VIH. Le monitoring de l'épidémie et la surveillance des groupes à risque, parmi lesquels les travailleuses du sexe, sont donc des éléments essentiels de cette gestion [87].

3.2.2. L'aspect individuel

L'individu est souvent au centre de la prévention. Il est alors important de s'interroger sur ce qu'il est possible d'engager au niveau de l'individu pour réduire les comportements sexuels à risque et encourager le dépistage.

L'utilisation du préservatif

Au niveau individuel, il est important de préciser de nouveau que les travailleuses du sexe interrogées en Guyane et à Oiapoque avaient des comportements sexuels commerciaux relativement « protégés ». Elles utilisaient presque toutes le préservatif de manière constante avec les clients. Toutefois, son utilisation n'était pas toujours correcte. Elles étaient nombreuses à rapporter des ruptures de préservatifs, à déclarer avoir déjà superposé deux préservatifs masculins l'un sur l'autre, à ne pas bien connaître le préservatif féminin et à ne pas changer ce dernier à chaque rapport. L'utilisation du préservatif féminin n'était pas encore très répandue parmi les femmes interrogées, souvent parce qu'elles ne le trouvaient pas pratique. Toutefois, plusieurs études ont montré que l'utilisation du préservatif féminin pouvait être une alternative individuelle intéressante dans la réduction des risques [20, 97, 98].

En termes d'actions à envisager, il serait pertinent :

- de faire le point avec les travailleuses du sexe sur l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ;
- de corriger les éventuelles erreurs de manipulation ou fausses croyances ;
- et de voir dans quelle mesure l'utilisation du préservatif féminin dans le contexte régional pourrait être une plus-value préventive.

L'efficacité du travail des associations de terrain a été suggérée par les résultats, notamment à travers la participation aux ateliers et bien sûr à travers les bons chiffres d'utilisation du préservatif avec les clients. Il serait donc nécessaire :

- d'organiser régulièrement, pour pallier au turn-over des travailleuses du sexe, des ateliers sur l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ;
- de repérer les erreurs de manipulations, les fausses croyances et les barrières à l'utilisation, notamment pour le préservatif féminin ;
- et d'adapter le message en fonction, notamment lors des tournées de nuit où des préservatifs sont distribués.

L'utilisation du préservatif avec les partenaires intimes était bien moins systématique qu'avec les clients. Cependant, il est important de souligner que les chiffres des travailleuses du sexe sont particulièrement élevés comparativement à la population générale des DFA. En effet, parmi les femmes interrogées en 2011 dans le cadre de l'enquête KABP menée par l'ORS Île-de-France et l'INPES, 40,5% n'avaient pas utilisé de préservatifs lors de leur dernier rapport avec un partenaire récent [14]. Le préservatif est une composante essentielle d'une stratégie complète, efficace et durable de prévention du VIH. Son utilisation avec les partenaires intimes reste un thème compliqué à aborder, et sa pertinence comme composante de la prévention est de plus en plus discutée. En effet, les chiffres montrent que

les travailleuses du sexe interrogées restaient relativement prudentes même avec leurs partenaires intimes. De plus, la capacité à négocier le préservatif touche à la sphère de l'intime et des émotions. Ainsi la pertinence d'utiliser comme levier d'action l'utilisation systématique du préservatif dans la sphère intime est désormais remise en cause. L'idée qu'avoir des relations sexuelles sans préservatif n'équivaut pas nécessairement à un risque vient bouleverser la conception plus traditionnelle de la prévention [99].

Des pistes biomédicales

En complément de l'utilisation du préservatif, de nouvelles alternatives sont de plus en plus envisagées, notamment l'utilisation des ARV (AntiRétroViraux) comme TasP (Traitement as Prevention) ou PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) [96]. Les résultats des essais sont concluants et encourageants, bien que concernant pour le moment principalement les hommes [100, 101]. Toutefois concernant les femmes, la piste d'un gel vaginal microbicide contenant du ténofovir, utilisé en PrEP, est à l'essai actuellement. Une étude aurait révélé que son utilisation avant et après une relation sexuelle pourrait être efficace dans 39% des cas dans la prévention des nouvelles infections à VIH chez la femme [102]. Ce type de dispositif topique pourrait être particulièrement bien adapté aux travailleuses du sexe, mais il s'agit là d'extrapolations puisqu'aucun essai clinique n'a été spécifiquement mené dans une population de travailleuses du sexe et l'efficacité de la PrEP dans des conditions de fréquence élevée de rapports et de partenaires différents sur de courtes périodes est encore inconnue [87]. Dans l'intimité, le rapport de l'OMS concernant la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH parmi les populations clés, explique que la recommandation de l'utilisation de la PrEP et du TasP dans un couple sérodiscordant demeure pertinente pour

les travailleuses du sexe si elles se trouvent dans cette situation avec leur partenaire intime [96].

L'arrivée de nouvelles conceptions de la prévention soulève plusieurs interrogations dans des contextes culturels particuliers. Tout d'abord, il convient de s'interroger sur l'impact que pourrait avoir une médicalisation de la prévention. En effet, une prévention qui inclurait la PrEP nécessiterait un suivi médical important qui peut s'avérer difficile avec des personnes dans des situations administratives compliquées dont la moitié ne dispose d'aucune couverture sociale. Il convient également de voir dans quelle mesure une médicalisation de la prévention peut être socialement et culturellement acceptée et de prendre en compte les risques d'incompréhension, de fausse-croyance ou de confusion dans les messages. Il est nécessaire de rappeler également que si la PrEP fonctionne pour le VIH, elle ne fonctionne pas pour les autres IST. Les IST constituent des vulnérabilités supplémentaires face au VIH. Il est donc important d'amener les travailleuses du sexe à se faire dépister régulièrement pour les IST et à les traiter.

Inciter au dépistage

Si l'utilisation de la PrEP chez les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque n'est pas encore envisagée à court terme, d'autres actions peuvent être immédiatement mises en place, notamment l'incitation au dépistage du VIH et des IST. Le dépistage joue un rôle essentiel dans la prise en charge du VIH et plus le diagnostic est précoce, plus la prise en charge sera efficace. Il s'agit donc d'un enjeu important de santé publique [103]. Nous avons vu qu'en Guyane, les travailleuses du sexe interrogées avaient quasiment toutes déjà été dépistées et que beaucoup avaient fait plusieurs tests au cours de leur vie. Cette situation était très différente à Oiapoque, où les taux de dépistage étaient bien inférieurs. Il semble

donc indispensable d'inciter les travailleuses du sexe d'Oiapoque à se faire dépister et à le faire régulièrement. Les résultats de nos enquêtes ont montré que concernant le dépistage, la zone géographique était importante tout comme la nationalité, les Brésiliennes semblaient effectivement être moins nombreuses à se faire dépister. Cela amène donc à réfléchir à un autre niveau encore peu utilisé, celui des réseaux des individus, et permet d'envisager la prévention au-delà du stade individuel.

3.2.3. La méconnaissance des réseaux

Le rôle des réseaux est relativement peu exploré dans le contexte des travailleuses du sexe. La communauté des travailleuses du sexe est souvent vue dans son ensemble alors même qu'elle est hétérogène et mobile. Par conséquent, pour être efficaces, les programmes doivent tenir compte des différents environnements juridiques, politiques, sociaux, sanitaires dans lesquels évoluent les personnes et surtout de la diversité culturelle existante au sein même de la communauté [96].

Les réseaux des travailleuses du sexe sont multiples, il peut s'agir du réseau :

- social, à travers la nationalité, particulièrement en Guyane ;
- professionnel, à travers le lieu de travail, particulièrement à Oiapoque où les travailleuses du sexe exercent dans les établissements dédiés ;
- sexuel, à travers par exemple la clientèle, notamment la clientèle partagée.

Utiliser les réseaux comme canaux de prévention

En Guyane, on a pu observer que sur le terrain les travailleuses du sexe dominicaines ne se rencontraient pas aux mêmes endroits que les Brésiliennes ou les Guyaniennes, il y avait un découpage géographique visible. Les résultats montraient également qu'au sein même de la

communauté des travailleuses du sexe, on observait des comportements différents selon la nationalité des personnes interrogées. Les Brésiliennes semblaient se démarquer des autres pour le dépistage notamment, ou pour les pensées stigmatisantes. Il faut donc prendre conscience que l'on ne parle pas de prévention de la même manière avec une travailleuse du sexe brésilienne qu'avec une travailleuse du sexe haïtienne. Il ne s'agit donc plus d'envisager un programme, mais des programmes de prévention flexibles et adaptables. En matière de prévention, les initiatives se doivent d'être modulables pour répondre au mieux, au fil du temps, à l'évolution de la communauté des travailleuses du sexe selon leurs réseaux d'appartenance [96]. En Guyane, ces initiatives pourraient donc être plus spécifiques aux différentes nationalités retrouvées parmi les travailleuses du sexe.

A Oiapoque, le commerce du sexe est organisé à travers les établissements qui hébergent l'activité et chaque établissement où séjournent les travailleuses du sexe peut être vu comme un réseau dont les gérants sont les pièces stables. Il serait donc intéressant d'impliquer les gérants dans la prévention puisqu'ils représentent des relais importants à Oiapoque où le turn-over des travailleuses du sexe est important.

Investiguer les réseaux sexuels

Les réseaux sexuels renvoient à l'ensemble des personnes qui sont liées directement ou indirectement par des relations sexuelles, ils sont encore peu explorés, mais constituent une alternative à la catégorie de groupe à risque [104]. Ils prennent en compte des facteurs contextuels qui contraignent les relations et les comportements sexuels et la dimension relationnelle de la transmission. Ainsi l'appartenance à un type de réseau sexuel peut conduire à une exposition majorée au risque de transmission du VIH en fonction de la prévalence dans ce réseau et des comportements de prévention qui y sont pratiqués [104,

105]. Dans le cas des travailleuses du sexe, les réseaux sexuels sont larges, car incluant d'une part les partenaires intimes et d'autre part les clients. Les clients réguliers n'allant pas toujours voir les mêmes travailleuses du sexe, ces réseaux peuvent s'avérer particulièrement connexes dans de petites villes comme Oiapoque par exemple. Leur étude permettrait de faire le lien entre les travailleuses du sexe, les populations ponts et la population générale également et d'identifier les risques de propagation d'un groupe à l'autre [106, 107]. Cela n'a jamais été fait en Guyane, ni à Oiapoque, mais permettrait de mieux comprendre la dynamique de l'épidémie dans ce groupe et d'apporter des réponses encore plus ciblées en raisonnant au-delà de la notion de groupe vulnérable. Des études d'épidémiologie moléculaire du virus VIH avec des séquences virales de patients de différentes villes sont prévues en Guyane, mais aussi au Suriname et au Brésil. Ceci pourrait permettre d'apporter des informations supplémentaires sur les clusters de transmission du virus.

3.2.4. L'importance du communautaire

Plusieurs projets adoptant des approches communautaires parmi les travailleuses du sexe ont prouvé leur efficacité à l'instar du projet Sonagachi en Inde, du projet 100% condom en Thaïlande et de son adaptation en République Dominicaine [75, 108, 109]. Il semble aujourd'hui difficilement envisageable de proposer des actions de prévention sans une démarche communautaire impliquant fortement les travailleuses du sexe. Il est donc intéressant de s'inspirer sur ces exemples de réussites en matière de prévention communautaire pour repérer des éléments transposables au contexte local en Guyane et à Oiapoque.

Encourager l'empowerment, fédérer les travailleuses du sexe

L'un des objectifs principaux de ces projets est d'encourager l'empowerment des travailleuses du sexe. Les approches communautaires encourageant l'empowerment des personnes sont d'ailleurs très significativement associées à une réduction des infections par le VIH et les IST [96, 110]. L'empowerment des personnes peut prendre de multiples facettes, impliquant plus ou moins fortement la communauté des travailleuses du sexe. Il est indispensable pour parvenir à cet objectif, de travailler avec les travailleuses du sexe et de les amener à entreprendre et à penser les interventions elles-mêmes [87, 110]. Plusieurs études ont montré que les travailleuses du sexe commençaient à se mobiliser et à se fédérer à partir du moment où elles se reconnaissaient en tant que telles et qu'elles dépassaient la stigmatisation énorme à laquelle elles font face [75, 111]. Les projets développés fonctionnent lorsqu'ils veillent à l'accès aux droits humains des travailleuses du sexe et non lorsqu'ils visent à sortir les personnes de leur profession, à les «sauver» de leur condition, ce qui dénote un jugement de valeur négatif et une stigmatisation importante [110]. L'approche d'empowerment de la communauté des travailleuses du sexe peut être une approche globale, dans laquelle se retrouve des éléments d'intervention biomédicale (comme le dépistage et le counselling, l'orientation pour la prise en charge, etc...), comportementale (comme l'éducation par les pairs, la distribution de préservatifs, etc...) et structurelle (comme la mobilisation communautaire pour l'accès aux droits et à la santé par exemple) [110].

Une démarche communautaire pourrait donc inclure une réponse efficace et complète aux problèmes repérés, comme le non-recours au dépistage par exemple. A Oïapoque, le fait d'avoir déjà été dépisté était fortement corrélé au fait d'être informé sur le dépistage. Une première réponse serait donc l'incitation communautaire des travailleuses du sexe,

notamment à travers l'éducation par les pairs, à aller se faire dépister systématiquement et régulièrement. L'organisation des travailleuses du sexe entre elles favoriserait, avec l'appui des associations locales de prévention, l'organisation d'ateliers, de groupes de discussion sur cette thématique, mais également sur d'autres sujets. La formation de pairs parmi la communauté, qui pourraient avoir un rôle de sentinelles, permettrait de toucher les personnes les plus isolées. Au final, ceci aiderait les personnes à se fédérer, à s'organiser et augmenterait l'empowerment de leur communauté. Une démarche similaire a été entamée à Belém, où un groupe de femmes prostituées de l'Etat du Pará (GEMPAC) s'est constitué, mais également à Macapá, dans l'Etat de l'Amapá. La présidente de l'association des travailleurs du sexe de Macapá est déjà venue plusieurs fois à Oiapoque pour trouver des relais sur place. Cette démarche, avec l'appui des associations de terrain locales, pourrait être encouragée et il serait peut-être envisageable que des personnes de Macapá et du GEMPAC de Belém viennent partager leur expérience avec les travailleuses du sexe à Oiapoque et les aider à se fédérer.

En Guyane, cette démarche a été initiée à travers la formation de pairs éducateurs, mais n'a pas abouti à une fédération des travailleuses du sexe. Le contexte est ici très différent puisqu'au sein même de la communauté des travailleuses du sexe existent plusieurs réseaux, définis par la nationalité des personnes, qui ne se côtoient quasiment pas entre elles. Le défi est alors un peu plus complexe puisqu'il faudrait probablement stratifier dans un premier temps par nationalité la démarche d'empowerment communautaire. Si cette démarche peut fonctionner pour les travailleuses du sexe fonctionnant en réseau, comme les «professionnelles» interrogées majoritairement dans ces enquêtes, elle est plus difficilement applicable pour les personnes hors réseau, comme c'est le cas des consommatrices de crack

pratiquant le sexe transactionnel. Les approches préventives doivent être envisagées différemment suivant le profil des personnes.

Utiliser le traitement comme prévention

L'importance d'un dépistage régulier et systématique parmi les travailleuses du sexe prend un sens particulier si l'on envisage, parallèlement à la prévention comportementale, l'option biomédicale. Cette option a été évoquée par Thomas Quinn en 2000, il parlait alors de l'utilisation de la charge virale des individus comme facteur prédictif du risque de contamination [112]. Elle fait de plus en plus consensus concernant les groupes à risque. En effet, l'utilisation des ARV comme TasP est de plus en plus évoquée dans pour les travailleuses du sexe [96]. Il s'agit du traitement précoce des patients séropositifs par thérapie antirétrovirale afin de réduire le risque de transmission du virus aux partenaires sexuels séronégatifs, en diminuant la charge virale du partenaire séropositif. Toutefois plusieurs questions se posent en termes d'éthique, de coûts, d'acceptation par les personnes et nuancent l'enthousiasme que suscite le TasP [113]. En effet, certains craignent un relâchement des comportements préventifs des personnes séropositives en diminuant le risque de contamination par des ARV. L'observance également est fondamentale pour que le traitement comme prévention fonctionne, il faut donc obtenir l'adhérence des personnes. Si cela est réalisable dans certains milieux informés, comme dans certains milieux gays en France notamment, cela semble l'être beaucoup moins dans d'autres milieux et régions du monde, notamment où les personnes sont très mobiles. Des essais sont en cours pour mesurer la faisabilité et l'acceptabilité du traitement comme prévention notamment dans des zones rurales d'Afrique du Sud (Essai ANRS 12249 TasP), les premiers résultats

encourageants ont été présentés lors de la conférence internationale sur le SIDA à Melbourne en 2014 [114].

En termes de coûts, un dépistage régulier, tous les trois mois pour les populations vulnérables, et un traitement précoce pour les personnes dépistées positives sont rentables économiquement par la réduction de la transmission du virus et par la baisse à terme de la morbidité et de la mortalité liée au VIH [115].

Certaines simulations ont toutefois montré que l'utilisation du TasP avait un effet limité là où le niveau de dépistage et l'accès aux antirétroviraux étaient déjà élevés [116]. Une telle intervention ne serait probablement pas une réelle plus-value dans la stratégie préventive en Guyane, mais reste une option intéressante pour la zone frontière avec le Brésil. Cela amène à se poser des questions concernant l'influence des déterminants structuraux sur la mise en place d'interventions de prévention.

3.2.5. Le cadre structurel

Le niveau structurel inclut les facteurs sociaux, politiques, législatifs, économiques et culturels (tous les facteurs contextuels extérieurs à l'individu) qui agissent directement sur l'activité des travailleuses du sexe et sur leur risque de transmission et d'acquisition du VIH [87, 116]. Les recherches de la dernière décennie suggèrent que les interventions comportementales ou biomédicales seules avaient un effet modéré sur la transmission du VIH. Cela a amené à réfléchir à une prévention combinée dans laquelle il faudrait inclure des interventions structurelles qui font intervenir la société civile, mais également les pouvoirs publics [116].

L'accès au traitement

Comme évoqué plus haut, le dépistage et le traitement sont des éléments déterminants dans la gestion de l'épidémie. Pour traiter les personnes, il faut dans un premier temps qu'elles se dépistent. Or, à Oiapoque le taux de dépistage parmi les travailleuses du sexe est faible. Le dépistage est désormais disponible dans la commune depuis 2010. Des interventions pourraient, comme cela a été discuté, être mises en place pour encourager le dépistage parmi les travailleuses du sexe à Oiapoque. Pour que les personnes se traitent, et qu'elles soient observantes (afin d'éviter des résistances), il faut ensuite que le traitement soit disponible sur place et qu'un accompagnement soit proposé (avec un suivi régulier, une gestion des effets secondaires et de l'éducation thérapeutique). Or, si en Guyane, le traitement est disponible partout, la situation est différente à Oiapoque. Effectivement, les personnes dépistées positives au VIH doivent se rendre à Macapá, à 8 heures de piste d'Oiapoque en saison sèche, pour obtenir leur traitement. Le centre de santé de Saint-Georges, sur la rive guyanaise, est, lui, à 10 minutes de pirogue. Il serait peut-être envisageable, dans l'attente que le traitement soit disponible à Oiapoque, que les personnes séropositives puissent obtenir leur traitement côté guyanais. Les autorités à Brasilia ont donné leur accord pour la construction d'un SAE (Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids) à Oiapoque, mais pour le moment aucun médecin ne souhaite venir y travailler, la structure n'a donc pas encore ouvert ces portes. Cela met en exergue une dure réalité des zones isolées : le turn-over important et la difficulté d'attirer du personnel médical. Un groupe de travail transfrontalier, réunissant des acteurs de terrain et des institutionnels français et brésiliens, a été mis en place pour réfléchir à ces questions. Des discussions sont en cours, mais l'absence d'un coordinateur transfrontalier ralentit considérablement l'aboutissement des projets en cours. Il serait peut-être envisageable, dans un premier

temps, d'ouvrir à nouveau ce poste de coordinateur transfrontalier qui semble indispensable.

Les mêmes problématiques se retrouvent à la frontière surinamaïse. Le Suriname et la Guyane sont également entrés dans une démarche de coopération, avec notamment la mise en place d'une coopération hospitalière visant à partager les informations et à harmoniser les protocoles entre les différentes structures de soins de part et d'autre du Maroni [117].

La mobilité et la précarité

Les travailleuses du sexe en Guyane, comme à Oiapoque, sont pour la plupart des personnes migrantes et mobiles. En Guyane, les travailleuses du sexe interrogées venaient quasiment exclusivement des pays de la région Amérique du Sud/Caraïbes. Elles étaient plus dans une optique d'installation sur le moyen ou long terme. A Oiapoque, les travailleuses du sexe interrogées venaient, elles, du Brésil, principalement d'Etats voisins, comme le Pará, le Ceará ou le Maranhão. Elles étaient plus dans une optique de mobilité à court terme : aller travailler sur de courtes périodes dans les sites d'orpaillage, rester un peu à Oiapoque puis repartir dans leur région d'origine. La migration et la mobilité ont un effet particulièrement complexe et non linéaire sur le risque de transmission, à la fois en augmentant ou en mitigeant le risque [116, 118, 119]. Les mobilités internes, circulaires (correspondant plus aux mobilités observées à Oiapoque) sont plus associées à une hausse de la vulnérabilité, à un obstacle au suivi et à l'observance. Alors que les migrations internationales sur le long terme (correspondant plus à celles observées en Guyane) sont, elles, plus souvent associées à une plus faible prévalence et à un bon usage du préservatif. Les caractéristiques géographiques, économiques et les structures épidémiques influencent aussi largement le risque pour les travailleuses du sexe [116]. Qu'il s'agisse des travailleuses du sexe de Guyane

ou d’Oiapoque, toutes les personnes interrogées se trouvaient dans des situations de grande précarité économique et souvent sociale. En Guyane, s’ajoute une dimension administrative, la grande majorité des personnes n’avaient pas de titre de séjour, ni de couverture sociale. La précarité administrative entrave l’accès des personnes aux droits, aux soins et à la prévention, maintenant les personnes dans une précarité sanitaire importante [43]. Toutefois, en France, les personnes n’ayant pas de titre de séjour ont droit à une couverture sociale après trois mois de résidence (Aide Médicale d’Etat). Des mesures pourraient être mises en place pour favoriser l’accès des personnes à leurs droits. L’article 25 de la Déclaration des droits de l’Homme rappelle que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille.

Il est important de préciser qu’en France, comme au Brésil, les programmes liés au VIH/SIDA prennent largement en compte ces vulnérabilités et proposent des actions spécifiques à destination des populations migrantes internationales ou intérieures, parmi lesquelles on retrouve les travailleuses du sexe.

Médiations

Si la démarche communautaire est priorisée, les métiers de « médiateur culturel » ou de « médiateur en santé » ne sont pas encore reconnus à leur juste valeur en Guyane. Il n’existe pas de professionnalisation des métiers de médiation. Le Brésil a depuis quelque temps reconnu ce métier à travers ces « agents communautaires de santé » [120]. Développer l’offre de médiation paraît important dans l’idée de permettre le développement d’actions au niveau communautaire, il faudrait pouvoir être en mesure de proposer une professionnalisation pour les personnes relais au sein des communautés, comme l’avait

proposé l'IMEA (Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée) au début des années 2000, mais surtout la création de postes pérennes [120-122].

Le cadre législatif

Ces multiples difficultés, couplées au cadre législatif, impactent inévitablement l'environnement de travail des personnes et peuvent entraver l'accès des travailleuses du sexe à la prévention. Un nombre croissant de rapports montrent combien les lois punitives et les politiques réprimant le travail du sexe, incluant la criminalisation de quelques aspects ou de tout le travail du sexe, augmentent la stigmatisation, l'insécurité économique et sociale des travailleuses du sexe et par là même leur vulnérabilité face au VIH [116, 123].

A Oiapoque, bien que la législation l'interdise, les travailleuses du sexe officient principalement dans certains établissements dédiés : à l'intérieur de boîtes, de posadas, d'hôtels ou de bars. Les clients viennent donc dans un lieu précis pour rencontrer des travailleuses du sexe qui bénéficient à ce moment-là d'un cadre plus sécurisant pour rencontrer leurs clients. Toutefois les propriétaires des lieux sont très méfiants et laissent peu l'accès pour des interventions de prévention notamment, de peur d'être condamnés pour proxénétisme. La plupart des femmes interrogées à Oiapoque venaient pour aller travailler sur un site d'orpaillage et ensuite repartir. Les conditions sanitaires, l'isolement sur un site d'orpaillage augmentent considérablement la vulnérabilité des personnes [22].

En Guyane, les personnes travaillent beaucoup plus souvent dans la rue ou à leur domicile. Dans la rue, elles sont en proie aux arrestations de la police aux frontières et, redoutant les expulsions, elles vont avoir tendance à se cacher, à rencontrer des clients dans des lieux de plus en plus reculés. Les travailleuses du sexe se retrouvent très souvent isolées avec les clients.

Entre Oïapoque et la Guyane, l'environnement de travail est très différent. Toutefois, l'isolement reste l'un des éléments fragilisants communs, car il favorise la vulnérabilité des personnes : elles sont plus exposées aux risques de violences d'une part et restent à l'écart du travail de prévention d'autre part. Il est nécessaire de rendre l'environnement plus sûr pour les travailleuses du sexe et d'envisager les lois de manière, non plus à les pousser à la clandestinité, mais à assurer leur sécurité physique et à respecter leurs droits fondamentaux. En France, la position du gouvernement est abolitionniste. Le fait de se prostituer n'est pas poursuivi, mais le proxénétisme est illégal ainsi que le racolage actif ou passif. Une nouvelle loi visant à lutter contre le système prostitutionnel est en cours d'examen au Sénat.

Au Brésil, la législation est relativement similaire à celle de la France, la prostitution des adultes n'est pas interdite, mais toute forme de proxénétisme est réprimée. La question est également en débat au Brésil puisque plusieurs projets de loi sont en discussion. Un projet de loi de 2013, appelé Loi «Gabriela Leite», soutenu par les progressistes et rédigé en concertation avec les associations de prostituées, a une approche réglementariste de commerce du sexe et propose notamment la réhabilitation des maisons de prostitution afin d'offrir un cadre de travail plus sécurisant pour les travailleuses du sexe. Parallèlement, un autre projet de loi a été déposé, soutenu, lui, par les conservateurs et adoptant une position résolument abolitionniste sur le sujet en prévoyant plutôt un durcissement des dispositifs existants dont la pénalisation des clients.

Les discussions législatives prennent une dimension particulière à la frontière, puisque si deux législations différentes passent, on pourrait avoir une frontière où d'un côté il y a un durcissement des lois encadrant la prostitution et de l'autre une réglementation de la prostitution, avec l'ouverture de maisons de prostitution légales. Oïapoque pourrait alors

connaître une véritable explosion de l'économie du sexe qui, si mal encadrée, pourrait créer une situation sanitaire particulièrement inquiétante.

La législation définit clairement le cadre dans lequel les travailleuses du sexe peuvent exercer et selon une revue d'articles de K. Shannon, ce serait la décriminalisation du travail du sexe qui pourrait avoir le plus grand effet sur l'épidémie à VIH, prévenant entre 33 et 46% des nouvelles infections dans la prochaine décennie [116].

De manière générale, les interventions structurelles ne peuvent être effectives qu'avec la compréhension et le soutien des pouvoirs publics et politiques. En ce sens, ces interventions nécessitent un travail de fond important bien qu'elles soient peut-être les plus fondamentales dans le déroulement des interventions de prévention dans leur ensemble.

3.3. Réflexions sur les actions à mener

Chacun des niveaux individuels, communautaires et structurels est indispensable à la prévention du VIH et s'imbriquent les uns aux autres. Penser une intervention au niveau individuel nécessite inmanquablement de s'interroger sur les niveaux communautaires et structurels, car le commerce du sexe, et plus largement la sexualité des personnes, est quelque chose de complexe, d'individuel et situationnel, qu'il ne faut pas traiter comme étant déconnecté de la vie des individus et de leur environnement.

Il est alors important de s'interroger sur ce qui semble essentiel pour atteindre une bonne combinaison d'éléments de prévention et de se fixer des objectifs de santé clairs et réalistes. En Guyane et à Oiapoque, des restitutions des résultats ont été organisées auprès des professionnels de santé et de terrain, et auprès des travailleuses du sexe en utilisant les résultats des enquêtes comme appui à la discussion. Un atelier de travail avec les

associations de terrain a été organisé à la suite des restitutions. L'objectif était de repérer les comportements à adopter, les différents déterminants de ces comportements et de réfléchir aux interventions à mettre en place pour agir sur ces déterminants. Maintenir le lien avec le terrain, à travers les associations notamment, est indispensable pour mettre en relief les résultats des enquêtes et les nuancer, car les réalités sur le terrain évoluent rapidement.

Afin de structurer les différentes composantes relatives aux actions, il est possible d'utiliser des outils comme entre autres, le *logic model* ou le *precede-proceed planning model* [124, 125]. Ces outils, utilisés notamment par l'ONUSIDA, permettent de rendre lisible et de synthétiser des programmes complexes. Le *logic model* (cf figure n°13) décrit les différentes composantes d'une action et représente les liens de causalité entre les différents éléments d'une intervention. Chaque élément est sous-tendu par des hypothèses sous-jacentes et influencé par des facteurs externes [125]. Le *precede-proceed planning model* (cf figure n°14) est particulièrement utilisé dans les sciences sociales. L'idée est de partir de l'objectif souhaité et de réfléchir « à rebours » pour atteindre cet objectif.

Cet outil pourrait être utilisé avec pertinence en Guyane, comme à Oïapoque pour la construction et l'évaluation de nouvelles interventions auprès des travailleuses du sexe.

Lors des ateliers de travail, ces modèles n'ont pas été utilisés en tant que tels, mais le principe a été repris. Il serait intéressant de concevoir le monitoring et l'évaluation des actions proposées à l'aide de ces outils.

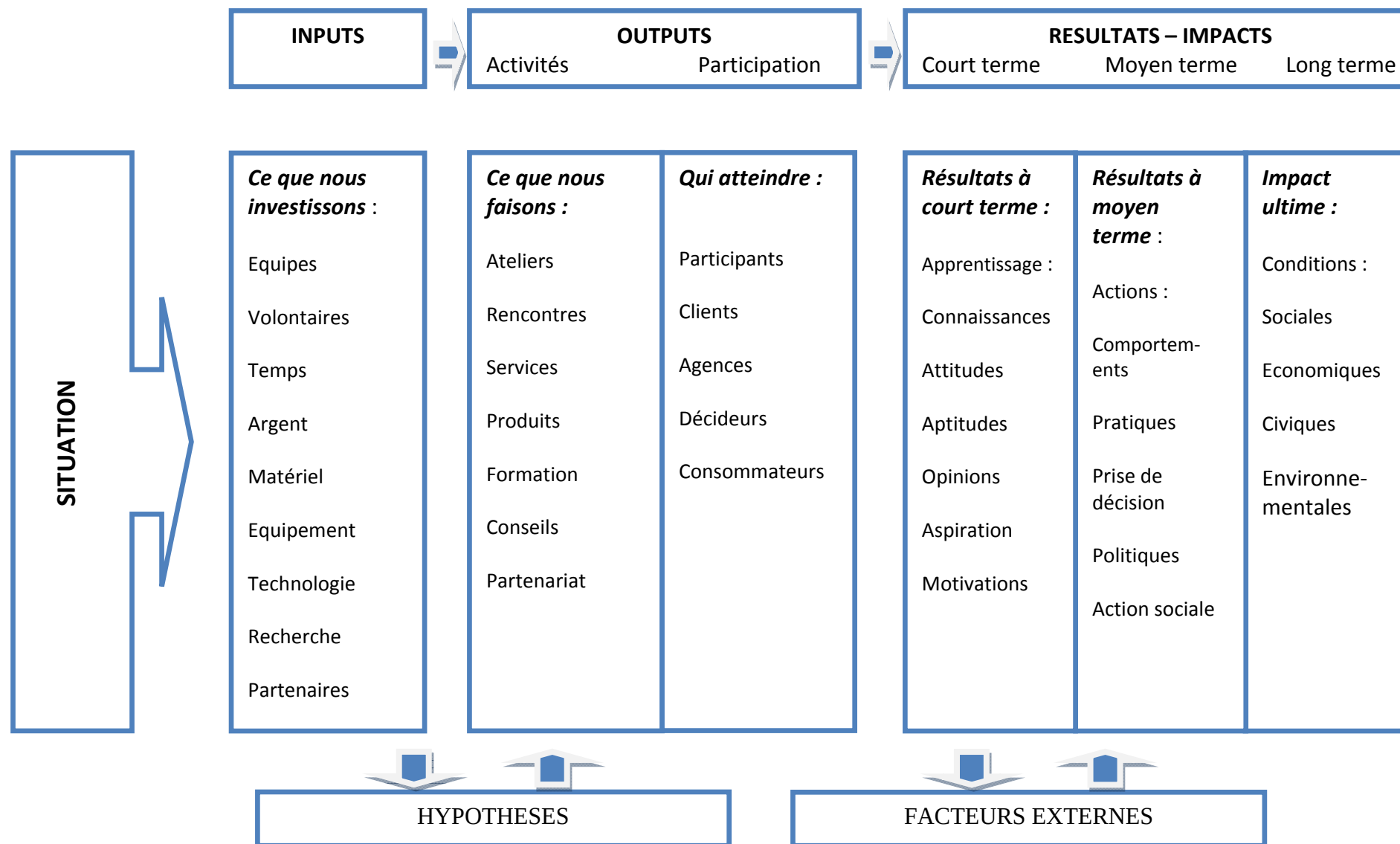


Figure n°13 : Structure d'un logic model, figure adaptée de l'Université du Wisconsin (source : <http://extension.missouri.edu/staff/programdev/plm/>)

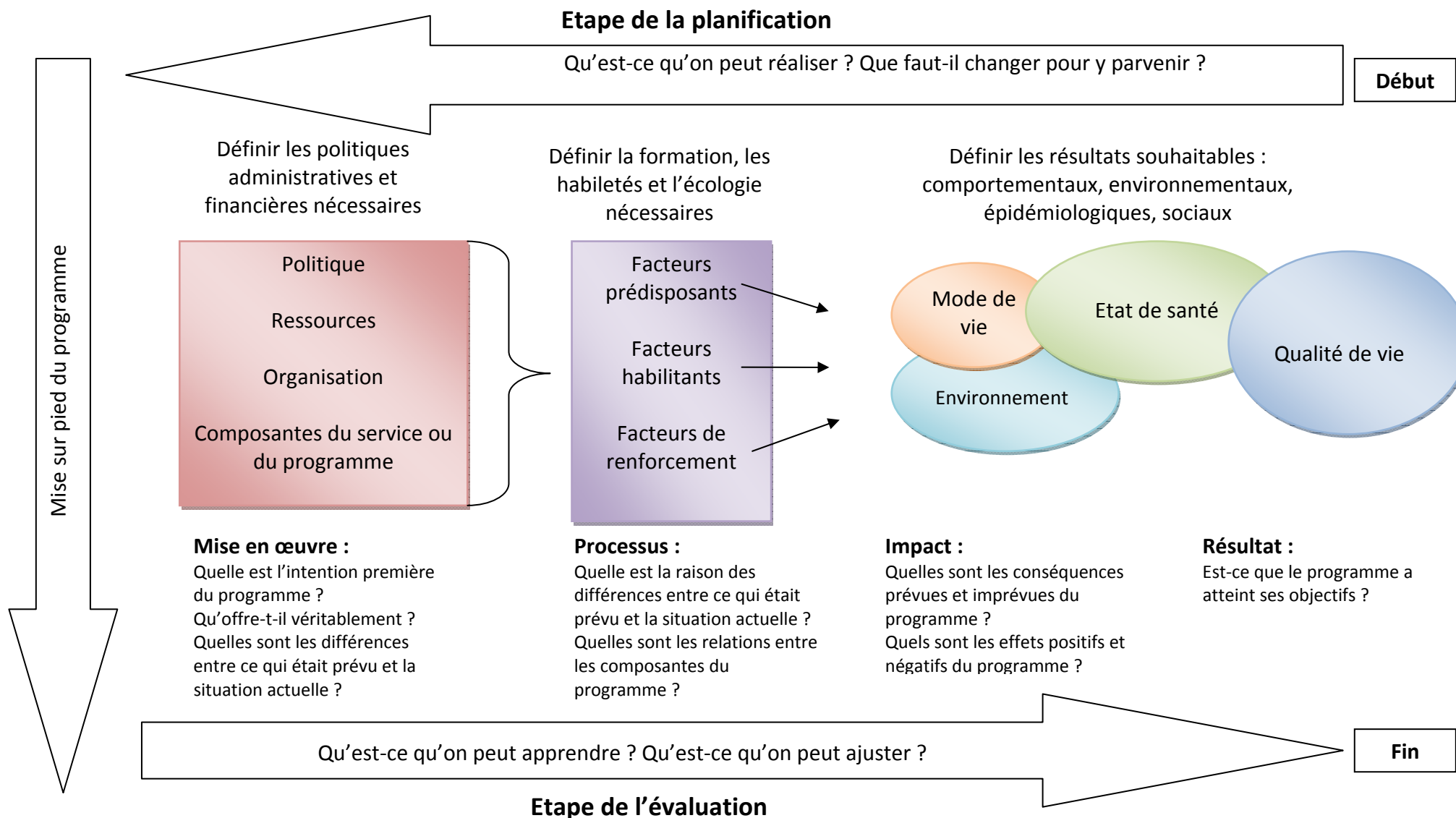


Figure n°14 : Structure d'un precede-proceed planning model, figure adaptée de L. Green (source : <http://lgreen.net/precede.htm>)

3.3.1. En Guyane

En Guyane, plusieurs associations proposent déjà des interventions et des programmes de prévention spécifique aux travailleuses du sexe. L'atelier de travail en Guyane est parti de ces interventions déjà existantes. En s'appuyant sur l'expertise de terrain des associations, des comportements à atteindre ont été listés (cf figure n°15). Ces comportements peuvent être vus comme des objectifs à atteindre. Ainsi l'utilisation constante et adéquate du préservatif, le suivi et le traitement précoce des personnes séropositives, le recours au TPE, l'empowerment de la communauté, sont parmi les priorités repérées.

Ces comportements sont sous-tendus par un certain nombre de déterminants, de prérequis, qui concernent directement les travailleuses du sexe comme savoir évaluer son risque d'avoir le VIH, savoir utiliser correctement un préservatif, avoir accès à ces droits, aux soins, etc ... mais aussi indirectement d'autres acteurs prenant part de près ou de loin au commerce du sexe comme les clients ou la police (cf figure n°15). En effet, l'empowerment de la communauté serait facilité si les travailleuses du sexe se sentaient plus écoutées, moins stigmatisées et plus protégées, par exemple en cas d'agression. Les retours de terrain montrent que la quasi-totalité des travailleuses du sexe ne porte pas plainte en cas d'agression par manque de confiance et par peur de la police. Les clients sont des acteurs à part entière dans les rapports commerciaux. Pour cette raison, ils doivent également être ciblés par la prévention. Sensibiliser les clients à la question du VIH et des IST et au respect des travailleuses du sexe participerait à l'utilisation constante et adéquate du préservatif, comme à l'empowerment de la communauté des travailleuses du sexe.

Ces réflexions ont abouti à plusieurs propositions de nouvelles actions comme par exemple :

- la création de brochures de prévention spécifiques à la Guyane à destination des travailleuses du sexe selon leur nationalité ;

- la formation de médiateurs de santé parmi les travailleuses du sexe ;
- la sensibilisation des clients à la prévention VIH ;
- et au respect des travailleuses du sexe à travers des messages affichant les normes (respect des travailleuses du sexe, utilisation constante du préservatif) qu'il est plus difficile de transgresser s'il elles sont formulées, ou encore la formation de policiers à l'accueil de femmes victimes de violence, notamment de travailleuses du sexe.

Le renforcement d'actions déjà existantes a également été discuté comme l'organisation de groupes de paroles et d'ateliers, la distribution de préservatifs, la sensibilisation aux droits, etc ...

Certains déterminants ne sont pas visés par des actions spécifiques, car ils ne semblaient pas prioritaires en Guyane comme le dépistage et l'accès aux ARV qui fonctionnent plutôt bien en Guyane, même en site isolé. On constate par exemple un progrès dans l'accès aux ARV le long du fleuve Maroni et ceci malgré les difficultés du terrain.

Ces différentes propositions d'interventions impliquent les différents niveaux d'actions discutés précédemment :

- Le niveau individuel : les travailleuses du sexe sont les premières visées, mais également les clients, à travers des actions se basant sur la psychologie sociale notamment (théorie de l'action raisonnée).
- Le niveau réticulaire : avec l'implication des réseaux, notamment en adaptant certaines interventions selon la nationalité.
- Le niveau communautaire : avec des interventions assez ciblées comme la formation de médiateurs en santé parmi les travailleuses du sexe, mais également la création d'outils, de brochures à destination spécifique des travailleuses du sexe.

- Et le niveau structurel : par l'engagement d'une réflexion sur le statut de médiateur en santé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) et d'une réflexion institutionnelle sur l'aide à l'accès aux droits, notamment pour l'AME avec la CGSS (Caisse Générale de la Sécurité Sociale).

3.3.2. A Oiapoque

A Oiapoque, les problématiques sont différentes de la Guyane. Il n'existe pas d'interventions spécifiquement à destination des travailleuses du sexe et une seule association d'éducation et de prévention à la santé existe. Le recours au dépistage est faible et l'accès aux ARV difficile. D'autres problématiques ont été évoquées lors des restitutions et notamment l'utilisation de produits comme le citron pour nettoyer le vagin après les rapports chez les travailleuses du sexe brésiliennes. Cette pratique pourrait être rapprochée de celle du dry sex plus connue sur le fleuve Maroni [117].

Les objectifs fixés pour Oiapoque reprennent bien sûr certains objectifs proposés en Guyane, comme l'utilisation constante et adéquate du préservatif, l'utilisation du préservatif féminin, le suivi et le traitement des IST, le suivi et le traitement précoce des personnes séropositives et l'empowerment de la communauté. D'autres objectifs plus spécifiques à Oiapoque ont été ajoutés comme le recours au dépistage et l'arrêt de l'utilisation d'astringents (cf figure n°16).

Les déterminants repérés sont les mêmes qu'en Guyane, mais d'autres ont été ajoutés, comme l'accès au dépistage et aux ARV qui est indispensable pour permettre une hausse du taux de dépistage et le traitement précoce des personnes séropositives, ainsi que l'accès aux préservatifs, particulièrement sur les sites d'orpaillage.

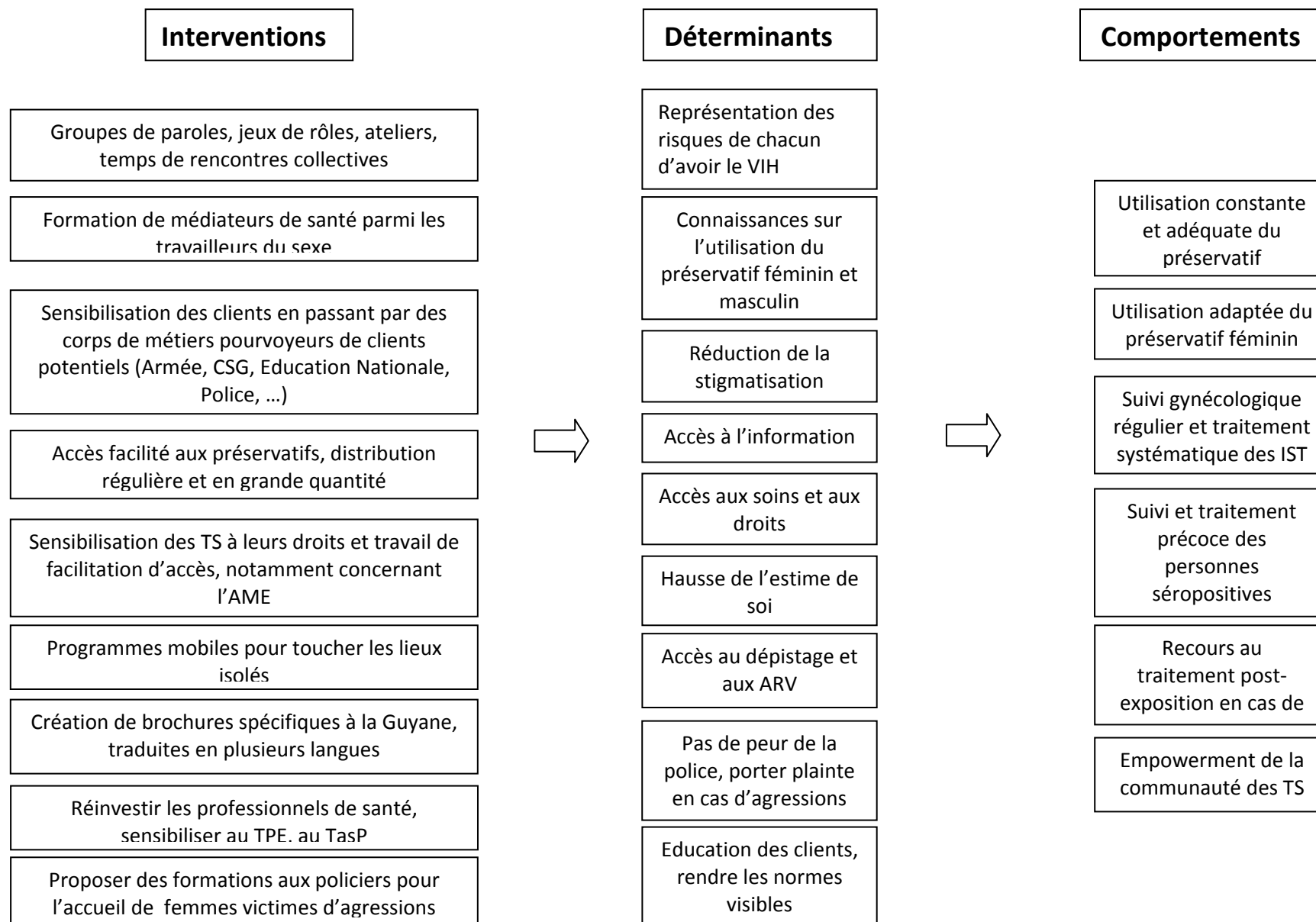


Figure n°15 : Résultats des réflexions entamées en Guyane

Les interventions imaginées (cf figure n°16) pour pouvoir impacter les comportements insistent sur la création dans un premier lieu d'interventions spécifiques aux travailleuses du sexe. Les associations de travailleurs du sexe de Macapá et de Belém pourraient être invitées à Oiapoque pour un partage d'expérience et entamer une démarche de fédération des travailleuses du sexe d'Oiapoque. L'approche communautaire est importante et semble tout à fait réalisable à Oiapoque où les travailleuses du sexe se reconnaissent plus comme une communauté qu'en Guyane où la nationalité des personnes compartimente beaucoup les travailleuses du sexe. La formation d'agent de santé communautaire parmi les travailleuses du sexe permettrait de participer à la fédération des personnes et de mieux communiquer sur la prévention et le dépistage au sein de la communauté.

D'autres interventions déjà initiées pourraient être renforcées, comme la sensibilisation des clients, venant pour beaucoup de Guyane. Des campagnes d'affichage au débarcadère d'Oiapoque et sur les pirogues reliant les deux rives du fleuve ont déjà eu lieu et pourraient être reprises de manière plus pérenne.

Les retours de terrain d'Oiapoque ont clairement mis en avant un turn-over important des femmes et un accès difficile aux établissements. Des interventions visant à impliquer les gérants d'établissements permettraient d'avoir un meilleur accès des travailleuses du sexe à la prévention et de la prévention aux travailleuses du sexe, mais permettraient également de toucher les clients à travers des affichages. Pour que cela fonctionne et que les gérants acceptent d'ouvrir leurs établissements aux interventions de prévention, il est nécessaire qu'ils ne soient pas inquiétés par la police.

Des interventions visant les travailleuses du sexe les plus isolées sur les sites d'orpaillage pourraient également être mises en place, avec la formation de relais communautaires sur place et l'approvisionnement régulier en préservatifs. Au Suriname, des personnes ont été

formées parmi les orpailleurs au dépistage et au traitement du paludisme. Sans aller jusque là pour le VIH, il serait peut-être envisageable de former à la prévention du VIH des personnes sur place.

D'autres interventions discutées se focalisaient plus sur les aspects biomédicaux. Le recours au dépistage pourrait être encouragé à travers des campagnes d'information sur les lieux et horaires du dépistage. Des campagnes de dépistage hors les murs pourraient être envisagées pour les travailleuses du sexe les plus isolées, dans les établissements et dans les sites de repli des orpailleurs. S'intéresser aux orpailleurs semble également indispensable pour contenir l'épidémie. Très peu de données existent sur cette population, mais également très peu d'actions les ciblent. Pourtant ils représentent une importante population « pont » entre la population générale et les travailleuses du sexe.

Enfin, un meilleur accès au dépistage devrait être couplé à un meilleur accès aux traitements ARV. Il est donc nécessaire d'avoir des traitements disponibles à Oiapoque et non plus à Macapá seulement. En attendant que la délivrance d'ARV soit possible à Oiapoque, et pour répondre à l'urgence, il pourrait être envisageable de pouvoir aller chercher son traitement à Saint-Georges côté guyanais.

La frontière n'a pas de réalité pour le VIH et les difficultés de synchronisation des deux rives profitent à la diffusion de l'épidémie. Soutenir le développement de la coopération transfrontalière est indispensable pour apporter une réponse efficiente à l'épidémie de VIH chez les travailleuses du sexe, mais parmi la population générale également. Il est nécessaire de ne plus envisager la prévention et la prise en charge comme étant la responsabilité exclusive du voisin, mais d'harmoniser les services et les actions de chaque côté de la rive.

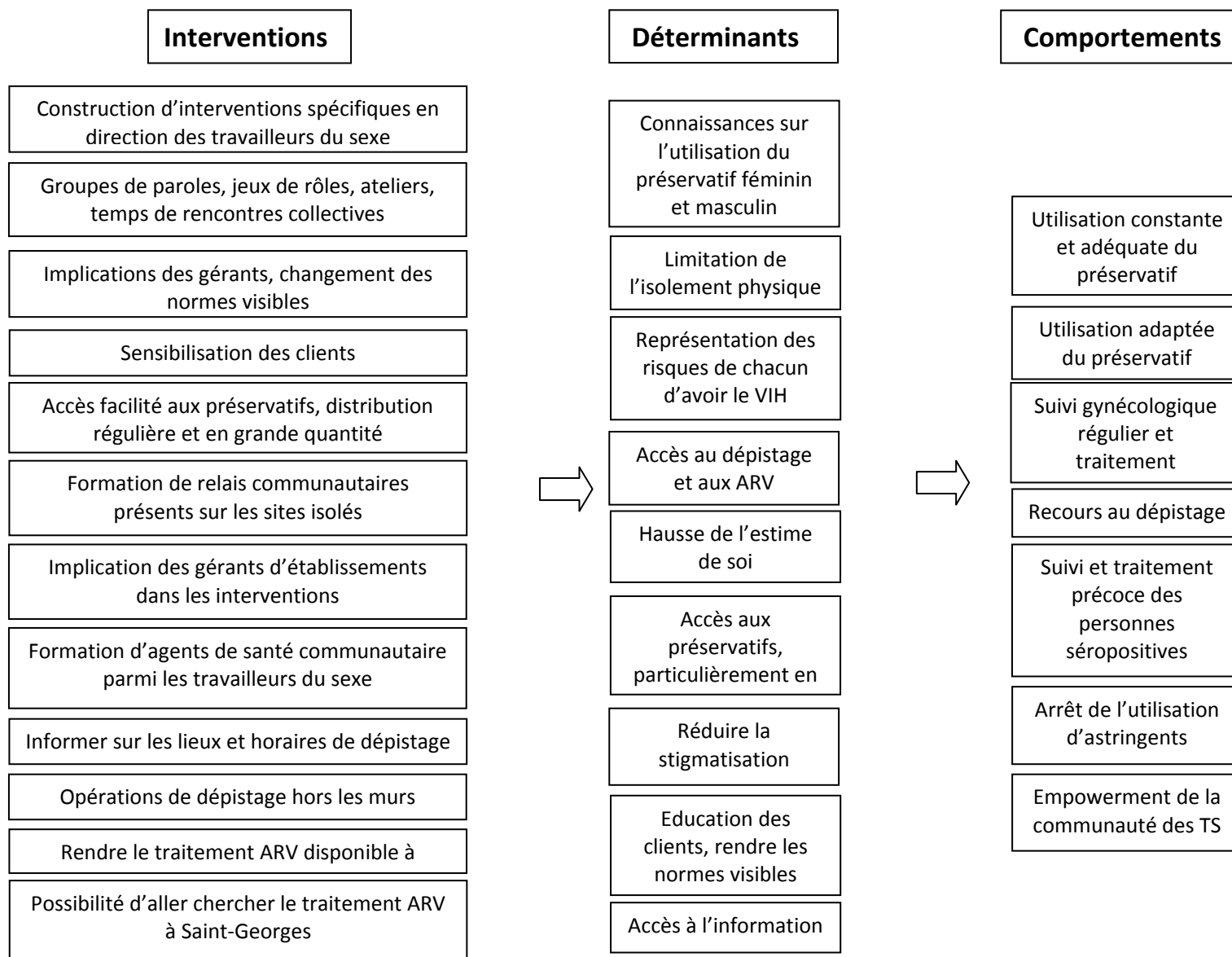


Figure n°16 : Résultats des réflexions entamées à Oiapoque

Afin de pouvoir apporter une réponse à l'épidémie actuelle, il est nécessaire d'envisager les choses de manière globale, de s'interroger sur chaque niveau d'action possible et de ne pas envisager les comportements comme étant déconnectés de leur contexte.

Le commerce du sexe est lié à l'épidémie de VIH dans la région, mais les mécanismes qui sous-tendent ce lien sont beaucoup plus complexes qu'il n'y paraît. La surveillance comportementale et biologique de la population des travailleuses du sexe est indispensable à la compréhension de ces mécanismes. Elle constitue une aide importante pour la mise au point d'une réponse appropriée à l'épidémie de VIH.

CONCLUSION

L'épidémie de VIH en Guyane et à Oiapoque semble frapper particulièrement certains groupes vulnérables. Les travailleuses du sexe font partie de ces populations à risque face au VIH. A ce jour, aucune donnée quantitative n'était disponible sur les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque. Ces enquêtes sont les premières à répondre à cette nécessité. Elles apportent quelques éléments de compréhension de la dynamique de l'épidémie parmi les travailleuses du sexe.

Les résultats ont mis en lumière certains comportements à risque notamment la mauvaise utilisation du préservatif, l'utilisation moindre du préservatif avec leur partenaire intime et le non-recours au dépistage. Même si, dans l'ensemble, les connaissances, attitudes et pratiques des travailleuses du sexe vis-à-vis du VIH et des IST sont relativement bonnes en Guyane et à Oiapoque, la région se trouve dans un contexte d'épidémie active du VIH. Ainsi même un nombre limité de travailleuses du sexe qui ne se protègent pas peut avoir une répercussion épidémique importante.

Il faut souligner qu'il n'y a pas un profil type de travailleuse du sexe. Il s'agit d'une population relativement hétérogène et toutes les facettes du commerce du sexe n'ont pas été touchées par ces enquêtes, notamment le sexe transactionnel parmi les consommatrices de crack qui, cela a été évoqué, donnent lieu à de nombreuses prises de risque.

Les travailleuses du sexe évoluent dans des communautés différentes, avec des environnements sociaux, culturels et économiques différents, et parfois dans des contextes législatifs différents. Au-delà des prises de risques individuelles, l'importance du contexte a été mise en lumière.

La prévention du VIH serait plus efficace si le travail du sexe était envisagé dans sa globalité et qu'une véritable démarche de prévention combinée était engagée. Les conditions dans lesquelles le travail du sexe se produit sont les résultats d'une multitude de facteurs très différents les uns des autres, pas forcément en lien avec la santé. Une réflexion à tous les niveaux d'action est nécessaire et le soutien des administrations publiques est indispensable pour permettre aux actions de se mettre en place. Le travail de prévention réalisé par les associations semble clairement porter ses fruits sur le terrain, il est donc crucial de le soutenir et de l'encourager. Travailler étroitement avec les acteurs de terrain, mais également en collaboration avec les pouvoirs publics est donc indispensable pour que tous puissent s'appuyer sur les résultats des enquêtes afin de mettre en place une réponse adaptée à l'épidémie parmi les travailleuses du sexe et plus largement parmi la population générale.

Le contexte guyanais est particulier puisque la Guyane partage plusieurs centaines de kilomètres de frontières avec le Suriname et le Brésil. La problématique du VIH va bien au-delà des frontières. Une démarche de coopération transfrontalière a été entamée avec le Suriname et avec le Brésil, mais ces efforts doivent être soutenus par les institutions de chaque pays pour perdurer et impacter l'épidémie.

Enfin, les comportements, les pratiques et les attitudes peuvent parfois évoluer rapidement. Pour cela il serait utile dans un avenir proche de mettre en place un système de surveillance régulier parmi les groupes vulnérables afin d'adapter rapidement les actions et afin de permettre l'évaluation des actions en cours.

CONCLUSION PERSONNELLE

Démographe de formation, j'ai intégré le CIC Antilles-Guyane en octobre 2008 en tant que coordinatrice du projet d'enquête CAP vis-à-vis du VIH auprès des travailleurs du sexe en Guyane. Rapidement l'idée d'insérer cette étude dans un projet plus large d'enquêtes au sein des populations vulnérables au VIH a émergé. Il s'agissait de réaliser des enquêtes CAP vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleurs du sexe, les usagers de crack, les migrants et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Guyane, en Guadeloupe, en Martinique et à Saint-Martin.

C'est dans ce cadre et avec l'appui du CIC Antilles-Guyane, des personnels hospitaliers de Cayenne et Pointe-à-Pitre, et des associations de terrain, que j'ai eu l'occasion de mettre en œuvre ces enquêtes de leur initiation jusqu'à leur finalisation.

Ces projets ont été riches d'enseignements et m'ont permis de découvrir plusieurs facettes de la construction de projets en santé publique et d'acquérir de nouvelles compétences.

J'ai pu m'initier à la conduite de projets européens (FEDER et INTERREG), la demande de financement, la construction et la gestion de budgets (budgets prévisionnels, suivi financier, remontées de dépenses).

Au-delà des aspects financiers, j'ai pu élaborer la méthodologie d'enquête avec la rédaction des protocoles de recherches, des questionnaires, mais aussi la réalisation des démarches réglementaires (Comité d'évaluation éthique de l'INSERM, CCTIRS, CNIL).

J'ai pu former et encadrer les équipes de coordinateurs de terrain et d'enquêteurs sur les différents sites de collectes de données.

J'ai également découvert un peu plus le data-management en élaborant le masque de saisie des enquêtes, en nettoyant les bases de données et en réalisant des tests de cohérence.

L'exploitation des bases de données, la rédaction des rapports de chaque enquête et la rédaction d'article scientifique m'ont permis de me replonger dans l'univers de l'analyse statistique et de la réflexion en recherche.

Tout cela a pu être possible grâce à plusieurs formations professionnelles et universitaires (DU d'épidémiologie, formations sur les méthodes exploratoires d'analyse, sur la gestion de projets, sur la méthode d'échantillonnage RDS, etc...) et grâce à un véritable travail d'équipe, riche d'échanges et d'apprentissages.

Je souhaite pouvoir continuer au sein du CIC Antilles-Guyane afin de poursuivre mon travail sur les autres populations d'étude, notamment avec la rédaction d'autres articles scientifiques et la mise en place d'ateliers de restitution et de réflexion, mais également afin de pouvoir m'interroger, plus globalement, sur les interactions entre société et santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. UNAIDS (2014). Statistiques mondiales. *Fiche d'information 2014*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
2. World Health Organization. Access date: 25/07/2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index1.html>
3. UNAIDS. Access date: 25/07/2014. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/>
4. UNAIDS. HIV prevention among injecting drug users. *24th meeting of the UNAIDS Programme coordinating Board*. 22-24 June 2009. Geneva, Switzerland, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
5. INVS. Access date: 19/05/2014. Available from: http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/vih-sida/BDD_sida/index.htm
6. COREVIH Guyane (2013). Rapport d'activité. Cayenne, Coordination de la lutte contre le VIH en Guyane (COREVIH).
7. Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, *et al.* (2005). Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. *Aids*, **19**:727-729.
8. Nacher M, Huber F, El Guedj M, Vaz T, Magnien C, Djossou F, *et al.* (2007). Risk factors for death among patients in French Guiana: 1996–2005. *HIV medicine*, **8**:472-474.
9. INVS (2008). Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane. Numéro 2. Institut National de Veille Sanitaire (INVS).
10. Nacher M, EL GUEDJ M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, *et al.* (2006). Risk factors for follow-up interruption of HIV patients in French Guiana. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, **74**:915-917.
11. Nacher M, Adenis A, Adriouch L, Dufour J, Papot E, Hanf M, *et al.* (2011). What is AIDS in the Amazon and the Guianas? Establishing the burden of disseminated histoplasmosis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, **84**:239-240.
12. Guillaume Y. (2012). Prévalence de la séropositivité au VIH chez les usagers de crack du CSAPA de Cayenne. Thèse de médecine. Université Antilles Guyane.
13. Nacher M, Vantilcke V, Parriault M, Van Melle A, Hanf M, Labadie G, *et al.* (2010). What is driving the HIV epidemic in French Guiana? *International journal of STD & AIDS*, **21**:359-361.

14. Halfen S, Lydié N. (2014). Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/Sida et à d'autres risques sexuels. ORS Île de France/INPES/ANRS. Paris: La documentation Française.
15. Halfen S, Gremy I, Feniès K, Ung B. (2006). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. ORS Île-de-France/ANRS.
16. Weitzer R. (2000). *Sex for sale*. New York: Routledge.
17. Meystre-Agustoni G. (2004). Populations particulières et prévention du VIH/sida: les travailleurs du sexe: revue de littérature. Lausanne, département universitaire de médecine et de santé communautaires, institut universitaire de médecine sociale.
18. Rekart ML. (2006). Sex-work harm reduction. *The Lancet*, **366**:2123-2134.
19. UNAIDS (2013). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
20. WHO (2012). Prévention et traitement du VIH et des autres IST chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Geneva, World Health Organization (WHO).
21. Assemblée nationale française. Access date: 12/10/2014. Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion1437.asp>
22. Guillemaut F, Schutz Samson M. (2011). Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/Sida. Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé.
23. Piantoni F. (2009). *L'enjeu migratoire en Guyane française: une géographie politique*. Ibis rouge Editions.
24. IEDOM (2013). Rapport annuel 2012. Institut d'Emission d'Outre-Mer (IEDOM).
25. Wilson D, Halperin DT. (2008). "Know your epidemic, know your response": a useful approach, if we get it right. *The Lancet*, **372**:423-426.
26. WHO (2000). Surveillance de deuxième génération du VIH: Les dix prochaines années. Geneva, World Health Organization (WHO).
27. UNAIDS (2011). Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
28. Fonseca MGP, Bastos FI. (2007). Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, **23**:S333-S343.

29. Amon J, Brown T, Hogle J, MacNeil J, Magnani R, Mills S, *et al.* (2009). Behavioral surveillance surveys: guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. Family Health International (FHI).
30. Associations Médecins du Monde (2011). Collecte de données, méthodes quantitatives : l'exemple des enquêtes CAP.
31. UNAIDS (2000). Rencontrer les besoins des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida : la collecte de données sur les comportements. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
32. Marpsat M, Razafindratsima N. (2010). Survey methods for hard-to-reach populations: introduction to the special issue. *Methodological Innovations Online*, **5**:3-16.
33. Semaan S. (2010). Time-space sampling and respondent-driven sampling with hard-to-reach populations. *Methodological Innovations Online*, **5**:60-75.
34. Kendall C, Kerr LR, Gondim RC, Werneck GL, Macena RHM, Pontes MK, *et al.* (2008). An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS and Behavior*, **12**:97-104.
35. Heckathorn DD. (1997). Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social problems*, **44**:174-199.
36. Johnston LG, Sabin K. (2010). Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Methodological innovations online*, **5**:38-48.
37. Heckathorn DD. (2002). Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social problems*, **49**:11-34.
38. Salganik MJ. (2006). Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *Journal of Urban Health*, **83**:98-112.
39. Choopanya K, Vanichseni S, Des Jarlais DC, Plangsringarm K, Sonchai W, Carballo M, *et al.* (1991). Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok. *Aids*, **5**:1509-1513.
40. Razak MH, Jittiwutikarn J, Suriyanon V, Vongchak T, Srirak N, Beyrer C, *et al.* (2003). HIV prevalence and risks among injection and noninjection drug users in northern Thailand: need for comprehensive HIV prevention programs. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, **33**:259-266.
41. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. (2005). Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*, **19**:S67-S72.

42. Gaubert-Maréchal E, Jolivet A, Van-Melle A, Parriault M-C, Basurko C, Adenis A, *et al.* (2012). Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices on HIV/AIDS among Boatmen on the Maroni River: A Neglected Bridging Group? *Journal of AIDS & Clinical Research*, **3**.
43. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. (2012). Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health*, **12**:53.
44. Bourdier F. (2004). *Migration et sida en Amazonie française et brésilienne*. Ibis rouge Editions.
45. Egmann G. (2011). Évaluation des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des urgences médicales sur les sites aurifères en Guyane française. Mémoire de master. Université de Nancy.
46. Serre A, Schutz-Samson M, Cabral C, Martin F, Hardy R, De Aquino O, *et al.* (1996). Conditions de vie de personnes prostituées: conséquences sur la prévention de l'infection à VIH. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, **44**:407-416.
47. Leigh BC, Stall R. (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist*, **48**:1035.
48. Li Q, Li X, Stanton B. (2010). Alcohol use among female sex workers and male clients: an integrative review of global literature. *Alcohol and Alcoholism*, **45**:188-199.
49. Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G, *et al.* (2008). Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico–US border cities. *Drug and alcohol dependence*, **92**:132-140.
50. Parriault MC. (2013). Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les usagers de crack aux Antilles et en Guyane. CIC Antilles-Guyane, INSERM 1424.
51. Sandfort TG, Orr M, Hirsch JS, Santelli J. (2008). Long-term health correlates of timing of sexual debut: Results from a national US study. *American Journal of Public Health*, **98**:155-161.
52. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th Edition. John Wiley & Sons.
53. DiClemente RJ, Peterson JL. (1994). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Springer Science & Business Media.
54. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, **15**:175-183.

55. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, **7**:107-116.
56. Fishbein M, Ajzen I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*.
57. Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, **50**:179-211.
58. Giger J-C. (2008). Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement: la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. *L'année psychologique*, **108**:107-131.
59. Prochaska JO, DiClemente CC. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in behavior modification*, **28**:183.
60. Csillik A. (2009). Polémique actuelle autour du modèle transthéorique: ce modèle mérite-t-il d'être encore utilisé? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*: pp. 355-360.
61. Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
62. Bandura A. (2006). Going global with social cognitive theory: From prospect to paydirt. *The rise of applied psychology: New frontiers and rewarding careers*: 53-70.
63. Noar S. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS care*, **19**:392-402.
64. Falissard B. (2005). *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*. Editions Masson.
65. Wulfert E, Wan CK. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*, **12**:346.
66. Lee Y-H, Salman A, Fitzpatrick JJ. (2009). HIV/AIDS preventive self-efficacy, depressive symptoms, and risky sexual behavior in adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, **46**:653-660.
67. Bandura A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and program planning*, **13**:9-17.
68. Lee TS-H, Chen Y-P, Chang C-W. (2011). Gender differences in the perceived self-efficacy of safer HIV practices among polydrug abusers in Taiwan. *Comprehensive psychiatry*, **52**:763-768.

69. Okie S. (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England journal of medicine*, **354**:1977-1981.
70. Andaló P. (2003). Love, tears, betrayal... and health messages. *Perspectives in Health Magazine*, **8**:8-13.
71. Burkholder GJ, Harlow LL, Washkwich JL. (1999). Social Stigma, HIV/AIDS Knowledge, and Sexual Risk1. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, **4**:27-44.
72. Hamra M, Ross M, Karuri K, Orrs M, D'Agostino A. (2005). The relationship between expressed HIV/AIDS-related stigma and beliefs and knowledge about care and support of people living with AIDS in families caring for HIV-infected children in Kenya. *Aids Care*, **17**:911-922.
73. Bandura A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In *Preventing AIDS*: pp. 25-59.
74. Rojanapithayakorn W. (2006). The 100% condom use programme in Asia. *Reproductive Health Matters*, **14**:41-52.
75. Jana S, Basu I, Rotheram-Borus MJ, Newman PA. (2004). The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Education and Prevention*, **16**:405-414.
76. Louw J, Peltzer K, Chirinda W. (2012). Correlates of HIV risk reduction self-efficacy among youth in South Africa. *The Scientific World Journal*, **2012**.
77. Basurko C. (2013). Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les migrants aux Antilles et en Guyane. CIC Antilles Guyane, INSERM 1424.
78. Parriault MC. (2013). Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes aux Antilles et en Guyane. CIC Antilles Guyane, INSERM 1424.
79. Bajos N. (1999). L'analyse des comportements face au risque de contamination par voie sexuelle du VIH : enjeux théoriques et préventifs des différentes approches en santé publique. *Médecine/Sciences*, **15**:725-730.
80. Vermund SH, Hayes RJ. (2013). Combination prevention: new hope for stopping the epidemic. *Current HIV/AIDS Reports*, **10**:169-186.
81. Pisani E, Lazzari S, Walker N, Schwartländer B. (2003). HIV surveillance: a global perspective. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, **32**:S3-S11.
82. Cobat A, Halfen S, Grémy I. (2008). Déterminants de l'utilisation du préservatif et multipartenariat hétérosexuel aux Antilles et en Guyane françaises. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, **56**:143-157.

83. Ariely D, Jones S. (2008). *Predictably irrational*. New York: HarperCollins.
84. WHO (2013). World Malaria Report 2013. Geneva, World Health Organization (WHO).
85. Padian NS, McCoy SI, Karim SSA, Hasen N, Kim J, Bartos M, *et al.* (2011). HIV prevention transformed: the new prevention research agenda. *The Lancet*, **378**:269-278.
86. UNAIDS (2010). Objectif: Zéro. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
87. Bekker L-G, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S, *et al.* (2015). Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? *The Lancet*, **385**:72-87.
88. Frédérique L. (2010). CAP Prison : rapport d'étude. COREVIH Guyane.
89. Bourdillon F, Dozon J-P, Lebatard C, Mathiot P, Romero J-L, Celse M, *et al.* (2007). L'épidémie d'infection à VIH en Guyane: un problème politique. Conseil national du Sida (CNS).
90. Ministry of Health (2012). AIDS Response Progress Report. Ministry of Health, Suriname.
91. Ministrie van Volksgezondheid (2011). National Health Sector Plan 2011 - 2018. Ministrie van Volksgezondheid, Suriname.
92. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Souza-Júnior PRBd, Lemos KRVd, Frias PGd, Luhm KR, *et al.* (2008). HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, **12**:167-172.
93. Malta M, Magnanini MM, Mello MB, Pascom ARP, Linhares Y, Bastos FI. (2010). HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, **10**:317.
94. Wasserheit JN, Aral SO. (1996). The dynamic topology of sexually transmitted disease epidemics: implications for prevention strategies. *Journal of Infectious Diseases*, **174**:S201-S213.
95. Ministry of Health (2014). AIDS Response Progress Report, 2012-2014. Ministry of Health, Suriname.
96. WHO (2014). HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, World Health Organization (WHO).

97. Macaluso M, Demand M, Artz L, Fleenor M, Robey L, Kelaghan J, *et al.* (2000). Female condom use among women at high risk of sexually transmitted disease. *Family Planning Perspectives*: 138-144.
98. Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, Sakondhavat C, Bhiraleus P, Rugpao S, *et al.* (1998). Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *Aids*, **12**:1851-1859.
99. Girard G. Prévention du sida : tout ne passe pas par la capote. In *Libération*. Access date: 22/12/2014. Available from: http://www.liberation.fr/societe/2014/11/26/prevention-du-sida-tout-ne-passe-pas-par-la-capote_1151264
100. Amico K, Liu A, McMahan V, Anderson P, Lama J, Guanira J, *et al.* Adherence indicators and pre-exposure prophylaxis (PrEP) drug levels in the iPrEx study. *18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. February 27-March 2, 2011. Boston, United States.
101. Fonsart J, Spire B, Cotte L, Pialoux G, Lorente N, Charreau I, Aboulker JP, Molina JM, ANRS Ipergay study group. High adherence rate to intermittent oral PrEP with TDF/FTC among high risk MSM (ANRS Ipergay). *20th International AIDS Conference*. July 20-25, 2014. Melbourne, Australia.
102. Karim QA, Karim SSA, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor LE, *et al.* (2010). Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *science*, **329**:1168-1174.
103. Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, *et al.* (2007). Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *International journal of STD & AIDS*, **18**:312-317.
104. Marsicano E. Du «groupe à risque» aux réseaux sexuels - Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en France face au VIH/sida. Access date : 15/12/2014. Available from: <http://vih.org/20101018/personnes-originares-dafrique-subsaaharienne-en-france-face-au-vihsida/57509>
105. Marsicano E, Lydié N, Bajos N. (2013). 'Migrants from over there' or 'racial minority here'? Sexual networks and prevention practices among sub-Saharan African migrants in France. *Culture, health & sexuality*, **15**:819-835.
106. do Espirito Santo MG, Etheredge G. (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually transmitted infections*, **81**:342-344.

107. Helleringer S, Kohler H-P. (2007). Sexual network structure and the spread of HIV in Africa: evidence from Likoma Island, Malawi. *Aids*, **21**:2323-2332.
108. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Sweat M. (2001). Adapting the Thai 100% condom programme: developing a culturally appropriate model for the Dominican Republic. *Culture, Health & Sexuality*, **3**:221-240.
109. Steen R, Mogasale V, Wi T, Singh AK, Das A, Daly C, *et al.* (2006). Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sexually transmitted infections*, **82**:381-385.
110. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Reza-Paul S, Mwangi P, Win KT, *et al.* (2015). A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *The Lancet*, **385**:172-185.
111. O'Brien NC. (2009). Moving from paradigm to practice: the Ashodaya sex worker empowerment project in Mysore India and its promise for HIV/AIDS prevention. Faculty of Health Sciences-Simon Fraser University.
112. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, *et al.* (2000). Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New England journal of medicine*, **342**:921-929.
113. Wilson DP. (2012). HIV treatment as prevention: natural experiments highlight limits of antiretroviral treatment as HIV prevention. *PLoS medicine*, **9**:e1001231.
114. Iwuji C O-GJ, Tanser T, Thiébaut R, Larmarange J, Okesola N, Newell ML, Dabis F. Feasibility and acceptability of an antiretroviral treatment as prevention (TasP) intervention in rural South Africa: results from the ANRS 12249 TasP cluster-randomised trial. *20th International AIDS conference*. July 20-25, 2014. Melbourne, Australia.
115. Lucas A, Armbruster B. (2013). The cost-effectiveness of expanded HIV screening in the United States. *Aids*, **27**:795-801.
116. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, *et al.* (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*, **385**:55-71.
117. Van Melle A. (2015). Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST: étude auprès de la population résidant dans les communes isolées du fleuve Maroni, en Guyane française. Thèse de doctorat. Université des Antilles et de la Guyane.
118. Goldenberg SM, Strathdee SA, Perez-Rosales MD, Sued O. (2012). Mobility and HIV in Central America and Mexico: a critical review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, **14**:48-64.

119. Magis-Rodriguez C, Lemp G, Hernandez M, Sanchez M, Estrada F, Bravo-Garcia E. (2009). Going north: Mexican migrants and their vulnerability to HIV. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, **51**:S21-S25.
120. Jolivet A. (2014). Migrations, santé et soins en Guyane. Thèse de doctorat. Université Paris 6.
121. Méchali D, Bouchaud O. (2008). Faut-il une prise en charge spécifique des migrants infectés par le VIH en France? *Médecine et maladies infectieuses*, **38**:438-442.
122. Haour-Knipe M, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G. (1999). " Médiateurs" et prévention du VIH/sida. Lausanne, département universitaire de médecine et de santé communautaire, institut universitaire de médecine sociale.
123. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. (2009). Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. *American journal of public health*, **99**:659.
124. Crosby R, Noar SM. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *J Public Health Dent*, **71 Suppl 1**:S7-15.
125. Chen WW, Cato B, Rainford N. (1999). Using a logic model to plan and evaluate a community intervention program: a case study. *International Quarterly of Community Health Education*, **18**:449-458.

ANNEXES

Annexe 1 : Rapport descriptif de l'enquête CAP TS en Guyane (86 pages)

Annexe 2 : Rapport descriptif de l'enquête CAP TS à Oiapoque (90 pages)

CAP VIH TS

**Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du
VIH et des IST parmi les travailleurs du sexe en
Guyane**

2009-2010

Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales
Fonds Européens de Développement Régional FEDER
Centre d'Investigation Clinique et d'Epidémiologie Clinique

Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleurs du sexe en Guyane

Décembre 2012

Etude CAP VIH TS Guyane

Cette étude a été réalisée sous la responsabilité scientifique du Pr Mathieu NACHER et du Dr Célia BASURKO, par Marie-Claire PARRIAULT et Astrid Van Melle.

Remerciements

Notre reconnaissance va tout d'abord aux associations partenaires de ce projet : Entr'Aides à Cayenne, Ader à Kourou, DAAC à Saint-Georges et Aides à Saint-Laurent-du-Maroni.

Nous souhaitons souligner la participation active et le soutien indispensable du Réseau Kikiwi.

Nous tenons ensuite à remercier les coordinateurs de terrain et toutes les enquêtrices qui ont travaillé et se sont investies sur ce projet.

Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos questions.

Sommaire

Introduction.....	- 11 -
Caractéristiques sociodémographiques.....	- 19 -
Commerce du sexe.....	- 27 -
Consommation de drogues et d'alcool.....	- 33 -
Sexualité.....	- 37 -
Préservatifs.....	- 47 -
Infections sexuellement transmissibles.....	- 57 -
Connaissances	- 61 -
Dépistage.....	- 67 -
Perception du risque.....	- 71 -
Stigmatisation.....	- 75 -
Intervention de prévention.....	- 79 -
Références	- 83 -

Tables et figures

Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques.	- 21 -
Tableau n°2 : Indicateurs de précarité.	- 23 -
Tableau n°3 : Indicateurs sur le niveau d'éducation et les langues parlées.	- 24 -
Tableau n°4 : Indicateurs concernant les femmes.	- 25 -
Tableau n°5 : L'arrivée au commerce du sexe.	- 28 -
Tableau n°6 : Fréquence du recours au commerce du sexe.	- 29 -
Tableau n°7 : Lieux de rencontres, nombre de clients et argent.	- 30 -
Tableau n°8 : Consommation d'alcool.	- 34 -
Tableau n°9 : Consommation de drogues.	- 35 -
Tableau n°10 : Fréquence de consommation.	- 35 -
Graphique n°1 : Définition de la sexualité.	- 38 -
Tableau n°11 : Connaissance et utilisation des moyens de contraception.	- 39 -
Tableau n°12 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les clients.	- 40 -
Tableau n°13 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client.	- 40 -
Tableau n°14 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal/fellation avec un client.	- 40 -
Tableau n°15 : Profil des clients.	- 41 -
Tableau n°16 : Violences subies de la part des clients.	- 42 -
Tableau n°17 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les non clients.	- 42 -
Tableau n°18 : Raisons de la non utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un non client.	- 43 -
Tableau n°19 : Raisons de la confiance en le partenaire non client.	- 43 -
Tableau n°20 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal et de la dernière fellation avec un partenaire non client.	- 45 -
Tableau n°21 : Multipartenariat du partenaire non client.	- 45 -
Tableau n°22 : Rapport forcé de la part d'un partenaire non client.	- 46 -
Tableau n°23 : Accès gratuit aux préservatifs.	- 48 -
Tableau n°24 : Prix du préservatif.	- 49 -
Tableau n°25 : Connaissance des lieux où se procurer des préservatifs.	- 49 -
Tableau n°26 : Lieux où se procurer des préservatifs.	- 49 -
Tableau n°27 : Temps estimé pour se procurer un préservatif.	- 50 -
Tableau n°28 : Superposition de deux préservatifs l'un sur l'autre.	- 50 -
Tableau n°29 : Utilisation du préservatif dès le début de la pénétration.	- 51 -
Tableau n°30 : Rupture de préservatif durant un rapport sexuel.	- 51 -
Tableau n°31 : Modèles identifiés comme fragiles.	- 52 -
Tableau n°32 : Bénéfices d'utiliser un préservatif.	- 52 -
Tableau n°33 : Nécessité d'utiliser un préservatif dans une relation sérieuse.	- 53 -
Tableau n°34 : Connaissance du préservatifs féminins par les femmes interrogées.	- 53 -
Tableau n°35 : Utilisation du préservatif féminin par les femmes interrogées.	- 54 -
Tableau n°36 : Raisons de la non utilisation du préservatif féminin.	- 54 -
Tableau n°37 : Changement de préservatif à chaque rapport.	- 54 -
Tableau n°38 : Possession d'un préservatif.	- 55 -
Tableau n°39 : Infections sexuellement transmissibles et examens gynécologiques.	- 58 -
Tableau n°40 : Connaissances des symptômes d'IST.	- 59 -
Tableau n°41 : Attitude face à une IST.	- 60 -
Tableau n°42 : Connaissances vis-à-vis du VIH.	- 62 -
Tableau n°43 : Connaissance sur le SIDA et l'existence d'un traitement.	- 64 -
Tableau n°44 : Connaissance des lieux où se procurer les traitements.	- 64 -
Tableau n°45 : La transmission mère enfant.	- 65 -

Tableau n°46 : Connaissance des CDAG.	- 68 -
Tableau n°47 : Historique des dépistages du VIH.	- 69 -
Tableau n°48 : Révélation d'un résultat positif.	- 70 -
Tableau n°49 : Perception du risque d'être contaminé par le VIH.	- 72 -
Tableau n°50 : Réactions face aux risques sexuels.	- 73 -
Tableau n° 51 : Opinions générales et attitudes personnelles à l'encontre des personnes séropositives.	- 76 -
Tableau n°52 : Détection du VIH par des signes extérieurs.	- 77 -
Tableau n°53 : Maternité chez une femme séropositive.	- 77 -
Tableau n°54 : Personnes bien placées pour aider les personnes séropositives.	- 78 -
Tableau n°55 : Informations sur le VIH.	- 80 -
Tableau n°56 : Fréquence d'écoute, visionnage ou lecture des médias.	- 80 -
Tableau n°57 : Disponibilité pour écouter une émission sur le VIH/SIDA.	- 81 -

CAP VIH TS

Introduction

2009-2010

Contexte épidémiologique en Guyane

La Guyane est le département français le plus touché par le VIH, en 2006 le taux de découverte de l'infection par million d'habitants était de 308 contre 150 en Île de France [1]. Avec un taux de prévalence chez la femme enceinte supérieur à 1% depuis plus de 10 ans, le département est considéré en état d'épidémie généralisée selon les critères de l'OMS. Toutefois il semble que les choses soient un peu plus complexes et que certains moteurs alimentent plus spécifiquement l'épidémie. Ces différents moteurs sont repérés comme étant les populations les plus à risque face au VIH. Parmi elles, on compte les travailleurs du sexe. Le grand nombre de partenaires sexuels et la précarité économique et sociale dans laquelle vit une majorité des travailleurs du sexe font de cette population un public particulièrement vulnérable aux IST et au VIH.

La Guyane réunit les conditions d'un terreau fertile pour le développement d'une épidémie à VIH. En effet, les conditions socio-économiques sont difficiles, le profil migratoire compliqué et le double contexte transfrontalier rendent la situation d'autant plus complexe. Le taux de chômage (définition du Bureau International du Travail) se situait à 21% en 2010 et on enregistrait un PIB par habitant de 14 028 euros en 2009 [2]. La région comptait 232 223 habitants en 2010 avec taux de croissance annuel de la population record à 2,9% en 2010 [2]. L'indice de développement humain se situait à 0,806 en 2010, loin derrière la France qui enregistrait un indice à 0,872 et se place en 14^{ème} position.

L'épidémie de VIH en Guyane n'est pas vraiment stabilisée, le nombre de cas de SIDA augmente chaque année. Cette épidémie est en grande majorité à transmission hétérosexuelle, mais sa complexité n'a pas encore été cernée. L'ONUSIDA recommande d'investiguer régulièrement la population et d'essayer de connaître au mieux son épidémie. Des enquêtes régulières en population générale sont désormais mises en place par l'ORS Île-de-France, cette enquête auprès des travailleurs du sexe se veut être un complément, une précision dans une population vulnérable au VIH. Il est important de connaître, dans un contexte particulièrement sensible comme celui du commerce du sexe, les connaissances, les attitudes et les pratiques et d'essayer de repérer au mieux les déterminants des prises de risque sexuel afin d'y apporter des réponses plus ciblées.

Situation du sujet, population vulnérable et rôle dans l'épidémie

Un article se penchant sur les moteurs de l'épidémie en Guyane montre que, parmi les femmes séropositives échangeant de l'argent ou des biens contre des services sexuels, 10,7% des cas de VIH étaient attribuables au sexe transactionnel [3].

Le recours au sexe transactionnel est assez courant en Guyane, 7,1% des hommes indiquent en 2004 avoir eu au moins une fois un rapport sexuel en payant ou en étant payé au cours des cinq dernières années, cette proportion était de 23% en 1992 [4].

Concernant la prostitution, la France est officiellement abolitionniste depuis les années 1960. Concrètement la prostitution en France est légale, mais pas réglementée, seules les activités organisées (maisons closes et proxénétisme) sont illégales depuis la loi de 1946. L'abolitionnisme, considérant les personnes prostituées comme victimes d'un système qui les exploite, refuse toute forme de pénalisation de celles-ci. Toutefois en France, il existe encore des formes de répression des personnes prostituées, notamment depuis la loi sur la sécurité intérieure de 2003 qui punit le racolage passif de deux mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. Ces dispositions semblent fragiliser un peu plus les travailleurs du sexe qui s'éloignent des endroits passants pour aller dans des lieux retirés même si cet isolement présente un danger potentiel pour leur sécurité.

La Guyane ne fait pas exception à la règle, bien que les interventions policières concernent plus souvent le statut migratoire des personnes que le racolage passif.

Les travailleurs du sexe jouent un rôle important dans la dynamique de l'épidémie en Guyane. Il semble alors indispensable de connaître le niveau de connaissances, les attitudes et les pratiques de cette population face au VIH et à la sexualité.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette enquête est de décrire les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleurs du sexe en Guyane.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de déterminer les facteurs expliquant les prises de risques sexuels chez les travailleurs du sexe en Guyane, de décrire les caractéristiques démographiques, sociales, migratoires des travailleurs du sexe et de leurs clients.

Pour freiner la progression du VIH en Guyane, il faut agir en priorité là où le risque de transmission est maximal. La multiplication des partenaires sexuels et la fréquence des IST augmentent le risque d'acquisition du VIH. Mener des actions de prévention dans le milieu du commerce du sexe afin de réduire les risques de nouvelles infections semble primordial dans la lutte contre la progression de l'épidémie de VIH en Guyane.

Afin de mener des actions adaptées à la réalité du terrain, il s'agit dans un premier temps de localiser puis décrire cette population, d'évaluer ses connaissances, ses attitudes et ses croyances face aux IST/VIH.

Définition de la population enquêtée

La définition de la population n'a pas été aussi simple qu'il n'y paraît. Il a fallu tout d'abord choisir le terme qui a paru le plus adapté, celui de travailleur du sexe. Ce terme a été privilégié, car il est moins stigmatisant que celui de prostitué et parce qu'il semble mieux perçu par les intéressés. Ces derniers ne se reconnaissent pas dans le terme de prostitué, la majorité affirmant n'exercer cette activité que de manière ponctuelle et/ou transitoire.

Il a fallu ensuite désigner clairement qui est travailleur du sexe. Le travail du sexe est un concept vaste qui peut réunir des profils très différents allant de la personne qui travaille régulièrement, en rue, en échange d'argent, à la personne qui travaille occasionnellement en échange de services. Peu d'études ont été menées sur cette population en Guyane et il a été décidé dans un premier temps de cibler les personnes ayant des relations sexuelles en échange d'argent et/ou de drogue, que ce soit des travailleurs du sexe occasionnels ou réguliers. Si cette définition répond bien à la description du travail que font les prostitués, elle ne prend pas en compte les particularités du contexte culturel, social, économique et politique qui les poussent à faire ce travail ni les rapports qu'ils entretiennent avec leur réseau social et sexuel. Cette dimension pourrait être prise en compte de manière plus précise au cours d'une enquête qualitative.

Les femmes, les hommes et les transgenres ont été interrogés afin d'obtenir des informations sur ces différents groupes. Pour des questions réglementaires, seules les personnes majeures ont été interrogées.

Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques).

Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée pour cette enquête est celle de la boule de neige (snowball sampling).

Dans ce type d'échantillon, appelé aussi échantillon par réseau, les individus sont sélectionnés en fonction de leurs liens avec un « noyau » d'individus. On se base par exemple sur les réseaux sociaux, les amitiés, les relations d'affaires, etc... pour recruter de nouveaux sujets. Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste qui ne s'appuie pas sur le hasard pour sélectionner les individus de la population d'étude. Autrement dit, on ne connaît pas le niveau de précision des estimations ainsi produites et il n'est pas possible d'extrapoler à la population cible en son entier. Le snowball s'utilise notamment dans les populations où il n'existe pas de base de sondage. Cette méthode d'échantillonnage présente plusieurs avantages, comme ceux d'être peu coûteuse, rapide et facile à utiliser.

Cette méthode semblait être la plus adaptée pour toucher cette population difficile d'atteinte et fonctionnant beaucoup en réseau. Il s'agit d'interroger une personne et de lui demander à la fin de l'entretien de présenter une autre personne de sa connaissance répondant aux critères d'inclusion, afin de pouvoir l'interroger. Pour que cette méthode fonctionne et essayer de limiter les biais de sélection, l'enquêteur et le coordinateur doivent à la base choisir des personnes à interroger ayant des caractéristiques différentes les unes des autres et ayant un réseau important. Dans le cadre de cette enquête, les personnes interrogées en premier ont été choisies en fonction de la taille de leur réseau et du lieu où elles exerçaient leur activité. En pratique, les coordinateurs de terrain ont donc établi une liste précise de tous les lieux existants où il y a des activités de prostitution, ils ont caractérisé ces lieux et choisi une ou deux personnes ayant un important réseau sur chaque lieu pour démarrer l'échantillonnage.

Cinq sites de collecte ont été désignés : l'île de Cayenne, Kourou et ses environs, Saint-Laurent et ses environs, Saint-Georges et Maripasoula et ses environs.

Le recueil des données

L'outil de recueil était un questionnaire structuré anonyme comportant 10 parties permettant de recueillir des données sociodémographiques, des données sur l'activité de prostitution, sur la consommation d'alcool et de drogues, sur les relations sexuelles avec les clients et les non-clients, sur l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, sur les connaissances portant sur les infections sexuellement transmissibles et le VIH-SIDA, sur la transmission mère enfant, les traitements disponibles, sur la discrimination des séropositifs, les centres de dépistage, la perception du risque, les messages de prévention, et le soutien de l'entourage.

Ce questionnaire a été élaboré en partenariat avec des associations de lutte contre le VIH de Guyane. Il s'est appuyé sur les études suivantes:

- l'enquête dans le milieu de la prostitution au Guyana par Guyana Responsible Parenthood Association (GRPA) et le BSS-Guyana,
- l'enquête KABP faite dans les DFA par l'ORS en 2004 (ANRS-KABP-DFA)
- Une enquête qualitative faite par ORSG dans le milieu de la prostitution.

Il été traduit en anglais (pour les populations originaires du Guyana et du Suriname), en portugais (pour la population brésilienne), en espagnol (pour la population originaire de la République Dominicaine), en nengue tongo (pour la population du fleuve Maroni) et en créole haïtien.

L'entretien auprès des personnes de la population d'étude durait de 40 à 60 minutes.

A la fin de l'entretien, un kit de prévention (six préservatifs masculins, des plaquettes d'information sur le VIH/SIDA et un ticket repas) était remis aux personnes interrogées.

Les questionnaires étaient proposés à la population d'étude après recueil du consentement éclairé. Le recueil des données s'est fait par entretien individuel. En cas de refus, un questionnaire de quelques minutes était proposé afin de définir le profil et les raisons de la population ayant refusé l'enquête.

Les entretiens ont été menés par des enquêteurs multilingues et issus de la communauté des travailleurs du sexe ou des associations locales travaillant auprès des prostitués. Les enquêteurs ont été formés et étaient supervisés régulièrement par les coordinateurs (formation avant le début de l'enquête et débriefing une fois par semaine). Le travail de terrain a démarré en avril 2009 pour se terminer au début de l'année 2010.

Taille de la population

A partir de la file active de personnes connues par les associations de terrain, le nombre de prostitués a été estimé à 200 sur Cayenne et à une cinquantaine sur Kourou, sur Saint-Laurent-du-Maroni, sur Saint-Georges-de-l'Oyapock et sur Maripasoula soit un total estimé à 400.

Le nombre de sujets à inclure dans l'enquête a été estimé à 256 personnes (au minimum) avec un risque alpha fixé à 5%, une puissance de 90% et une précision de 10%. Il s'agit de la même fraction d'échantillonnage au niveau de chaque site.

Au cours du terrain, la méthodologie en boule de neige s'est révélée particulièrement efficace en touchant des travailleurs du sexe occasionnels qui étaient jusqu'à lors peu connus des associations. Le nombre de sujets à inclure a été dépassé, 477 questionnaires ont été validés dans le cadre de cette enquête.

Analyse statistique des données

Les résultats de ce rapport sont présentés sous forme de tableaux, il s'agit d'analyses descriptives. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 10[®] et décrivent les connaissances, attitudes et pratiques des travailleurs du sexe vis-à-vis du VIH et des IST.

Ethique et CNIL

Plusieurs commissions et comités ont été sollicités dans le cadre de cette enquête auprès des travailleurs du sexe.

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest Outre-Mer III n'a pas rendu d'avis puisqu'il n'est pas compétent pour donner un avis sur ce type d'enquête (CPP n° DC 2009/02).

Le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé a rendu un avis favorable pour cette enquête (CCTIRS n°09.106).

La Commission Nationale Informatique et Liberté a également donné son autorisation pour cette enquête (CNIL n° DR-2011-464).

Financement

Ce projet a été financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) et par les Fonds Européens de Développement Régional (FEDER).

CAP VIH TS

Caractéristiques sociodémographiques

2009-2010

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes permettent de mieux connaître les particularités de cet échantillon, savoir qui sont les personnes interrogées, quel est leur profil.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés revêt un caractère important du fait de l'utilisation de ces informations dans la compréhension des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleurs du sexe.

L'étude concerne 477 travailleurs du sexe. Les informations recueillies dans cette partie portent sur l'âge, le sexe, le pays de naissance et la nationalité, le titre de séjour et la couverture sociale, le niveau scolaire, les langues parlées, le logement, le statut marital, le nombre d'adultes et d'enfants à charge.

Cinq sites de collectes ont été choisis pour mener cette enquête. Il s'agit de l'Île de Cayenne, incluant les communes de Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly, de Kourou, incluant Sinnamary, de Saint-Laurent-du-Maroni, de Maripasoula, incluant Papaïchton, et de Saint-Georges-de-l'Oyapock. L'Île de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni se situent sur la bande littorale de Guyane, Maripasoula et Saint-Georges-de-l'Oyapock sont à l'intérieur des terres. Saint-Laurent-du-Maroni et Maripasoula sont frontaliers avec le Suriname et Saint-Georges-de-l'Oyapock avec le Brésil. Ces contextes transfrontaliers ajoutent une dimension complexe, à prendre en compte dans les analyses par commune.

Dans l'Île de Cayenne, 290 personnes ont été interrogées, 72 à Kourou, 47 à Saint-Laurent-du-Maroni, 37 à Saint-Georges-de-l'Oyapock et 31 à Maripasoula.

Les résultats présentés dans ce rapport portent sur l'ensemble des zones investiguées.

Caractéristiques sociodémographiques des travailleurs du sexe interrogés

Les principales caractéristiques sociodémographiques ont été renseignées dans l'enquête. Il s'agit du sexe, de l'âge, de la nationalité, du nombre d'enfants et d'adultes à charge, etc... Ces indicateurs permettent de décrire la population qui a été interrogée dans le cadre de cette étude.

Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques.

	Effectifs	%
<i>Groupes d'âges</i>		
18-24 ans	87	18,2
25-29 ans	120	25,2
30-34 ans	103	21,6
35-39 ans	87	18,2
40-44 ans	42	8,8
45-49 ans	22	4,6
50 et plus	15	3,1
Non réponse	1	0,2
Total	477	100,0
<i>Sexe</i>		
Hommes	31	6,5
Femmes	426	89,3
Transgenres	20	4,2
Total	477	100,0
<i>Nationalité</i>		
Française	4	0,8
Brésilienne	215	45,1
Haïtienne	9	1,9
Guyanienne	86	18,0
Surinamaïse	14	2,9
Dominicaine	149	31,2
Total	477	100,0
<i>Vit en couple</i>		
Oui	91	19,1
Non	349	73,2
Non réponse	37	7,8
Total	477	100,0
<i>Nombre moyen d'enfant à charge</i>		
	1,95	
<i>Nombre moyen d'adulte à charge</i>		
	0,76	

Les personnes interrogées étaient âgées de 18 à 66 ans. Les personnes de moins de 18 ans n'ont pas été interrogées pour des questions réglementaires. Cependant, des personnes mineures ont été rencontrées sur le terrain, à Saint-Laurent-du-Maroni notamment, mais également à Cayenne. L'âge moyen des personnes se situait à 31,9 ans (avec un écart-type de 8), l'âge médian se situait à 31 ans. Le groupe d'âge modal était celui des 25-29 ans. Cette répartition n'est pas caractéristique d'une population particulièrement jeune.

Les personnes interrogées se répartissaient en trois groupes différents : les femmes, les transgenres et les hommes. La grande majorité des personnes interrogées était des femmes

(90%), 31 hommes ont été interrogés, soit 6%, et 20 transgenres soit 4%. Il faut préciser que, parmi les 31 hommes interrogés, quelques personnes auraient du être parmi les transgenres. Il y a eu parfois quelques confusions parmi les enquêtrices concernant le genre des personnes.

Les Brésiliens, les Dominicains et les Guyaniens étaient les principales nationalités représentées dans notre échantillon. Les Guyaniens ont été majoritairement interrogés à Saint-Laurent-du-Maroni et à Cayenne, les dominicains à Cayenne et à Kourou, les Brésiliens ont été rencontrés dans toutes les villes d'inclusion.

La grande majorité des travailleurs du sexe interrogés ne vivait pas en couple, le fait de vivre avec quelqu'un concernait environ 20% des personnes. Toutefois les personnes interrogées étaient nombreuses à avoir la charge de quelqu'un, d'enfants notamment. Seules 25% des personnes n'avaient pas d'enfant à charge, en moyenne les personnes de l'échantillon avaient près de deux enfants à charge et moins d'un adulte.

Indicateurs de précarité des personnes interrogées

Plusieurs questions concernant notamment le titre de séjour, la couverture sociale et les conditions d'hébergement ont été posées. Ces questions permettent de traduire certaines situations de précarité dans lesquelles se trouvaient les travailleurs du sexe et qui pouvaient mettre ces derniers dans des positions de vulnérabilité.

Tableau n°2 : Indicateurs de précarité.

	Effectifs	%
<i>Titre de séjour</i>		
Non	309	65,3
Oui, avec autorisation de travailler	123	26,0
Oui, sans autorisation de travailler	29	6,1
Non réponse	12	2,5
Total	473	100,0
<i>Sécurité sociale</i>		
Oui	234	49,1
Non	230	48,2
Non réponse	13	2,7
Total	477	100,0
<i>Eau courante dans le logement</i>		
Oui	401	84,1
Non	64	13,4
Non réponse	12	2,5
Total	477	100,0
<i>Electricité dans le logement</i>		
Oui	427	89,5
Non	37	7,8
Non réponse	13	2,7
Total	477	100,0

Près de deux tiers des personnes interrogées n'avaient pas de titre de séjour et 6% avaient un titre de séjour sans autorisation de travailler. Cela porte à près de trois quarts le nombre de personnes ne pouvant accéder à un emploi déclaré et traduit assez bien la précarité dans laquelle la grande majorité des personnes interrogées se trouvait. En plus de ne pouvoir travailler, l'absence de titre de séjour expose les personnes à une expulsion du territoire et les amène à prendre des risques afin d'éviter cette situation.

Niveau scolaire et des langues parlées par les personnes interrogées

Certaines précisions ont été demandées aux personnes interrogées concernant les langues parlées, la maîtrise de la lecture et de l'écriture dans la langue maternelle et en français, la scolarisation et le niveau scolaire. La Guyane présentant un profil très particulier, notamment au niveau linguistique, il semble important de disposer de ces indicateurs pour ajuster au mieux les outils de prévention à destination des travailleurs du sexe.

Tableau n°3 : Indicateurs sur le niveau d'éducation et les langues parlées.

	Effectifs	%
<i>Langues parlées</i>		
Français	229	48,0
Créole guyanais	102	21,4
Portugais	240	50,3
Créole haïtien	13	2,7
Anglais	119	24,9
Hollandais	15	3,1
Espagnol	166	34,8
Nengue tongo	34	7,1
<i>Lecture et écriture dans la langue maternelle</i>		
Oui	459	96,2
Non	12	2,5
Pas de réponse	6	1,3
Total	477	100,0
<i>Lecture et écriture du français</i>		
Oui	135	28,3
Non	333	69,8
Pas de réponse	9	1,9
Total	477	100,0
<i>Scolarisation</i>		
Oui	463	97,1
Non	10	2,1
Pas de réponse	4	0,8
Total	477	100,0
<i>Niveau scolaire</i>		
Primaire ou équivalent	174	37,6
Secondaire ou équivalent	216	46,7
Supérieur ou équivalent	46	9,9
Pas de réponse	27	5,8
Total	463	100,0

Près de la moitié des personnes interrogées parlaient le français, toutefois elles n'étaient que 28% à savoir le lire et l'écrire. La langue la plus parlée était le portugais, près de la moitié de la population interrogée le parlait couramment, les personnes d'origine brésilienne étaient les plus nombreuses dans notre échantillon.

Seuls 2% des travailleurs du sexe interrogés n'étaient jamais allés à l'école. Le niveau scolaire des personnes était plutôt bon puisque plus de la moitié était allée au minimum jusqu'au secondaire et près de 10% avaient un niveau scolaire supérieur.

Les femmes

Dans l'enquête plusieurs questions ne concernaient que les femmes, il s'agit d'indicateurs sur des grossesses éventuelles, le recours à l'IVG et le nombre d'enfants.

La majorité de notre échantillon était constituée de femmes. Ces questions étaient centrales dans les caractéristiques socio-économiques. Elles permettent de se faire une

idée, notamment avec les avortements, de la fréquence des grossesses non désirées, des rapports non protégés et de l'absence de contraceptions.

Tableau n°4 : Indicateurs concernant les femmes.

	Effectifs	%
<i>A déjà été enceinte</i>		
Oui	368	86,4
Non	55	12,9
Pas de réponse	3	0,7
Total	426	100,0
<i>Nombre moyen d'enfants en Guyane</i>		
	0,97	
<i>Nombre moyen d'enfants dans le pays d'origine ou ailleurs</i>		
	1,66	
<i>A déjà avorté</i>		
Oui	224	60,9
Non	112	30,4
Pas de réponse	32	8,7
Total	368	100,0

La grande majorité des femmes interrogées avait déjà été enceinte (86%). Elles avaient en moyenne plus d'enfants dans leur pays d'origine ou ailleurs (1,66) qu'en Guyane (0,97).

Soixante pourcents des femmes avaient déjà eu recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. C'est un chiffre assez important au regard de celui de la population générale guyanaise (37,5% déclaraient avoir eu au moins une IVG au cours de leur vie [4]).

Dans le détail, les femmes ayant déjà eu au moins une IVG étaient plus nombreuses chez les 25-29 ans et 30-34 ans (respectivement 25% et 26%). Logiquement, les femmes plus âgées étaient proportionnellement un peu plus nombreuses à avoir eu recours à une IVG au cours de leur vie.

Les chiffres diffèrent de manière remarquable selon la zone d'enquête également. Ainsi parmi les femmes interrogées à Saint-Laurent-du-Maroni et à Maripasoula, respectivement 79% et 73% de femmes avaient déjà eu recours à une IVG au cours de leur vie.

Conclusion

Les travailleurs du sexe interrogés dans cette étude étaient majoritairement des femmes, d'origine brésilienne, dominicaine ou guyanaise. De nombreuses personnes interrogées se trouvaient dans une situation relativement précaire. En effet, beaucoup n'avaient pas de titre de séjour ni d'autorisation de travailler, la moitié n'avait pas de sécurité sociale ce qui constitue souvent un frein important dans l'accès aux soins. Près d'un

quart des personnes n'avaient pas d'eau courante dans le logement qu'elles occupaient, les conditions d'habitat étaient parfois très précaires. Les femmes interrogées avaient pour la plupart déjà été enceintes et avaient des enfants à charge en Guyane ou dans leur pays d'origine.

Les travailleurs du sexe interrogés avaient en moyenne un bon niveau scolaire. En effet, plus de la moitié étaient allés dans le secondaire, voire le supérieur. Toutefois peu lisaient le français, ce qui représente une entrave considérable à beaucoup de démarches administratives, mais aussi à la compréhension des messages de prévention.

CAP VIH TS

Commerce du sexe

2009-2010

Il n'existe pas une seule manière de se prostituer et en fonction des différentes formes que prend le commerce du sexe, les propositions d'action, de projets en direction des travailleurs du sexe seront distinctes. De la même manière, les différentes circonstances qui ont amené les personnes à devenir travailleurs du sexe jouent sur l'activité des personnes. Il est donc nécessaire de connaître et de décrire l'activité que peuvent avoir les travailleurs du sexe en Guyane.

L'activité de prostitution des personnes interrogées

Le début de l'activité de prostitution est un élément important pour mieux connaître la population des travailleurs du sexe en Guyane. La thématique a été abordée à travers plusieurs questions portant principalement sur les raisons du début d'activité, l'âge au début de l'activité et les occasions qui ont amené les personnes au commerce du sexe.

Tableau n°5 : L'arrivée au commerce du sexe.

	Effectifs	%
<i>Raisons pour lesquelles vous avez été amené à faire ce travail ?</i>		
Raisons financières	330	69,2
Décision personnelle	158	33,1
N'a pas pu faire un autre travail	96	20,1
Pression parentale	11	2,3
Pression du conjoint	10	2,1
<i>Âge moyen au début de l'activité</i>		
	24,29 ans (SD = 6,41)	
	Min : 13 ans Max : 48 ans	
<i>A quelle occasion avez-vous débuté votre activité ?</i>		
A mon arrivée en Guyane	209	43,8
Quand j'ai eu mes enfants	82	17,2
Quand on me l'a proposé	106	22,4
<i>Qui vous l'a proposée ?</i>		
Ami(e)	93	87,7
Conjoint(e)	3	2,8
Proxénète	7	6,6
Autre	3	2,8
Total	106	100,0

L'âge moyen au début d'activité était de 24 ans, 13 ans était l'âge le plus jeune déclaré, 48 ans le plus élevé. Les personnes ont été amenées au commerce du sexe pour des raisons financières (69,2%) dans la majorité des cas et pour beaucoup lors de leur arrivée en

Guyane (44%). Pour 22% des personnes interrogées quelqu'un leur avait proposé cette activité, un(e) ami(e) le plus souvent.

Tableau n°6 : Fréquence du recours au commerce du sexe.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous un autre travail en plus de celui-ci ?</i>		
Oui	150	31,5
Non	307	64,4
Pas de réponse	20	4,2
Total	477	100,0
<i>Vous exercez la prostitution de manière ...</i>		
Régulière	211	44,2
Ocasionnelle	235	49,3
Pas de réponse	31	6,5
Total	477	100,0
<i>Travaillez-vous ...</i>		
Tous les jours	137	28,7
Quelques jours par semaine	224	47,0
Le week-end seulement	94	19,7
Ne sait pas	6	1,3
Pas de réponse	16	3,4
Total	477	100,0

Près de la moitié des personnes interrogées exerçaient la prostitution de manière occasionnelle, elles étaient un peu moins nombreuses à déclarer l'exercer régulièrement. La majorité n'avait pas d'autre travail à côté et pour les 31,5% qui en avaient un, il s'agissait principalement de vente, de coiffure, de ménage et de garde d'enfants. Si près de la moitié des personnes interrogées déclaraient travailler quelques jours par semaine, plus d'un quart travaillaient tous les jours.

Tableau n°7 : Lieux de rencontres, nombre de clients et argent.

	Effectifs	%
<i>Vous rencontrez vos clients ...</i>		
Dans la rue	244	51,2
A l'hôtel	50	10,5
Dans des boîtes de nuit	154	32,3
Dans des bars	181	38,0
Par téléphone	213	44,7
Par Internet	12	2,5
Par connaissances	50	10,5
<i>Avez-vous déjà travaillé sur un site d'orpaillage ?</i>		
Oui	116	71,9
Non	343	24,3
Pas de réponse	18	3,8
Total	477	100,0
<i>Nombre moyen de clients par jour travaillé</i>		
	3 (SD : 1,47)	
	Min : 1	Max : 8
<i>L'argent gagné vous revient-il en totalité ?</i>		
Oui	250	52,4
Non	202	42,4
Pas de réponse	25	5,2
Total	477	100,0

Le principal lieu où les travailleurs du sexe rencontraient leurs clients était la rue. Beaucoup ont déclaré rencontrer également des clients en discothèque ou dans des bars et beaucoup utilisaient le téléphone, travaillant avec des clients plus réguliers dans ce cas. En moyenne, les personnes avaient trois clients par jour travaillé. Beaucoup (42,4%) ne gardaient pas la totalité de l'argent gagné et le partageaient très souvent avec leur famille, très peu de personnes déclaraient en redonner une partie à un proxénète.

Près des trois quarts des personnes interrogées avaient déjà travaillé sur un site d'orpaillage.

Conclusion

Les personnes interrogées n'avaient pas forcément démarré leur activité très jeune, dans de nombreux cas il s'agissait de pallier à des problèmes financiers liés au statut administratif et engendrant une précarité importante [5]. La plupart du temps les personnes avaient démarré le travail en arrivant en Guyane. Très peu de personnes de l'échantillon travaillaient avec un proxénète. Même si la rue était le lieu majoritaire de rencontre des clients, d'autres lieux évoquant d'autres types de prostitution ont été cités. Ainsi la

rencontre avec les clients pouvait se faire en discothèque ou dans les bars, mais également par téléphone, auquel cas il s'agissait le plus souvent de clients réguliers qui prenaient contact avec les travailleurs du sexe par ce biais.

CAP VIH TS

Consommation de drogues et d'alcool

2009-2010

La consommation de drogues et d'alcool peut parfois être un facteur de prises de risque sexuel important. Ainsi suite à une consommation d'alcool ou de drogues, une personne risque de trouver son jugement altéré et peinera parfois à discerner une situation à risque et à adapter son comportement. Les travailleurs du sexe, de par leur activité, sont beaucoup plus exposés au risque de transmission des IST et du VIH, et si s'y ajoute l'implication d'un phénomène consommatoire, les situations à risque se cumulent. Une partie du questionnaire a été dédiée à ces consommations et revient en détail sur les différents produits consommés et leur fréquence de consommation par les personnes interrogées.

Analyse descriptive de la consommation de drogues et d'alcool.

La consommation d'alcool est un élément très souvent associé dans la littérature à des prises de risque sexuel chez les travailleurs du sexe, notamment à des rapports sexuels non protégés [6,7].

Dans le questionnaire, la consommation d'alcool a d'abord été évaluée pour une semaine complète, puis avant ou durant le travail, moment où la consommation est particulièrement problématique.

Tableau n°8 : Consommation d'alcool.

	Effectifs	%
<i>Consommation de plus de quatre verres d'alcool d'affilée dans la semaine ?</i>		
4 à 7 fois	61	12,8
2 à 3 fois	103	21,6
Moins de 2 fois	126	26,4
Jamais	167	35,0
Ne sait pas	12	2,5
Pas de réponse	8	1,7
Total	477	100,0
<i>Consommation de plus de quatre verres d'affilée avant ou durant le travail ?</i>		
Jamais	271	56,8
Parfois	165	34,6
Toujours	24	5,0
Ne sait pas	5	1,0
Pas de réponse	12	2,5
Total	477	100,0

Un peu plus des deux tiers des personnes interrogées déclaraient ne jamais consommer plus de quatre verres d'alcool d'affilée au cours d'une semaine. Toutefois, près de 13% consommaient quatre à sept fois par semaine plus de quatre verres d'alcool d'affilée.

Les proportions étaient un peu différentes avant ou pendant le travail puisque plus de la moitié des personnes déclaraient ne jamais consommer plus de quatre verres d'alcool d'affilée avant ou pendant le travail. Près d'un tiers le faisait parfois, peu de personnes le faisaient souvent.

La consommation de drogues est très corrélée avec le risque d'avoir le VIH. Toutefois les études le démontrant portent principalement sur les prises en intraveineuse, ce qui est quasi-inexistant en Guyane [8]. Cela ne signifie toutefois pas que la consommation de drogues non injectables n'influence pas le comportement des personnes. Ainsi de la même manière que l'alcool, la consommation de drogues peut conduire à des prises de risques sexuels.

Tableau n°9 : Consommation de drogues.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà consommé ...</i>		
Marijuana	119	25,0
Cocaïne	45	9,4
Crack	26	5,5
Ecstasy	29	6,1

Un quart des personnes interrogées ont répondu avoir déjà consommé de la marijuana. Les proportions étaient bien moindres s'agissant de la cocaïne, du crack et de l'ecstasy avec toutefois près de 10% des travailleurs du sexe ayant déjà consommé de la cocaïne.

Tableau n°10 : Fréquence de consommation.

<i>Au cours du mois dernier, quelle était votre fréquence de consommation de ...</i>				
	Marijuana		Cocaïne	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Jamais	11	9,2	3	6,7
Moins d'une fois par semaine	29	24,4	20	44,4
Au moins une fois par semaine	27	22,7	10	22,2
Tous les jours	41	34,5	8	17,8
Ne sait pas	2	1,7	2	4,4
Pas de réponse	9	7,6	2	4,4
Total	119	100,0	45	100,0
	Crack		Ecstasy	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Jamais	4	15,4	7	24,1
Moins d'une fois par semaine	5	19,2	10	34,5
Au moins une fois par semaine	8	30,8	8	27,6
Tous les jours	6	23,1	3	10,3
Ne sait pas	2	7,7	1	3,4
Pas de réponse	1	3,8	0	0,0
Total	26	100,0	29	100,0

Un tiers des personnes ayant déjà pris de la marijuana en consommaient tous les jours. La consommation d'ecstasy était beaucoup plus ponctuelle puisque plus de la moitié des personnes en ayant déjà consommé déclaraient ne pas en avoir pris ou en avoir pris moins d'une fois par semaine au cours du mois écoulé. Concernant la cocaïne et le crack, les prises régulières (tous les jours ou au moins une fois par semaine) étaient assez fréquentes, respectivement 40% et 53,9% des personnes en ayant déjà consommé.

Conclusion

La prise d'alcool et de drogue au sein de la population des travailleurs du sexe de Guyane n'était pas un fait rare. Près de 60% des personnes interrogées buvaient plus de quatre verres d'alcool d'affilée plus ou moins régulièrement et un peu plus d'un tiers le faisaient parfois avant ou pendant le travail.

La consommation de drogue était beaucoup plus anecdotique, la marijuana était la drogue la plus courante selon les déclarations des travailleurs du sexe, toutefois ramenée à l'échantillon total, seules 8% des personnes interrogées consommaient de la marijuana tous les jours.

CAP VIH TS

Sexualité

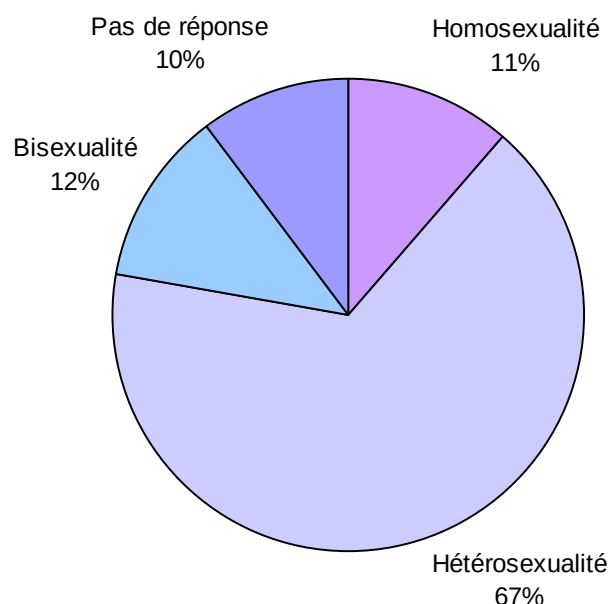
2009-2010

La sexualité chez les travailleurs du sexe constitue une partie de leur activité professionnelle ce qui la rend assez atypique par rapport à la population générale. La sexualité a donc un statut particulier au sein de la vie des personnes interrogées. En Guyane, les principaux risques de contracter le VIH ou d'autres IST sont en lien avec la sexualité. Il est donc important de décrire les caractéristiques principales de cette sexualité. Afin d'essayer de mieux connaître la sexualité des travailleurs du sexe en Guyane, une série de questions a été posée, concernant notamment la définition de leur sexualité, les rapports avec leurs clients et avec les non-clients, etc...

Analyse descriptive de la sexualité des travailleurs du sexe en Guyane.

L'âge moyen au premier rapport sexuel se situait à 15,8 ans (écart-type de 2,10). Le minimum était à 8 ans, le maximum à 30 ans. L'âge médian était à 16 ans et reste assez comparable au chiffre de la population générale guyanaise âgée de moins de 40 ans, les femmes de moins de 40 ans avaient un âge médian au premier rapport à 16,9 ans, cet âge est de 15,4 ans pour les hommes [4]. L'âge au premier rapport sexuel est souvent considéré dans la littérature comme un facteur de risque sexuel, plus l'âge est jeune, plus les prises de risque sont élevées [9,10].

Graphique n°1 : Définition de la sexualité.



La grande majorité des personnes se définissaient comme hétérosexuelles. Toutefois, 11% déclaraient avoir une sexualité homosexuelle et 12% bisexuelle. A titre indicatif, dans KABP

2004, 97% des hommes et 98,2% des femmes déclaraient avoir eu exclusivement des partenaires de sexe opposé au cours de leur vie [4]. Au Brésil en 2008, 7,6% des personnes âgées de 15 à 64 ans sexuellement actives avaient eu des relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours de leur vie [11].

Tableau n°11 : Connaissance et utilisation des moyens de contraception.

	%	%
Moyens de contraceptions ...	Connus	Utilisés
Aucun	0,2	2,5
Préservatifs masculins	92,5	88,1
Préservatifs féminins	34,4	7,1
Stérilet	25,6	2,9
Pilule	59,3	14,7
Injections mensuelles	35,9	7,8
Implant	15,9	2,5
Patch	6,3	0,0
Ligature des trompes	11,7	2,3
Vasectomie	4,0	0,4
Pas de réponse	1,5	1,9

Le moyen de contraception le plus connu et le plus utilisé était le préservatif masculin (respectivement 92,5% et 88,1%). Arrivaient ensuite la pilule et les injections mensuelles. Les personnes interrogées étaient très peu nombreuses à ne connaître et à n'utiliser aucun moyen de contraception. La vasectomie et les patchs étaient les moins populaires parmi les moyens de contraceptions utilisés.

Analyse descriptive des rapports avec les clients.

La sexualité avec les clients est une partie importante de la vie sexuelle des travailleurs du sexe. Elle doit être traitée à part entière et indépendamment de la sexualité avec des partenaires sexuels non clients.

Le coût médian d'un rapport sexuel se situait à 40 euros, c'est-à-dire que la moitié des personnes avait déclaré un coût inférieur à 40 euros et l'autre moitié, supérieur à 40 euros. Seuls 2,3% des répondants avaient déclaré qu'un rapport sans préservatif était plus cher, 93,9% déclaraient ne jamais avoir de rapports sexuels sans préservatif avec un client, 3,8% n'avaient pas souhaité répondre à cette question.

Tableau n°12 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les clients.

	Effectifs	%
<i>A quelle fréquence utilisez-vous le préservatif avec vos clients ?</i>		
Jamais	0	0,0
Parfois	3	0,6
Presque tout le temps	11	2,3
A chaque fois	449	94,1
Ne sait pas	1	0,2
Pas de réponse	13	2,7
Total	477	100

Aucun travailleur du sexe interrogé n'a répondu ne jamais utiliser de préservatif avec un client. La grande majorité déclarait en utiliser à chaque fois (94%).

L'enquête était déclarative, ce qui signifie qu'il peut parfois y avoir un décalage entre la réalité et les réponses données. Toutefois, cela reste intéressant puisque les réponses donnent une tendance générale, mais également la perception de ce que la personne pense être la « bonne » réponse. Malgré ce décalage potentiel avec la réalité, les perceptions des comportements « à adopter » sont importantes à connaître et permettent de comprendre s'il s'agit de connaissances défectueuses, de comportements à risque involontaires, volontaires, etc...

Tableau n°13 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous utilisé un préservatif la dernière fois que vous étiez avec un client ?</i>		
Non	4	0,8
Oui	460	96,4
Ne se rappelle pas	2	0,4
Pas de réponse	11	2,3
Total	477	100,0

La plupart des personnes avaient utilisé un préservatif la dernière fois qu'elles étaient avec un client. Dans 71% des cas, c'est le travailleur du sexe qui avait pensé au préservatif, dans 27% des cas il s'agissait d'une décision commune. Le client semblait peu souvent à l'origine de la proposition.

Dans 96% des cas, les travailleurs du sexe déclaraient se sentir à l'aise pour proposer le préservatif à leurs clients.

Tableau n°14 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal/fellation avec un client.

Avez-vous utilisé un préservatif lors du dernier(-e) ...

	Rapport anal		Fellation	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Non	9	1,9	35	7,3
Oui	202	42,3	305	63,9
Je n'ai pas de rapport anal/fellation avec mes clients	255	53,5	117	24,5
Pas de réponse	11	2,3	20	4,2
Total	477	100,0	477	100,0

Il a été demandé aux travailleurs du sexe s'ils avaient utilisé un préservatif lors du dernier rapport anal avec un client ou lors de la dernière fellation. Près de 2% n'en n'ont pas utilisé lors du dernier rapport anal et 7% lors de la dernière fellation. La moitié des personnes déclarait ne jamais avoir de rapports anaux avec leurs clients alors qu'un quart d'entre elles déclarait ne jamais faire de fellation à leurs clients.

Tableau n°15 : Profil des clients.

	%
<i>Origines principales des clients ...</i>	
Créole guyanais	58,5
Métropolitains	47,8
Surinamais	16,4
Brésiliens	14,9
Haitiens	8,0
Guyaniens	5,9
<i>Clients réguliers</i>	
Oui	69,6
<i>Âge des clients</i>	
18-30 ans	16,1
30-50 ans	59,1
Plus de 50 ans	9,6
<i>Majorité de clients...</i>	
Alcoolisés	32,5
Drogués	10,9
Violents	7,3
Mariés	50,3

Les travailleurs du sexe interrogés décrivaient leurs clients comme majoritairement réguliers (70%). Les créoles guyanais et les métropolitains étaient les plus souvent cités parmi les origines principales. La majorité était âgée entre 30 et 50 ans, la moitié d'entre eux était mariée. Un tiers des travailleurs du sexe déclarait que la majorité de leurs clients était alcoolisée, 11% droguée et 7% violente.

Tableau n°16 : Violences subies de la part des clients.

	Effectifs	%
<i>Subissez-vous des violences de la part de vos clients ?</i>		
Jamais	273	57,2
Parfois	182	38,2
Régulièrement	3	0,6
Pas de réponse	19	4,0
Total	477	100,0

Plus du tiers des personnes déclaraient subir parfois ou régulièrement des violences de la part de leurs clients. La violence des clients vis-à-vis des travailleurs du sexe n'était pas une chose rare et augmentait leur vulnérabilité, notamment face aux IST et au VIH [12]. Plus d'un quart (26,8%) déclaraient d'ailleurs avoir déjà subi un rapport forcé de la part d'un client.

Analyse descriptive des rapports avec les non-clients.

Les travailleurs du sexe ont été interrogés sur leurs rapports avec les non-clients, les partenaires sexuels avec qui il n'y a pas échange de drogues ou d'argent pour un rapport sexuel. Il s'agit des partenaires intimes qu'ils soient réguliers ou occasionnels.

Parmi les personnes questionnées, 291 (soit 61,01%) avaient eu des rapports sexuels sans échange d'argent au cours du mois dernier.

Tableau n°17 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les non-clients.

	Effectifs	%
<i>A quelle fréquence utilisez-vous le préservatif avec les non clients ?</i>		
Jamais	83	28,5
Parfois	46	15,8
Presque tout le temps	14	4,8
A chaque fois	141	48,5
Ne sait pas	1	0,3
Pas de réponse	6	2,1
Total	291	100

Près de la moitié des personnes avait utilisé à chaque fois le préservatif avec les non-clients. Elles étaient un peu plus d'un quart à ne jamais l'utiliser. Lors du dernier rapport avec un non-client, un tiers des personnes (159 personnes) avait déclaré ne pas avoir utilisé de préservatifs.

Tableau n°18 : Raisons de la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un non-client.

	%
<i>Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de préservatif ?</i>	
Pas à l'aise pour demander	7,6
Le partenaire ne voulait pas	15,7
Ce n'était pas nécessaire	5,7
A oublié	2,5
N'aime pas les préservatifs	3,1
A confiance en son partenaire	47,8
Avait bu	1,9
Les préservatifs réduisent le plaisir	12,0
N'en avais pas	3,8
Trop cher	0,0
Pas confiance dans les préservatifs	0,0
Autre	10,1

Près de la moitié des personnes n'avaient pas utilisé de préservatifs lors du dernier rapport sexuel avec un non-client, car elles avaient confiance en leur partenaire (76 personnes). Dans près de 16% des cas, c'était parce que le partenaire ne voulait pas utiliser le préservatif. Douze pourcents estimaient que les préservatifs réduisent le plaisir et avançaient cette raison à leur non-utilisation lors du dernier rapport. Les rapports avec les non-clients entraient dans la sphère intime des personnes et pour une bonne partie il s'agissait de rapports avec un partenaire régulier.

Tableau n°19 : Raisons de la confiance en le partenaire non-client.

	%
<i>Pourquoi avez-vous confiance en votre partenaire ?</i>	
Il m'aime	17,1
Nous sommes ensemble depuis longtemps	67,1
Il utilise des préservatifs avec les autres	5,3
Nous avons fait le test	40,8
Il est attirant	1,3
Il est honnête	7,9
Il est doux	2,6
Il est riche	0,0
Il n'a pas l'air malade	5,3
Il est intelligent	0,0
Il a un travail stable	2,6
Nous suivons la même religion	1,3
Autre	9,2

Dans deux tiers des cas, les personnes déclaraient faire confiance à leur partenaire, car ils étaient ensemble depuis longtemps (67%), il s'agissait souvent dans ce cas-là du partenaire régulier. Dans 40% des cas, ils avaient fait le test du VIH. 17% avançaient comme raison "Il m'aime", dans près de 8% la raison évoquée était "Il est honnête". Les 9% "Autre" désignaient principalement des femmes qui avaient répondu que le partenaire non client était leur mari/partenaire régulier.

Les personnes ayant utilisé un préservatif (54,3%) avaient elles-mêmes pensé au préservatif dans 46,7% des cas. Dans 47,1% des cas il s'agissait d'une décision conjointe avec le partenaire non client. Les travailleurs du sexe interrogés étaient 75% à se sentir à l'aise pour proposer le préservatif à un partenaire non client, 14% ne se sentaient pas à l'aise pour le proposer, 11% ne savaient pas ou n'avaient pas souhaité répondre.

Tableau n°20 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal et de la dernière fellation avec un partenaire non-client.

Avez-vous utilisé un préservatif lors du dernier(-e) ...

	Rapport anal		Fellation	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Non	72	15,1	143	30,0
Oui	164	34,4	181	37,9
Pas de rapport anal/fellation avec les non clients	205	43,0	103	21,6
Pas de réponse	36	7,5	50	10,5
Total	477	100,0	477	100,0

Les proportions de non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal ou lors de la dernière fellation avec un partenaire non-client étaient un peu plus élevées qu'avec un partenaire client. Quinze pourcents n'avaient pas utilisé de préservatifs lors du dernier rapport anal avec un non-client et 30% lors de la dernière fellation. Les travailleurs du sexe étaient également un peu plus nombreux à pratiquer la fellation ou le rapport anal avec les non-clients qu'avec les clients.

Il semble que l'utilisation du préservatif avec les partenaires non-clients était moindre qu'avec les clients. Des risques liés au multipartenariat semblaient exister.

Tableau n°21 : Multipartenariat du partenaire non-client.

	Effectifs	%
<i>Votre partenaire a-t-il des relations sexuelles avec d'autres personnes ?</i>		
Non	47	9,9
Oui	130	27,3
Ne sait pas	249	52,2
Pas de réponse	51	10,7
Total	477	100,0

Plus d'un quart (27,1%) des personnes interrogées avaient déclaré que leur partenaire avait des relations sexuelles avec d'autres personnes. La moitié (52,2%) ne savait pas. Il existait donc bien un multipartenariat important qui constituait un risque important de transmission du VIH et des IST, surtout en mettant en regard la non-utilisation du préservatif plus fréquente avec les partenaires non clients.

Tableau n°22 : Rapport forcé de la part d'un partenaire non client.

	Effectifs	%
<i>Un partenaire vous-a-t-il déjà forcé à avoir une relation sexuelle ?</i>		
Non	340	71,3
Oui	75	15,7
Ne sait pas	1	0,2
Pas de réponse	61	12,8
Total	477	100,0

Près de 16% des travailleurs du sexe interrogés avaient déjà subi un rapport forcé de la part d'un partenaire non client. Près de 13% des personnes n'avaient pas souhaité répondre à cette question. Selon l'étude KABP, en 2004 en Guyane, 1,1% des hommes et 11,8% des femmes avaient été forcées, au cours de leur vie, d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté [4].

La violence dans la sphère intime était assez présente chez les travailleurs du sexe et pouvait être parfois aussi importante que dans la sphère professionnelle [13].

Conclusion

La sexualité des travailleurs du sexe a été abordée sous deux aspects principaux : avec les partenaires clients et avec les partenaires non clients. L'utilisation du préservatif masculin était bien plus systématique avec les clients qu'avec les partenaires intimes malgré un multipartenariat important rapporté. Pour beaucoup, ne pas utiliser de préservatif avec un partenaire non client était rapporté à la confiance que les travailleurs du sexe avaient à l'égard de ces partenaires. Il s'agissait parfois de leur partenaire régulier de longue date et une notion de différenciation entre clients et non-clients était souvent implicite. Utiliser un préservatif avec un partenaire intime revient parfois pour ce dernier à être traité comme un client [15]. Les travailleurs du sexe étaient d'ailleurs un peu moins nombreux à se déclarer à l'aise pour proposer le préservatif à leurs partenaires intimes qu'à leurs clients. L'utilisation ou non du préservatif avec le partenaire ou le client est le résultat d'un cumul de facteurs complexes et variés allant des caractéristiques sociodémographiques, aux connaissances sur le VIH/SIDA, en passant par les caractéristiques de l'activité sexuelle ou du contexte du rapport sexuel, etc... [4].

La vie des travailleurs du sexe était parfois empreinte de violence dans la sphère professionnelle, mais également dans la sphère intime. Les personnes interrogées avaient rapporté de nombreuses violences de la part des clients et beaucoup avaient déjà subi des rapports forcés de leurs clients, mais également en moindre mesure de leurs partenaires intimes.

CAP VIH TS

Préservatifs

2009-2010

L'utilisation des préservatifs chez les travailleurs du sexe est essentielle pour se protéger des IST et du VIH. Pour rendre la prévention plus efficace, au-delà de la négociation et de la volonté d'utiliser un préservatif avec un client ou avec son partenaire, il est nécessaire de s'interroger sur l'accès et l'utilisation des préservatifs, qu'il s'agisse des préservatifs masculins ou féminins.

Des questions ont été posées en ce sens concernant les préservatifs masculins et féminins : où les trouver, comment les utiliser, etc...

Préservatifs masculins

Le préservatif masculin reste le moyen de protection et de contraception le plus utilisé, son accessibilité au plus grand nombre est particulièrement importante pour réduire les risques de transmission des IST, notamment du VIH.

Tableau n°23 : Accès gratuit aux préservatifs.

	Effectifs	%
<i>Les préservatifs que vous utilisez...</i>		
Vous les achetez	155	32,5
On vous les donne	215	45,1
Les deux	98	20,5
Ne sait pas	3	0,6
Pas de réponse	6	1,3
Total	477	100,0

Dans 45% des cas, les préservatifs étaient donnés aux travailleurs du sexe. Toutefois un tiers déclarait les acheter, et 20% un peu des deux. L'accès aux préservatifs était plus facile dans les zones urbaines comme l'île de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. A Maripasoula et Saint-Georges, l'accès gratuit était plus limité et les travailleurs du sexe étaient un peu plus nombreux à acheter les préservatifs.

Tableau n°24 : Prix du préservatif.

	Effectifs	%
<i>Que pensez-vous du prix des préservatifs ?</i>		
Trop cher	42	8,8
Raisnable	267	56,0
Pas cher	107	22,4
Ne sait pas	52	10,9
Pas de réponse	9	1,9
Total	477	100,0

Plus de la moitié des personnes interrogées estimaient que le prix du préservatif est raisonnable. Près d'un quart pensait que le prix n'est pas cher. Seuls 9% des personnes l'estimaient trop cher. Il semble que le prix n'était pas un frein à l'accès pour la grande majorité des personnes interrogées.

Tableau n°25 : Connaissance des lieux où se procurer des préservatifs.

	Effectifs	%
<i>Savez-vous où vous procurer des préservatifs ?</i>		
Non	6	1,3
Oui	460	96,4
Pas de réponse	11	2,3
Total	477	100,0

La très grande majorité des personnes interrogées savaient où se procurer des préservatifs. Seules 6 d'entre elles ont répondu ne pas savoir où trouver des préservatifs.

Tableau n°26 : Lieux où se procurer des préservatifs.

	%
<i>Où pouvez-vous vous procurer des préservatifs ?</i>	
Commerce	31,3
Pharmacie	73,7
Distributeurs en rue	13,3
PMI	20,0
Hôpital	46,7
Bars/Hôtels	13,9
Amis	25,4
Autre travailleur du sexe	21,5
CDAG	10,4
Associations	41,3
Autre	3,9

La pharmacie était le lieu le plus cité par les travailleurs du sexe interrogés comme endroit où se procurer des préservatifs. L'hôpital, incluant les centres de santé, venait ensuite (47%), puis les associations (41%). Les distributeurs en rue et la CDAG n'étaient pas très fréquemment évoqués, respectivement 13% et 10%.

Tableau n°27 : Temps estimé pour se procurer un préservatif.

	Effectifs	%
<i>Combien de temps prendriez-vous pour trouver un préservatif depuis l'endroit où vous vivez ?</i>		
0-14 minutes	181	37,9
15-29 minutes	131	27,5
30-59 minutes	28	5,9
1 heure ou plus	6	1,3
Ne sait pas	107	22,4
Pas de réponse	24	5,0
Total	477	100,0

Plus du tiers des personnes interrogées prenaient moins d'un quart d'heure pour trouver un préservatif de l'endroit où ils vivaient. Très peu de personnes prenaient plus de trente minutes. Toutefois, il faut souligner que 22% ne savaient pas le temps qu'ils prendraient pour trouver un préservatif depuis l'endroit où ils vivaient.

Tableau n°28 : Superposition de deux préservatifs l'un sur l'autre.

	Effectifs	%
<i>Vous arrive-t-il d'utiliser deux préservatifs l'un sur l'autre ?</i>		
Non	359	75,3
Oui	110	23,1
Pas de réponse	8	1,7
Total	477	100,0

Près d'un quart des personnes interrogées (23%) utilisaient deux préservatifs l'un sur l'autre. Utiliser deux préservatifs l'un sur l'autre fragilise les préservatifs et entraîne des ruptures lors des rapports sexuels. Souvent partant d'une volonté de protection supplémentaire cette habitude entraînait un risque accru en matière de transmission des IST et du VIH.

Tableau n°29 : Utilisation du préservatif dès le début de la pénétration.

	Effectifs	%
<i>Utilisez-vous un préservatif dès le début de la pénétration ?</i>		
Non	15	3,1
Oui	416	87,2
Pas de réponse	46	9,6
Total	477	100,0

La grande majorité des travailleurs du sexe de notre échantillon utilisait le préservatif dès le début de la pénétration (87%). Toutefois près de 10% n'avaient pas souhaité répondre à la question et 15 personnes avaient avoué ne pas le faire.

Tableau n°30 : Rupture de préservatif durant un rapport sexuel.

	Effectifs	%
<i>Un préservatif a-t-il déjà craqué lors d'un rapport ?</i>		
Non	178	37,3
Oui	295	61,8
Pas de réponse	4	0,8
Total	477	100,0

Près des deux tiers des travailleurs du sexe interrogés (62%) déclaraient avoir déjà eu à faire face à la rupture d'un préservatif lors d'un rapport sexuel. Ces ruptures pouvaient être dues à une mauvaise utilisation du préservatif, à un défaut de lubrification et/ou à un rapport assez violent. Dans tous les cas cette situation exposait les travailleurs du sexe au risque accru de contracter une IST ou le VIH.

Il a été demandé aux travailleurs du sexe interrogés s'ils avaient un préservatif avec eux, 418 (88%) en avait un. A ceux qui avaient un préservatif, il leur a été demandé d'expliquer comment ils l'utilisaient. Dans 91% des cas, le préservatif était utilisé correctement. Les erreurs principales, relevées par les enquêtrices sur les 9% qui ne l'utilisaient pas correctement, étaient l'ouverture avec les dents et ne pas chasser l'air du préservatif lors de la pose.

Tableau n°31 : Modèles identifiés comme fragiles.

	%
<i>Avez-vous identifié un modèle de préservatif plus fragile ?</i>	
Maxpro parfumé	8,14
OM'S	20
Maxpro strié	3,39
Maxpro picots	2,37
SURE	12,2
Maxpro XXL	4,41
Bois bandé	0
Phicogis	1,02
Fémidon	1,36
Pas de modèle en particulier	42,03
Pas de réponse	14,92

Près de la moitié des personnes n'avaient pas identifié de modèles plus fragiles en particulier. Les modèles OM'S et SURE semblaient être ceux qui étaient les plus souvent cités comme étant plus fragiles que les autres (respectivement 20% et 12%). Près de 15% des personnes n'avaient pas souhaité répondre à cette question.

Tableau n°32 : Bénéfices d'utiliser un préservatif.

	%
<i>Quels sont les bénéfices d'utiliser un préservatif ?</i>	
Evite d'être enceinte	46,96
Prévention contre les IST	62,26
Se sent protégé	51,15
Prévention contre le VIH	73,38
Moins d'inquiétude	16,14
Plus propre	17,82
Autre	1,26
Ne sait pas	0,63
Pas de réponse	0,42

De loin, la protection contre le VIH et les IST étaient les bénéfices les plus cités concernant l'utilisation d'un préservatif, respectivement 73% et 62%. Se sentir protéger et éviter de tomber enceinte arrivaient juste après dans des proportions un peu moins élevées.

Tableau n°33 : Nécessité d'utiliser un préservatif dans une relation sérieuse.

	Effectifs	%
<i>Pensez-vous que les préservatifs soient encore nécessaires lorsque la relation avec un partenaire devient sérieuse ?</i>		
Non	97	20,3
Oui	330	69,2
Ne sait pas	24	5,0
Pas de réponse	26	5,5
Total	477	100,0

La majorité des personnes (69%) estimaient qu'il est nécessaire de continuer à utiliser des préservatifs lorsque la relation avec le partenaire devient sérieuse. Elles étaient 20% à penser que cela à l'inverse n'était plus nécessaire lorsque la relation avec le partenaire devenait sérieuse. Cinq pourcents ne savaient pas et 5% n'avaient pas souhaité répondre.

Préservatifs féminins

Les préservatifs féminins ne sont pas encore utilisés par une majorité de femmes. Toutefois, leur intérêt dans le cadre du commerce du sexe est immédiatement perceptible.

Tableau n°34 : Connaissance du préservatif féminin par les femmes interrogées.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà entendu parler des préservatifs féminins ?</i>		
Non	15	3,2
Oui	418	89,7
Ne sait pas	23	4,9
Pas de réponse	10	2,1
Total	466	100,0

Près de 90% des femmes interrogées avaient déjà entendu parler du préservatif féminin. Un peu plus de 8% n'en avaient jamais entendu parler ou ne savaient pas.

Tableau n°35 : Utilisation du préservatif féminin par les femmes interrogées.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà utiliser un préservatif féminin ?</i>		
Non	280	67,0
Oui	136	32,5
Pas de réponse	2	0,5
Total	418	100,0

Les deux tiers des travailleuses du sexe interrogées n'utilisaient pas de préservatifs féminins. Comparativement au Brésil cette proportion est bien moindre, 8,4% des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 64 ans qui connaissaient le préservatif féminin l'ont déjà utilisé, cette proportion passait à 7,3% pour la population du Nord du Brésil [11].

Tableau n°36 : Raisons de la non-utilisation du préservatif féminin.

	%
<i>Si vous ne l'avez jamais utilisé, pourquoi ?</i>	
Trop cher	1,43
Partenaires/clients n'aiment pas	17,5
Pas pratique	44,29
Autre	25,71
Ne sait pas	16,43

Le fait que les femmes ne le trouvent pas pratique était la raison la plus évoquée à la non-utilisation du préservatif féminin. Un quart des personnes avaient répondu "pour une autre raison", pour beaucoup cela correspondait au fait qu'elles ne savaient pas l'utiliser ou qu'elles ne l'appréciaient pas, mais sans plus de précisions. Près de 17% ne l'utilisaient pas, car leur partenaire ou leur client ne l'aimait pas.

Tableau n°37 : Changement de préservatif à chaque rapport.

	Effectifs	%
<i>Si vous utilisez le préservatif féminin, le changez-vous à chaque rapport ?</i>		
Non	24	17,6
Oui	100	73,5
Pas de réponse	12	8,8
Total	136	100,0

Vingt-quatre femmes, qui avaient déjà utilisé le préservatif féminin, ne le changeaient pas à chaque rapport sexuel. Douze femmes n'avaient pas souhaité répondre à cette question.

Tableau n°38 : Possession d'un préservatif.

	Effectifs	%
<i>Si vous avez un préservatif sur vous, pouvez-vous me le montrer ?</i>		
Non	53	11,1
Oui	418	87,6
Pas de réponse	6	1,3
Total	477	100,0

La majorité des personnes interrogées avaient un préservatif avec elles lors de l'entretien et l'ont montré à l'enquêtrice. Il leur était demandé ensuite de faire une démonstration de pose de préservatif. Quatre-vingt-onze pourcents ne faisaient aucune erreur dans la démonstration et 8% avaient commis une erreur. Les deux erreurs les plus souvent répertoriées étaient d'ouvrir le préservatif avec les dents et de ne pas chasser l'air du préservatif au moment de la pose.

Conclusion

L'accès aux préservatifs semblait être assez bon en Guyane, la majorité des travailleurs du sexe interrogés savait où s'en procurer, pouvait s'en procurer rapidement et ne trouvait pas le prix des préservatifs trop élevé. De nombreux travailleurs du sexe accédaient gratuitement aux préservatifs par le biais des associations ou des hôpitaux.

Toutefois il semble qu'il y avait encore quelques lacunes sur la bonne utilisation des préservatifs masculins et féminins. Un nombre conséquent de personnes ont déclaré avoir déjà connu une rupture de préservatif lors d'un rapport sexuel et/ou utiliser deux préservatifs masculins l'un sur l'autre. Quelques femmes ont rapporté ne pas changer le préservatif féminin à chaque rapport.

CAP VIH TS

Infections sexuellement transmissibles

2009-2010

Les infections sexuellement transmissibles (IST) fragilisent les personnes qui en sont atteintes et les rendent plus vulnérables au VIH. Une bonne connaissance de ces infections et savoir s'en protéger est essentiel pour les travailleurs du sexe.

Analyse descriptive de la connaissance des infections sexuellement transmissibles.

Plusieurs questions explorent ce thème dans le questionnaire, notamment sur la connaissance des symptômes, la fréquence des examens gynécologiques, la survenue de problèmes génitaux au cours des 12 derniers mois, etc...

Tableau n°39 : Infections sexuellement transmissibles et examens gynécologiques.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà entendu parler d'IST ?</i>		
Non	39	8,2
Oui	429	89,9
Pas de réponse	9	1,9
Total	477	100,0
<i>Fréquence des examens gynécologiques</i>		
Jamais	32	6,7
Pas tous les ans	52	10,9
Un examen par an	135	28,3
Plusieurs examens par an	218	45,7
Ne sait pas	8	1,7
Pas de réponse	32	6,7
Total	477	100,0
<i>Avez-vous eu des problèmes génitaux/IST au cours des 12 derniers mois ?</i>		
Non	352	73,8
Oui	81	17,0
Ne sait pas	7	1,5
Pas de réponse	37	7,8
Total	477	100,0

La très large majorité des personnes interrogées avait déjà entendu parler d'IST. Près de 8% n'en avaient jamais entendu parler et 2% n'ont pas souhaité répondre à la question.

Près de trois quarts des personnes interrogées avaient fait un examen gynécologique une à plusieurs fois par an. Un peu plus de 17% n'en avaient jamais fait ou pas tous les ans. Parmi ces personnes et les 7% qui n'avaient pas souhaité répondre à la question se trouvaient une grande partie des hommes et des transgenres à qui cette question avait également été posée.

Quatre-vingt-une personnes, soit 17%, avaient connu des problèmes d'IST ou des problèmes génitaux au cours des 12 derniers mois. Près de 8% n'avaient pas souhaité répondre à la question. Un peu moins des trois quarts des personnes avaient affirmé ne pas avoir eu de problèmes de ce type au cours des 12 derniers mois.

Tableau n°40 : Connaissances des symptômes d'IST.

	%
<i>Connaissiez-vous des symptômes d'IST ?</i>	
Douleurs abdominales	21,0
Pertes génitales malodorantes	28,5
Pertes génitales	23,9
Brûlures à la miction	33,5
Plaies génitales	11,1
Boule au niveau de l'aîne	8,8
Envie de se gratter au niveau du sexe	22,4
Plaies à l'anus	5,9
Se sentir faible	10,1
Difficulté pour marcher	5,2
Pas de symptômes	0,0
Autre	4,6
Ne sait pas	40,7
Pas de réponse	6,1

Il a été demandé aux personnes quels symptômes d'IST elles connaissaient. Beaucoup d'entre elles ne connaissaient pas de symptômes (41%). Parmi les symptômes les plus cités, nous retrouvons la brûlure à la miction (33%), les pertes génitales malodorantes (28%), les pertes génitales (24%), l'envie de se gratter au niveau du sexe (22%), les douleurs abdominales (21%).

Aux personnes qui avaient connu des problèmes génitaux ou une IST au cours des 12 derniers mois (81 personnes), une série de questions a été posée sur la gestion du problème au cours de cet épisode.

Tableau n°41 : Attitude face à une IST.

Quand vous avez eu des problèmes d'IST, vous avez ...	%			
	Oui	Non	Ne sait pas	Pas de réponse
Demandé des conseils/médicaments à l'hôpital	43,21	49,38	0	7,41
Demandé des conseils/médicaments à un médecin en ville	32,1	51,85	0	16,05
Demandé des conseils/médicaments au pharmacien	20,99	64,2	0	14,81
Demandé des conseils/médicaments à une association	27,16	56,79	0	16,05
Demandé des conseils/médicaments au médecin traditionnel	8,64	74,07	0	17,28
Pris les médicaments que vous aviez chez vous	22,22	59,26	0	18,52
Informé le partenaire sexuel du problème médical	37,04	37,04	0	25,93
Arrêté toute relation sexuelle tant que le problème n'était pas résolu	27,16	44,44	1,23	27,16
Utilisé des préservatifs tant que le problème n'était pas résolu	45,68	27,16	0	27,16

Près de la moitié des personnes interrogées étaient allées demander des conseils ou des médicaments à l'hôpital lors des derniers problèmes génitaux/IST. Près d'un tiers des travailleurs du sexe étaient allés voir un médecin de ville. Près d'un quart des personnes avaient pris des médicaments qu'elles avaient chez elles pour régler le problème. Plus d'un tiers des personnes n'avaient pas informé le partenaire sexuel du problème médical. Un peu plus du quart avaient arrêté toute relation sexuelle tant que le problème n'était pas résolu. Près de 27% n'avaient pas utilisé de préservatifs tant que le problème n'était pas résolu.

Conclusion

Les travailleurs du sexe semblaient sensibilisés à la question des IST, beaucoup en avaient déjà entendu parler et de nombreuses personnes faisaient régulièrement un examen gynécologique. Toutefois les connaissances concernant les symptômes semblaient moins évidentes et près de 17% avaient eu un problème génital/IST au cours des 12 derniers mois. Il est intéressant de noter que près d'un quart des personnes ayant eu un problème génital/IST au cours des 12 derniers mois n'avaient pas utilisé de préservatif tant que le problème n'était pas résolu.

CAP VIH TS

Connaissances

2009-2010

Les connaissances vis-à-vis du VIH sont largement influencées par l'environnement social, économique, par l'éducation, les pairs. Elles influencent automatiquement les comportements des personnes. Pour cette raison, il est extrêmement important de cerner les connaissances vis-à-vis du VIH des travailleurs du sexe. Elles permettent à terme de cibler les messages de prévention en direction de cette population.

Analyse descriptive des connaissances

Une série d'affirmations a été énoncée aux personnes interrogées, elles devaient ensuite dire si elles pensaient que cette proposition était vraie ou fausse.

Tableau n°42 : Connaissances vis-à-vis du VIH.

	%			
	Vrai	Faux	NSP	SR
Une personne séropositive a le SIDA	66,67	24,53	7,55	1,26
Un test sanguin peut vous dire si vous êtes séropositif au VIH	93,29	3,35	1,26	2,1
Un test VIH peut être négatif et devenir positif un mois plus tard	64,99	16,14	15,72	3,14
Une personne peut être infectée par le VIH si elle mange dans l'assiette d'une personne contaminée	3,77	94,13	1,26	0,84
Une personne peut être infectée par le VIH si elle fait une fellation sans préservatif	72,75	11,32	13,21	2,73
On est protégé contre le VIH en utilisant correctement le préservatif à chaque relation sexuelle	94,76	3,56	0,84	0,84
On peut attraper le VIH par une piqûre de moustique	8,6	85,74	5,24	0,42
On peut attraper le VIH en buvant dans le même verre qu'une personne contaminée	1,47	96,44	1,89	0,21
On peut attraper le VIH en serrant la main d'une personne infectée	0,84	97,69	0,63	0,84
On peut attraper le VIH en utilisant une seringue usagée	97,06	1,47	0,42	1,05
Le VIH se transmet par le sang	98,53	0,84	0,21	0,42
Le VIH se transmet par la sueur	1,89	92,24	4,61	1,26
Le VIH se transmet par les larmes	3,56	91,61	3,56	1,26
Le VIH se transmet par la salive	24,11	54,93	16,98	3,98
Le VIH se transmet par l'urine	15,3	73,58	9,01	2,1
Le VIH se transmet par le lait maternel	87,84	6,5	4,19	1,47
Le VIH se transmet par les sécrétions sexuelles	87	4,19	7,55	1,26
Le VIH se transmet par le sperme	95,81	2,31	1,05	0,84
Je suis protégé contre le VIH si j'ai un porte-bonheur ou si j'utilise des remèdes traditionnels	5,24	92,87	1,68	0,21
Si je suis séropositif au VIH, en prenant correctement les médicaments contre le VIH prescrit par un médecin, je peux vivre comme tout le monde	93,71	3,98	1,89	0,42

La distinction entre la séropositivité au VIH et le SIDA n'était pas très bien connue des personnes interrogées, ainsi les deux tiers avaient répondu « vrai » à l'affirmation « pensez-vous qu'une personne séropositive au VIH a le SIDA ». Cela n'était pas le cas du dépistage sanguin où la grande majorité (93%) savait que l'on peut se faire dépister grâce à un test sanguin. Toutefois près d'un tiers des personnes pensait que l'affirmation « un test pour savoir si l'on est infecté par le VIH peut être négatif et devenir positif un mois plus tard » est fausse ou bien ne savait pas.

La grande majorité des travailleurs du sexe n'étaient pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle une personne peut être infectée par le VIH si elle mange dans l'assiette d'une personne contaminée (94%), de même qu'elles n'étaient pas d'accord avec les affirmations qu'une personne peut être infectée par le VIH en buvant dans le même verre qu'une personne infectée (96%) ou en serrant la main d'une personne infectée (98%). Dans la population générale guyanaise, 2,6% déclaraient que le VIH peut se transmettre en serrant la main d'une personne contaminée [4].

Ce constat était moins tranché concernant l'affirmation « une personne peut être infectée par le VIH si elle fait une fellation sans préservatif », 73% pensaient que c'est vrai, 11% que c'est faux et 13% ne savaient pas.

Il était très clair pour la majorité des travailleurs du sexe que l'on peut se protéger du VIH en utilisant correctement un préservatif à chaque relation sexuelle (95%), que l'on n'est pas protégé du VIH en ayant un porte-bonheur ou en utilisant des remèdes traditionnels (96%) et qu'en prenant correctement les médicaments contre le VIH prescrits par un médecin, on peut vivre comme tout le monde si l'on est séropositif (94%).

Les modes de transmissions n'étaient pas tous clairement identifiés ainsi près de 14% des personnes ne savaient pas ou pensaient que la piqûre de moustique est contaminante (15,7% de la population générale guyanaise pense que le VIH se transmet ainsi [4]), 41% ne savaient pas ou pensaient que la salive est contaminante, 24% ne savaient pas ou pensaient que l'urine est contaminante. S'il était très clair pour la grande majorité que le VIH peut se transmettre par le sang (98%), en utilisant une seringue usagée (97%), par le sperme (96%) et qu'il ne se transmet pas par la sueur (92%) ou par les larmes (92%), les sécrétions sexuelles ne semblaient pas provoquer une réaction si tranchée, ainsi près de 12% ne savaient pas ou pensaient que le VIH ne se transmet pas par les sécrétions sexuelles. Il en était de même concernant le lait maternel.

Un score de connaissances certaines a été calculé, il évaluait sur 20 le nombre de réponses justes aux différentes affirmations. Une bonne réponse valait 1 point, une réponse fausse, « ne sait pas » ou « pas de réponse » valait 0. Au total, un score moyen de 16,89 (SD : 2,15) a été trouvé. Le score minimum était de 0 et le maximum de 20. Le score médian était à 17.

Ce niveau de score était assez élevé. Il existe une très légère différence selon le sexe, les femmes semblaient avoir un score de connaissances certaines légèrement inférieur (16,87, SD : 2,19), à celui des hommes (17,06, SD : 1,41) ou à celui des transgenres (17,1, SD : 2,29). Cette différence est toutefois difficilement interprétable puisque les différences d'effectifs entre les 3 groupes jouent fortement. Aujourd'hui, les traitements sont de plus en plus performants et améliorent considérablement la vie des personnes atteintes par le VIH. Les questions abordant les traitements du VIH concernent surtout la connaissance de leur existence, mais aussi les lieux où ils sont disponibles.

Tableau n°43 : Connaissance sur le SIDA et l'existence d'un traitement.

	Effectifs	%
<i>Peut-on guérir du SIDA ?</i>		
Non	407	85,3
Oui	30	6,3
Ne sait pas	31	6,5
Pas de réponse	9	1,9
Total	477	100,0
<i>Avez-vous déjà entendu parler de traitements qui améliore la santé et diminue la progression du virus ?</i>		
Non	57	11,9
Oui	391	82,0
Ne sait pas	19	4,0
Pas de réponse	10	2,1
Total	477	100,0

Près de 13% des personnes interrogées pensaient qu'il est possible de guérir du SIDA ou bien ne savaient pas s'il est possible de guérir. La grande majorité (85%) savait qu'il n'est pas possible de guérir et beaucoup (82%) avaient déjà entendu parler de traitements qui améliorent la santé des personnes et diminuent la progression du virus. Douze pourcents n'avaient jamais entendu parler de ces traitements.

Tableau n°44 : Connaissance des lieux où se procurer les traitements.

	%
<i>Où peut-on trouver ces traitements ?</i>	
Hôpital	82,8
Associations	13,4
Pharmacie	11,7
Médecin traditionnel	8,8
Marché	0,2
Autre	3,4
Ne sait pas	9,9
Pas de réponse	1,3

L'hôpital a été le plus cité parmi les différents lieux où trouver le traitement (83%). Venaient ensuite les associations (13%) et les pharmacies (12%). Près de 9% des personnes avaient cité le médecin traditionnel comme lieux où se procurer un traitement. Les 3% d' « autre » désignaient en grande majorité les médecins de ville qui ne figurait pas dans les propositions. Près de 10% ne savaient pas où il était possible de trouver un traitement pour se soigner.

La transmission mère enfant a également été abordée dans le questionnaire au travers de la question sur l'allaitement comme mode de transmission, mais également par d'autres questions sur les moyens de prévenir la transmission du virus pour une maman séropositive.

Tableau n°45 : La transmission mère enfant.

	Effectifs	%
<i>Est-ce qu'une femme enceinte séropositive au VIH peut faire quelque chose pour empêcher la transmission du virus au bébé ?</i>		
Non	65	13,6
Oui	213	44,7
Ne sait pas	187	39,2
Pas de réponse	12	2,5
Total	477	100,0

	%
<i>Qu'est-ce que peut faire une femme enceinte séropositive au VIH pour réduire les risques de transmission à son enfant avant et après l'accouchement ?</i>	
Prendre des médicaments pendant la grossesse	13,6
Prendre des médicaments pendant l'accouchement	52,1
Suivre les conseils du médecin	0,0
Eviter l'allaitement maternel	53,1
Autre	0,9
Ne sait pas	6,6
Pas de réponse	0,5

Plus d'un tiers des personnes interrogées ne savaient pas s'il est possible, pour une femme séropositive, de faire quelque chose pour empêcher la transmission du virus à son bébé. Elles étaient près de 14% à penser que l'on ne peut rien faire. Parmi les travailleurs du sexe ayant répondu qu'il était possible pour une maman de faire quelque chose pour empêcher la transmission du virus à son bébé, plus de la moitié avait répondu en évitant l'allaitement maternel (53%) ou en prenant des médicaments pendant l'accouchement (52%).

Conclusion

De manière générale, les connaissances des travailleurs du sexe en matière de VIH étaient relativement bonnes. Le score moyen de connaissances certaines était élevé.

Les lacunes identifiées concernaient principalement les modes de transmission. Les urines et la salive étaient souvent citées comme éléments contaminants. Le lait maternel et les sécrétions sexuelles n'étaient, eux, pas toujours clairement identifiés comme pouvant transmettre le VIH.

Au niveau des pratiques, les connaissances étaient bonnes dans l'ensemble à l'exception de la fellation sans préservatif qui semblait ne pas être toujours très clairement identifiée comme une pratique à risque par les personnes interrogées, beaucoup ont répondu ne pas savoir.

L'existence d'un traitement qui améliore la santé des personnes et diminue la progression du virus était assez bien connue parmi les travailleurs du sexe en Guyane. On retrouve les mêmes proportions de personnes qui savaient qu'il n'est pas possible de guérir du VIH, que des traitements existent et qu'il est possible d'avoir ces traitements, à l'hôpital notamment. La transmission mère enfant, quant à elle, ne semblait pas forcément connue de tous les répondants. Il est apparu que de nombreuses personnes ne savaient pas s'il est possible d'empêcher la transmission de la mère au bébé.

CAP VIH TS

Dépistage

2009-2010

L'ignorance du statut sérologique est considérée comme un facteur de risque important de transmission du VIH. Or, en Guyane, près de 40% des personnes diagnostiquées SIDA, suivies au CH de Cayenne en 2005, ne connaissaient pas leur séropositivité avant le diagnostic [16]. La connaissance des circonstances et les motivations qui amènent une personne à faire un test semblent une étape importante à connaître afin d'améliorer le recours au dépistage de la population.

Tableau n°46 : Connaissance des CDAG.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà entendu parler des CDAG ?</i>		
Non	46	9,6
Oui	416	87,2
Ne sait pas	8	1,7
Pas de réponse	7	1,5
Total	477	100,0
<i>Si un de ces centres était ouvert près de chez vous, est-ce que vous iriez ?</i>		
Non	8	1,7
Oui	419	87,8
Ne sait pas	38	8,0
Pas de réponse	12	2,5
Total	477	100,0

Une large majorité de personnes avait déjà entendu parler des CDAG, seules près de 10% des personnes ne les connaissaient pas. En comparaison, parmi la communauté migrante à Cayenne, près de 28% ne connaissaient pas l'existence de ces centres [17]. Près de 88% des travailleurs du sexe interrogés se disaient prêts à aller dans l'un de ces centres s'il était ouvert près de chez eux, très peu avaient répondu ne pas souhaiter y aller. Parmi les migrants de Cayenne, ils étaient 76% après explications sur les CDAG à se dire prêts à y aller [17].

Tableau n°47 : Historique des dépistages du VIH.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ?</i>		
Non	35	7,3
Oui	413	86,6
Ne sait pas	3	0,6
Pas de réponse	26	5,5
Total	477	100,0
<i>S'agissait-il d'une démarche de votre propre initiative ou vous a-t-on demandé de le faire ?</i>		
Propre initiative	324	78,5
Proposer par quelqu'un d'autre	78	18,9
Pas de réponse	11	2,7
Total	413	100,0
<i>Êtes-vous allé chercher votre résultat ?</i>		
Non	10	2,4
Oui	390	94,4
Pas de réponse	13	3,1
Total	413	100,0
<i>Combien de tests de dépistage avez-vous déjà fait ?</i>		
Un	38	9,2
Deux	110	26,6
Trois ou plus	221	53,5
Pas de réponse	44	10,7
Total	413	100,0
<i>Quand était la dernière fois que vous avez fait un test de dépistage ?</i>		
Entre 0 et 2 mois	74	17,9
Entre 3 et 5 mois	125	30,3
Entre 6 et 11 mois	96	23,2
12 mois ou plus	61	14,8
Ne sait pas	47	11,4
Pas de réponse	10	2,4
Total	413	100,0

Plus de 8 personnes sur 10 avaient déjà fait un test de dépistage du VIH. Comparativement dans la population générale guyanaise, 61,4% des hommes et 73,8% des femmes avaient déjà fait au moins un test de dépistage au cours de leur vie [4].

Pour plus des trois quarts des travailleurs du sexe interrogés, il s'agissait d'une démarche de leur propre initiative. Plus de 9 personnes sur 10 étaient allées chercher leur résultat. La majorité des personnes concernées avaient déjà fait au moins trois tests de dépistage.

Pour près d'un tiers des personnes, le dernier test effectué remontait entre 3 et 5 mois. Soixante-quatre pourcents d'entre eux l'avaient effectué afin de « savoir où ils en étaient »

/ « connaître leur statut sérologique ». Dans 23% des cas, ce dernier test était fait suite à une prise de risque sexuelle (rupture de préservatif ou rapport non protégé).

Tableau n°48 : Révélation d'un résultat positif.

	Effectifs	%
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à votre conjoint ?</i>		
Non	130	31,5
Oui	243	58,8
Ne sait pas	14	3,4
Pas de réponse	26	6,3
Total	413	100,0
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à vos clients ?</i>		
Non	302	73,1
Oui	36	8,7
Ne sait pas	37	9,0
Pas de réponse	38	9,2
Total	413	100,0
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à vos amis ?</i>		
Non	228	55,2
Oui	101	24,5
Ne sait pas	54	13,1
Pas de réponse	30	7,3
Total	413	100,0
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à votre famille ?</i>		
Non	72	17,4
Oui	310	75,1
Ne sait pas	20	4,8
Pas de réponse	11	2,7
Total	413	100,0

Près d'un tiers des personnes interrogées ne diraient pas à leur conjoint que leur test est positif, près de trois quarts ne le diraient pas à leurs clients, un peu plus de la moitié ne le diraient pas à leurs amis et seuls 17% ne le diraient pas à leur famille.

Conclusion

Le dépistage semblait assez démocratisé parmi les travailleurs du sexe en Guyane. Ils étaient nombreux à avoir fait un test VIH, à connaître l'existence des CDAG et à accepter de s'y rendre si un centre était ouvert prêt de chez eux.

Toutefois, nombreux étaient ceux qui ont déclaré de ne pas vouloir révéler leur statut sérologique à leur conjoint.

CAP VIH TS

Perception du risque

2009-2010

La perception du risque qu'ont les travailleurs du sexe d'avoir le VIH est un élément important à prendre en compte dans les actions de prévention. De plus, cette perception est susceptible d'influencer les comportements sexuels.

Analyse descriptive de la perception du risque.

Plusieurs questions portant sur le ressenti et les comportements des travailleurs du sexe abordent cette thématique de la perception du risque. Une autoévaluation de son propre risque d'être contaminé par le VIH a été demandée aux travailleurs du sexe interrogés.

Tableau n°49 : Perception du risque d'être contaminé par le VIH.

	Effectifs	%
<i>A quel degré pensez-vous avoir un risque d'être infecté par le VIH ?</i>		
Pas ou peu de risque	184	38,6
Risque élevé	216	45,3
Ne sait pas	61	12,8
Pas de réponse	16	3,4
Total	477	100,0
<i>Pourquoi pensez-vous n'avoir pas ou peu de risque d'avoir le VIH ?</i>		
J'utilise toujours des préservatifs		89,7
J'ai confiance en mes partenaires/clients		9,8
Je n'ai jamais eu d'injection avec une aiguille non stérile		6,0
Je n'ai pas de contact avec les personnes VIH positives		4,9
Je suis immunisé contre le VIH		0,0
Autre		3,3
Ne sait pas		2,2
Pas de réponse		3,3
<i>Pourquoi pensez-vous avoir un risque élevé d'avoir le VIH ?</i>		
A eu des relations sexuelles avec une personne VIH positive		2,5
A eu des relations sexuelles sans préservatif		15,3
A eu des relations sexuelles avec de nombreuses personnes		14,1
Le préservatif a cassé/s'est déchiré		12,6
Je peux être maudit		0,4
J'ai utilisé une seringue usagée		0,6
Autre		3,8
Ne sait pas		1,7
Pas de réponse		2,5

Les travailleurs du sexe étaient 45% à penser avoir un risque élevé d'être contaminés par le VIH du fait :

- de rapports sexuels non protégés (15%)
- du multipartenariat sexuel (14%)
- de rupture du préservatif (13%).

Un peu plus d'un tiers des personnes interrogées s'estimaient peu ou pas à risque, car dans 90% des cas elles utilisaient toujours le préservatif. Près d'une personne sur 10 s'estimait peu ou pas à risque, car elle avait confiance en ses partenaires ou clients.

Tableau n°50 : Réactions face aux risques sexuels.

	%
<i>Que risquez-vous si le préservatif se déchire lors d'un rapport sexuel ou lors d'un rapport sexuel non protégé ?</i>	
D'être enceinte	54,9
D'être infecté par le VIH ou par une autre IST	92,5
Je ne risque rien si c'est la première fois	0,6
Je ne risque rien	2,3
Ne sait pas	1,9
Pas de réponse	1,5
<i>Que faites-vous si vous avez peur d'être enceinte suite à un rapport non protégé ou suite à un rapport où le préservatif s'est déchiré ?</i>	
Prend la pilule du lendemain	33,3
Va faire un test de grossesse	21,0
Va voir un médecin/gynécologue/hôpital	42,6
Autre	5,9
Ne fais rien	6,9
Pas de réponse	7,6
<i>Vous avez peur d'être contaminé par le VIH suite à un rapport où le préservatif s'est déchiré ou à un rapport non protégé, que faites-vous ?</i>	
Prend un traitement d'urgence	28,3
Fais un test de dépistage du VIH	43,6
Demande au conjoint/client de faire un test	10,1
Va voir le médecin	39,4
Attend d'être malade	0,6
Ne fais rien	2,9
Autre	2,9
Ne sait pas	7,8
Pas de réponse	1,5

Plus de 9 personnes sur 10 avaient déclaré qu'il existait un risque d'être contaminé par le VIH ou une autre IST lors d'un rapport sexuel non protégé ou lors d'une rupture du préservatif. La moitié des personnes avait déclaré qu'il y avait également un risque de

grossesse. Face à la situation hypothétique où la personne craint d'être enceinte suite à un rapport sexuel à risque, un tiers prendrait la pilule du lendemain, près des trois quarts seraient allés voir un médecin, un gynécologue ou se rendraient à l'hôpital. Dans une autre situation hypothétique où la personne craint d'être contaminée par le VIH suite à un rapport à risque, 44% seraient allés faire un test de dépistage, 39% seraient allés voir un médecin, un peu plus d'une personne sur quatre aurait pris un traitement d'urgence.

Conclusion

Les travailleurs du sexe étaient plus nombreux à déclarer avoir un risque élevé d'avoir le VIH qu'un risque faible. Ils étaient toutefois près de 13% à ne pas estimer leur propre risque d'avoir le VIH. L'évaluation de cette perception du risque semblait liée aux comportements sexuels de la personne (en particulier l'utilisation ou non du préservatif). Toutefois près d'une personne sur 10 s'estimait pas ou peu à risque, car confiant envers ses partenaires ou ses clients.

Relativement peu de personnes ont parlé spontanément du traitement d'urgence pour le VIH à prendre en cas de rapport à risque et seul un tiers des personnes ont parlé de la pilule du lendemain en cas de risque de grossesse non désirée.

CAP VIH TS

Stigmatisation

2009-2010

La stigmatisation est un frein important à la lutte contre le VIH. Elle entraîne tout un lot de discriminations représentant autant d'entraves à la prévention qu'à la prise en charge des personnes. Il est donc important de pouvoir cibler, afin de les combattre au mieux, les différentes formes de stigmatisations qui peuvent exister.

Les travailleurs du sexe sont particulièrement exposés à la stigmatisation et à la discrimination. En effet, ils sont souvent marginalisés du fait de leur comportement sexuel qui ne correspond pas à ce qui est socialement admis [5].

Le questionnaire aborde le thème à partir de quelques questions, loin d'être complet sur cette thématique, il donne un aperçu de comment les personnes séropositives sont perçues par les personnes interrogées.

Tableau n° 51 : Opinions générales et attitudes personnelles à l'encontre des personnes séropositives.

	Effectifs	%
<i>Est-ce que vous pensez que les personnes infectées par le VIH devraient être isolées du reste de la société ?</i>		
Non	430	90,1
Oui	25	5,2
Ne sait pas	18	3,8
Pas de réponse	4	0,8
Total	477	100,0
<i>Si un proche devient malade du SIDA, accepteriez-vous de vous en occuper ?</i>		
Non	87	18,2
Oui	323	67,7
Ne sait pas	64	13,4
Pas de réponse	3	0,6
Total	477	100,0
<i>Si un membre de votre famille est atteint par le VIH, voudriez-vous que cela reste secret ?</i>		
Non	129	27,0
Oui	240	50,3
Ne sait pas	101	21,2
Pas de réponse	7	1,5
Total	477	100,0

La très grande majorité des répondants (90%) ne souhaitait pas que les personnes infectées par le VIH soient isolées du reste de la société. Seuls 5% le souhaitaient. Selon l'étude KABP 2004, 86% de la population générale guyanaise n'était pas du tout ou plutôt pas d'accord avec le fait d'isoler les malades du SIDA du reste de la population [4].

Les deux tiers des personnes interrogées étaient prêts à s'occuper d'un de leur proche malade du SIDA, ce n'était pas le cas pour 18% d'entre elles.

Si un membre de leur famille était atteint par le VIH, la moitié des travailleurs du sexe souhaitait que cela reste secret, un peu plus d'un quart ne le souhaitaient pas, près de 21% ne savaient pas.

Tableau n°52 : Détection du VIH par des signes extérieurs.

	Effectifs	%
<i>Est-ce possible de voir si quelqu'un est séropositif au VIH par des signes extérieurs ?</i>		
Non	299	62,7
Oui	58	12,2
Ne sait pas	115	24,1
Pas de réponse	5	1,0
Total	477	100,0

Près des deux tiers des répondants ne pensaient pas qu'il soit possible de voir si une personne était infectée par le VIH par des signes extérieurs, près d'un quart ne savait pas et 12% avaient répondu que cela était possible. Parmi ces derniers, les signes les plus souvent évoqués étaient l'extrême maigreur ou une grande fatigue (64%), la présence de taches sur la peau (52%), l'absence d'allaitement (29%) ou encore les consultations fréquentes à l'hôpital (22%).

Tableau n°53 : Maternité chez une femme séropositive.

	Effectifs	%
<i>Que pensez-vous d'une femme séropositive qui souhaite avoir un enfant ?</i>		
C'est une bonne chose	113	23,7
Ce n'est pas bien	230	48,2
Ne sait pas	115	24,1
Pas de réponse	19	4,0
Total	477	100,0

Près de la moitié des personnes interrogées pensaient qu'une femme séropositive qui souhaite avoir un enfant n'était « pas bien ». L'autre moitié des personnes interrogées a déclaré soit ne pas avoir d'avis sur la question soit estimer qu'il s'agissait au contraire d'une « bonne chose ».

Tableau n°54 : Personnes bien placées pour aider les personnes séropositives.

	%
Quels sont les groupes de personnes les mieux placés pour aider les personnes atteintes du VIH/SIDA ?	
Membres de la famille	46,5
Associations	33,3
Voisins	2,3
Groupes religieux	5,5
Organisations communautaires	3,8
Soignants/médecins/hôpitaux	83,2
Autre	4,0
Ne sait pas	1,1
Pas de réponse	1,3

Les travailleurs du sexe avaient cité les soignants, les médecins et les hôpitaux comme personnes les mieux placées pour aider les personnes atteintes du VIH/SIDA (83%). La famille et les associations étaient les deux autres groupes de personnes les plus souvent cités comme susceptibles d'aider les personnes séropositives au VIH.

Les travailleurs du sexe avaient, pour la majorité, des discussions autour du VIH/SIDA avec leurs proches. Mais près d'un quart n'avaient jamais eu ce type de conversations avec leurs amis ou leur famille.

Conclusion

Il est intéressant de relever le nombre élevé de réponses « ne sait pas » dans cette partie du questionnaire. Les travailleurs du sexe semblaient avoir des positions peu tranchées concernant la vision qu'ils avaient des personnes séropositives. La question semblait difficile à aborder. Les origines de la stigmatisation ne se trouvent pas dans l'individualité des personnes, mais il s'agit bien d'un produit social dont les causes sont souvent inhérentes à la structure sociétale [18]. Cette pathologie, assez singulière de par ses différents modes de transmission, peut aisément être instrumentalisée au profit de l'ordre moral, religieux économique et/ou culturel [19]. Il est donc primordial, afin de lutter efficacement contre la stigmatisation, de connaître la société et les milieux dans lesquels les préjugés et idées reçues trouvent leurs racines afin de mieux les combattre. La stigmatisation conduisant à la discrimination, il est nécessaire de travailler sur la première afin de prévenir la survenue de la seconde.

CAP VIH TS

Intervention de prévention

2009-2010

Afin de pouvoir cibler au mieux d'éventuelles campagnes de prévention pour les travailleurs du sexe en Guyane, une série de questions sur les habitudes de vie des personnes a été posée.

Un tiers des personnes (159/477) avait déjà participé à un atelier sur le VIH/SIDA.

Tableau n°55 : Informations sur le VIH.

	%
<i>Où avez-vous déjà lu, entendu ou vu des informations sur le VIH/SIDA ?</i>	
N'a jamais eu d'informations sur le VIH/SIDA	37,5
Journaux	81,1
Télévision	48,4
Radio	46,3
Affiches dans le rue ou dans des structures	38,4
Associations	17,4
Internet	0,2
Pas de réponse	4,6

De nombreuses personnes avaient déjà lu des informations sur le VIH/SIDA dans le journal, près de la moitié en avaient déjà vu à la télévision ou entendu à la radio. Un peu plus d'un tiers des répondants avaient déclaré ne jamais avoir eu d'informations sur le VIH/SIDA.

Tableau n°56 : Fréquence d'écoute, visionnage ou lecture des médias.

<i>A quelle fréquence ...</i>	Effectifs	%
<i>écoutez-vous la radio ?</i>		
Jamais	96	20,1
Plusieurs fois par mois	224	47,0
Tous les jours	144	30,2
Ne sait pas	6	1,3
Pas de réponse	7	1,5
Total	477	100,0
<i>regardez-vous la télévision ?</i>		
Jamais	33	6,9
Plusieurs fois par mois	108	22,6
Tous les jours	320	67,1
Ne sait pas	10	2,1
Pas de réponse	6	1,3
Total	477	100,0
<i>lisez-vous des journaux ?</i>		
Jamais	200	41,9
Plusieurs fois par mois	202	42,3
Tous les jours	46	9,6
Ne sait pas	14	2,9
Pas de réponse	15	3,1
Total	477	100,0

La télévision était le média le plus regardé par les travailleurs du sexe (les deux tiers la visionnaient tous les jours). Venaient ensuite la radio (30%) puis les journaux (10%) ; ces derniers étaient lus et écoutés de manière plus sporadique dans le mois.

Les chaînes de télévision les plus regardées étaient RFO (maintenant Guyane Première), Tempo, le satellite (surtout les chaînes brésiliennes) et Canal +.

Les stations de radio les plus écoutées étaient RFO (maintenant Guyane Première), Métis FM, Radio 2000, KFM et Ouest FM.

Les journaux les plus lus étaient France Guyane, les journaux étrangers (Kaieteur news, Hoy, Veja), des revues religieuses, la semaine guyanaise et Créola.

Tableau n°57 : Disponibilité pour écouter une émission sur le VIH/SIDA.

	Effectifs	%
<i>A quel moment êtes-vous le plus disponible pour écouter une émission sur le VIH/SIDA ?</i>		
Le matin	39	8,2
Le midi	19	4,0
L'après-midi	110	23,1
Le soir	50	10,5
La nuit	72	15,1
Autre	57	11,9
Ne sait pas	87	18,2
Pas de réponse	43	9,0
Total	477	100,0

L'après-midi, le soir et la nuit étaient les plus souvent cités comme moments disponibles pour suivre une émission sur le VIH/SIDA. Les personnes ayant répondu « autre » ont précisé être disponibles à n'importe quel moment de la journée.

Conclusion

La télévision était le média le plus regardé, la radio était le second, mais restait loin derrière. La chaîne la plus suivie était RFO mais de nombreuses personnes avaient déclaré avoir le satellite et regarder des chaînes de leur pays d'origine. L'après-midi semblait être le moment le plus propice pour que les travailleurs du sexe puissent suivre un message sur le VIH/SIDA.

Un retour sur le questionnaire était demandé à la fin de chaque entretien. Pour un peu plus des deux tiers des personnes interrogées, le questionnaire était intéressant et pour un tiers d'entre elles, le questionnaire était utile. Un tiers des personnes l'avait trouvé trop long. Dix personnes l'avaient trouvé inutile et 41 personnes n'en avaient pas compris l'utilité. Dans

l'ensemble l'enquête a été bien accueillie et a permis des échanges et des discussions avec les enquêtrices autour de la sexualité, du VIH et des IST.

CAP VIH TS

Références

2009-2010

1. Bourdillon F, Dozon J-P, Lebatard C, Mathiot P, Romero J-L, Celse M, *et al.* (2007). L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique, rapport de la commission des départements français d'Amérique. Conseil National du Sida (CNS).
2. IEDOM (2011). Rapport annuel 2010. Institut d'Emission D'Outre Mer (IEDOM).
3. Nacher M, Vantilcke V, Parriault MC, Van Melle A, Hanf M, Labadie G, Romeo M, Adriouch L, Carles G, Couppié P. (2010). What is driving the HIV epidemic in French Guiana ? *Int J STD AIDS*, 21(5):359-61.
4. Halfen S, Grémy I, Fénies K, Ung B. (2006). Les connaissances, attitudes croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. ORS Île-de-France/ANRS.
5. UNAIDS (2003). Commerce du sexe et VIH/SIDA. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).
6. De la Torre A, Havenner A, Adams K, Ng J. (2010). Premium sex: factors influencing the negotiated price of unprotected sex by female sex workers in Mexico, *Journal of Applied Economics*, Vol XIII, n°1, 67-90.
7. Heravian A, *et al.* (2012). Alcohol consumption patterns and sexual risk behaviour among female sex workers in two South Indian communities, *International Journal of Drug Policy*.
8. Cagliero S, Lagrange H. (2004). La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. Rapport Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT).
9. Harijaona V, Ramambason JD, Morisset R, Rasamindrakotroka A, Ravaoarinoro M. (2009). Prévalence et facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles chez des travailleuses du sexe clandestines. *Médecine et maladies infectieuses*, 39:909-913.
10. Pettifor AE, Van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. (2004). Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, 18: 1435-1442.

11. Pascom ARP, Arruda M, Simão MBG. (2011). Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos 2008. Brasília: MS/Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.
12. El-Bassel N, Witte SS, Wada T, Gilbert L, Wallace J. (2001). Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS Patients Care and STDs*, vol 15, 1: 41-51.
13. Panchanadeswaran S, Johnson SC, Sivaram S, Srikrishnan AK, Latkin C, Bentley ME, Solomon S, Go VF, Celentano D. (2008). Intimate partner violence is as important as client violence in increasing street-based female sex workers' vulnerability to HIV in India. *International Journal of Drug Policy*, 19: 106-112.
14. Wang C, Hawes SE, Gaye A, Sow PS, Ndoeye I, Manhart LE, Wald A, Critchlow CW, Kiviat NB. (2007). HIV prevalence, previous HIV testing, and condom use with clients and regular partners among Senegalese commercial sex workers. *Sex Transm Infect*, 83:534-540.
15. Garcia SG, Yam EA, Firestone M. (2006). "No party hat, no party": successful condom use in sex work in Mexico and the Dominican Republic. *Reproductive Health Matters*, 14(28): 53-62.
16. Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alavrez F, Sobesky M, Magnien C, Couppie P. (2005). Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana, *AIDS*, 19(7), 727-729.
17. Hanf M, Bousser V, Parriault MC, Van Melle A, Nouvellet ML, Adriouch L, Goddard Sebillotte C, Couppie P, Nacher M. (2011). Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS Care*, 1-10.
18. Aggleton P, Parker R, Maluwa M. (2003). Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank, Technical papers series.

19. Bombereau G. (2005). Représentations sociales du VIH/SIDA en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique, la peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises. Thèse de doctorat. Université de Laval, Québec ; Université René Descartes, Paris 5. 396 pages.

CAP VIH TS

**Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du
VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe à
Oiapoque, Brésil.**

2011

Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales
Fonds Européens de Développement Régional FEDER
Centre d'Investigation Clinique et d'Epidémiologie Clinique

Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe à Oiapoque

Décembre 2012

Etude CAP VIH TS Oiapoque

Cette étude a été réalisée sous la responsabilité scientifique du Pr Mathieu NACHER et du Dr Célia BASURKO, par Marie-Claire PARRIAULT.

Remerciements

Notre reconnaissance va tout d'abord aux associations partenaires de ce projet : DAAC à Saint-Georges et DPAC Fronteira à Oiapoque, plus particulièrement à Joaquim Marques.

Nous remercions le Dr. Ligia Kerr et le Dr. Hermelinda Macena, de l'Université du Ceará à Fortaleza, pour leurs conseils et la transmission de leurs connaissances en matière de méthodologie d'enquêtes en population cachée.

Nous souhaitons souligner la participation active et le soutien indispensable du Réseau Kikiwi.

Nous tenons à remercier les coordinateurs transfrontaliers Mélina Bailleux et Carlos Wandscheer pour leur aide précieuse sur place.

Nous remercions toutes les enquêtrices qui ont travaillé et se sont investies sur ce projet.

Enfin, nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos questions.

Sommaire

Introduction.....	- 11 -
Caractéristiques sociodémographiques.....	- 21 -
Commerce du sexe.....	- 29 -
Consommation de drogues et d'alcool.....	- 35 -
Sexualité	- 39 -
Préservatifs.....	- 49 -
Infections sexuellement transmissibles.....	- 59 -
Connaissances	- 63 -
Dépistage.....	- 69 -
Perception du risque.....	- 75 -
Stigmatisation.....	- 79 -
Intervention de prévention.....	- 83 -
Références	- 87 -

Tables et figures

Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques.	- 23 -
Tableau n°2 : Indicateurs de précarité.	- 24 -
Tableau n°3 : Indicateurs sur le niveau d'éducation.	- 25 -
Tableau n°4 : Indicateurs concernant la vie génésique.	- 26 -
Tableau n°5 : L'arrivée au commerce du sexe.	- 30 -
Tableau n°6 : Fréquence du recours au commerce du sexe.	- 31 -
Tableau n°7 : Lieux de rencontres, nombre de clients et argent.	- 32 -
Tableau n°8 : Consommation d'alcool.	- 36 -
Tableau n°9 : Consommation de drogues.	- 37 -
Graphique n°1 : Définition de la sexualité.	- 40 -
Tableau n°10 : Connaissance et utilisation des moyens de contraceptions.	- 41 -
Tableau n°11 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les clients.	- 42 -
Tableau n°12 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client.	- 42 -
Tableau n°13 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal/fellation avec un client.	- 43 -
Tableau n°14 : Profil des clients.	- 43 -
Tableau n°15 : Violences subies de la part des clients.	- 44 -
Tableau n°16 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les non clients.	- 44 -
Tableau n°17 : Raisons de la non utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un non client.	- 45 -
Tableau n°18 : Raisons de la confiance en le partenaire non client.	- 46 -
Tableau n°19 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal et de la dernière fellation avec un partenaire non client.	- 46 -
Tableau n°20 : Multipartenariat du partenaire non client.	- 47 -
Tableau n°21 : Rapport forcé de la part d'un partenaire non client.	- 47 -
Tableau n°22 : Accès gratuit aux préservatifs.	- 50 -
Tableau n°23 : Prix du préservatif.	- 51 -
Tableau n°24 : Connaissance des lieux où se procurer des préservatifs.	- 51 -
Tableau n°25 : Lieux où se procurer des préservatifs.	- 52 -
Tableau n°26 : Temps estimé pour se procurer un préservatif.	- 52 -
Tableau n°27 : Utilisation du préservatif masculin.	- 53 -
Tableau n°28 : Bénéfices d'utiliser un préservatif.	- 54 -
Tableau n°29 : Nécessité d'utiliser un préservatif dans une relation sérieuse.	- 54 -
Tableau n°30 : Connaissance du préservatif féminin par les femmes interrogées.	- 55 -
Tableau n°31 : Utilisation du préservatif féminin par les femmes interrogées .	- 55 -
Tableau n°32 : Raisons de la non utilisation du préservatif féminin.	- 56 -
Tableau n°33 : Changement de préservatif à chaque rapport.	- 56 -
Tableau n°34 : Infections sexuellement transmissibles et examens gynécologiques.	- 60 -
Tableau n°35 : Connaissances des symptômes d'IST.	- 61 -
Tableau n°36 : Attitude face à une IST.	- 61 -
Tableau n°37 : Connaissances vis-à-vis du VIH.	- 64 -
Tableau n°38 : Connaissance sur le SIDA et l'existence d'un traitement.	- 66 -
Tableau n°39 : La transmission mère enfant.	- 67 -
Tableau n°40 : Connaissance des CDAG.	- 70 -
Tableau n°41 : Historique des dépistages du VIH.	- 71 -
Tableau n°42 : Révélation d'un résultat positif.	- 72 -
Tableau n°43 : Perception du risque d'être contaminé par le VIH.	- 76 -
Tableau n°44 : Réactions face aux risques sexuels.	- 77 -

Tableau n° 45 : Opinions générales et attitudes personnelles à l'encontre des personnes séropositives.	- 80 -
Tableau n°46 : Détection du VIH par des signes extérieurs.	- 81 -
Tableau n°47 : Maternité chez une femme séropositive.	- 81 -
Tableau n°48 : Personnes bien placées pour aider les personnes séropositives.	- 82 -
Tableau n°49 : Informations sur le VIH.	- 84 -
Tableau n°50 : Fréquence d'écoute et de visionnage de médias.	- 84 -
Tableau n°51 : Disponibilité pour écouter une émission sur le VIH/SIDA.	- 85 -

CAP VIH TS

Introduction

2011

Une enquête de type KABP auprès des travailleurs du sexe a été menée en Guyane en 2009-2010. Au cours de cette investigation, la commune de Saint-Georges-de-l'Oyapock (ville frontière avec le Brésil) a été enquêtée. En face de Saint-Georges se situe, sur la rive brésilienne du fleuve Oyapock, la commune d'Oiapoque. Les échanges avec la ville d'Oiapoque sont extrêmement nombreux qu'ils soient économiques, sociaux ou culturels. Au sein même du Brésil, la ville d'Oiapoque est un lieu de passage, un point de référence et de repli pour les migrants « pendulaires » (qui viennent travailler sur de courtes durées en Guyane ou dans la région de l'Amapá). Les personnes rencontrées dans cette zone viennent souvent d'autres régions du Brésil, parfois même éloignées de l'Amapa (Ceará, Maranhão...). La zone frontalière entre les villes de Saint-Georges-de-l'Oyapock (Guyane) et d'Oiapoque (Brésil) est un terrain propice pour rendre compte de la dynamique des rapports sociopolitiques générés par la migration [1]. La plupart du temps, les personnes présentes dans la zone transfrontalière, surtout à Oiapoque, sont dans des situations de grande précarité. Certains se retrouvent loin de leur famille, sont isolés socialement et affectivement. Beaucoup sont stigmatisés des deux côtés de la frontière, comme étant des migrants, des orpailleurs, des travailleuses du sexe, etc... La pauvreté et la dépendance économique favorisent les relations sexuelles transactionnelles qui « approvisionnent » le multipartenariat concomitant chez les individus et/ou le recours traditionnel à la prostitution. S'ajoutent à cela certains stéréotypes qui entourent la femme brésilienne, lui conférant une image hypersexualisée auprès des clients venant de Guyane [2].

C'est dans ce contexte que la prostitution organisée ou « freelance » s'est développée de manière remarquable dans la ville d'Oiapoque [1,3]. Les travailleuses du sexe brésiliennes, souvent appelées « garota de programa », viennent de plusieurs régions du Brésil [3] pour travailler dans les sites d'orpaillage et/ou à Oiapoque où la grande majorité de leurs clients viennent de Guyane.

Le faible déploiement de structures médicales dans cette zone, le flux important de personnes, le nombre croissants de nouveaux cas sur chaque rive, la concentration et la diversité des populations vulnérables (garimpeiros, travailleurs du sexe, migrants, etc...), la difficulté d'accès aux traitements et aux préservatifs sont autant de facteurs susceptibles d'augmenter le risque épidémique dans la commune d'Oiapoque, dans la zone frontalière et plus largement dans la zone géographique élargie (Guyane, Amapá).

L'imbrication des risques existant sur les deux rives de l'Oyapock justifie pleinement l'extension de l'étude menée en Guyane à la commune d'Oiapoque. En effet, nous avons pu observer la venue de quelques travailleuses du sexe côté français, mais la majorité reste du côté brésilien et beaucoup de Guyanais passent le week-end à Oiapoque pour faire la fête, boire de l'alcool et rencontrer des partenaires sexuels, dont les travailleuses du sexe.

La prostitution peut être la principale source de revenus des personnes et se pratiquer dans des lieux spécifiques, mais elle peut aussi être occasionnelle et se pratiquer dans des lieux non spécifiques, avec souvent des prises de risque importantes. Cette dernière forme de prostitution existe, mais elle est très mal connue et, de par ce fait, inaccessible à une prévention spécifique.

La progression de l'épidémie VIH nécessite que le nombre R_0 (abstraction qui mesure le nombre moyen de cas secondaires à un cas index) soit supérieur à 1. Ceci souligne l'importance des nouveaux partenaires dans l'amplification de l'épidémie, situation que l'on retrouve particulièrement dans la prostitution. Si l'on veut donc avoir un impact maximal de la prévention primaire sur l'épidémie dans cette zone, il est donc essentiel de cibler les circonstances favorisant l'extension des réseaux de partenaires sexuels. Il est important également d'utiliser les mêmes mesures et de dupliquer l'enquête de chaque côté pour coordonner les actions et utiliser les mêmes échelles de compréhension des prises de risque sexuel.

Dans cette perspective, le projet de recherche suivant se propose d'identifier les lieux de prostitution à Oiapoque et de questionner les personnes sur leurs connaissances, leurs attitudes vis-à-vis du VIH, et sur leurs pratiques sexuelles. Ce projet de recherche permettra donc, dans un premier temps, de faire un état des lieux d'une population particulièrement vulnérable et particulièrement mobile (rotation Guyane, Brésil, sites d'orpaillage) mais aidera surtout à mettre en lumière les déterminants qui sous-tendent les conduites sexuelles à risque.

Ce projet s'inscrit dans une démarche structurante volontariste des acteurs locaux (COREVIH, Secrétariat à la Santé d'Oiapoque, Centre d'Investigation Clinique et d'Epidémiologie Clinique, Associations de lutte contre le SIDA, Préfecture d'Oiapoque et soutien méthodologique du département de Santé Publique de l'Université du Ceará à Fortaleza) afin de mieux connaître les complexités du commerce sexuel dans cette zone transfrontalière, de guider, de coordonner et d'évaluer les stratégies de prévention et de communication grâce à la recherche.

Présentation détaillée du projet de recherche

- 1- Participants
- 2- Objectifs
- 3- Situation et réflexions antérieures
- 4- Méthodologie
- 5- Saisie des données
- 6- Analyses statistiques
- 7- Financement

1- Participants

Plusieurs personnes ont pris part à ce projet de recherche en collaboration avec les institutions et les associations brésiliennes. L'équipe du CIC-EC pôle Guyane, dont le médecin coordonnateur est le Pr. Bernard Carme et le médecin délégué le Dr. Mathieu Nacher, est en charge du projet. L'équipe a une certaine expérience dans le domaine du VIH, dans la gestion d'étude épidémiologique et a une bonne connaissance du terrain guyanais et transfrontalier. Marie-Claire Parriault a coordonné le projet de manière globale.

Le CIC-EC a collaboré avec, côté français:

- Le COREVIH Guyane, présidé par le Dr Mathieu Nacher, coordonne des programmes de lutte contre le VIH sur le département et initie des projets de recherche sur les IST. En 2006, l'ANRS a financé une étude supervisée par le CISIH, sur la faisabilité du dépistage actif dans les différentes communautés les plus exposées à Cayenne. Cette étude est en cours d'analyse. Des enquêtes sur les déterminants de l'interruption au suivi et sur la prévention secondaire des patients infectés par le VIH sont également envisagées sur Cayenne avec les partenaires associatifs locaux.
- L'équipe EA3593 du Campus de Saint Denis sur Cayenne, dirigé par le Professeur Bernard Carme, coordonne des études sur le VIH/SIDA afin d'améliorer le dépistage, la prévention et la prise en charge médicale des patients en Guyane :
 - Nacher M, Huber F, El Guedj M, Vaz T, Magnien C, Djossou F, Randrianjohany A, Alvarez F, Couppié P. Risk factors of death among patients in French Guiana : 1996-2005. HIV Medicine 2007 , 8, 472-4
 - Nacher M, Myriam El Guedj, Tania Vaz, Valéry Nasser, Andry Randrianjohany, Fernand Alvarez, Milko Sobesky, Christian Magnien, Pierre Couppié .Risk factors for follow-up interruption in French Guiana. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2006, 74, 915-917.
 - Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, Sobesky M, Magnien C, Couppie P.Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. AIDS. 2005, 19, 727-729.
- L'association DAAC Guyane, dont la Présidente est Myriam DUFAY, est une association de lutte contre les discriminations. Elle œuvre activement dans les domaines de la santé (prévention, animation, permanence d'accès aux soins, etc...), de l'éducation, de la citoyenneté et du social. L'association s'est récemment implantée dans la commune de Saint-Georges-de-l'Oyapock et est un nouveau relais pour la population vivant sur l'Oyapock.

Et côté brésilien, avec :

- L'équipe du département Santé Communautaire de la faculté de Médecine à l'Université Fédérale du Ceará (Fortaleza). Le Dr Ligia Kerr et le Dr Hermelinda Macena ont une grande expérience dans ce type d'enquête auprès des publics vulnérables et des populations difficiles à interroger.
- Le secrétariat de santé d'Oiapoque.
- La Préfecture d'Oiapoque.
- L'association DPAC Fronteira, dont le Président est Joaquim Marquez, œuvre dans la santé à Oiapoque depuis plusieurs années.

Mélina Bailleux et Carlos Wandscheer, coordinateurs transfrontaliers des actions de santé sur l'Oyapock, ont apporté leur soutien tout au long de l'enquête qui rentre dans les projets de coopération transfrontalière.

2- Objectifs

L'objectif principal de cette enquête était donc de décrire les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe à Oiapoque.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de déterminer les facteurs expliquant les prises de risque sexuel chez les travailleuses du sexe à Oiapoque, de décrire les caractéristiques démographiques, sociales, migratoires des travailleuses du sexe et de leurs clients.

Pour freiner la progression du VIH, il faut agir en priorité là où le risque de transmission est maximal. La multiplication des partenaires sexuels et la fréquence des IST augmentent le risque d'acquisition du VIH. Mener des actions de prévention dans le milieu du commerce du sexe afin de réduire les risques de nouvelles infections semble primordial dans la lutte contre la progression de l'épidémie de VIH à Oiapoque et au-delà.

Afin de conduire des actions adaptées à la réalité du terrain, il s'agit dans un premier temps de localiser puis décrire cette population, d'évaluer ses connaissances, ses attitudes et ses croyances face aux IST/VIH.

3- Situation et réflexions antérieures

De manière générale, l'épidémie de VIH au Brésil a reculé sur la dernière décennie [2]. Le taux d'incidence des cas de SIDA dans les communes de plus de 500 000 habitants est passé de 32,3 pour 100 000 en 1997 à 27,4 pour 100 000 en 2007. La situation est inversée dans le Nordeste où l'incidence des cas de SIDA est passée de 13,4 pour 100 000 en 1997 à 22,8 pour 100 000 en 2007. Et pour les petites villes de moins de 50 000 habitants comme

Oiapoque, le taux est également en hausse dans le Nordeste (1,8 pour 100 000 en 1997 contre 5,0 pour 100 000 en 2007)⁵.

La situation de l'épidémie à Oiapoque est préoccupante. La population est, comme cela a été évoqué précédemment, particulièrement vulnérable au VIH puisque la commune est une étape pour beaucoup de personnes et rassemble des profils « à risque » (migrants, orpailleurs, travailleuses du sexe, etc...). De 2003 à 2009, 34 cas de SIDA diagnostiqués ont été signalés au SINAN (Sistema de INformação de Agravos de Notificação). Parmi ces 34 cas, la moitié concernait les 20-34 ans⁶. Il s'agit de personnes jeunes, ce qui correspond au profil de migrants intérieur (qui se déplacent pour le travail). Toute une activité, dont le commerce du sexe, se crée autour de cet afflux de personnes jeunes, souvent seules et isolées socialement et affectivement.

Face à ce constat, plusieurs réflexions communes ont été lancées entre la France et le Brésil pour pouvoir agir ensemble et de manière coordonnée afin de pouvoir diffuser des messages clairs et identiques sur chaque rive. Une première réunion s'est tenue à Macapa en septembre 2009. Elle rassemblait des représentants du gouvernement de Brasília, les autorités locales de l'Amapá et quelques représentants de la santé en Guyane. En décembre 2009, une seconde réunion a eu lieu à Oiapoque. Deux délégations se sont rencontrées, celle du Brésil présidée par Eduardo Barboza, Directeur Adjoint du Département de MST, Sida et Hépatites Virales du Ministère de la Santé, et celle de Guyane, présidée par Philippe Damie, Directeur de l'Agence Régionale de Santé. Lors de cette réunion, plusieurs axes de coopérations ont été discutés : prévention, accès aux soins et au traitement, lutte contre les discriminations et connaissance de l'épidémie. Ce dernier axe comprenait la mise en place d'un système d'information concernant les patients (qui parfois se font soigner des deux côtés du fleuve) et la mise en place d'enquêtes épidémiologiques communes aux deux rives. C'est dans cet axe que s'inscrivait l'enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques des travailleuses du sexe vis-à-vis du VIH et des IST à Oiapoque.

4- Méthodologie

Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale de type KABP.

⁵ Source : MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

⁶ Source : SINAN-NET-CE-DST/AIDS-AP

Population d'étude

L'étude s'est déroulée sur la commune d'Oiapoque au Brésil. L'IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) a estimé la population de la commune à 20 509 habitants en 2010.

L'étude portait spécifiquement sur des personnes ayant des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou de drogues, qu'elles soient occasionnelles ou permanentes.

Echantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée pour cette enquête était celle de la boule de neige (snowball sampling).

Dans ce type d'échantillon, appelé aussi échantillon par réseau, les individus sont sélectionnés en fonction de leurs liens avec un « noyau » d'individus. On se base par exemple sur les réseaux sociaux, les amitiés, les relations d'affaires, etc... pour recruter de nouveaux sujets. Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste qui ne s'appuie pas sur le hasard pour sélectionner les individus de la population d'étude. Autrement dit, on ne connaît pas le niveau de précision des estimations ainsi produites et il n'est pas possible d'extrapoler à la population cible en son entier. Le snowball s'utilise notamment dans les populations où il n'existe pas de base de sondage. Cette méthode d'échantillonnage présente plusieurs avantages, comme ceux d'être peu coûteuse, rapide et facile à utiliser.

Cette méthode est l'une des plus adaptées pour toucher la population des travailleuses du sexe, difficiles d'atteinte, et fonctionnant beaucoup en réseau. Il s'agit d'interroger une personne et de lui demander à la fin de l'entretien de présenter une autre personne de sa connaissance répondant aux critères d'inclusion, afin de pouvoir l'interroger. Pour que cette méthode fonctionne et pour essayer de limiter les biais de sélection, l'enquêteur et le coordinateur doivent à la base choisir des personnes à interroger ayant des caractéristiques différentes les unes des autres et ayant un réseau important. Dans le cadre de cette enquête, les personnes interrogées en premier ont été choisies en fonction de la taille de leur réseau et du lieu où elles exerçaient leur activité. En pratique, les coordinateurs de terrain ont donc établi une liste précise de tous les lieux existants où il y avait des activités de prostitution, ils ont caractérisé ces lieux et choisi une ou deux personnes ayant un important réseau sur chaque lieu pour démarrer l'échantillonnage.

Déroulement de l'enquête

L'outil de recueil était un questionnaire structuré anonyme comportant plusieurs parties permettant de recueillir des données sociodémographiques, des données sur l'activité de prostitution, sur la consommation d'alcool et de drogues, sur les relations sexuelles avec les clients et les non-clients, sur l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, sur les

connaissances portant sur les infections sexuellement transmissibles et le VIH-SIDA, sur la transmission mère enfant, les traitements disponibles, sur la discrimination des séropositifs, les centres de dépistage, la perception du risque, les messages de prévention, et le soutien de l'entourage.

Ce questionnaire a été élaboré en partenariat avec des associations de lutte contre le VIH et a été adapté du questionnaire utilisé pour l'enquête CAP TS en Guyane. Il s'est appuyé sur les études suivantes:

- l'enquête dans le milieu de la prostitution au Guyana par Guyana Responsible Parenthood Association (GRPA) et le BSS-Guyana,
- l'enquête KABP faite dans les DFA par l'ORS en 2004 (ANRS-KABP-DFA),
- une enquête qualitative faite par l'ORSG (Observatoire Régional de Santé en Guyane) dans le milieu de la prostitution.

L'entretien auprès des personnes de la population d'étude durait de 40 à 60 minutes.

A la fin de l'entretien, un kit de prévention (six préservatifs masculins, des gels lubrifiants, des plaquettes d'information sur le VIH/SIDA et du maquillage) était remis aux personnes interrogées.

Les questionnaires étaient proposés à la population d'étude après recueil du consentement éclairé. Le recueil des données s'est fait par entretien individuel.

Les entretiens ont été menés par des enquêtrices brésiliennes, de l'association locale DPAC Fronteira. Les enquêtrices ont été formées et étaient supervisées régulièrement par la coordinatrice (formation avant le début de l'enquête et débriefing une fois par semaine). Le travail de terrain a démarré en avril 2011 pour se terminer à la fin de l'année 2011.

Critères d'inclusion

L'échantillon est composé de femmes âgées de 18 ans ou plus qui déclarent avoir eu au moins une relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues au cours de 6 derniers mois [3]. Seules les personnes n'ayant pas déjà participé à l'étude, acceptant les conditions de l'étude (répondre à un questionnaire structuré et être prêtes à inviter leurs pairs à participer), donnant leur consentement éclairé et n'étant manifestement pas sous l'influence de drogues et/ou d'alcool, étaient éligibles à l'enquête.

Calcul de la taille de l'échantillon

L'association DPAC Fronteira sur place à Oiapoque a estimé le nombre de travailleuses du sexe « officielles » à une vingtaine. Les travailleuses du sexe « occasionnelles », de passage à Oiapoque, étaient, elles, beaucoup plus nombreuses d'après cette même association, plusieurs centaines, difficile à estimer. L'enquête KABP en population générale brésilienne en 2008 estimait à 1,2% le taux relatif de travailleuses du sexe dans la population générale

âgée de 15 à 49 ans [6]. Toutefois, il s'agit d'un taux relatif et d'une ville à l'autre les choses peuvent être différentes.

Compte tenu de la difficulté d'obtenir une estimation fiable du nombre de travailleuses du sexe, le nombre de sujets à inclure a été défini arbitrairement à 150, principalement en fonction du budget disponible pour cette enquête.

Tout comme en Guyane, l'échantillonnage en boule de neige s'est révélé particulièrement efficace et 178 questionnaires ont été validés dans le cadre de cette enquête.

Considérations éthiques

L'enquête est anonyme et aucune information sur l'identité des participantes n'a été recueillie afin de maintenir la confidentialité. Toutes les participantes ont reçu des informations sur le VIH et les IST, les modes de contaminations et les moyens de se protéger. Les personnes étaient informées que leur participation était volontaire et qu'elles étaient libres de renoncer à tout moment. Après une explication détaillée sur la recherche et la vérification des critères d'inclusion, les enquêteurs ont remis aux participantes un formulaire de consentement à lire et, quand nécessaire, les enquêteurs ont lu le formulaire de consentement aux participants. Les enquêteurs étaient chargés de s'assurer du consentement des personnes avant de démarrer. Toutes les personnes travaillant sur ce projet (enquêteurs, coordinateurs, etc...) ont signé un accord d'engagement les invitant à respecter la confidentialité des données et l'anonymat des participants, suivre la formation dispensée pour la conduite de cette étude, respecter le calendrier de l'étude, soumettre conformément à la formation les items du questionnaire, informer clairement les participantes, recueillir leur consentement et ne pas combiner le travail d'enquêteur avec des démarches ayant un intérêt personnel, politique, religieux ou autre.

Le projet a été soumis au Comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université du Ceará, à Fortaleza.

5- Saisie des données

La saisie des données s'est faite sous ACCESS par une opératrice de saisie formée. Un masque de saisie a été créé pour limiter les risques d'erreurs de saisie. Des contrôles en routine et une double saisie de 15% des questionnaires ont permis de repérer d'éventuelles erreurs. La vérification de la qualité des données a été effectuée par l'équipe du CIC-EC.

Une fois l'analyse des données complètement terminée, la base de données sera ensuite hébergée en toute sécurité dans un data center du CIC-EC (Clinsight, Capture système).

6- Analyses statistiques

Les résultats présentés dans ce rapport sont présentés sous forme de tableaux, il s'agit d'analyses descriptives uniquement. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 13[®] et décrivent les connaissances, attitudes et pratiques des travailleuses du sexe d'Oïapoque vis-à-vis du VIH et des IST.

7- Financement

Ce projet a été financé par l'Agence Nationale de Recherche sur les SIDA et les hépatites virales (ANRS).

CAP VIH TS

Caractéristiques sociodémographiques

2011

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes permettent de mieux connaître les particularités d'un échantillon, savoir qui sont les personnes interrogées, quel est leur profil.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des enquêtées revêt un caractère important du fait de l'utilisation de ces informations dans la compréhension des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe.

L'étude concerne 178 travailleuses du sexe. Bien sûr, comme évoqué plus haut, les résultats présentés ici ne concernent que l'échantillon interrogé et ne sauraient être extrapolés à l'ensemble de la population des travailleuses du sexe d'Oïapoque. Les informations recueillies dans cette partie portent sur l'âge, le niveau scolaire, le logement, la région d'origine, le statut marital, le nombre d'adultes et d'enfants à charge et certains indicateurs de précarité.

Caractéristiques sociodémographiques des travailleuses du sexe interrogées

Les principales caractéristiques sociodémographiques ont été renseignées dans l'enquête. Il s'agit de l'âge, de la nationalité, du nombre d'enfants et d'adultes à charge, etc... Ces indicateurs permettent de décrire la population qui a été interrogée dans le cadre de cette étude.

Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques.

	Effectifs	%
<i>Groupes d'âges</i>		
18-24 ans	63	35,4
25-34 ans	91	51,1
35-44 ans	21	11,8
45 ans et plus	3	1,7
Non réponse	0	0,0
Total	178	100,0
<i>Vit en couple</i>		
Oui	27	19,1
Non	124	73,2
Non réponse	27	7,8
Total	178	100,0
<i>Nombre moyen d'enfant à charge</i>		
	2,07	
<i>Nombre moyen d'adulte à charge</i>		
	0,28	
<i>Vit à Oiapoque à l'année</i>		
Oui	44	24,7
Non	134	75,3
Total	178	100,0
<i>Région de résidence</i>		
Pará	47	35,1
Amapá	41	30,6
Maranhão	26	19,4
Autre	20	14,9
Total	134	100,0

Les personnes interrogées étaient âgées de 18 à 57 ans. Les personnes de moins de 18 ans n'ont pas été interrogées pour des questions réglementaires. Cependant, quelques personnes mineures ont été rencontrées sur le terrain à Oiapoque. L'âge moyen des personnes se situait à 27,5 ans (avec un écart-type de 6,7), l'âge médian se situait à 27 ans. Le groupe d'âge modal était celui des 25-29 ans. Cette répartition n'est pas caractéristique d'une population particulièrement jeune.

Seules les femmes ont été interrogées à Oiapoque. Des hommes et des transgenres étaient présents sur les lieux de prostitution. Toutefois les données les concernant étant souvent traitées à part, il a été jugé plus pertinent qu'une enquête spécifique leur soit consacrée ultérieurement.

Toutes les personnes interrogées étaient nées au Brésil, seul un quart d'entre elles résidaient à Oiapoque à l'année. Les autres étaient plus de passage sur de courtes durées dans la ville. Plus d'un tiers d'entre elles résidaient habituellement dans l'Etat du Pará, près de 30% dans l'Etat de l'Amapá et près de 20% dans l'Etat du Maranhão. Près de 15% venaient d'autres Etats comme l'Amazonas, le Ceará, l'Acre ou encore le Mato Grosso.

Les trois quarts des travailleuses du sexe interrogées ne vivaient pas en couple, le fait de vivre avec quelqu'un concernait environ 20% des personnes. Toutefois les personnes interrogées étaient nombreuses à avoir la charge de quelqu'un, d'enfants notamment. Seules 9% des personnes n'avaient pas d'enfant à charge. En moyenne les personnes de l'échantillon avaient près de deux enfants à charge et moins d'un adulte.

Indicateurs de précarité des personnes interrogées

Plusieurs questions concernant notamment les conditions d'hébergement ont été posées. Ces questions permettent de rendre compte de certaines situations de précarité dans lesquelles se trouvaient les travailleuses du sexe et qui pouvaient mettre ces dernières dans des positions de vulnérabilité.

Tableau n°2 : Indicateurs de précarité.

	Effectifs	%
<i>Eau courante dans le logement</i>		
Oui	128	71,9
Non	44	24,7
Pas de réponse	6	3,4
Total	178	100,0
<i>Electricité dans le logement</i>		
Oui	171	96,1
Non	2	1,1
Pas de réponse	5	2,8
Total	178	100,0
<i>Type de logement</i>		
Propriétaire	48	27,0
Locataire	56	31,5
Hébergée par famille/amis/conjoint	27	15,2
Squat/rue	2	1,1
Hébergée sur le lieu de travail	42	23,6
Pas de réponse	3	1,7
Total	178	100,0

Au Brésil, la protection sociale est un peu différente de celle de la France. Elle assure l'accès gratuit et universel aux services publics de santé à l'ensemble de la population dans les hôpitaux publics et privés sous contrats. Les services de santé sont décentralisés et sont organisés au niveau des états et des municipalités.

Les professionnels de santé et les associatifs sur le terrain ont beaucoup évoqué la corruption qui expliquerait selon eux que les services de santé peinent à offrir des prestations de qualité, faute de moyens. Au Brésil, les personnes les plus fortunées peuvent se payer des assurances complémentaires très coûteuses et alors se rendre dans des cliniques privées qui disposent de plus de moyens pour se faire soigner.

Au niveau des indicateurs de précarité individuels, si la plupart disposaient d'électricité dans leur logement, près d'un quart n'avaient pas d'eau courante.

Les travailleuses du sexe interrogées étaient également près d'un quart à vivre sur leur lieu de travail, dans une boîte de nuit, une posada, un hôtel, etc... Elles y étaient très surveillées et leur liberté de mouvement était restreinte.

Niveau scolaire des personnes interrogées

Certaines précisions ont été demandées aux personnes interrogées concernant la maîtrise de la lecture et de l'écriture, la scolarisation et le niveau scolaire.

Tableau n°3 : Indicateurs sur le niveau d'éducation.

	Effectifs	%
<i>Lecture et écriture</i>		
Oui	172	96,6
Non	3	1,7
Pas de réponse	3	1,7
Total	178	100,0
<i>Scolarisation</i>		
Oui	170	95,5
Non	7	3,9
Pas de réponse	1	0,6
Total	178	100,0
<i>Niveau scolaire</i>		
Primaire incomplet	103	60,6
Primaire complet	25	14,7
Secondaire	37	21,8
Supérieur	3	1,8
Pas de réponse	2	1,2
Total	170	100,0

Seules 3 personnes ne savaient pas lire et écrire en portugais.

Près de 4% des travailleuses du sexe interrogées n'étaient jamais allées à l'école. Le niveau scolaire des personnes était plutôt faible puisque près des deux tiers avaient un niveau de primaire incomplet, c'est-à-dire qu'elles s'étaient arrêtées avant la fin du cycle primaire. Le cycle primaire dure toutefois un peu plus longtemps au Brésil qu'en France. Ainsi, l'enfant entre au primaire à 6 ans et en sort à 14 ans (contre 11 ans en France). Seules 3 personnes avaient un niveau scolaire supérieur.

Grossesse et avortement

Dans le questionnaire plusieurs questions concernaient la vie génésique, il s'agit d'indicateurs sur des grossesses éventuelles, le recours à l'IVG et le nombre d'enfants.

Ces questions sont centrales dans les caractéristiques socio-économiques. Elles permettent de se faire une idée, notamment avec les avortements, de la fréquence des grossesses non désirées, des rapports non protégés et de l'absence de contraception.

Tableau n°4 : Indicateurs concernant la vie génésique.

	Effectifs	%
<i>A déjà été enceinte</i>		
Oui	120	67,4
Non	55	30,9
Pas de réponse	3	1,7
Total	178	100,0
<i>Nombre médian d'enfants</i>		
	2	
<i>Sont-ils du même père ?</i>		
Oui	54	45,0
Non	60	50,0
Pas de réponse	6	5,0
Total	120	100,0
<i>A déjà avorté</i>		
Oui	72	60,0
Non	40	33,3
Pas de réponse	8	6,7
Total	120	100,0

La majorité des femmes interrogées avaient déjà été enceintes (67%). La moitié d'entre elles avaient plus de deux enfants, l'autre moitié moins de deux enfants. Dans la moitié des cas, les grossesses n'étaient pas attribuées au même père.

Soixante pourcents des femmes avaient déjà eu recours à l'avortement au moins une fois dans leur vie. C'est un chiffre assez important sachant que l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) au Brésil n'est légale que dans certains cas, notamment en cas de viol ou lorsque la vie de la mère est en danger [7]. Dans le détail, les femmes ayant déjà eu au moins une IVG étaient plus nombreuses chez les 25-29 ans et les plus de 35 ans (respectivement 49% et 40%).

Conclusion

Les travailleuses du sexe interrogées à Oiapoque n'étaient pas particulièrement jeunes et venaient pour beaucoup d'autres régions du Brésil. La plupart étaient des migrantes intérieures venues travailler à Oiapoque quelque temps avant de repartir. Il existe chez les travailleuses du sexe à Oiapoque un turn-over très important rendant la prévention compliquée.

La majorité des personnes avaient des enfants à charge. Plus de la moitié des femmes interrogées avaient déclaré avoir déjà avorté. Ce chiffre a de quoi surprendre dans un pays où l'avortement n'est autorisé que dans certains cas précis. D'après les retours de terrain, une partie non négligeable de ces avortements s'est fait clandestinement exposant les femmes concernées à différents risques.

Les personnes interrogées n'avaient pas, pour la plupart, un niveau scolaire élevé. Toutefois quasi toutes étaient capables de lire et écrire le portugais.

Près d'un quart des travailleuses du sexe interrogées vivaient sur leur lieu de travail et sous le contrôle des gérants d'établissements.

CAP VIH TS

Commerce du sexe

2011

Il n'existe pas une seule manière de se prostituer et en fonction des différentes formes que prend le commerce du sexe, les propositions d'action, de projets en direction des travailleuses du sexe sont distinctes. De la même manière, les différentes circonstances qui ont amené les personnes à devenir travailleuses du sexe jouent sur l'activité des personnes. Il est donc nécessaire de connaître et de décrire l'activité que peuvent avoir les travailleuses du sexe à Oiapoque.

L'activité de prostitution des personnes interrogées

Le début de l'activité de prostitution est un élément important pour mieux connaître la population des travailleuses du sexe à Oiapoque. La thématique a été abordée à travers plusieurs questions portant principalement sur les raisons du début d'activité, l'âge au début de l'activité et les occasions qui ont amené les personnes au commerce du sexe.

Tableau n°5 : L'arrivée au commerce du sexe.

	Effectifs	%
<i>Raisons pour lesquelles vous avez été amené à faire ce travail ?</i>		
Raisons financières	132	74,2
Décision personnelle	58	32,6
N'a pas pu faire un autre travail	5	2,8
Pression parentale	4	2,3
Pression du conjoint	1	0,6
<i>Âge moyen au début de l'activité</i>		
	18,57 ans (SD = 4,18)	
	Min : 10 ans Max : 35 ans	
<i>A quelle occasion avez-vous débuté votre activité ?</i>		
A mon arrivée à Oiapoque	19	10,7
Quand j'ai eu mes enfants	42	23,6
Quand on me l'a proposé	84	47,2
<i>Qui vous l'a proposée ?</i>		
Ami(e)	64	87,7
Conjoint(e)	1	2,8
Proxénète	11	6,6
Autre	8	2,8
Total	84	100,0

L'âge moyen au début d'activité était de 18 ans, 10 ans était l'âge le plus jeune déclaré, 35 ans le plus élevé. Les personnes ont été amenées au commerce du sexe pour des raisons financières dans la majorité des cas (74,2%) et pour beaucoup par décision personnelle (32,6%). Pour 47% des personnes interrogées quelqu'un leur avait proposé cette activité, un(e) ami(e) le plus souvent.

Tableau n°6 : Fréquence du recours au commerce du sexe.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous un autre travail en plus de celui-ci ?</i>		
Oui	80	44,9
Non	93	52,3
Pas de réponse	5	2,8
Total	178	100,0
<i>Vous exercez la prostitution de manière ...</i>		
Régulière	83	46,6
Ocasionnelle	62	34,8
Pas de réponse	33	18,5
Total	178	100,0
<i>Travaillez-vous ...</i>		
Tous les jours	60	33,7
Quelques jours par semaine	85	47,8
Le week-end seulement	19	10,7
Pas de réponse	14	7,9
Total	178	100,0

Près de la moitié des personnes interrogées exerçait la prostitution de manière régulière, elles étaient un peu moins nombreuses à déclarer l'exercer occasionnellement. La majorité n'avait pas d'autre travail à côté et pour les 44,9% qui avaient un autre travail, il s'agissait principalement de vente, de manucure/coiffure et de ménage. Si près de la moitié des personnes interrogées déclarait travailler quelques jours par semaine, un tiers travaillait tous les jours.

Tableau n°7 : Lieux de rencontres, nombre de clients et argent.

	Effectifs	%
<i>Vous rencontrez vos clients ...</i>		
Dans la rue	30	16,9
A l'hôtel	83	46,6
Dans des boîtes de nuit	129	72,5
Dans des bars	128	71,9
Par téléphone	29	16,3
Par Internet	2	1,1
Par connaissances	52	29,2
<i>Avez-vous déjà travaillé sur un site d'orpaillage ?</i>		
Oui	113	63,5
Non	62	34,8
Pas de réponse	3	1,7
Total	178	100,0
<i>Nombre moyen de clients par jour travaillé</i>		
	2,81 (SD : 1,63)	
	Min : 1	Max : 10
<i>L'argent gagné vous revient-il en totalité ?</i>		
Oui	92	51,7
Non	75	42,1
Pas de réponse	11	6,2
Total	178	100,0

Le principal lieu où les travailleuses du sexe rencontraient leurs clients était les lieux festifs comme les bars ou les boîtes de nuit. Beaucoup ont déclaré rencontrer également des clients à l'hôtel ou par connaissances. En moyenne, les personnes avaient trois clients par jour travaillé. Beaucoup (42,1%) ne gardaient pas la totalité de l'argent gagné et le partageaient très souvent avec leur famille. Près d'un tiers déclarait en redonner une partie à un proxénète.

Près des deux tiers des personnes interrogées avaient déjà travaillé sur un site d'orpaillage.

Conclusion

Les personnes interrogées avaient, en moyenne, démarré leur activité très jeune. Dans de nombreux cas, il s'agissait de pallier à des problèmes financiers. Oiapoque représente quelque part un Eldorado pour les personnes précaires des états alentours. La ville attire de nombreux migrants, dont des travailleuses du sexe, grâce à sa proximité avec la Guyane, mais également, car elle est la base arrière de toute une partie de l'activité aurifère illégale [8]. La prostitution à Oiapoque se passait très clairement dans les établissements dédiés,

tels que des bars ou des boîtes de nuit. Mais les travailleuses du sexe étaient très souvent de passage en ville et partaient ensuite pour les sites d’orpaillage isolés [9].

CAP VIH TS

Consommation de drogues et d'alcool

2011

La consommation de drogues et d'alcool peut parfois être un facteur de prises de risque sexuel important. Ainsi suite à une consommation d'alcool ou de drogues, une personne peut trouver son jugement altéré et peiner à discerner une situation à risque et à adapter son comportement. Les travailleuses du sexe, de par leur activité, sont beaucoup plus exposées au risque de transmission des IST et du VIH, si s'y ajoute la consommation de drogues et/ou d'alcool, les situations à risque se cumulent. Une partie du questionnaire a été dédiée à ces consommations et revient en détail sur les différents produits consommés et leur fréquence de consommation par les personnes interrogées.

Analyse descriptive de la consommation de drogues et d'alcool.

La consommation d'alcool est un élément très souvent associé dans la littérature à des prises de risque sexuel chez les travailleuses du sexe, notamment à des rapports sexuels non protégés [10,11].

Dans le questionnaire, la consommation d'alcool a d'abord été évaluée pour une semaine complète, puis avant ou durant le travail, moment où la consommation est particulièrement problématique.

Tableau n°8 : Consommation d'alcool.

	Effectifs	%
<i>Consommation de plus de quatre verres d'alcool d'affilée dans la semaine ?</i>		
4 à 7 fois	50	28,1
2 à 3 fois	38	21,3
Moins de 2 fois	36	20,2
Jamais	14	7,9
Ne sait pas	6	3,4
Pas de réponse	34	19,1
Total	178	100,0
<i>Consommation de plus de quatre verres d'affilée avant ou durant le travail ?</i>		
Jamais	28	15,7
Parfois	105	59,0
Toujours	11	6,2
Ne sait pas	5	2,8
Pas de réponse	29	16,3
Total	178	100,0

Moins de 10% des personnes interrogées déclaraient ne jamais consommer plus de quatre verres d'alcool d'affilée au cours d'une semaine. Et elles étaient plus d'un quart à consommer quatre à sept fois par semaine plus de quatre verres d'alcool d'affilée.

La consommation d'alcool avant ou pendant le travail n'était pas anecdotique puisque 66% déclaraient consommer parfois ou toujours avant ou pendant le travail.

La consommation de drogues est très corrélée avec le risque d'avoir le VIH. Toutefois les études le démontrant portent principalement sur les prises en intraveineuse, ce qui est inexistant à Oiapoque. Cela ne signifie toutefois pas que la consommation de drogues non injectables n'influence pas le comportement des personnes. Ainsi de la même manière que l'alcool, la consommation de drogues peut conduire à des prises de risque sexuel.

Tableau n°9 : Consommation de drogues.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà consommé ...</i>		
Marijuana	34	19,1
Cocaïne	13	7,3
Crack	6	3,4
Ecstasy	2	1,1

Moins de 20% des personnes interrogées avaient répondu avoir déjà consommé de la marijuana.

Les proportions étaient minimales s'agissant du crack et de l'ecstasy avec toutefois près de 7% des travailleuses du sexe ayant déjà consommé de la cocaïne.

Conclusion

La consommation de drogues parmi les travailleuses du sexe interrogées à Oiapoque était faible. Toutefois, les choses étaient un peu différentes avec l'alcool.

L'activité des travailleuses du sexe à Oiapoque se passe principalement dans des lieux festifs, bars, boîtes de nuit, où la consommation d'alcool est très importante. Cette consommation excessive représente un véritable risque supplémentaire pour les travailleuses du sexe.

CAP VIH TS

Sexualité

2011

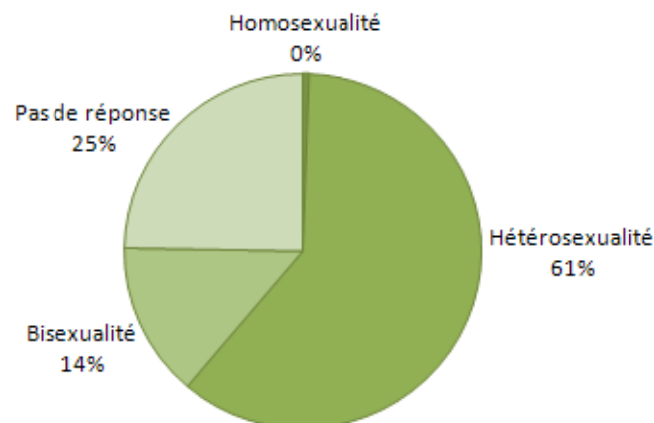
La sexualité chez les travailleuses du sexe constitue une partie de leur activité professionnelle. La sexualité a donc un statut particulier au sein de la vie des personnes interrogées. A Oiapoque, les principaux risques de contracter le VIH ou d'autres IST sont en lien avec la sexualité. Il est donc important de décrire les caractéristiques principales de cette sexualité.

Afin d'essayer de mieux connaître la sexualité des travailleuses du sexe à Oiapoque, une série de questions a été posée, concernant notamment la définition de leur sexualité, les rapports avec leurs clients et avec les non-clients, etc...

Analyse descriptive de la sexualité des travailleuses du sexe à Oiapoque.

L'âge moyen au premier rapport sexuel se situait à 14,31 ans (écart-type de 1,86). Le minimum était à 10 ans, le maximum à 24 ans. L'âge médian était à 14 ans et reste assez comparable, bien que légèrement plus jeune, à l'âge d'entrée dans la vie sexuelle de la population générale brésilienne [6]. L'âge au premier rapport sexuel est souvent considéré dans la littérature comme un facteur de risque sexuel, plus l'âge est jeune, plus les risques sont élevés [12,13].

Graphique n°1 : Définition de la sexualité.



La grande majorité des personnes se définissaient comme hétérosexuelles. Toutefois, 14% se déclaraient bisexuelles et près de 25% n'avaient pas souhaité répondre à la question.

Tableau n°10 : Connaissance et utilisation des moyens de contraceptions.

	%	%
Moyens de contraceptions ...	Connus	Utilisés
Aucun	0,0	0,0
Préservatifs masculins	98,9	98,3
Préservatifs féminins	59,0	18,0
Stérilet	12,9	0,6
Pilule	62,9	19,1
Injections mensuelles	44,9	14,0
Implant	6,2	0,6
Patch	6,2	0,6
Ligature des trompes	30,9	10,7
Vasectomie	5,1	0,0
Pas de réponse	0,0	0,0

Le moyen de contraception le plus connu et le plus utilisé était le préservatif masculin (respectivement 98,9% et 98,3%). Arrivaient ensuite la pilule et les préservatifs féminins. Personne ne connaissait ou n'utilisait aucun moyen de contraception. La vasectomie, le stérilet, l'implant et les patchs étaient les moins populaires parmi les moyens de contraceptions utilisés.

Analyse descriptive des rapports avec les clients.

La sexualité avec les clients est une partie importante de la vie sexuelle des travailleuses du sexe. Elle doit être traitée à part entière et indépendamment de la sexualité avec des partenaires sexuels non clients.

Le coût médian d'un rapport sexuel se situait à 100 reais (environ 30 euros), c'est-à-dire que la moitié des personnes avait déclaré un coût inférieur à 100 reais et l'autre moitié un coût supérieur à 100 reais.

Plus d'un tiers des répondantes (37,1%) avaient déclaré qu'un rapport sans préservatif était plus cher, 15,7% n'avaient pas souhaité répondre à cette question.

Tableau n°11 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les clients.

	Effectifs	%
<i>A quelle fréquence utilisez-vous le préservatif avec vos clients ?</i>		
Jamais	1	0,6
Parfois	11	6,2
Presque tout le temps	62	34,8
A chaque fois	100	56,2
Ne sait pas	0	0,0
Pas de réponse	4	2,2
Total	178	100

Une seule travailleuse du sexe a répondu ne jamais utiliser de préservatif avec un client. Un peu plus de la moitié des personnes interrogées déclaraient en utiliser à chaque fois (56%) et un tiers (35%) presque à chaque fois.

L'enquête était déclarative, ce qui signifie qu'il peut parfois y avoir un décalage entre la réalité et les réponses données. Toutefois, cela reste intéressant puisque les réponses donnent une tendance générale, mais également la perception de ce que la personne pense être la « bonne » réponse.

Tableau n°12 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous utilisé un préservatif la dernière fois que vous étiez avec un client ?</i>		
Non	6	3,4
Oui	130	73,0
Ne se rappelle pas	39	21,9
Pas de réponse	3	1,7
Total	178	100,0

Près des trois quarts des personnes avaient utilisé un préservatif la dernière fois qu'elles étaient avec un client. Dans 64% des cas, c'est la travailleuse du sexe qui avait pensé au préservatif, dans 31% des cas il s'agissait d'une décision commune. Le client semblait rarement à l'origine de la proposition (3%).

Dans 85% des cas, les travailleuses du sexe déclaraient se sentir à l'aise pour proposer le préservatif à leurs clients, 8% ne l'étaient pas et 7% n'ont pas souhaité répondre.

Tableau n°13 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal/fellation avec un client.

Avez-vous utilisé un préservatif lors du dernier(-e) ...

	Rapport anal		Fellation	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Non	10	5,6	22	12,4
Oui	140	78,7	126	70,8
Pas de rapport anal/fellation avec les clients	12	6,7	15	8,4
Pas de réponse	16	9,0	15	8,4
Total	178	100,0	178	100,0

Il a été demandé aux travailleuses du sexe si elles avaient utilisé un préservatif lors du dernier rapport anal avec un client ou lors de la dernière fellation. Près de 6% n'en avaient pas utilisé lors du dernier rapport anal et 12% lors de la dernière fellation. La proportion de travailleuses du sexe n'ayant pas de rapports anaux ou ne pratiquant pas de fellation était relativement faible, respectivement 6,7% et 8,4%.

Tableau n°14 : Profil des clients.

	%
<i>Beaucoup de clients venus de Guyane</i>	
Oui	76,8
Non	17,5
Ne sait pas	2,3
Pas de réponse	3,4
<i>Clients réguliers</i>	
Oui	47,5
<i>Âge des clients</i>	
18-30 ans	46,9
30-50 ans	31,1
Plus de 50 ans	0,0
<i>Majorité de clients...</i>	
Alcoolisés	32,8
Drogues	1,7
Violents	2,3
Mariés	61,0

Les travailleuses du sexe interrogées décrivaient leurs clients comme venant souvent de Guyane (77%). Un peu moins de la moitié était des clients réguliers. La majorité était âgée entre 18 et 30 ans, près des deux tiers d'entre eux étaient mariés. Un tiers des travailleuses

du sexe déclaraient que la majorité de leurs clients était alcoolisée, 2% droguée et 2% violente.

Tableau n°15 : Violences subies de la part des clients.

	Effectifs	%
<i>Subissez-vous des violences de la part de vos clients ?</i>		
Jamais	113	63,5
Parfois	57	32,0
Régulièrement	0	0,0
Pas de réponse	8	4,5
Total	178	100,0

Près du tiers des personnes déclarait subir parfois des violences de la part de leurs clients. La violence des clients vis-à-vis des travailleuses du sexe n'était pas une chose rare et augmentait leur vulnérabilité, notamment face aux IST et au VIH [14]. Un quart (25,3%) déclarait d'ailleurs avoir déjà subi un rapport forcé de la part d'un client.

Analyse descriptive des rapports avec les non-clients.

Les travailleuses du sexe ont été interrogées sur leurs rapports avec les non-clients, les partenaires sexuels avec qui il n'y a pas échange de drogues ou d'argent contre un acte sexuel. Il s'agit des partenaires intimes qu'ils soient réguliers ou occasionnels.

Parmi les personnes questionnées, 96 (soit 53,9%) avaient eu des rapports sexuels sans échange d'argent au cours du mois dernier.

Tableau n°16 : Fréquence d'utilisation du préservatif avec les non-clients.

	Effectifs	%
<i>A quelle fréquence utilisez-vous le préservatif avec les non clients ?</i>		
Jamais	1	1,0
Parfois	12	12,5
Presque tout le temps	24	25,0
A chaque fois	57	59,4
Ne sait pas	1	1,0
Pas de réponse	1	1,0
Total	96	100

Plus de la moitié des personnes avait utilisé à chaque fois le préservatif avec les non-clients. Une seule travailleuse du sexe déclarait ne jamais l'utiliser. Lors du dernier rapport avec un non-client, 12% des personnes interrogées avaient déclaré ne pas avoir utilisé de préservatifs, 26,4% ne se rappelaient pas, 8% n'avaient pas souhaité répondre.

Tableau n°17 : Raisons de la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un

	%
<i>Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de préservatif ?</i>	
Pas à l'aise pour demander	7,6
Le partenaire ne voulait pas	15,7
Ce n'était pas nécessaire	5,7
A oublié	2,5
N'aime pas les préservatifs	3,1
A confiance en son partenaire	47,8
Avait bu	1,9
Les préservatifs réduisent le plaisir	12,0
N'en avais pas	3,8
Trop cher	0,0
Pas confiance dans les préservatifs	0,0
Autre	10,1

non-client.

Près de la moitié des personnes n'avait pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un non-client, car elles avaient confiance en leur partenaire (76 personnes). Dans près de 16% des cas, c'était le partenaire qui ne voulait pas utiliser le préservatif. Douze pourcents estimaient que les préservatifs réduisent le plaisir et avançaient cette raison à la non-utilisation lors du dernier rapport. Les rapports avec les non-clients entraient dans la sphère intime des personnes et pour une bonne partie il s'agissait de rapports avec un partenaire régulier.

Tableau n°18 : Raisons de la confiance en le partenaire non-client.

	%
<i>Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de préservatif ?</i>	
Pas à l'aise pour demander	0,0
Le partenaire ne voulait pas	14,3
Ce n'était pas nécessaire	38,1
A oublié	9,5
N'aime pas les préservatifs	4,8
A confiance en son partenaire	23,8
Avait bu	4,8
Les préservatifs réduisent le plaisir	9,5
N'en avais pas	9,5
Trop cher	0,0
Pas confiance dans les préservatifs	0,0
Autre	4,8

Les personnes interrogées n'avaient pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire intime, car elles ne trouvaient pas cela nécessaire (38%) ou elles avaient confiance en leur partenaire (24%). Il s'agissait souvent dans ce cas d'un rapport avec le partenaire régulier avec qui elles étaient depuis longtemps.

Les personnes ayant utilisé un préservatif (54%) avaient elles-mêmes pensé au préservatif dans 60% des cas. Dans 37% des cas, il s'agissait d'une décision conjointe avec le partenaire intime. Dans un cas seulement le partenaire avait lui-même pensé au préservatif.

Les travailleuses du sexe interrogées étaient 84% à se sentir à l'aise pour proposer le préservatif à un partenaire non client, 8% ne se sentaient pas à l'aise pour le proposer, 8% ne savaient pas ou n'ont pas souhaité répondre.

Tableau n°19 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal et de la dernière fellation avec un partenaire non-client.

Avez-vous utilisé un préservatif lors du dernier(-e) ...

	Rapport anal		Fellation	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Non	24	13,5	31	17,4
Oui	127	71,3	132	74,2
Pas de rapport anal/fellation avec les non-clients	14	7,9	5	2,8
Pas de réponse	13	7,3	10	5,6
Total	178	100,0	178	100,0

Les proportions de non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal ou lors de la dernière fellation avec un partenaire non-client étaient un peu plus élevées qu'avec un partenaire client. Treize pourcents n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport anal avec un non-client et 17% lors de la dernière fellation.

L'utilisation inconstante du préservatif avec les partenaires non clients en même temps qu'avec les partenaires clients induit des risques liés au multipartenariat des travailleuses du sexe, mais également liés au multipartenariat des partenaires intimes.

Tableau n°20 : Multipartenariat du partenaire non-client.

	Effectifs	%
<i>Votre partenaire a-t-il des relations sexuelles avec d'autres personnes ?</i>		
Non	18	10,1
Oui	65	36,5
Ne sait pas	67	37,6
Pas de réponse	28	15,7
Total	178	100,0

Plus d'un tiers (36,5%) des personnes interrogées avait déclaré que leur partenaire avait des relations sexuelles avec d'autres personnes. Un deuxième tiers (37,6%) ne savait pas et 16% n'ont pas souhaité répondre à cette question. Le multipartenariat des partenaires intimes semblait relativement courant.

Tableau n°21 : Rapport forcé de la part d'un partenaire non client.

	Effectifs	%
<i>Un partenaire vous-a-t-il déjà forcé à avoir une relation sexuelle ?</i>		
Non	109	61,2
Oui	24	13,5
Ne sait pas	2	1,1
Pas de réponse	43	24,2
Total	178	100,0

Près de 13% des travailleuses du sexe interrogées avaient déjà subi un rapport forcé de la part d'un partenaire non client. Un quart des personnes n'avaient pas souhaité répondre à cette question.

La violence dans la sphère intime était présente chez les travailleuses du sexe d'Oiapoque, en moindre mesure que dans la sphère professionnelle, mais cette violence peut avoir un impact tout aussi négatif sur les personnes et sur leur vulnérabilité face au VIH [15].

Conclusion

La sexualité des travailleuses du sexe à Oiapoque a été abordée sous deux aspects principaux : avec les partenaires clients et avec les partenaires non clients. L'utilisation du préservatif masculin avec les partenaires intimes était généralement assez inconstante. Elle semblait plus systématique avec les clients. Pour beaucoup, ne pas utiliser de préservatif avec un partenaire non client était rapporté à la confiance que les travailleuses du sexe avaient à l'égard de leurs partenaires intimes.

La relativement faible proportion de personnes utilisant à chaque fois le préservatif avec les clients est frappante. Pourtant, les travailleuses du sexe étaient nombreuses à se déclarer à l'aise pour proposer le préservatif aussi bien à leur partenaire intime qu'à leurs clients.

La vie des travailleuses du sexe était parfois empreinte de violence dans la sphère professionnelle, mais également dans la sphère intime. Les personnes interrogées ont rapporté des violences de la part des clients et elles étaient nombreuses à avoir subi des rapports forcés de leurs clients, mais également en moindre mesure de leurs partenaires intimes.

Il faut garder à l'esprit que l'utilisation du préservatif est une décision individuelle, mais influencée par un cumul de facteurs complexes et variés, allant des caractéristiques sociodémographiques, aux connaissances sur le VIH/SIDA, en passant par les caractéristiques de l'activité sexuelle ou du contexte du rapport sexuel, etc... [16].

CAP VIH TS

Préservatifs

2011

L'utilisation des préservatifs chez les travailleuses du sexe est essentielle pour se protéger des IST et du VIH. Pour rendre la prévention plus efficace, au-delà de la négociation et de la décision d'utiliser un préservatif avec un client ou avec son partenaire, il est nécessaire de s'interroger sur l'accès et l'utilisation des préservatifs, qu'il s'agisse des préservatifs masculins ou féminins.

Des questions ont été posées en ce sens concernant les préservatifs masculins et féminins : où les trouver, comment les utiliser, etc...

Préservatifs masculins

Le préservatif masculin reste le moyen de protection et de contraception le plus utilisé, son accessibilité au plus grand nombre est particulièrement importante pour réduire les risques de transmission des IST, notamment du VIH.

Tableau n°22 : Accès gratuit aux préservatifs.

	Effectifs	%
<i>Les préservatifs que vous utilisez...</i>		
<i>Vous les achetez</i>	21	11,8
<i>On vous les donne</i>	115	64,6
<i>Les deux</i>	39	21,9
<i>Ne sait pas</i>	0	0,0
<i>Pas de réponse</i>	3	1,7
Total	178	100,0

Dans 65% des cas, les préservatifs étaient donnés aux travailleuses du sexe. A Oiapoque, la proportion de personnes recevant gratuitement des préservatifs semblait assez élevée.

Pour donner un ordre d'idée, dans la population générale brésilienne âgée de 15 à 64 ans sexuellement active, 29,2% ont reçu gratuitement des préservatifs au cours des 12 derniers mois, cette proportion était un peu plus élevée, à 33,1%, pour les personnes résidant dans le Nord du Brésil (dont l'Amapa, région frontalière avec la Guyane) [6].

Tableau n°23 : Prix du préservatif.

	Effectifs	%
<i>Que pensez-vous du prix des préservatifs ?</i>		
Trop cher	12	6,7
Raisonné	92	51,7
Pas cher	41	23,0
Ne sait pas	30	16,9
Pas de réponse	3	1,7
Total	178	100,0

La moitié des personnes interrogées estimaient que le prix du préservatif était raisonnable. Près d'un quart pensait que le prix n'était pas cher. Seuls 7% des personnes l'estimaient trop cher. Il semble que le prix n'était pas un frein à l'accès pour la grande majorité des personnes interrogées.

Tableau n°24 : Connaissance des lieux où se procurer des préservatifs.

	Effectifs	%
<i>Savez-vous où vous procurer des préservatifs ?</i>		
Non	5	2,8
Oui	169	94,9
Pas de réponse	4	2,2
Total	178	100,0

La très grande majorité des personnes interrogées savaient où se procurer des préservatifs. Seules 5 d'entre elles avaient répondu ne pas savoir où trouver des préservatifs.

Tableau n°25 : Lieux où se procurer des préservatifs.

	%
<i>Où pouvez-vous vous procurer des préservatifs ?</i>	
Commerce	28,4
Pharmacie	66,3
Distributeurs en rue	21,9
UBS/Postes de santé	91,1
Hôpital	39,6
Bars/Hôtels	18,9
Amis	8,3
Autre travailleur du sexe	24,9
Associations	13,0
Autre	1,2

Les postes de santé étaient de loin les lieux les plus cités par les travailleuses du sexe interrogées comme lieux où se procurer des préservatifs. Les pharmacies venaient ensuite avec 66% de personnes les citant. Les amis et les associations n'étaient pas très fréquemment cités, respectivement 8% et 13%. Le peu d'associations présentes à Oiapoque en lien avec les travailleuses du sexe explique en partie ce résultat.

Tableau n°26 : Temps estimé pour se procurer un préservatif.

	Effectifs	%
<i>Combien de temps prendriez-vous pour trouver un préservatif depuis l'endroit où vous vivez ?</i>		
0-14 minutes	68	38,2
15-29 minutes	40	22,5
30-59 minutes	9	5,1
1 heure ou plus	0	0,0
Ne sait pas	36	20,2
Pas de réponse	25	14,0
Total	178	100,0

Plus du tiers des personnes interrogées prenaient moins d'un quart d'heure pour trouver un préservatif de l'endroit où elles vivaient. Très peu de personnes prenaient plus de trente minutes. Toutefois, il faut souligner que 20% des personnes ne savaient pas le temps qu'elles prendraient pour trouver un préservatif depuis l'endroit où elles vivaient.

Tableau n°27 : Utilisation du préservatif masculin.

	Effectifs	%
<i>Vous arrive-t-il d'utiliser deux préservatifs l'un sur l'autre ?</i>		
Non	142	79,8
Oui	34	19,1
Pas de réponse	2	1,1
Total	178	100,0
<i>Utilisez-vous un préservatif dès le début de la pénétration ?</i>		
Non	30	16,9
Oui	133	74,7
Pas de réponse	15	8,4
Total	178	100,0
<i>Un préservatif a-t-il déjà craqué lors d'un rapport ?</i>		
Non	100	56,2
Oui	74	41,6
Pas de réponse	4	2,2
Total	178	100,0

Dix-neuf pourcents des travailleuses du sexe utilisaient deux préservatifs l'un sur l'autre. Utiliser deux préservatifs l'un sur l'autre fragilise les préservatifs et entraîne des ruptures lors des rapports sexuels. Souvent partant d'une volonté de protection supplémentaire cette habitude entraînait un risque accru en matière de transmission des IST et du VIH.

La majorité des travailleuses du sexe de notre échantillon utilisait le préservatif dès le début de la pénétration (75%). Toutefois près de 17% ne le faisaient pas et 8% n'avaient pas souhaité répondre à la question.

Quarante-deux pourcents des travailleuses du sexe interrogées déclaraient avoir déjà eu à faire face à la rupture d'un préservatif lors d'un rapport sexuel. Ces ruptures pouvaient être dues à une mauvaise utilisation du préservatif, à un défaut de lubrification et/ou à un rapport assez violent. Dans tous les cas cette situation exposait les travailleuses du sexe au risque accru de contracter une IST ou le VIH.

Il a été demandé aux travailleuses du sexe interrogées si elles avaient un préservatif avec elles, 124 (70%) en avait un. A celles qui avaient un préservatif, il leur a été demandé d'expliquer comment elles l'utilisaient. Dans 87% des cas, le préservatif était utilisé correctement. Les principales erreurs relevées par les enquêtrices sur les 13% qui ne l'utilisaient pas correctement étaient l'ouverture avec les dents et ne pas chasser l'air du préservatif lors de la pose.

Tableau n°28 : Bénéfices d'utiliser un préservatif.

	%
<i>Quels sont les bénéfices d'utiliser un préservatif ?</i>	
Evite d'être enceinte	77,5
Prévention contre les IST	80,3
Se sent protégé	32,0
Prévention contre le VIH	62,9
Moins d'inquiétude	12,9
Plus propre	11,2
Autre	0,0
Ne sait pas	0,0
Pas de réponse	0,0

De loin, la protection contre les IST (80%) était le bénéfice le plus cité concernant l'utilisation d'un préservatif. Eviter d'être enceinte et la protection contre le VIH arrivaient après, avec respectivement 77% et 63% des travailleuses du sexe les citant comme bénéfices à l'utilisation du préservatif.

Tableau n°29 : Nécessité d'utiliser un préservatif dans une relation sérieuse.

	Effectifs	%
<i>Pensez-vous que les préservatifs soient encore nécessaires lorsque la relation avec un partenaire devient sérieuse ?</i>		
Non	35	19,7
Oui	115	64,6
Ne sait pas	3	1,7
Pas de réponse	25	14,0
Total	178	100,0

La majorité des personnes (65%) estimait qu'il est nécessaire de continuer à utiliser des préservatifs lorsque la relation avec le partenaire devient sérieuse. Elles étaient 20% à penser que cela, à l'inverse, n'était plus nécessaire lorsque la relation avec le partenaire devenait sérieuse. Près de 15% des personnes n'avaient pas souhaité répondre à la question.

Préservatifs féminins

Les préservatifs féminins n'étaient pas encore utilisés par une majorité de femmes. Toutefois, à Oiapoque, ils étaient utilisés comme moyens de contraception par 18% des femmes interrogées et connus par 59% d'entre elles comme moyens de contraception. L'intérêt dans le cadre du commerce du sexe est immédiatement perceptible.

Tableau n°30 : Connaissance du préservatif féminin par les femmes interrogées.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà entendu parler des préservatifs féminins ?</i>		
Non	33	18,5
Oui	143	80,3
Pas de réponse	2	1,1
Total	178	100,0

Près de 80% des femmes interrogées avaient déjà entendu parler du préservatif féminin. On retrouvait des proportions similaires dans la population générale féminine brésilienne (84,2%), un peu moins parmi la population du Nord du Brésil (81,2%) [6].

Tableau n°31 : Utilisation du préservatif féminin par les femmes interrogées.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà utiliser un préservatif féminin ?</i>		
Non	78	54,5
Oui	59	41,3
Pas de réponse	6	4,2
Total	143	100,0

Un peu plus de la moitié des travailleuses du sexe interrogées n'utilisaient pas de préservatifs féminins. Comparativement à la population générale brésilienne, cette proportion est très élevée, 8,4% des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 64 ans qui connaissaient le préservatif féminin l'avaient déjà utilisé, cette proportion passait à 7,3% pour la population du Nord du Brésil [6].

Tableau n°32 : Raisons de la non-utilisation du préservatif féminin.

	%
<i>Si vous ne l'avez jamais utilisé, pourquoi ?</i>	
Trop cher	0,0
Partenaires/clients n'aiment pas	34,6
Pas pratique	52,6
Autre	3,9
Ne sait pas	11,5

Le fait que les femmes ne le trouvent pas pratique était la raison la plus évoquée à la non-utilisation du préservatif féminin. Un tiers ne l'utilisait pas, car leur partenaire ou leur client ne l'aimait pas.

Tableau n°33 : Changement de préservatif à chaque rapport.

	Effectifs	%
<i>Si vous utilisez le préservatif féminin, le changez-vous à chaque rapport ?</i>		
Non	2	3,4
Oui	55	93,2
Pas de réponse	2	3,4
Total	59	100,0

Seules deux femmes, qui avaient déjà utilisé le préservatif féminin, ne le changeaient pas à chaque rapport sexuel, deux autres n'avaient pas souhaité répondre à la question.

La grande majorité changeait le préservatif à chaque rapport.

Conclusion

L'accès aux préservatifs semblait être assez bon à Oiapoque, la majorité des travailleuses du sexe interrogées savait où s'en procurer, pouvait s'en procurer rapidement et ne trouvait pas le prix des préservatifs trop élevé. De nombreuses travailleuses du sexe accédaient gratuitement aux préservatifs par le biais des postes de santé principalement.

Les travailleuses du sexe à Oiapoque étaient assez nombreuses à avoir déjà utilisé le préservatif féminin, elles le percevaient à la fois comme un moyen de contraception et à la fois comme un moyen de protection contre le VIH et les IST.

Toutefois il faut souligner qu'il y avait quelques lacunes sur la bonne utilisation des préservatifs masculins. Un nombre conséquent de personnes avait déclaré avoir déjà connu une rupture de préservatif lors d'un rapport sexuel, ne pas utiliser le préservatif dès le début de la pénétration et/ou utiliser deux préservatifs masculins l'un sur l'autre.

CAP VIH TS

Infections sexuellement transmissibles

2011

Les infections sexuellement transmissibles (IST) fragilisent les personnes qui en sont atteintes et les rendent plus vulnérables au VIH. Une bonne connaissance de ces infections et savoir s'en protéger est essentiel pour les travailleuses du sexe.

Analyse descriptive de la connaissance des infections sexuellement transmissibles.

Plusieurs questions explorent ce thème dans le questionnaire, notamment sur la connaissance des symptômes, la fréquence des examens gynécologiques, la survenue de problèmes génitaux au cours des 12 derniers mois, etc...

Tableau n°34 : Infections sexuellement transmissibles et examens gynécologiques.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà entendu parler d'IST ?</i>		
Non	17	9,6
Oui	150	84,3
Pas de réponse	11	6,2
Total	178	100,0
<i>Fréquence des examens gynécologiques</i>		
Jamais	5	2,8
Pas tous les ans	30	16,9
Un examen par an	79	44,4
Plusieurs examens par an	48	27,0
Ne sait pas	3	1,7
Pas de réponse	13	7,3
Total	178	100,0
<i>Avez-vous eu des problèmes génitaux/IST au cours des 12 derniers mois ?</i>		
Non	135	75,8
Oui	28	15,7
Ne sait pas	6	3,4
Pas de réponse	9	5,1
Total	178	100,0

Une large majorité des personnes interrogées avait déjà entendu parler d'IST. Près de 10% n'en avaient jamais entendu parler et 6% n'avaient pas souhaité répondre à la question.

Près de trois quarts des personnes interrogées avaient fait un examen gynécologique une à plusieurs fois par an. Près de 20% n'en avaient jamais fait ou pas tous les ans.

Vingt-huit personnes, soit 16%, avaient connu des problèmes d'IST ou des problèmes génitaux au cours des 12 derniers mois. Près de 5% n'avaient pas souhaité répondre à la question.

Tableau n°35 : Connaissances des symptômes d'IST.

	%
<i>Connaissiez-vous des symptômes d'IST ?</i>	
Douleurs abdominales	12,9
Pertes génitales malodorantes	42,1
Pertes génitales	35,4
Brûlures à la miction	35,4
Plaies génitales	23,0
Boule au niveau de l'aîne	14,6
Envie de se gratter au niveau du sexe	30,3
Plaies à l'anus	9,6
Se sentir faible	9,6
Difficulté pour marcher	5,6
Pas de symptômes	16,3
Autre	0,6
Ne sait pas	12,4
Pas de réponse	21,9

Parmi les symptômes d'IST les plus cités, les pertes génitales malodorantes (42%) arrivaient en tête, venaient ensuite les pertes génitales (35%), les brûlures à la miction (35%) et l'envie de se gratter au niveau du sexe (30%).

Aux personnes qui avaient connu des problèmes génitaux ou une IST au cours des 12 derniers mois (28 personnes), une série de questions a été posée sur la gestion du problème au cours de cet épisode.

Tableau n°36 : Attitude face à une IST.

	Effectifs		
<i>Quand vous avez eu des problèmes d'IST, vous avez ...</i>	Oui	Non	Pas de réponse
Demandé des conseils/médicaments à l'hôpital	6	17	5
Demandé des conseils/médicaments à un médecin en ville	8	11	9
Demandé des conseils/médicaments au pharmacien	8	12	8
Demandé des conseils/médicaments à une association	1	16	10
Demandé des conseils/médicaments au médecin traditionnel	10	9	9
Pris les médicaments que vous aviez chez vous	9	7	12
Informé le partenaire sexuel du problème médical	6	12	10
Arrêté toute relation sexuelle tant que le problème n'était pas résolu	6	12	10
Utilisé des préservatifs tant que le problème n'était pas résolu	15	2	11

Les travailleuses du sexe s'étaient tournées en nombre vers le médecin traditionnel pour obtenir des conseils et des médicaments lorsqu'elles avaient eu un problème d'IST. Près

d'un tiers des personnes avaient pris des médicaments qu'elles avaient chez elles pour régler le problème. Plus d'un tiers des personnes n'avait pas informé le partenaire sexuel du problème médical. Autant avait continué leur sexualité tant que le problème n'était pas résolu. Plus de la moitié avait utilisé des préservatifs tant que le problème n'était pas résolu, toutefois un tiers n'avait pas souhaité répondre à la question.

Conclusion

Les travailleuses du sexe semblaient sensibilisées à la question des IST, beaucoup en avaient déjà entendu parler et de nombreuses personnes faisaient régulièrement un examen gynécologique. Toutefois les connaissances concernant les symptômes semblaient moins évidentes et près de 16% avaient eu un problème génital/IST au cours des 12 derniers mois. Lorsque l'on s'intéresse à la gestion d'un problème d'IST, de nombreuses femmes se rendaient chez le médecin traditionnel, prenaient des médicaments sans avis médical, et n'informaient pas le partenaire du problème. La difficulté d'accès aux soins des populations précaires à Oiapoque pourrait potentiellement être mise en cause dans ce cas là.

CAP VIH TS

Connaissances

2011

Les connaissances vis-à-vis du VIH sont largement influencées par l'environnement social, économique, par l'éducation et par les pairs. Elles impactent automatiquement les comportements des personnes. Pour cette raison, il est extrêmement important de décrire les connaissances vis-à-vis du VIH des travailleuses du sexe. Elles permettent à terme de cibler les messages de prévention en direction de cette population.

Analyse descriptive des connaissances

Une série d'affirmations a été énoncée aux personnes interrogées, elles devaient ensuite dire si elles pensaient que cette proposition était vraie ou fausse.

Tableau n°37 : Connaissances vis-à-vis du VIH.

	%			
	Vrai	Faux	NSP	SR
Une personne séropositive a le SIDA	82,6	12,9	2,3	2,3
Un test sanguin peut vous dire si vous êtes séropositif au VIH	87,6	4,5	1,7	6,2
Un test VIH peut être négatif et devenir positif un mois plus tard	69,7	13,5	18,0	12,4
Une personne peut être infectée par le VIH si elle mange dans l'assiette d'une personne contaminée	11,2	81,5	6,7	0,6
Une personne peut être infectée par le VIH si elle fait une fellation sans préservatif	89,3	8,4	9,0	1,7
On est protégé contre le VIH en utilisant correctement le préservatif à chaque relation sexuelle	89,3	3,9	3,4	3,4
On peut attraper le VIH par une piqûre de moustique	20,8	70,8	7,9	0,6
On peut attraper le VIH en buvant dans le même verre qu'une personne contaminée	11,2	77,0	10,1	1,7
On peut attraper le VIH en serrant la main d'une personne infectée	5,1	85,4	8,4	1,1
On peut attraper le VIH en utilisant une seringue usagée	95,5	2,8	1,1	0,6
Le VIH se transmet par le sang	99,4	0,0	0,0	0,6
Le VIH se transmet par la sueur	7,9	83,2	7,9	1,1
Le VIH se transmet par les larmes	7,9	79,8	10,1	2,3
Le VIH se transmet par la salive	22,5	65,2	10,7	1,7
Le VIH se transmet par l'urine	20,8	67,4	9,6	2,3
Le VIH se transmet par le lait maternel	88,8	2,8	8,4	0,0
Le VIH se transmet par les sécrétions sexuelles	96,6	1,7	0,6	1,1
Le VIH se transmet par le sperme	98,3	1,1	0,0	0,6
Je suis protégé contre le VIH si j'ai un porte-bonheur ou si j'utilise des remèdes traditionnels	1,1	95,5	2,8	0,6
Si je suis séropositif au VIH, en prenant correctement les médicaments contre le VIH prescrit par un médecin, je peux vivre comme tout le monde	78,7	1,7	12,9	6,7

La distinction entre la séropositivité au VIH et le SIDA n'était pas très bien connue des personnes interrogées, ainsi plus des trois quarts des travailleuses du sexe interrogées avaient répondu « vrai » à l'affirmation « pensez-vous qu'une personne séropositive au VIH a le SIDA ». Cela n'était pas le cas du dépistage sanguin où la majorité (88%) savait que l'on peut se faire dépister grâce à un test sanguin. Toutefois plus de 40% des personnes pensaient que l'affirmation « un test pour savoir si l'on est infecté par le VIH peut être négatif et devenir positif un mois plus tard » était fausse, ne savaient pas ou n'avaient pas souhaité répondre.

La majorité des travailleuses du sexe n'était pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle une personne peut être infectée par le VIH si elle mange dans l'assiette d'une personne contaminée (81%). Toutefois, elles étaient près de 18% à être d'accord ou à ne pas savoir. De la même manière, les personnes interrogées n'étaient majoritairement pas d'accord avec l'affirmation qu'une personne peut être infectée par le VIH en buvant dans le même verre qu'une personne infectée (77%). Elles étaient quand même plus de 20% à être d'accord ou à ne pas savoir. Quatre-vingt-neuf pourcents étaient d'accord avec l'affirmation qu'une personne peut être infectée par le VIH si elle fait une fellation sans préservatif, toutefois 17% déclaraient ne pas être d'accord ou ne pas savoir. De la même manière, 85% n'étaient pas d'accord avec l'affirmation que l'on peut attraper le VIH en serrant la main d'une personne infectée, 13,5% ne savaient pas ou n'étaient pas d'accord.

Il était très clair pour la majorité des travailleuses du sexe que l'on peut se protéger du VIH en utilisant correctement un préservatif à chaque relation sexuelle (89%), que l'on n'est pas protégé du VIH en ayant un porte-bonheur ou en utilisant des remèdes traditionnels (95%). Les résultats sont plus mitigés concernant l'affirmation qu'en prenant correctement les médicaments contre le VIH prescrits par un médecin, on peut vivre comme tout le monde si l'on est séropositif. En effet si 79% sont d'accord, plus de 20% ne sont pas d'accord, ne savent pas ou bien n'ont pas souhaité répondre.

Les modes de transmissions n'étaient pas tous clairement identifiés ainsi près de 29% des personnes ne savaient pas ou pensaient que la piqure de moustique est contaminante, 33% ne savaient pas ou pensaient que la salive est contaminante, 30% ne savaient pas ou pensaient que l'urine est contaminante. S'il était très clair pour la grande majorité que le VIH peut se transmettre par le sang (99%), en utilisant une seringue usagée (95%), par le sperme (98%) ou par les sécrétions sexuelles (97%), la sueur, les larmes et le lait maternel ne semblaient pas provoquer une réaction si tranchée, ainsi près de 16% ne savaient pas ou pensaient que le VIH se transmet par la sueur, 18% ne savaient pas ou pensaient que le VIH se transmet par les larmes et 11% ne savaient pas ou ne pensaient pas que le VIH se transmet par le lait maternel.

Un score de connaissances certaines a été calculé, il évaluait sur 20 le nombre de réponses justes aux différentes affirmations. Une bonne réponse valait 1 point, une réponse fausse, « ne sait pas » ou « pas de réponse » valait 0. Au total, un score moyen de 15,90 (SD : 2,97) a été trouvé. Le score minimum était de 6 et le maximum de 20. Le score médian était à 16. Ce niveau de score était assez élevé.

Connaissance des traitements

Les questions abordant les traitements du VIH concernaient surtout la connaissance de leur existence.

Aujourd'hui, les traitements sont de plus en plus performants et améliorent considérablement la vie des personnes atteintes par le VIH. Toutefois, au moment de l'enquête et à ce jour, les traitements ne sont pas disponibles dans la commune d'Oiapoque. Les patients séropositifs doivent se rendre à Macapá, à plus de 8 heures de route d'Oiapoque, pour obtenir leur traitement. Cette contrainte énorme agit fortement sur la connaissance des traitements.

Tableau n°38 : Connaissance sur le SIDA et l'existence d'un traitement.

	Effectifs	%
<i>Peut-on guérir du SIDA ?</i>		
Non	137	77,0
Oui	22	12,4
Ne sait pas	14	7,9
Pas de réponse	5	2,8
Total	178	100,0
<i>Avez-vous déjà entendu parler de traitements qui améliore la santé et diminue la progression du virus ?</i>		
Non	72	40,4
Oui	98	55,1
Ne sait pas	6	3,4
Pas de réponse	2	1,1
Total	178	100,0

Environ 20% des personnes interrogées pensaient qu'il est possible de guérir du SIDA ou bien ne savaient pas s'il est possible d'en guérir.

Près de 40% des personnes n'avaient pas entendu parler de l'existence de traitements qui améliorent la santé et diminuent la progression du virus.

Connaissance de la transmission mère-enfant

La transmission mère enfant a également été abordée dans le questionnaire au travers de la question sur l'allaitement comme mode de transmission, mais également par d'autres questions sur les moyens de prévenir la transmission du virus au bébé pour une maman séropositive.

Tableau n°39 : La transmission mère enfant.

	Effectifs	%
<i>Est-ce qu'une femme enceinte séropositive au VIH peut faire quelque chose pour empêcher la transmission du virus au bébé ?</i>		
Non	34	19,1
Oui	61	34,3
Ne sait pas	78	43,8
Pas de réponse	5	2,8
Total	178	100,0

	%
<i>Qu'est-ce que peut faire une femme enceinte séropositive au VIH pour réduire les risques de transmission à son enfant avant et après l'accouchement ?</i>	
Prendre des médicaments pendant la grossesse	13,1
Prendre des médicaments pendant l'accouchement	93,4
Suivre les conseils du médecin	0,0
Eviter l'allaitement maternel	44,3
Autre	1,6
Ne sait pas	0,0
Pas de réponse	0,0

Près de 45% des personnes interrogées ne savaient pas s'il est possible, pour une femme séropositive, de faire quelque chose pour empêcher la transmission du virus à son bébé. Elles étaient près de 20% à penser que l'on ne peut rien faire. Parmi les travailleuses du sexe ayant répondu qu'il était possible pour une maman de faire quelque chose pour empêcher la transmission du virus à son bébé, la majorité avait répondu en prenant des médicaments pendant l'accouchement (93%) ou dans une moindre mesure en évitant l'allaitement maternel (44%).

Conclusion

Globalement les connaissances des travailleuses du sexe en matière de VIH étaient relativement bonnes. Le score moyen de connaissances certaines était élevé.

Les principales lacunes identifiées concernaient principalement les modes de transmission, dont la transmission verticale, et les traitements.

Au niveau des pratiques, les connaissances étaient bonnes dans l'ensemble, à l'exception de la fellation sans préservatif qui semblait ne pas être toujours très clairement identifiée comme une pratique à risque par les personnes interrogées.

CAP VIH TS

Dépistage

2011

L'ignorance du statut sérologique est considérée comme un facteur de risque important de transmission du VIH. Or, à Oiapoque, le dépistage n'est disponible dans la commune que depuis fin 2010. La connaissance des circonstances et les motivations qui amènent une personne à faire un test semblent importantes à connaître afin d'améliorer le recours au dépistage de la population.

Tableau n°40 : Connaissance des CDAG.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà entendu parler de la possibilité de faire un test de dépistage du VIH à Oiapoque ?</i>		
Non	47	26,4
Oui	125	70,2
Ne sait pas	6	3,4
Pas de réponse	0	0,0
Total	178	100,0

Une majorité de personnes avait déjà entendu parler de la possibilité de faire un test de dépistage du VIH à Oiapoque, mais près d'un tiers des personnes ne connaissaient pas ces lieux de dépistage ou ne savaient pas. La disponibilité récente du dépistage dans la commune se ressent à travers ces résultats. Les personnes n'étaient pas encore bien informées. Le turn-over important des travailleuses du sexe pouvait également expliquer cette méconnaissance, beaucoup ne vivaient pas à Oiapoque à l'année et étaient de passage dans la ville, sans connaître l'offre de dépistage.

Tableau n°41 : Historique des dépistages du VIH.

	Effectifs	%
<i>Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ?</i>		
Non	65	36,5
Oui	104	58,4
Ne sait pas	7	3,9
Pas de réponse	2	1,1
Total	178	100,0
<i>S'agissait-il d'une démarche de votre propre initiative ou vous a-t-on</i>		
Propre initiative	77	74,0
Proposer par quelqu'un d'autre	26	25,0
Pas de réponse	1	1,0
Total	104	100,0
<i>Êtes-vous allé chercher votre résultat ?</i>		
Non	4	3,8
Oui	99	95,2
Pas de réponse	1	1,0
Total	104	100,0
<i>Combien de tests de dépistage avez-vous déjà fait ?</i>		
Un	73	70,2
Deux	24	23,1
Trois ou plus	6	5,8
Pas de réponse	1	1,0
Total	104	100,0
<i>Quand était la dernière fois que vous avez fait un test de dépistage ?</i>		
Entre 0 et 2 mois	1	1,0
Entre 3 et 5 mois	15	14,4
Entre 6 et 11 mois	55	52,9
12 mois ou plus	28	26,9
Ne sait pas	2	1,9
Pas de réponse	3	2,9
Total	104	100,0

A peine plus de la moitié des personnes interrogées avaient déjà fait un test de dépistage du VIH. Comparativement dans la population générale brésilienne âgée de 15 à 64 ans et sexuellement active en 2008, 45,6% des femmes avaient déjà fait au moins un test de dépistage au cours de leur vie, 43,5% chez les femmes de la région Nord du Brésil [6].

Pour près des trois quarts des travailleuses du sexe interrogées, il s'agissait d'une démarche de leur propre initiative. Plus de 9 personnes sur 10 étaient allées chercher leur résultat. La majorité des personnes déjà dépistées n'avaient fait qu'un seul test de dépistage au cours de leur vie, seules 6% en avaient fait trois ou plus.

Pour les trois quarts des personnes, le dernier test effectué remontait à plus de 6 mois, dont un quart à plus d'un an. Soixante-douze pourcents d'entre elles avaient fait un test afin de « savoir où elles en étaient », très peu avaient fait le test suite à une prise de risque.

Tableau n°42 : Révélation d'un résultat positif.

	Effectifs	%
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à votre conjoint ?</i>		
Non	12	11,5
Oui	42	40,4
Ne sait pas	8	7,7
Pas de réponse	42	40,4
Total	104	100,0
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à vos clients ?</i>		
Non	25	24,0
Oui	8	7,7
Ne sait pas	2	1,9
Pas de réponse	69	66,3
Total	104	100,0
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à vos amis ?</i>		
Non	26	25,0
Oui	7	6,7
Ne sait pas	1	1,0
Pas de réponse	70	67,3
Total	104	100,0
<i>Si votre test était positif, pensez-vous qu'il faille le dire à votre famille ?</i>		
Non	8	7,7
Oui	60	57,7
Ne sait pas	1	1,0
Pas de réponse	35	33,7
Total	104	100,0

Ici, le nombre de non-réponse est intéressant. Près de 40% n'avaient pas souhaité dévoiler leur intention de parler d'un résultat positif avec leur conjoint, 66% avec leurs clients, 67% avec leurs amis et un tiers avec leur famille. La famille semblait être la cellule confidente, avec plus de la moitié des personnes pensant qu'il faille révéler le diagnostic, vient ensuite le conjoint avec 40%.

Conclusion

Avec seulement un peu plus de la moitié des travailleuses du sexe dépistées, testées une seule fois dans leur vie et il y avait plus d'un an, il semble que le dépistage auprès des

travailleuses du sexe à Oiapoque pouvait largement être amélioré. L'offre de dépistage était assez récente au moment de l'enquête et se développe encore actuellement.

CAP VIH TS

Perception du risque

2011

La perception du risque qu'ont les travailleuses du sexe d'avoir le VIH est un élément important à prendre en compte dans les actions de prévention. De plus, cette perception est susceptible d'influencer les comportements sexuels.

Analyse descriptive de la perception du risque.

Plusieurs questions portant sur le ressenti et les comportements des travailleuses du sexe abordent cette thématique de la perception du risque. Une autoévaluation de son propre risque d'être contaminé par le VIH a été demandée aux travailleuses du sexe interrogées.

Tableau n°43 : Perception du risque d'être contaminé par le VIH.

	Effectifs	%
<i>A quel degré pensez-vous avoir un risque d'être infecté par le VIH ?</i>		
Pas ou peu de risque	27	15,2
Risque élevé	25	14,0
Ne sait pas	79	44,4
Pas de réponse	47	26,4
Total	178	100,0
<i>Pourquoi pensez-vous n'avoir pas ou peu de risque d'avoir le VIH ?</i>		
J'utilise toujours des préservatifs		77,8
J'ai confiance en mes partenaires/clients		18,5
Je n'ai jamais eu d'injection avec une aiguille non stérile		29,6
Je n'ai pas de contact avec les personnes VIH positives		7,4
Je suis immunisé contre le VIH		0,0
Autre		3,7
Ne sait pas		7,4
Pas de réponse		3,7
<i>Pourquoi pensez-vous avoir un risque élevé d'avoir le VIH ?</i>		
A eu des relations sexuelles avec une personne VIH positive		0,0
A eu des relations sexuelles sans préservatif		48,0
A eu des relations sexuelles avec de nombreuses personnes		52,0
Le préservatif a cassé/s'est déchiré		28,0
Je peux être maudit		0,0
J'ai utilisé une seringue usagée		0,0
Autre		4,0
Ne sait pas		4,0
Pas de réponse		0,0

Les travailleuses du sexe étaient 14% à penser avoir un risque élevé d'être contaminées par le VIH principalement parce qu'elles avaient eu des relations sexuelles avec de nombreuses personnes et parce qu'elles avaient eu des rapports sans préservatif.

Quinze pourcents des personnes interrogées s'estimaient peu ou pas à risque, car dans 78% des cas elles utilisaient toujours le préservatif.

Les nombres de personnes ne sachant pas estimer leur propre risque face au VIH (44%) et ne souhaitant pas répondre (26%) étaient particulièrement élevés.

Tableau n°44 : Réactions face aux risques sexuels.

	%
<i>Que risquez-vous si le préservatif se déchire lors d'un rapport sexuel ou lors d'un rapport sexuel non protégé ?</i>	
D'être enceinte	89,3
D'être infecté par le VIH ou par une autre IST	91,0
Je ne risque rien si c'est la première fois	1,1
Je ne risque rien	0,0
Ne sait pas	1,7
Pas de réponse	1,7
<i>Que faites-vous si vous avez peur d'être enceinte suite à un rapport non protégé ou suite à un rapport où le préservatif s'est déchiré ?</i>	
Prend la pilule du lendemain	62,9
Va faire un test de grossesse	42,7
Va voir un médecin/gynécologue/hôpital	53,9
Autre	1,1
Ne fais rien	0,6
Pas de réponse	8,4
<i>Vous avez peur d'être contaminé par le VIH suite à un rapport où le préservatif s'est déchiré ou à un rapport non protégé, que faites-vous ?</i>	
Prend un traitement d'urgence	46,6
Fais un test de dépistage du VIH	13,5
Demande au conjoint/client de faire un test	45,5
Va voir le médecin/hôpital	1,1
Attend d'être malade	3,4
Ne fais rien	29,2
Autre	0,0
Ne sait pas	1,1
Pas de réponse	5,6

Plus de 9 personnes sur 10 avaient déclaré qu'il existait un risque d'être contaminé par le VIH ou une autre IST lors d'un rapport sexuel non protégé ou lors d'une rupture du préservatif. Presque autant avaient déclaré qu'il y avait également un risque de grossesse.

Face à la situation hypothétique où la personne craignait d'être enceinte suite à un rapport sexuel à risque, deux tiers prendraient la pilule du lendemain, la moitié seraient allées voir un médecin, un gynécologue ou se rendraient à l'hôpital. Dans une autre situation hypothétique où la personne craignait d'être contaminée par le VIH suite à un rapport à risque, 46% iraient à Macapá prendre un traitement d'urgence, 45% demanderaient au conjoint/client de faire un test. Seule 1% seraient allées voir un médecin ou seraient allées à l'hôpital à Oiapoque.

Il semble qu'il y ait un décalage entre la gestion d'une potentielle grossesse et la gestion d'une potentielle contamination. Les travailleuses du sexe étaient assez bien informées des possibilités d'actions (traitement d'urgence, pilule du lendemain). Toutefois si dans un cas, les personnes étaient prêtes à aller voir le médecin localement, dans l'autre elles ne l'étaient plus.

Conclusion

Les travailleuses du sexe à Oiapoque étaient très nombreuses à ne pas estimer leur propre risque d'avoir le VIH. Si elles semblaient informées des conduites à tenir en cas de contamination par le VIH, l'offre de soins à Oiapoque n'était pas suffisante à l'époque de l'enquête pour leur proposer une prise en charge localement. Elles devaient se rendre à Macapá pour obtenir un traitement d'urgence. La piste reliant Macapá à Oiapoque peut en saison de pluie devenir très difficilement praticable et le temps de trajet peut s'en trouver fortement allongé, jusqu'à 24 heures pour un simple aller.

CAP VIH TS

Stigmatisation

2011

La stigmatisation est un frein important à la lutte contre le VIH. Elle entraîne tout un lot de discriminations représentant autant d'entraves à la prévention qu'à la prise en charge des personnes. Il est donc important de pouvoir cibler, afin de les combattre au mieux, les différentes formes de stigmatisations qui peuvent exister.

Les travailleuses du sexe sont particulièrement exposées à la stigmatisation et à la discrimination. En effet, les personnes qui vivent de cette activité sont souvent marginalisées du fait de leur comportement sexuel qui ne correspond pas à ce qui est socialement admis [17].

Le questionnaire aborde le thème à partir de quelques questions. Loin d'être complet sur cette thématique, il donne un aperçu de comment les personnes séropositives sont perçues par les personnes interrogées.

Tableau n° 45 : Opinions générales et attitudes personnelles à l'encontre des personnes séropositives.

	Effectifs	%
<i>Est-ce que vous pensez que les personnes infectées par le VIH devraient être isolées du reste de la société ?</i>		
Non	145	81,5
Oui	15	8,4
Ne sait pas	16	9,0
Pas de réponse	2	1,1
Total	178	100,0
<i>Si un proche devient malade du SIDA, accepteriez-vous de vous en occuper ?</i>		
Non	30	16,9
Oui	72	40,4
Ne sait pas	63	35,4
Pas de réponse	13	7,3
Total	178	100,0
<i>Si un membre de votre famille est atteint par le VIH, voudriez-vous que cela reste secret ?</i>		
Non	9	5,1
Oui	154	86,5
Ne sait pas	15	8,4
Pas de réponse	0	0,0
Total	178	100,0

La grande majorité des répondantes (81%) ne souhaitait pas que les personnes infectées par le VIH soient isolées du reste de la société. Près de 8% le souhaitaient, 9% ne savaient pas. Près de 40% des personnes interrogées étaient prêtes à s'occuper d'un de leur proche malade du SIDA, ce n'était pas le cas pour 16% d'entre elles, 35% ne savaient pas.

Si un membre de leur famille était atteint par le VIH, la grande majorité (86%) des travailleuses du sexe souhaitait que cela reste secret, seules 5% ne le souhaitaient pas. En 2008, au Brésil parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, 69,2% étaient d'accord avec le fait que si une personne d'une famille était infectée par le virus, sa famille ne devait pas garder cela secret, cette proportion était de 66,1% pour les habitants du Nord du Brésil [6].

Tableau n°46 : Détection du VIH par des signes extérieurs.

	Effectifs	%
<i>Est-ce possible de voir si quelqu'un est séropositif au VIH par des signes extérieurs ?</i>		
Non	123	69,1
Oui	11	6,2
Ne sait pas	43	24,2
Pas de réponse	1	0,6
Total	178	100,0

Plus des deux tiers des répondantes ne pensaient pas qu'il soit possible de voir si une personne était infectée par le VIH par des signes extérieurs, près d'un quart ne savait pas et 6% avaient répondu que cela était possible. Parmi ces dernières, les signes les plus souvent évoqués étaient l'extrême maigreur ou une grande fatigue (91%) et la présence de taches sur la peau (27%).

Tableau n°47 : Maternité chez une femme séropositive.

	Effectifs	%
<i>Que pensez-vous d'une femme séropositive qui souhaite avoir un enfant ?</i>		
C'est une bonne chose	28	15,7
Ce n'est pas bien	61	34,3
Ne sait pas	81	45,5
Pas de réponse	8	4,5
Total	178	100,0

Près d'un tiers des personnes interrogées pensait qu'une femme séropositive qui souhaite avoir un enfant n'était « pas bien ». Près de la moitié (45%) ne savait pas si ce n'était pas bien ou si c'était une bonne chose.

Tableau n°48 : Personnes bien placées pour aider les personnes séropositives.

	%
<i>Quels sont les groupes de personnes les mieux placés pour aider les personnes atteintes du VIH/SIDA ?</i>	
Membres de la famille	43,3
Associations	19,1
Voisins	3,4
Groupes religieux	16,9
Organisations communautaires	11,2
Soignants/médecins/hôpitaux	88,2
Autre	0,6
Ne sait pas	1,7
Pas de réponse	0,0

Les travailleuses du sexe avaient cité les soignants, les médecins et les hôpitaux comme personnes les mieux placées pour aider les personnes atteintes du VIH/SIDA (88%). La famille (43%) et les associations (19%) étaient les deux autres groupes de personnes les plus souvent cités comme susceptibles d'aider les personnes séropositives au VIH.

Quarante-quatre pourcents des travailleuses du sexe n'avaient pas de discussion autour du VIH/SIDA avec leurs proches.

Conclusion

Si les opinions stigmatisantes n'apparaissaient pas clairement dans les réponses données par les personnes interrogées, elles semblaient malgré tout se dessiner en filigrane, notamment à travers un nombre important de réponses « ne sait pas ».

La question était difficile à aborder. Les origines de la stigmatisation ne se trouvent pas dans l'individualité des personnes, mais il s'agit plus d'un produit social dont les causes sont souvent inhérentes à la structure sociétale [18]. Ce virus, assez singulier de par ses différents modes de transmission, peut aisément être instrumentalisé au profit de l'ordre moral, religieux économique et/ou culturel [19]. Il est donc primordial, afin de lutter efficacement contre la stigmatisation, de connaître la société et les milieux dans lesquels les préjugés et idées reçues trouvent leurs racines afin de mieux les combattre. La stigmatisation conduisant à la discrimination, il est nécessaire de travailler sur la première afin de prévenir la survenue de la seconde.

CAP VIH TS

Intervention de prévention

2011

Afin de pouvoir cibler au mieux d'éventuelles campagnes de prévention pour les travailleuses du sexe à Oiapoque, une série de questions sur les habitudes de vie des personnes a été posée.

Moins de 20% des personnes (34/178) avaient déjà participé à un atelier sur le VIH/SIDA.

Tableau n°49 : Informations sur le VIH.

	%
<i>Où avez-vous déjà lu, entendu ou vu des informations sur le VIH/SIDA ?</i>	
N'a jamais eu d'informations sur le VIH/SIDA	36,0
Journaux	93,8
Télévision	69,7
Radio	27,5
Affiches dans le rue ou dans des structures	25,8
Associations	14,6
Internet	0,0
Pas de réponse	0,6

De nombreuses personnes avaient déjà lu des informations sur le VIH/SIDA dans les journaux, près des deux tiers en avaient déjà vu à la télévision. Un peu plus d'un tiers des répondants avaient déclaré ne jamais avoir eu d'informations sur le VIH/SIDA.

Tableau n°50 : Fréquence d'écoute et de visionnage de médias.

<i>A quelle fréquence ...</i>	Effectifs	%
<i>écoutez-vous la radio ?</i>		
Jamais	2	1,1
Plusieurs fois par mois	78	43,8
Tous les jours	97	54,5
Ne sait pas	1	0,6
Pas de réponse	0	0,0
Total	178	100,0
<i>regardez-vous la télévision ?</i>		
Jamais	1	0,6
Plusieurs fois par mois	54	30,3
Tous les jours	121	68,0
Ne sait pas	2	1,1
Pas de réponse	0	0,0
Total	178	100,0

La télévision était le média le plus regardé par les travailleuses du sexe (plus des deux tiers la visionnaient tous les jours). Plus de la moitié des répondantes écoutaient également la radio tous les jours.

Les chaînes de télévision les plus regardées étaient la Globo (99,4%) et la SBT (71,4%).

Les stations de radio les plus écoutées étaient Radio Fronteira (92%) et la FIM (86,3%).

Tableau n°51 : Disponibilité pour écouter une émission sur le VIH/SIDA.

	Effectifs	%
<i>A quel moment êtes-vous le plus disponible pour</i>		
Le matin	13	7,3
Le midi	5	2,8
L'après-midi	41	23,0
Le soir	25	14,0
La nuit	13	7,3
Ne sait pas	53	29,8
Pas de réponse	28	15,7
Total	178	100,0

L'après-midi semblait être le moment le plus souvent cité comme moment disponible pour suivre une émission sur le VIH/SIDA. Les personnes étaient toutefois nombreuses à avoir répondu ne pas savoir ou à n'avoir pas répondu à la question, près de 45% au total.

Conclusion

Pour atteindre les travailleuses du sexe à Oiapoque, la télévision semblait être le média le plus suivi.

Le Brésil utilise de plus en plus différents canaux pour diffuser des messages de prévention, et notamment la télévision par l'intermédiaire des telenovelas, ces séries télévisées très populaires [20].

Un retour sur le questionnaire était demandé à la fin de chaque entretien. Pour un peu plus du tiers des personnes interrogées (36,5%) le questionnaire était intéressant et pour un quart d'entre elles (24,2%), le questionnaire était utile. Près de la moitié des personnes (47,2%) l'avait trouvé trop long. Personne ne l'avait trouvé inutile, mais 5 personnes n'en avaient pas compris l'utilité. Dans l'ensemble l'enquête a été bien accueillie et a permis des échanges et des discussions avec les enquêtrices autour de la sexualité, du VIH et des IST.

CAP VIH TS

Références

2011

- 1- Bourdier F. (2005). L'avancée du Sida dans les zones frontalières guyano-brésiliennes. *Hommes et Migrations*, 1256: 116-129.

- 2- Serges D. (2012). Insertion économiques des migrantes brésiliennes en Guyane française. Thèse de Doctorat. Université Sorbonne Nouvelle, Paris III. 401 pages.

- 3- Serges D. (2013). Stratégies matrimoniales entre migrantes brésiliennes et envoyés métropolitains, où les effets du postcolonialisme sur les rapports de domination en Guyane. *REVUE Asylon(s)*, N°11, mai, Quel colonialisme dans la France d'outre-mer ?
url de référence: <http://www.reseau-terra.eu/article1281.html>

- 4- Fonseca MG, Bastos FI. (2007). Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings 1980-2005. *Cad Saude Publica*, 23 Suppl 3:S333-S344.

- 5- Kendall C. et al. (2008). An empirical comparison of Respondent-Driven Sampling, Time-Location Sampling and Snowball Sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behaviors*, 12 : S97-S104.

- 6- Pascom ARP, Arruda M, Simão MBG. (2011). Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos 2008. Brasília: MS/Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.

- 7- Guillaume A, Lerner S. (2007). L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbes. *La Chronique*, n°55, Décembre, Centre Population et Développement (CePeD).

- 8- Article de Laurent Marot, Le Monde.fr du 13/10/2009, consulté le 02/12/2014 : http://www.lemonde.fr/planete/article/2009/10/13/oiapoque-base-arriere-de-l-orpaillage-illegal-en-guyane_1253300_3244.html
- 9- Guillemaut F, Schutz Samson M. (2011). Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/Sida. Rapport d'étude pour le Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé.
- 10- De la Torre A, Havenner A, Adams K, Ng J. (2010). Premium sex: factors influencing the negotiated price of unprotected sex by female sex workers in Mexico. *Journal of Applied Economics*, Vol XIII, n°1, May, 67-90.
- 11- Heravian A, et al. (2012). Alcohol consumption patterns and sexual risk behaviour among female sex workers in two South Indian communities. *International Journal of Drug Policy*.
- 12- Harijaona V, Ramambason JD, Morisset R, Rasamindrakotroka A, Ravaoarinoro M. (2009). Prévalence et facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles chez des travailleuses du sexe clandestines. *Médecine et maladies infectieuses*, 39, 909-913.
- 13- Pettifor AE, Van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. (2004). Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, 18: 1435-1442.
- 14- El-Bassel N, Witte SS, Wada T, Gilbert L, Wallace J. (2001). Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS Patients Care and STDs*, vol 15, 1: 41-51.

- 15- Panchanadeswaran S, Johnson SC, Sivaram S, Srikrishnan AK, Latkin C, Bentley ME, Solomon S, Go VF, Celentano D. (2008). Intimate partner violence is as important as client violence in increasing street-based female sex workers' vulnerability to HIV in India. *International Journal of Drug Policy*, 19: 106-112.
- 16- Halfen S, Grémy I, Fénies K, Ung B. (2006). *Les connaissances, attitudes croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. ORS Île-de-France/ANRS.
- 17- ONUSIDA (2003). Commerce du sexe et VIH/SIDA. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).
- 18- Aggleton P, Parker R, Maluwa M. (2003). Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank, Technical papers series.
- 19- Bombereau G. (2005). Représentations sociales du VIH/SIDA en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique, la peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises. Thèse de doctorat. Université de Laval, Québec ; Université René Descartes, Paris 5. 396 pages.
- 20- Andaló P. (2003). Love, tears, betrayal ... and health messages. *Perspectives in Health Magazine*, 8: 8-13.

Résumé :

L'épidémie de VIH en Guyane est souvent présentée comme généralisée. Cependant, certains groupes semblent plus particulièrement touchés. Parmi ces groupes vulnérables, les travailleuses du sexe tiennent une place particulière compte tenu de la fréquence des rapports transactionnels dans la région. Ces échanges économico-sexuels dépassent les frontières puisque de nombreux clients venant de Guyane rencontrent des travailleuses du sexe à Oiapoque, ville brésilienne frontalière. Malgré l'importance potentielle de la prostitution dans la dynamique de l'épidémie VIH, peu de données existent sur le sujet dans la région.

L'objectif principal de cette étude était de répondre à ce manque de données et de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque afin de pouvoir ajuster au mieux les actions de prévention.

Les résultats des enquêtes menées en Guyane et à Oiapoque en 2010 et 2011 ont mis en lumière un certain nombre de faits favorisant la progression de l'épidémie au sein des travailleuses du sexe, mais également favorisant la diffusion de l'épidémie en population générale. Ainsi l'utilisation du préservatif n'était pas toujours adéquate et bien qu'elle était constante avec les clients, elle l'était beaucoup moins avec les partenaires intimes, dans un contexte de multipartenariat fréquent. Le taux de dépistage à Oiapoque était particulièrement faible également. Au-delà de l'aspect individuel, le cadre structurel impactait clairement la vulnérabilité des travailleuses du sexe. Ainsi, la non-disponibilité des traitements à Oiapoque, la précarité dans laquelle se trouvent les personnes et le cadre législatif des deux pays représentent des obstacles majeurs à la prise en charge des travailleuses du sexe.

Différents niveaux de lecture sont nécessaires pour essayer de percevoir la complexité des comportements face au risque de transmission du VIH parmi les travailleuses du sexe. C'est à chacun de ces niveaux qu'il faut envisager la prévention, et non plus au seul niveau individuel, pour qu'elle puisse être efficace. Cette prévention doit, elle-même, être envisagée plus globalement pour apporter une réponse efficace à l'épidémie de VIH en combinant des éléments de prévention comportementale, biomédicale et structurelle.

Mots-clés : VIH ; travailleuses du sexe ; Connaissances, attitudes et pratiques ; Guyane ; Oiapoque (Brésil) ;