

## PHARMACIEN ET ACTIVISTE À CAYENNE EN 2007 : FACE AU VIH/SIDA ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS, UN REGARD SUR LES FEMMES

Chiron S

avec la participation de Trevor Lamazon et Elinda Ladeo, d'Entr'Aides Guyane

• Act-Up Toulouse, 10 bis Rue du Colonel Driant, 31400, Toulouse.

*Med Trop* 2008 ; 68 : 471-477

**RÉSUMÉ** • Pharmacien engagé contre le VIH, l'auteur a mené un travail de terrain, à la fois comme professionnel de santé dans une pharmacie en Guyane, comme formateur au sein d'ONG et comme activiste en squats ou dans la rue, en partenariat avec des intervenants en prévention. L'objectif des actions a été de chercher à améliorer l'accès à la prévention, l'accès au système de soins des personnes précaires, en particulier les femmes, et notamment pour la santé reproductive, dont le VIH/sida. Les différentes activités menées ont servi de postes d'observations méthodologiques. Les résultats issus de ces observations ont permis de concevoir et de mettre en application des stratégies d'information, de prévention, et de réduction de risques auprès des populations infectées les plus marginalisées dans l'accès aux soins. De ces observations et activités sur le terrain, l'auteur conclue que pour sortir la Guyane de cette crise épidémique, il faut adapter à sa situation, radicalement différente de la métropole, non seulement le niveau des ressources financières et humaines mais surtout des idées innovantes. L'auteur a tout particulièrement utilisé au maximum les liens du réseau Ville-Hôpital mettant en scène l'ensemble des différents acteurs intervenant autour des malades. Le souci permanent a été de rappeler au milieu des soignants l'importance majeure de la communication avec le monde associatif, seul système vraiment présent au contact direct avec le quotidien des patients.

**MOTS-CLÉS** • Guyane - Pharmacien-activiste - VIH - Femmes - Précarité.

**EXPERIENCE OF A PHARMACIST/ACTIVIST IN CAYENNE IN 2007: FIGHTING HIV/AIDS THROUGH PREVENTION AND CARE. A LOOK AT WOMEN**

**ABSTRACT** • The author relates her experience as a pharmacist/activist involved in the fight against HIV. She has worked as a health care professional in French Guiana, as an instructor for NGO, and as an activist working with squatters and street people in cooperation with prevention teams. The goal of her action has been to enhance prevention and to enhance social services for the poor and precarious people in particular for women with regard to reproductive health including HIV/AIDS. A record of these activities was kept as a basis for future planning. The data obtained was used to design and implement information, prevention, and risk control measures to assist infected groups with the least access to health care. Based on her experience in the field, the author concludes that effective management of the epidemic crisis in French Guiana will require a radically different strategy from that used in mainland France not only with regard to financial and human resources but also, and above all, to innovative ideas. The author stresses the need to make maximum use of link (network) the city and hospital services taking full advantage of all players involved in patient management and always ensuring that care providers understand the importance of maintaining contact with associations that provide the only direct link with patients in their everyday lives.

**KEY WORDS** • French Guiana - Pharmacist/activist - HIV - Women - Precariousness.

De janvier à juin 2007 à Cayenne, pharmacien dans une officine, formateur et activiste au sein d'ONG, j'ai été confrontée aux difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour le VIH/sida des populations vivant de façon précaire en Guyane, en situation régulière ou non. Cet article fait partager cette expérience et souligne dans le regard des femmes, plus particulièrement vulnérables, tous les aspects pouvant limiter l'accès au système de soins, à la santé reproductive, à la prévention et la prise en charge face au VIH/sida.

### Cadre de l'étude

La Guyane, département français d'outre-mer (DOM) de 83 534 km<sup>2</sup>, situé en zone équatoriale, a pour particularité des frontières aquatiques : au nord l'océan Atlantique la borde sur 320 km environ, à l'ouest le fleuve Maroni la sépare du Surinam sur 520 km, au sud et à l'est, le fleuve Oyapock la sépare du Brésil sur 580 km. Quatre vingt seize pour cent du sol est recouvert par la forêt. En juillet 2006, la population était estimée à 200 000 habitants, 85 % vivant en zone urbaine. L'accroissement de la population guyanaise atteint 5 % par an, pour moitié d'origine migratoire. Cette population est une mosaïque d'une qua-



Carte de Guyane

• Courriel : sylviechiron@hotmail.com

rainante de nationalités et 50% a moins de 25 ans. L'indice de fécondité est de 2,98. Le taux de chômage, est de 26,5% et touche 30,8% des femmes. Près de 4 habitants sur 10 (38%) bénéficient de la CMU (Couverture Maladie Universelle) contre 8% dans l'hexagone; 8% sont couverts par l'AME (Aide Médicale d'Etat).

En 2005, le Ministère de l'intérieur estimait à 42584 le nombre de personnes en situation irrégulière mais ce chiffre semble plus élevé. Ce DOM représente un « eldorado Schengen » pour de nombreuses populations (accès au travail, aux soins, à la scolarité, aux droits sociaux). C'est la seule présence européenne sur ce continent.

Aux nombreux sites d'orpaillages clandestins et exploités par des Brésiliens, « s'associent » des femmes parfois fort jeunes. Elles échangent des services sexuels contre pépites ou dollars. On retrouve cette pratique du « sexe commercial » sur les zones frontalières et dans les villes. Ces flux migratoires sont ressentis comme menaçants par les créoles guyanais. En Guyane, les ethnies sont plus juxtaposées que mélangées (Fig. 1). Le parcours de régularisation se caractérise souvent par un véritable dédale administratif qui entrave l'accès des personnes malades étrangères aux soins et peut majorer les risques épidémiques.

De janvier à juin 2007, l'exercice au sein d'une pharmacie de Cayenne a constitué un observatoire privilégié pour appré-

hender les difficultés d'accès à la prévention et aux soins pour la santé reproductive et le VIH/sida, en particulier pour les femmes en situation de précarité. Ce travail s'est prolongé en intervenant en milieu associatif comme formateur et acteur de prévention en squat et dans la rue au sein des antennes de Médecins du Monde Cayenne et de Entr'Aides Guyane.

### Une officine au cœur des populations

L'officine se situe dans un quartier très populaire, à proximité de l'hôpital. Le personnel y est exclusivement féminin: 3 pharmaciens et 3 préparateurs. Tout le personnel parle français et créole, sauf le pharmacien métropolitain, qui assure cependant la traduction en anglais, espagnol ou portugais; beaucoup de patients ne parlent ni ne lisent le français.

La clientèle est à majorité haïtienne, noir-marron et brésilienne (pour plus de 50%). Les autres ethnies sont guyanienne, surinamienne, des pays andins, chinoise, hmong et métropolitaine. La majorité des patients sont des femmes ou des enfants envoyés par leurs familles. En moyenne, 300 personnes fréquentent l'officine chaque jour. Cette pharmacie accepte tous les patients à AME ou CMU (plus de 50% des usagers). Durant les 6 mois d'exercice, il n'est pas noté de refus de médecin à la consultation pour le motif de couverture par

l'AME. De nombreuses ordonnances sont prescrites par les urgences de l'hôpital, bien qu'il s'agisse de pathologies bénignes. La pauvreté du quartier fait que la majorité de l'activité officinale est constituée par la délivrance de médicaments, la vente de parapharmacie étant anecdotique.

### Un exercice officinal adapté

Beaucoup d'étrangers ne comprennent pas la complexité du système administratif. Ils font renouveler leurs droits de couverture médicale une fois ceux-ci expirés, ou ne signalent pas un changement de situation. Le pharmacien devient alors le premier interlocuteur pour une régularisation; il consacre beaucoup de temps à contacter la Sécurité Sociale, à réorienter les personnes. On observe un « trafic » d'attestations de la sécurité sociale. La « polygamie séquentielle » est en effet fréquente, entre hommes en situations régulières et femmes en grande précarité. Les femmes accèdent ainsi au droit à la santé par le biais du concubinage. Mais en Guyane, où de très nombreuses femmes jeunes sont sans travail et sans papiers, la liaison de concubinage est rapidement labile. L'homme « concubin » avec la suivante, la première femme reçoit une nouvelle attestation indiquant selon sa situation l'ouverture ou non de droits. Mais s'ils sont clôturés, elle continue de présenter l'ancienne attestation, ce qui implique pour le pharmacien un non paiement des prestations.

Les patients sortent souvent de la consultation sans réellement saisir l'information donnée. Ils arrivent parfois avec une prescription datant de plusieurs jours pour de la kinésithérapie respiratoire pédiatrique! Le personnel médical est insuffisamment polyglotte. Le dispositif de médiateur-interprète de l'hôpital a du mal à trouver du personnel parlant les dialectes. Il a été nécessaire de former le personnel à interroger les patients pour s'assurer qu'ils ont bien compris les informations transmises lors de la consultation. Nous traduisons à l'oral, et nous retranscrivons sur l'ordonnance le traitement dans la langue natale, mais l'analphabétisme est considérable en particulier chez les Haïtiens. Nous avons alors mis en place un système de pictogrammes indiquant le rythme des prises médicamenteuses, à l'aide d'un soleil levant, au zénith, descendant, couchant et d'une lune! Suivant le niveau de compréhension du patient, nous disposons sous les dessins des chiffres ou des bâtonnets correspondant au



Figure 1. Sur le marché de Cayenne, une mosaïque de populations.

nombre d'unités de prises. Très souvent, les familles envoient un enfant scolarisé seul à l'officine ; il est parfois très jeune (5-6ans) et sert couramment de lien. Il faut alors une adaptation du langage afin de rendre compréhensibles les messages dispensés. L'adulte est joint par téléphone, pour solliciter sa venue, mais en général ne vient pas. Cela complique l'exercice du pharmacien, de la délivrance des médicaments à l'éducation thérapeutique et l'observance. Ce rôle de conseil n'est pas suffisamment perçu par les adultes.

### De nombreuses barrières

Le repérage des croyances et pratiques traditionnelles n'est pas aisé. Les clients se confient peu.

La purge au séné (*Senna Alexandrina*) tient une place importante dans la pratique traditionnelle. En fin d'année et lors du carnaval (Carême), elle est assimilée à une purification. Nous devons expliquer qu'elle peut diminuer l'effet des médicaments, en particulier des antirétroviraux (ARV) et qu'il faut organiser l'heure de prise. Si la femme allaite et est séropositive au VIH ou HTLV-1, on lui conseille de ne pas purger le nourrisson. L'obésité endémique n'est pas perçue comme un facteur négatif. L'introduction de farine dans l'alimentation commence trop tôt et il n'est pas rare de voir des enfants de 3 mois peser plus de 10 kg ou d'autres de 11 ans plus de 90 kg !! Les mères ne sont pas éduquées à suivre la courbe de poids ; les prescripteurs libéraux pèsent rarement les enfants. La délivrance des ordonnances pédiatriques est un véritable casse-tête, les préparatrices ne comprenant pas toujours l'importance de vérifier l'âge et le poids des enfants. Les rappels téléphoniques systématiques ont permis en six mois un notable changement d'habitude de la part des prescripteurs.

Nous avons également mis au point un conseil pharmaceutique éduquant les parents à la prise et la surveillance de la température, importante chez les enfants et les séropositifs.

Beaucoup de personnes n'ayant pas de réfrigérateur, le personnel a aussi été formé à mettre en garde les patients quant aux conditions de conservation des médicaments ; nous proposons de conserver certains produits dans le réfrigérateur de la pharmacie. Nous demandons aussi au médecin de changer le traitement, si cela est possible, et notamment quand il inclut du ritonavir, par exemple. L'absence de réfrigérateur dans l'habitat n'est pas souvent abordée à la consultation, aussi avons-nous

demandé aux prescripteurs une plus grande vigilance dans l'interrogatoire à ce sujet.

### MNU (Médicaments Non Utilisés) : revente et marchés

Le trafic et la revente de médicaments sont présents malgré leur accès aisé. Ceci a pu être observé lors des contacts auprès des populations illégales en squat. Les médecins métropolitains conservent leurs habitudes de sur-prescription, mais le retour pour *Cyclamed* est dérisoire. Les principales molécules revendues sont des antalgiques, des antibiotiques, le misoprostol, le Fortimel® (aliment diététique). Des médicaments français (parfois même entamés et périmés) sont présents sur les étalages de certaines épiceries « chinoises » ! La revente de médicaments brésiliens existe car ils sont considérés de meilleure qualité par les Brésiliens eux-mêmes ; ces produits ont un emballage et une notice en portugais.

La revente de médicaments français, dont le leader « visible » est le Vicks® inhaler ou de médicaments provenant de pays andins, est assurée par des revendeurs non qualifiés et illégaux issus en général du Pérou. Ce sont à majorité des femmes présentes en permanence sur les marchés.

### Cas des PVVS (Personnes Vivant avec le VIH Sida)

Sur les 1600 PVVS recensés 80 % sont de nationalité étrangère. L'hôpital suit une file active d'environ 1000 patients. En 2006, l'incidence était de 48 nouveaux cas pour 100 000 habitants ; 1,6% des femmes enceintes sont séropositives. Les personnes présentes depuis moins de 3 mois en Guyane n'ont accès aux soins que pour les urgences à l'hôpital. Ceci est un frein à l'accès aux ARV, un accélérateur du développement de la pathologie, de la dégradation de l'immunité et par conséquent du risque de transmission. Toutefois, les PVVS sans papiers ont accès au dépistage anonyme et gratuit, ce qui peut en cas de révélation de séropositivité, faciliter la demande de carte de séjour pour soins. L'approvisionnement en ARV chez les répartiteurs ou les officines ne pose pas de problème. Ce n'est pas le cas pour les personnes vivant en zone isolée. Au moins 50 patients prennent leurs ARV dans cette officine. En majorité, il s'agit d'haïtiens ou de créoles, adultes de 35 à 50 ans, plutôt masculins. Peu de parents

viennent pour le traitement de leurs enfants ainsi que peu de femmes enceintes, généralement suivies à l'hôpital. Le personnel de l'officine n'a jamais été formé à la délivrance d'ARV ; seule la confidentialité est respectée : aucun ARV n'est visible sur les comptoirs. Face aux lacunes dans l'éducation thérapeutique ou le suivi d'observance, des mesures simples ont été mises en place : demander si l'ensemble du traitement est pris en continu, s'il y a accès à un réfrigérateur en bon état. Cette demande doit être systématique, car nombre de patients en situation de grande précarité n'ont ni réfrigérateur, ni domicile fixe. Il est parfois impossible sous peine de se retrouver à la rue d'avouer à son logeur sa séropositivité et de demander de la place dans son réfrigérateur ! Les PVVS les plus précaires n'en parlent pas à la consultation médicale, vécue comme un moment important et stressant. Nous proposons de conserver le Norvir® à la pharmacie, ou de faire le lien avec le prescripteur qui adapte le traitement. Le réseau fonctionne bien avec les médecins hospitaliers. Ici, les PVVS n'ont pas l'habitude de poser des questions. On est bien loin des malades homosexuels du Nord fortement éduqués et impliqués dans le choix du traitement. Certaines PVVS bénéficient de l'aide d'infirmières libérales formées à l'observance. Mais l'observance assurée par des non professionnels du médicament présente des limites. Le personnel infirmier, habitué à des patients âgés, ou grabataires, a du mal à accepter et à comprendre la non compliance des PVVS. Les patients plus jeunes n'aiment pas l'infantilisation. Il m'est souvent demandé conseil sur cette approche ; les infirmières mériteraient d'être formées par des PVVS activistes. Mais il n'y a pas d'activistes ayant un niveau de connaissance suffisant pour assurer ce relais.



Figure 2. Pénis incrusté de dominos ou boogaloos.

## Réduction des risques : les moyens d'une officine

### Préservatifs et gels lubrifiants

Huit acheteurs sur 10 sont des hommes. A l'officine, toutes sortes de préservatifs sont disponibles : classiques, parfumés et colorés adaptés aux fellations, à relief, ou de grande taille. Ceux vendus à 20 centimes d'euros l'unité sont achetés par les jeunes et les femmes à pouvoir économique moindre. Le préservatif féminin est vendu 1 € les 2. Les lubrifiants sont à majorité à base d'eau, peu compatibles avec des relations sexuelles répétées, prolongées, anales, des pénis de grandes tailles ou ornés de dominos (morceaux de plastiques issus de dominos ou de brosse à dents, implantés sous la peau du pénis, souvent en milieu carcéral) (Fig. 2). Quelques officines proposent du gel de silicone bien mieux adapté et compatible avec le latex.

Le personnel des pharmacies, pourtant au début de la chaîne de la prévention primaire, méconnaît trop souvent l'utilisation des différents préservatifs et gels. Il rechigne en général à parler de pratiques sexuelles au comptoir. Quelques minutes de formations et la mise à disposition du public d'une note informative ont suffi pour voir les ventes de préservatifs augmenter dans l'officine !

### Matériel d'injection, de sniff, ou d'inhalation

Cocaïne et crack sont très présents en Guyane, mais peu l'héroïne ; celle-ci est remplacée par la buprénorphine ou la méthadone, obtenus en pharmacie ou au marché « gris ». Les associations destinées aux usagers signalent qu'en grande majorité ceux-ci n'injectent pas. Ce sont les usagers initiés en métropole qui préfèrent ce mode de consommation. Quelques métropolitains réclament des kits d'injection, mais aucun grossiste pour pharmacie ne dispose de Stéribox®. Le motif indiqué est que le fournisseur impose un minimum de commande trop élevé. Cependant, une société privée locale revend aux associations des kits pour l'injection ! Elle en assure la promotion et distribue dans le milieu associatif le Kit Base, destiné à l'inhalation du crack (Fig. 3). Dans ce cas, la transmission du VIH peut se faire suite à des blessures au niveau des doigts et des lèvres. On peut saluer l'arrivée de ce type de matériel. Mais il n'est pas disponible de Kit Sniff pour la



Figure 3. Matériel du kit crack.

cocaïne. Nous indiquons aux clients désireux les adresses et contacts de ces associations.

### Prévention de la transmission par l'allaitement

L'information sur le VIH et le HTLV-1 est dispensée. Les pharmacies ou les postes de santé (zone reculée) proposent des laits maternisés. Les femmes séropositives en général n'allaitent pas, et n'en sont pas discriminées. A celles qui refusent d'abandonner l'allaitement, il est conseillé de ne pas dépasser plus de 6 mois. Il n'existe pas d'information donnée sur les risques de l'allaitement croisé (échange de nourrissons entre femmes allaitantes) ; nous expliquons de ne pas les confier à une nourrice sans précautions. Ces pratiques d'allaitement croisé ou de mise en nourrice, largement utilisées en Europe jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, ne figurent pas dans les programmes de prévention issus du Nord. Sur les rives du Maroni, j'ai pu observer dans le village de Sparouine, l'échange de nourrissons pendant les tétés entre des femmes Bushiningsés.

### Prévention de la transmission à l'accouchement

Les femmes enceintes en situation irrégulière sont prises en charge pour la grossesse. La majorité des femmes accouche en secteur médicalisé, et est dépistée pour le VIH et le HTLV-1. Malgré les mesures mises en place, le taux de trans-

mission demeure élevé, surtout chez les femmes étrangères et clandestines. La césarienne proposée peut être une raison de perte de vue de la patiente.

### Cas des IST autres que le VIH

Un grand nombre de personnes sont porteuses d'infections sexuellement transmissibles (IST). Hormis le HTLV-1, dont le dépistage se fait surtout à partir des consultations de grossesse, les autres IST ne bénéficient pas de suffisamment d'informations données à une population ayant peu accès aux campagnes de santé métropolitaines. L'importance du recours à la prostitution, le « nomadisme » sexuel endémique masculin comme féminin, associés à la pauvreté, au niveau scolaire bas, et une faible utilisation des préservatifs favorisent la propagation de ces IST. En 6 mois, nous avons accueilli à l'officine des femmes majoritairement infectées par des gonocoques résistants, des trichomonas, et des candidas (3 à 4 par semaine). Des cas d'herpès génital ou de syphilis ont été également constatés. Dans certaines consultations (généraliste, gynécologue, PMI), une forte majorité de femmes témoigne d'un manque d'information fournie à ces occasions. Seuls deux des médecins libéraux informent sur la transmission et prévoient le traitement pour un seul partenaire. L'hôpital et le centre de la Croix Rouge dispensent une information correcte. Il existe un fort préjugé de la part du corps médical local qui pense que les femmes ne comprendraient pas les informations qui leur seraient don-

nées, et en conséquence fait peu d'effort pour communiquer sur ce sujet. Or, aucune des femmes auxquelles le pharmacien a expliqué les causes et conséquences de l'IST et la nécessité du traitement anti-infectieux pour le ou les partenaires, n'a rejeté l'information, ou ne l'a pas comprise. Elles ont alors été redirigées vers le médecin afin d'obtenir la prescription pour le ou les partenaires. On est loin des recommandations OMS pour l'approche de genre dans les programmes de prévention du VIH et de promotion de la santé.

---

### Un regard sur les femmes

---

#### Accès à la contraception

Le taux de natalité (28,8‰) et l'indice de fécondité (3,94 enfants par femme) sont élevés en Guyane. La contraception régulière est peu utilisée par les femmes. La pauvreté, le faible niveau scolaire, certaines habitudes et pratiques culturelles et ethniques sont autant de freins à l'accès contraceptif.

Injections, stérilets et implants sont de loin préférés aux pilules en raison du coût (notamment en cas de non remboursement), de la contrainte de prise, de la discrétion vis-à-vis du compagnon. Beaucoup de femmes étrangères refusent de prendre une pilule progestative pendant l'allaitement ou suite à une IVG. Les méthodes locales, à base de spermicides ne sont pas utilisées. Les préservatifs masculins ou féminins sont peu achetés par les femmes. La contraception d'urgence (levonorgestrel) est par contre « sur-utilisée ». Une pilule du lendemain est délivrée en moyenne 1 jour sur 2. Ce sont les garçons qui viennent les acheter, et les femmes de 25-30 ans et plus. Nous proposons toujours au garçon de revenir avec sa partenaire, afin de dispenser une information aux deux. Mais souvent celle-ci refuse de venir. Les raisons ne sont pas élucidées : peur de la « dénonciation » aux parents, du refus de délivrance, jeune âge ? La délivrance du Norlevo® est accompagnée d'une information sur les différentes méthodes contraceptives, le traitement post-exposition au VIH, la « vaccination d'urgence » de l'hépatite B, l'IVG et les IST. Un schéma personnalisé est alors remis. La quantité élevée de Norlevo® délivrées aux filles très jeunes, de 13 à 16 ans montre une non utilisation des préservatifs, malgré les informations reçues en milieu scolaire sur le VIH, et une utilisation de ce produit en contraceptif de routine.

Ce sont souvent les garçons et voire de jeunes enfants qui viennent acheter les tests de grossesses, ce qui complique les conseils d'utilisation.

L'accès à l'IVG semble correct au vu des témoignages des femmes sortant de l'hôpital : prise en charge rapide et claire, accueil sans discrimination, explications suffisantes. En moyenne, une ordonnance d'IVG chirurgicale par semaine est traitée à l'officine. Il semble ne pas y avoir d'IVG médicamenteuse (mifépristone) en cabinet de ville. L'IVG est gratuite avec la CMU ou l'AME. Les femmes clandestines sans couverture bénéficient aussi gratuitement de l'accès à l'IVG et à l'avortement thérapeutique, mais, la peur et le manque d'accès à l'information les font se retourner vers l'IVG clandestine, l'utilisation du misoprostol, l'abandon ou le trafic d'enfant dans les pires des cas. De nombreuses femmes en situation irrégulières ayant recours à la prostitution pour survivre, sont violées et n'ont pas de solutions adaptées. Elles sont très mal informées sur la législation en vigueur et l'accès au traitement post exposition au VIH.

La Guyane présente le taux français de mères adolescentes le plus élevé, en particulier chez les amérindiennes, et les noirs-marrons. Ces grossesses précoces sont accidentelles ou « volontaires », souvent culturelles, rite de passage direct de l'enfance à l'âge adulte ; elles permettent la reconnaissance de la fille en femme dans la communauté. Une dizaine de mères-adolescentes est cliente à l'officine ; elles sont majoritairement originaires du fleuve. Les autres sont brésiliennes. Elles sont lettrées et scolarisées. Le père est en général l'aîné de quelques années, rarement un homme beaucoup plus âgé. Elles semblent épanouies dans leurs grossesses, ne sont pas rejetées par leur famille, mais souffrent de discrimination et des regards malveillants. Elles ne mesurent en général pas les inconvénients à venir, en particulier économiques. Ces naissances ne sont pas perçues comme une catastrophe ou la venue d'un « enfant sale ».

---

#### Observations complémentaires de l'activiste

---

Pharmacien référent et formatrice au sein de la mission de Médecins du Monde, je participe aux interventions auprès de populations très précarisées. Avec l'Association Entr'Aides qui assure accueil, soutien des PVVS et dispense des actions

de prévention, j'aide à la conception et à la correction de matériel pédagogique, à la formation des volontaires, et aux tournées de nuit auprès des travailleurs sexuels (TS). Accompagnée d'Elinda Ladeo, formatrice en prévention, nous assurons des permanences nocturnes de l'AFDG (Association des Femmes Dominicaines en Guyane) située dans la Crique.

La prostitution est institutionnelle en Guyane. Elle est urbaine et suit les sites d'orpaillage. Les TS sont des femmes ou des hommes, des travestis ou des trans (terme employé regroupant les personnes transsexuelles et transgenres) majeurs ou mineurs. Cette prostitution est directe (échange d'un service sexuel contre de l'argent) ou indirecte (contre des avantages en nature). Beaucoup d'hommes y ont recours, soit par habitude culturelle (cas des latino-américains), soit par « nécessité ou recherche d'un mirage » (cas des européens). Sous sa forme indirecte, elle résulte de la rencontre entre la misère affective et sexuelle des hommes à pouvoir économique, et la misère économique de femmes plus jeunes vendant l'illusion d'un mirage amoureux. De ces unions, naissent rarement des situations stables. Ces situations de pauvreté, de précarité et de clandestinité augmentent la vulnérabilité au sida. Les femmes ont du mal à faire face à la négociation de l'utilisation des préservatifs. Tout comme on l'observe dans les pays andins, l'acte sexuel sans préservatif constitue « la preuve d'amour ». Les hommes en « échec affectif ou sexuel » ont en moyenne entre quarante et cinquante ans, génération réfractaire à l'usage du préservatif qui « fait débâter ». Par ce sexe à risques, les deux partenaires contribuent à la propagation du virus par la non intégration du danger de contamination. Les femmes blanches à pouvoir économique attrayant sont convoitées par de jeunes hommes pauvres ou sans papiers. Cette forme de prostitution est en général indirecte sous forme d'une recherche d'avantages en nature. Ces garçons n'ont pas de difficulté à utiliser le préservatif avec une femme plus âgée alors que ce n'est pas le cas avec les filles de leur âge.

Les rencontres avec les TS ont lieu entre 23h00 et 3h00. Nous distribuons du matériel de prévention (préservatifs masculins et féminins, lubrifiant, prospectus), incitons les personnes au dépistage et aux soins. Les TS sont répartis par quartier et par ethnies. Les brésiliennes et les dominicaines travaillent dans la Crique, chez elles ou dans des locaux aménagés. L'ambiance est plutôt « conviviale », ces femmes sont



Figure 4. Permanence de l'AFDG, enfant écoutant des conseils de réduction des risques (RDR).



Figure 5. Permanence de l'AFDG, présentation éducative à partir de livres à spirale.

assises sur des chaises dans la rue et discutent. Il n'y a pas de proxénète proprement dit. Leur âge varie de 18 à plus de 50 ans. Elles utilisent préservatifs et lubrifiant, certaines consomment beaucoup d'alcool ou de substances psychotropes. La majorité de ces femmes ont des enfants et un compagnon plus ou moins stable. Quand leurs enfants sont présents, une voisine s'en occupe pendant la passe. Les « anglaises » du Surinam et du Guyana sont isolées le long du canal Laussat, et souvent surveillées par un « protecteur ». Les passes ont lieu sur place, ou en voiture. Les filles sont très jeunes parfois mineures, d'où très mobiles, donc difficiles à repérer et à fidéliser. Elles utilisent peu de gel, car pratiquent plutôt le

sexe oral, mais demandent des préservatifs. Les travestis brésiliens travaillent vers la rue Eboué. Nombreux sont séropositifs, consomment cocaïne et alcool, ce qui est un facteur aggravant du risque de transmission. Les femmes rêvent d'arrêter cette activité, mais doivent souvent rembourser un prêt au pays. Avec un travail légal ou des revenus suffisants, elles ne se prostitueraient pas. Quand cette activité ne constitue qu'un revenu complémentaire, je parle de « sexe économique » plutôt que de prostitution. Il n'est pas vu dans les rues de Cayenne de prostitution infantile. Elle est réputée répandue en zone amérindienne (Maripasoula) ou au Brésil. Trois soirs de fin de semaine, à la permanence de l'AFDG, de 19h00 à 23h00,

nous informons les usagers à majorité TS sur l'accès au dépistage et aux soins, les techniques de sexe à moindre risque ; nous distribuons là encore préservatifs et gel. Des femmes viennent avec leurs enfants (Fig. 4) ; leur présence est naturelle ; les techniques de réduction des risques (RDR) leurs sont aussi expliquées. Passent aussi à la permanence des hommes, plutôt jeunes, homosexuels ou non, travestis, transgenres ou transsexuels. L'homosexualité est abordée sans tabous. Si 90 % de la transmission est hétérosexuelle en Guyane, les HSH (Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes) ne sont pas rares mais l'homophobie régnante fait qu'il n'existe pas de lieux identifiés comme gay hormis un bar. Les HSH anglophones parlent sans difficultés de leurs expériences, parfois débutées en milieu carcéral, de la pose des dominos. Des livres à spirales (Fig. 5), de Saint-Domingue permettent une information aisée. On y apprend à poser un préservatif avec la bouche. Certaines TS demandent de l'aide pour quitter leur activité. L'absence d'un réel programme d'insertion fait cruellement défaut condamnant les personnes au trottoir.

Certaines personnes, en raison de leurs conditions de vie, nécessitent de la part des intervenants un investissement dépassant le cadre du champ professionnel ou associatif. C'est avec l'aide de Trevor Lamazon, éducateur en prévention que nous intervenons dans les squats. Ce travail *underground* au cœur même des lieux de (sur)vie consiste à remobiliser individuellement et personnellement un réseau, retenter une régularisation, pour sortir ces personnes d'un statut de très grande précarité et d'inaccessibilité au réseau de soins.



Figure 6. En Guyane, l'impasse pour de nombreuses femmes.

## Conclusion

Avec une incidence de 48 nouveaux cas de VIH pour 100 000 habitants en 2006, 1,6 % des femmes enceintes infectées, une file active d'environ 1300 patients, la Guyane reste en tête des départements français dans la progression de l'épidémie de sida.

Pour apporter des améliorations nécessaires aux activités de prévention et d'accès aux soins, notamment des femmes, il serait souhaitable d'améliorer trois points essentiels.

Premièrement, il faut augmenter les moyens disponibles pour lutter contre l'épidémie de VIH/sida. Il manque du personnel médical et associatif. Le niveau de formation des intervenants, d'horizons différents dans la prise en charge des PVVS et en particulier abordant des particularismes culturels en Guyane (langues, coutumes), est encore trop faible et insuffisant. Les PVVS sont peu organisées, peu visibles à cause de la discrimination intrafamiliale et communautaire. Il conviendrait d'appuyer

certains leaders en France ou au Brésil afin d'aider la dynamique associative à mobiliser la communauté. Des aides associatives, salariant des activistes leur assurerait un revenu légal autre que l'AAH (Allocation Adulte Handicapée), augmenterait leur engagement et leur crédibilité.

Deuxièmement, un meilleur fonctionnement des circuits administratifs est nécessaire. Il est régulièrement démontré et dénoncé des pratiques freinant la régularisation des étrangers et l'accès aux soins. Le maintien de la précarité augmente la vulnérabilité au VIH, en particulier chez les femmes. La Guyane ne pouvant s'auto-suffire, elle doit accepter la pluralité ethnique, faute de quoi la situation sociale pourrait devenir balkanique.

Troisièmement, la Guyane souffre d'un manque d'audace en matière d'intervention de prévention, tant de la part des créoles que des initiatives venues de métropole et qui sont trop calquées de schémas métropolitains. Les pays voisins, notamment le Brésil, le Surinam et le Guyana, ont des programmes pertinents qu'il serait bénéfique d'adapter. La situation économique

des femmes du fleuve ou immigrées est médiocre et leur niveau scolaire très bas. Ces deux facteurs nuisent à leur épanouissement social. Certains éléments sont flagrants : dépendance économique et sexuelle, violence domestique, fort taux de natalité. D'énormes progrès restent à faire pour dégager ces femmes de leur « esclavage » familial, leur permettre d'avoir une vision en santé reproductive, afin que leur vie de femme et de mères soit un choix et non une fatalité (Fig. 6). ■

**Remerciements** • A Pierre Sissaoui, au Dr. Jean-Baptiste Meynard de l'Institut Pasteur Cayenne, aux Drs Chantal Villeneuve, Pierre Couppié, Mathieu Nacher et Christian Magnien de l'hôpital Rosemon Cayenne, au Dr. Jean-Marie Milleliri de l'Equipe inter-pays Afrique centrale de l'OMS, au Dr Patrice Massip et Lise Cuzin du SMIT à Toulouse et aux PVVS.

**Hommage** • Une profonde pensée et un grand hommage à mon Maître, le Professeur Maxime Armengaud qui nous a quittés le 8 octobre 2007.

**Notes** • Un texte plus complet est disponible sur demande par courrier électronique

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Alaux JP, Duflou M, Martini JF. Etrangers en Guyane, Guyane étrangère à son entourage. GISTI, 2006, 20 p.
- Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianiohany A, Alvarez F *et al.* Risk factors for follow-up interruption of HIV patients in French Guiana. *Am J Trop Med Hyg* 2006; 74 : 915-7.
- Sobesky M, Zoccarato AM, Magnien C, Rocca Serra P, Bissuel F, Karaoui L *et al.* L'infection par le VIH chez la femme enceinte en Guyane française. *Gynécol Obstét Fertil* 2003; 31 : 343-9.
- Bouillon K, Lert F, Michelot F, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira RF. Les patients vivant avec le VIH/sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. *BEH* 2005; 46-47 : 240-2.
- Bourdier F. Migration et sida en Amazonie française et brésilienne. Ibis rouge ed, 2004, 252 p.
- Cabié A, Georger-Sow MT, Nacher M. Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004. *BEH* 2005; 46-47 : 238-9.
- Chiron S. Rôle du pharmacien d'officine dans la prévention de la transmission des M.T.I. (Maladies Transmissibles par l'Injection), faculté de pharmacie UPS Toulouse, 1999, 320 p.
- Chiron S. Rapport d'activité, coordinateur médical : CATV de São-Pedro à Huambo et de Kaalà ; Postes de santé d'Atuku, Cachaka, Cuima, Ngove, Ulondo et Sakambuio, Province de Huambo, CRF 2006, 144.
- Desclaux A, Taverne B. Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique. Karthala ed, Paris, 2000, 556 p (Médecines du monde)
- Masse V, Dray-Spira R, Spire B, Scmaus A, Lert F. Vie de couple, vie sexuelle et prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH-sida aux Antilles et en Guyane. Résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003. *BEH* 2005; 46-47 : 243-4.
- Farmer P. Sida en Haïti, la victime accusée. Karthala ed, Paris, Médecines du Monde, 1996, 414 p.
- Halfen S, Fenies K, Ung B, Gremy I. Les connaissances attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA aux Antilles et en Guyane en 2004, Etude ANRS-EN16-KABP-DFA, ORS Ile-de-France, 2006, 290 p.
- Fiers-Didelot MM. La pandémie du VIH-SIDA défi mondial, ses effets sur le Développement Durable, faculté de philosophie Lyon III, Nov. 2006, 129 p.
- Pordié L, Guerci A, Consiglieri S, Singleton M. Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire. Karthala ed, Paris, Médecines du Monde, 2005, 326 p.
- American Public Health Association : Control of communicable diseases manual, an official report of The American Public Health Association 17<sup>th</sup> edition. James Chin ed, 2000, 624 p.
- Rapport succinct : Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. OMS, 2002 ; 34 p.
- Interruption volontaire de grossesse : guide destiné aux femmes mineures non émancipées, 24 p. Interruption volontaire de grossesse : guide destiné aux femmes majeures, 24 p. Ministère des Affaires sociales, du travail, et de la solidarité ; Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées ; Ministère délégué à la parité et à l'égalité professionnelle.
- Dos Santos A. Cohésion sociale, intégration et immigration en Guyane : du diagnostic aux enjeux, des enjeux à l'action, 2007, 26 p.
- Manual para mensajeras de salud para la prevencion de las ITS y el VIH/SIDA. CEPROSH, COIN, MODEMU, COPRESIDA, Santo-Domingo, 112 p.
- Rotafolio para mensajeras de salud. Para la prevencion de las ITS y el VIH/SIDA. CEPROSH, COIN, MODEMU, COPRESIDA, Santo-Domingo, 40 p.
- Experiencias de Maritza : en la confianza es que esta el peligro ; protegete, CEPROSH, COIN, Sto-Domingo, 2004, Ter Ed, 40 p.

## Vidéographie

- Guyane : le nouveau Far-West, Bernard de la Villardière, Mars 2007.
- Cric-Crac, Alain Saguez, 1989.