



HAL
open science

Etude de l'implication des médecins généralistes de l'Ile de Cayenne dans le suivi des prostitué(e)s : étude centrée sur la prévention du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles

Stéphanie Abga

► To cite this version:

Stéphanie Abga. Etude de l'implication des médecins généralistes de l'Ile de Cayenne dans le suivi des prostitué(e)s : étude centrée sur la prévention du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01733168

HAL Id: hal-01733168

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733168>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Stéphanie Gouffier

Le 14 Juin 2010

**Etude de l'implication des médecins généralistes de l'île de
Cayenne dans le suivi des prostitué(e)s.
Etude centrée sur la prévention du VIH/SIDA et des
infections sexuellement transmissibles**

Examineurs de la thèse :

Président : Mr le Professeur Christian Rabaud

Juges : Mr le Professeur Thierry May

Mr le Professeur Francis Guillemin

Mr le Professeur Alain Aubrège

Directeur : Docteur Mathieu Nacher

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNE
Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
Professeur Bernard FOLIGUET
M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Professeur Francis RAPHAËL
M. Walter BLONDEL
Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur Didier MAINARD
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Masaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A Monsieur le Professeur Christian RABAUD,

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous vous prions d'accepter nos sincères remerciements.

Soyez assuré de ma reconnaissance pour vos précieux conseils, qui m'ont été d'une grande utilité.

A Monsieur le Professeur Thierry May,

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales,

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse, qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Francis Guillemin,

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention,

Nous sommes touchés que vous ayez accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Alain Aubrège,

Professeur Associé en Médecine Générale,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Mathieu Nacher.

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail.

Vos précieux conseils m'ont beaucoup aidée. Votre gentillesse et votre disponibilité m'ont été d'un grand secours.

A Gérard, qui me manque si fort,
A Maman, que j'aime infiniment,
Merci pour m'avoir toujours soutenue à chaque étape de ma vie.

A ma sœur, Emilie, ma complice,
Merci pour ta présence et ton soutien.

A mon mari, Telesphor,
Depuis Dori, nous construisons et avançons.

A mon fils, Simon,
Mon petit soleil, merci pour tous ces petits coquillages ramassés au fil de nos promenades sur la plage pour me donner du courage.

A mes grands-parents, Christiane et Jean, à présent réunis,
Je me souviens des moments heureux de l'enfance passés chez vous.

A mes grands-parents, Cosima et Sébastien,
Vous êtes pour moi un modèle de courage.

A mon père.

A mes frères, Guillaume et Thibault, et à Valérie,
Au lien qui nous unit.

A ma famille du Burkina Faso,
Vous êtes dans mon cœur.

A Célia,

Les mots me manquent pour te dire toute ma gratitude et l'amitié que j'ai pour toi.

A Stéphanie, ma grande amie de Nancy,

Tu sais à quel point tu comptes pour moi, malgré la distance qui nous sépare.

A Caroline,

A nos longues discussions qui n'ont jamais cessé depuis le lycée. Merci pour ta présence et ton soutien sans faille.

A Nadine,

Merci infiniment pour ton aide et ta disponibilité dans la dernière ligne droite.

A Cécile, Clémence, Charlotte et Fanny, mes amies de faculté,

Nos routes se sont séparées, mais l'amitié perdure.

A Leïla, Marie-Claire, Astrid et Marie-Louise,

Merci pour votre aide et votre gentillesse.

Aux médecins de l'Île de Cayenne qui ont accepté de répondre à mes questions.

Aux femmes de la Crique que je croise en consultation, qui me touchent et m'impressionnent tant par leur courage et leur joie de vivre.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Sommaire

INTRODUCTION	19
1 Présentation du cadre général de l'étude	20
1.1 La Guyane française	20
1.1.1 Géographie	20
1.1.2 Climat	21
1.1.3 Démographie	21
1.1.4 Une société multiculturelle	22
1.1.5 Aspects économiques	24
1.1.6 Aspects sociaux	24
1.2 VIH/SIDA	26
1.2.1 Historique	26
1.2.2 Aspects virologiques	26
1.2.3 Diagnostic biologique	27
1.2.4 Modes de contamination	29
1.2.5 Classification de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents	31
1.2.6 La primo-infection	33
1.2.7 Aspects cliniques de l'infection par le VIH	34
1.2.8 Les infections opportunistes (IO)	37
1.2.9 Traitements	38
1.2.10 Le VIH dans le monde	41
1.2.11 L'épidémie de VIH/SIDA dans la zone Caraïbe	48
1.2.12 L'épidémie de VIH/SIDA en Guyane Française	50
1.3 La prostitution	70
1.3.1 Définition	70
1.3.2 Epidémiologie de la prostitution dans le monde	70
1.3.3 Différents types de prostitution	70
1.3.4 Prostitution et épidémie de VIH/SIDA	71
1.3.5 La prostitution en Guyane Française	80
1.4 Les acteurs de la prévention du VIH/SIDA en Guyane Française	83
1.4.1 Le COREVIH	83
1.4.2 Les médecins généralistes	85
2 Etude de l'implication des médecins libéraux de l'Ile de Cayenne dans le suivi des prostitué(e)s	88
2.1 Objectifs	88
2.2 Méthodologie	88
2.2.1 Type d'étude	88
2.2.2 Population	88
2.2.3 Déroulement de l'étude :	89
2.2.4 Le questionnaire (annexe 1) :	89
2.2.5 Analyse statistique	90
2.3 Résultats	91
3 DISCUSSION	102
3.1 Le contexte général de l'étude	102
3.2 Ce que l'étude révèle des médecins interrogés	103
3.3 Ce que l'étude révèle des prostitué(e)s	107
3.4 A propos de prévention	109

3.5	A propos des prescriptions de sérologies	110
3.6	Les difficultés rencontrées	111
3.7	Les limites de l'enquête	111
3.8	Propositions	112
4	CONCLUSION	113
5	BIBLIOGRAPHIE	114

Index des figures

<i>Figure 1: déclarations obligatoires Sida : comparaison entre la France métropolitaine et la Guyane. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	51
<i>Figure 2: Evolution du nombre de patients adultes suivis dans les trois centres hospitaliers guyanais. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	52
<i>Figure 3: Evolution du mode de contamination au CHAR chez les nouveaux patients. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	53
<i>Figure 4: Quelques diagnostics classant Sida au CHAR de 1992 à 2005. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	53
<i>Figure 5 : Symptomatologie clinique au moment où le test a été réalisé. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	54
<i>Figure 6 : Motifs de dépistage 2003-2005. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	54
<i>Figure 7 : Evolution des stratégies thérapeutiques au CHAR de 1997 à 2006. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	56
<i>Figure 8 : Evolution des succès thérapeutiques au CHAR de 2001 à 2006. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	56
<i>Figure 9 : Evolution des échecs virologiques chez les personnes sous ARV depuis plus de six mois ayant une charge virale inférieure à 400copies/ml. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	57
<i>Figure 10 : Evolution des échecs immunologiques (CD4 inférieurs à 200/mm³ et CV inférieure à 400 copies/ml) chez les patients sous ARV depuis plus de six mois ayant une charge virale inférieure à 400. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	57
<i>Figure 11 : Evolution du nombre de décès au CHAR selon la date de diagnostic. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	58
<i>Figure 12 : Déclarations obligatoires de sida cumulées en Guyane de 2003 à juin 2006 par âge et par sexe. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	59
<i>Figure 13 : Différence de sexe ratio entre patients français et migrants au CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	60
<i>Figure 14 : Evolution du nombre de patients suivis au CHAR par nationalité. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	61
<i>Figure 15 : Evolution du nombre de nouveaux patients par année et par nationalité au CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	61
<i>Figure 16 : Evolution de la prévalence brute du VIH chez les parturientes dans les trois hôpitaux guyanais. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	63
<i>Figure 17 : Evolution du taux de prévalence du VIH chez les parturientes par nationalités au CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	63
<i>Figure 18 : Evolution des accidents d'exposition au sang à l'hôpital de Cayenne. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	65
<i>Figure 19: Nombre de consultants à la CDAG du CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	66
<i>Figure 20 : Evolution de la prévalence du VIH au CDAG du CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.</i>	66
<i>Figure 21: Spécialités des médecins interrogés. (N=50)</i>	91
<i>Figure 22: Répartition géographique des médecins interrogés. (N=50)</i>	92
<i>Figure 23: "Avez-vous des patient(e)s prostitué(e)s parmi votre patientèle?" (Cayenne: N=33; Rémire: N=10; Matoury: N=7)</i>	93
<i>Figure 24: "Vous disent-elles(ils) qu'elles(ils) se prostituent?" (N=12)</i>	93

Figure 25: Nationalités des prostitué(e)s vu(e)s en consultation. (N=12)	94
Figure 26: Combinaisons de nationalités les plus fréquemment rencontrées. (B: Brésilienne; D: Dominicaine; G: Guyanienne; S: Surinamaïse) (N=12)	94
Figure 27: Motifs principaux de consultation des professionnel(le)s du sexe. (N=12)	95
Figure 28: Motifs de consultations des professionnel(le)s du sexe en rapport avec les IST. (N=12)	96
Figure 29: Autres lieux de suivi pour les problèmes médicaux en rapport avec les IST. (N=12)	97
Figure 30: Motifs de consultation des prostituées en rapport avec les problèmes gynécologiques. (N=12)	98
Figure 31: Autres lieux de suivi gynécologique des professionnelles du sexe. (N=12)	99
Figure 32: Autres motifs de consultation des professionnel(le)s du sexe. (N=12)	100
Figure 33: Autres lieux de suivi pour les problèmes médicaux. (N=12)	101

Index des cartes

Carte 1: Carte de la Guyane	20
Carte 2: Prévalence du VIH dans le monde en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P35).	41
Carte 3: Prévalence du VIH chez les adultes en Afrique en 2007. SOURCE: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P41).	42
Carte 4: Prévalence du VIH chez les adultes en Asie en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P50).	43
Carte 5: Prévalence du VIH chez les adultes en Amérique Latine en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P55).	44
Carte 6: Prévalence du VIH chez les adultes en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P57).	45
Carte 7: Prévalence du VIH chez les adultes au Moyen Orient et en Afrique du Nord. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P60).	46
Carte 8: Prévalence du VIH chez les adultes en Océanie. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P61).	47
Carte 9: Prévalence du VIH chez les adultes dans la zone Caraïbe en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P56).	48

Index des tableaux

Tableau 1: Classification de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents. Source: CDC (Center of Disease control)-1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults- M.M.W.R. 1992 ; 41 : No-RR 17.	31
Tableau 2: A typology of sex careers. Source: Scambler G. Sex work stigma: opportunist migrants in London. Sociology, 41, 1079-1096.	71
Tableau 3: Densité médicale pour 100 000 habitants en Guyane française, aux Antilles et en métropole. Source: Syndicat des médecins de la Guyane, à partir des données de l'INSEE et de la CPAM.	86

Annexe 1: Questionnaire à l'intention des médecins de ville de l'Ile de Cayenne au sujet de la prévention des IST et du VIH/Sida parmi les prostitué(e)s.	117
---	-----

INTRODUCTION

Située en Amérique du Sud, entre le Brésil et le Surinam, la Guyane française est le département français le plus touché par l'épidémie de VIH/SIDA. C'est aussi une terre d'accueil pour de nombreux immigrés venant des pays voisins à la recherche de conditions de vie meilleures, mais vivant le plus souvent dans une extrême précarité. Sont ainsi réunis tous les ingrédients pour le développement de la prostitution, pointée aujourd'hui comme un des moteurs probables de l'épidémie de VIH dans ce département.

Pratiquer la médecine générale dans ce contexte présente des spécificités. Ainsi, la faible démographie médicale a un impact sur la prise en charge des patients. Les situations sociales complexes dans lesquelles se trouvent bon nombre d'entre eux et la barrière de la langue ajoutent des difficultés supplémentaires pour les soignants.

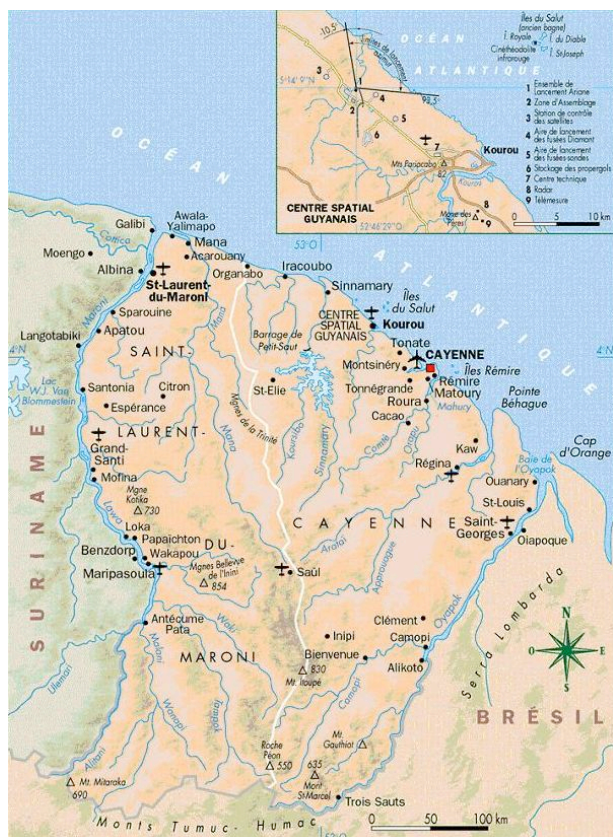
Grâce à un questionnaire à l'intention des médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et dermato-vénérologues libéraux exerçant sur l'île de Cayenne (soit les professionnels de santé les plus susceptibles de rencontrer des travailleuses(eurs) du sexe en consultation), nous avons voulu décrire la prise en charge médicale globale et le parcours de soin des professionnelles du sexe, et nous pencher plus spécifiquement sur l'implication des médecins dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA au sein de la population des prostitué(e)s.

1 Présentation du cadre général de l'étude

1.1 La Guyane française

1.1.1 Géographie

La Guyane française est un département français d'outre-mer situé en Amérique du Sud, sur le « plateau des Guyanes », qui comprend, juxtaposés de l'ouest à l'est, de l'Orénoque à l'Amazone : une partie du Venezuela, le Guyana (ancienne Guyane anglaise), le Surinam (ancienne Guyane hollandaise), la Guyane française et une partie du Brésil (Amapa). Avec ses 83 534km², c'est le plus grand des départements français : il représente 1/6^e de la métropole, recouvert à 96% par de la forêt équatoriale, primaire où la biodiversité est foisonnante. Ses frontières naturelles sont le fleuve Maroni à l'ouest, le fleuve Oyapock à l'est et les monts Tumuc-Humac au sud. Les seules voies de pénétration vers l'intérieur sont les cours d'eau qui forment un réseau hydrographique très fourni, mais le relief en plateaux provoque la formation de sauts et de rapides qui compliquent la navigation.



Carte 1: Carte de la Guyane

1.1.2 Climat

Le climat est équatorial avec une température quasiment constante oscillant entre 22°C et 30°C, et un taux d'humidité supérieur à 80%. Les pluies ont un volume de 2500 à 4000 mm/an. Il y a quatre saisons : la petite saison des pluies de décembre à février, le petit été de mars, la grande saison des pluies d'avril à juillet, et la grande saison sèche d'août à novembre. Il n'y a pas de cyclones.

1.1.3 Démographie

- Si la Guyane est le plus grand département français, c'est aussi proportionnellement le moins peuplé (1) : on estime la population à 209 000 habitants au 01/01/07, 216 000 au 01/01/08, ce qui donne une densité de population de 2 habitants/km².
- Mais la croissance démographique est exceptionnelle, évaluée à 3,8% par an, plaçant de fait la Guyane parmi les dix régions les plus dynamiques du monde. En 60 ans, la population a été multipliée par huit : l'explosion démographique est semblable à celle de certains pays en voie de développement. A ce rythme, on prévoit 424 000 habitants en 2030.
- La pyramide des âges est celle d'une population jeune : base large et rétrécissement progressif et régulier jusqu'aux âges élevés. La moitié de la population a moins de 25 ans, l'âge moyen en métropole est de 39,5 ans, contre 26,6 ans en Guyane.
- Cette croissance exceptionnelle est pour trois quarts liée au solde naturel, avec un taux de natalité de 31,3‰ en 1999, et pour un quart liée au solde migratoire. Avec 4 enfants par femme en 2006, la Guyane dépasse la Martinique pour le nombre des naissances, alors que sa population est deux fois moins importante. Ce taux est le plus élevé de France (moyenne nationale à 1,9 enfants/femme), et de tous les pays du continent américain.
- Le taux de mortalité infantile, bon indicateur du niveau sanitaire, est à 17‰, contre 4,1‰ en métropole.
- Le taux de mortalité à 3,5‰ est le plus faible de France en raison de la jeunesse de la population.
- L'espérance de vie a gagné six ans depuis 1990, mais elle reste inférieure de 4 ans en moyenne par rapport à la métropole (77 ans contre 81 ans).

- Le solde migratoire est quant à lui largement positif : en 2005, on recensait plus de 430 000 immigrés, soit 29% de la population. La Guyane est la région française où la présence immigrée est la plus forte (moyenne nationale à 7%). Le maximum a été atteint au recensement de 1990 avec l'afflux de réfugiés fuyant la guerre civile au Surinam (1982-1992) : 30,4% de la population était alors immigrée. La moyenne d'âge de cette population est de 33 ans, 80% d'entre eux sont des actifs, 80% d'entre eux sont non diplômés, quel que soit leur pays d'origine. 50% de ces immigrés sont au chômage, contre 26% de la population générale. Une forte proportion d'entre eux se trouve en situation irrégulière.

1.1.4 Une société multiculturelle

Il en résulte une société très métissée et pluriculturelle, composée de 40% de Créoles, 12% de personnes originaires de métropole et 40% de ressortissants étrangers répartis comme suit :

Les Sud-Américains avec :

- Des Brésiliens représentant 15% des étrangers, et dont le nombre n'a cessé de croître depuis une trentaine d'années, de part la situation frontalière et des va-et-vient qui s'ensuivent. Ils constituent le plus souvent une main d'œuvre qualifiée, surtout dans le bâtiment.
- Des Guyaniens, ou Georgetowniens, répartis en deux groupes distincts : les Indiens, appelés « Coolies » car originaires d'Inde, et les Créoles.
- Des Surinamais représentant 38% de la population étrangère, comprenant des Bushinengue, des Créoles, des Indiens et des Indonésiens, arrivés en Guyane dans les années cinquante pour faire de la riziculture .
- D'autres communautés sud-américaines présentes en petit nombre: péruvienne, colombienne, argentine,...

Les Caribbéens :

- Les Sainte-Luciens : ce sont les premiers immigrés antillais venus comme chercheurs d'or des îles anglophones (Sainte Lucie, la Dominique, la

Barbade) à partir de 1870. Ils sont aujourd'hui mélangés parmi la population créole de Guyane.

- Les Martiniquais et Guadeloupéens très bien intégrés dans la société guyanaise.
- Les Dominicains, surtout des femmes, souvent réduites à la prostitution pour subvenir à leurs besoins.
- Les Haïtiens, représentant 30% des étrangers, assez mal considérés dans la société guyanaise, et occupant généralement des emplois mal rémunérés et précaires.

Les Asiatiques :

- Les Chinois sont les plus nombreux et tiennent les petits commerces de proximité. Les plus anciennement arrivés viennent de la Chine Centrale, la deuxième vague de Hong Kong et la troisième vague du Nord de la Chine Populaire. Ils forment un réseau social très solide et bien organisé.
- Les Hmongs, originaires du Nord du Laos, sont arrivés en Guyane à partir de 1977, en fuyant la guerre dans leur pays. Ils sont aujourd'hui environ 2000 et vivent essentiellement dans deux villages : Cacao sur la route de l'Est et Javouhey, vers Saint-Laurent-du-Maroni. Ils sont spécialisés dans l'agriculture et vendent leurs produits sur les marchés.

Les Levantins représentés par les Libanais et les Syriens, arrivés dans les années quarante, travaillant souvent dans le commerce de vêtements.

Les Africains, arrivés plus récemment, surtout des pays francophones d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Mali, Sénégal).

Il faut également ajouter les Amérindiens, regroupés dans six ethnies : Arawaks, Palikurs, Galibis, Wayanas, Wayampis et Emerillons. Ce sont les premiers habitants de la Guyane, arrivés il y a plus de 6000 ans. Ils étaient plusieurs milliers avant la colonisation européenne, mais ne sont plus que 4500 aujourd'hui, dont la moitié a moins de 20 ans. Ils vivent en majorité dans les villages de l'intérieur, le long des fleuves.

Enfin, les 4000 Noirs Marrons, descendants d'esclaves d'origines africaines ayant fui les plantations des colons de l'ancienne Guyane hollandaise (actuel Surinam), sont regroupés en quatre ethnies: Saramaca, Paramaca, Boni ou Aluku, Djuka ou Bosh. Ils vivent le long du fleuve Maroni et sur une partie du littoral (Saint-Laurent-du-Maroni, Kourou et Cayenne).

1.1.5 Aspects économiques

En raison de la géographie très particulière de ce département français d'Amérique (DFA), l'activité économique s'est développée sur la bande côtière où l'on trouve les villes les plus importantes: Cayenne, Saint Laurent du Maroni, Kourou, Rémire-Montjoly et Matoury. L'économie tourne autour d'un secteur traditionnel : bois, pêche, bâtiment, travaux publics, or, et d'un secteur de pointe avec le Centre Spatial Guyanais à Kourou.

1.1.6 Aspects sociaux

- Un peu moins de 9% de la population guyanaise bénéficie d'au moins une prestation sociale (1). Proportionnellement, c'est trois fois plus qu'en France métropolitaine. Les ayants droits de ces bénéficiaires représentent plus de 24% de la population guyanaise, contre seulement 6% en métropole.
- 6,6% de la population touche le Revenu Minimum d'insertion (RMI), contre 1,8% en métropole.
- En ce qui concerne la couverture de soins (2), près de 60% des Guyanais ont la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base, et 33% bénéficient de la CMU complémentaire. Par comparaison, 2% de la population métropolitaine bénéficient de la CMU, et 5,6% de la CMU complémentaire. Ces chiffres objectivent la grande précarité dans laquelle se trouvent de nombreux guyanais, quelle que soit leur origine.
- Les disparités socio-économiques sont très importantes : le revenu moyen déclaré par les foyers qui acquittent l'impôt sur le revenu est sept fois plus important que celui des foyers non imposés (3). Ainsi, cohabitent des populations aux revenus importants et des populations vivant dans une extrême précarité.

- En 1999, si 8% des actifs ayant un emploi occupaient un poste de cadre ou une profession intellectuelle supérieure, c'étaient le cas pour 23% des personnes originaires de métropole, et seulement 4% des personnes nées à l'étranger hors de l'Union Européenne. A l'inverse, celles-ci sont 40% à occuper des emplois d'ouvriers, contre moins de 7% des personnes nées en métropole.

1.2 VIH/SIDA

1.2.1 Historique

Les premiers cas de Sida ont été décrits aux Etats-Unis en 1981. A cette époque, on parlait de « syndrome de l'immunodéficience acquise » pour décrire ce nouveau syndrome d'immunodéficience inexplicée. Il a aussi été appelé « Gay Syndrome » car les premières victimes faisaient partie de la communauté homosexuelle. On l'a aussi qualifié de « maladie des 4 H » car elle semblait surtout toucher quatre groupes à risque : les Homosexuels, les Haïtiens, les Héroïnomanes, et les Hémophiles.

La première description du virus responsable, nommé par l'équipe de l'Institut Pasteur qui l'a découvert « Lymphadenopathy Associated Virus » ou LAV, est publiée en mai 1983.

Au cours de l'année 1983, il est également démontré que les lymphocytes T CD4 sont la cible de ce virus et qu'ils en meurent. Le génome viral est alors séquencé, et il est établi qu'il s'agit d'un rétrovirus, différent des virus « Human T-Cell Leukemia virus 1 et 2 » (HTLV1 et 2) déjà connus.

En 1985, le premier test de dépistage du « Virus de l'Immunodéficience Humaine 1 » ou VIH 1 est disponible.

En 1985 le VIH 2 est mis en évidence et son test de dépistage spécifique est élaboré en 1987.

1.2.2 Aspects virologiques

Le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH est un rétrovirus de la famille des lentivirus. Les génomes des virus VIH1 et VIH2 sont semblables à 85%. Il existe une grande variabilité du VIH1 en raison des erreurs nombreuses commises par la transcriptase inverse (TI) lors de la transcription de l'ARN viral en ADN. Le VIH2 est moins variable car moins diffusé. Il en résulte différents sous-types de virus d'importance différente en fonction des régions du monde.

Les cellules cibles du VIH sont les lymphocytes T CD4, ainsi que les monocytes et macrophages, les cellules macrogliales du cerveau et les cellules présentatrices d'antigènes (ou CPA telles que cellules de Langerhans et cellules dendritiques).

Le virus entame sa réplication au niveau du lymphocyte T CD4 activé ce qui aboutit à une destruction de ce lymphocyte, soit directement en raison de l'excrétion de nouveaux virions, soit par destruction du lymphocyte T CD4 par les lymphocytes T CD8 cytotoxiques, soit par apoptose du lymphocyte T CD4. La conséquence est une baisse numérique des lymphocytes T CD4. Le déficit immunitaire qui en découle est majoré par un déficit fonctionnel, les cellules de l'immunité restantes perdant en efficacité.

Une des particularités du VIH est sa capacité à rester « caché » au sein de compartiments de l'organisme différents du compartiment sanguin, appelés « sanctuaires », inaccessibles aux traitements, donc servant de réservoirs de virus et d'où les virus peuvent être relargués dans le sang. Ces compartiments sont constitués des ganglions lymphatiques, des organes génitaux masculins et féminins et du cerveau. Il est donc impossible d'éliminer totalement le VIH de l'organisme.

1.2.3 Diagnostic biologique

1.2.3.1 Tests classiques

Aucun marqueur virologique n'est détectable dans le sang avant J11 ou J12 suivant le contage. Puis l'ARN viral et l'antigène p24 peuvent être détectés. Ce dernier n'est plus détectable après le premier mois. Les premiers anticorps (anticorps anti-gp160, anti-gp120, anti-GP41, anti-p24) peuvent être dosés à partir du vingtième jour après le contage.

Le diagnostic sérologique est réalisé grâce à deux tests ELISA, qui dépistent le VIH1 et le VIH 2. Si l'un des deux est positif, un western blot est réalisé pour confirmation.

Le consentement oral, éclairé du patient doit toujours être recueilli avant de demander une recherche sérologique.

Si le western blot VIH1 est indéterminé, il peut s'agir soit d'une primo-infection, soit d'une infection par le VIH2 (il faut alors demander un western blot spécifique du VIH2), soit d'une infection par un autre variant du VIH1 (des tests spécifiques sont alors nécessaires).

Si le test reste indéterminé après 3 à 6 mois, il s'agit d'un résultat faux-positif qui peut se rencontrer en cas d'hypergammaglobulinémies, de présence de complexes immuns circulants ou de facteur rhumatoïde, et de parasitoses.

1.2.3.2 Test de dépistage rapide (TDR)

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) (4), un test de diagnostic rapide (TDR) est défini comme un test unitaire, à lecture subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (en général moins de trente minutes) quand il est pratiqué auprès du patient. Il peut être réalisé sur sang total, salive, sérum et plasma en fonction de la(des) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit. Il permet la détection des anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2.

Les TDR disponibles en 2008 sont un outil complémentaire intéressant au modèle classique de dépistage reposant sur l'utilisation des tests ELISA, permettant de répondre à deux objectifs principaux :

- obtenir un diagnostic rapide dans certaines situations d'urgence (émission de recommandations par l'HAS pour ces situations) ;
- faciliter l'accès à la connaissance du statut sérologique et aux possibilités de prise en charge préventive et thérapeutique de l'infection par le VIH pour certaines populations qui ne recourent pas ou insuffisamment au dispositif classique de dépistage (émission d'orientations par l'HAS pour ces situations).

Comme pour les tests de dépistage classique, un TDR ne peut être effectué qu'avec le consentement éclairé de la personne à laquelle il est proposé. Le cadre légal actuel n'autorise le prélèvement sanguin et salivaire qu'aux médecins et aux sages-femmes, ou, sur prescription et selon certaines modalités, aux infirmiers et personnels de laboratoire d'analyses de biologie médicale. L'utilisation des TDR dans des structures intervenant au plus près des populations visées par des non-professionnels de santé habilités (travailleurs sociaux, éducateurs,...) ne peut se faire que dans le cadre de projets avec une démarche d'évaluation systématique.

Un résultat négatif du TDR peut être considéré comme excluant une infection par le VIH, sauf en cas d'exposition récente datant de moins de trois mois. Tout résultat positif du TDR devra faire l'objet d'une confirmation par un western blot, afin d'éliminer un résultat faussement positif. En cas de résultat ininterprétable, un test ELISA combiné devra être réalisé. La remise du résultat doit se faire sous la forme « recherche positive/recherche négative », au moyen d'un document écrit et signé stipulant le type de prélèvement effectué, la nature du test, sa dénomination, le résultat et ses limites. Une information adaptée doit permettre d'obtenir le

consentement éclairé de la personne et la compréhension du processus de dépistage rapide par le patient.

1.2.4 Modes de contamination

Trois types de transmission sont possibles : transmission sanguine, sexuelle ou de la mère à l'enfant (TME).

1.2.4.1 La transmission sanguine

- Elle concerne les usagers de drogues injectables par partage ou ré-utilisation de seringues contaminées.
- La contamination est possible par transfusion de sang ou dérivés sanguins : le risque est inférieur à un pour un million de dons en France et dans les pays développés.
- Enfin, par exposition percutanée, le risque est estimé à 0,3%, ce risque étant plus important si le sujet source a une charge virale élevée ; s'il s'agit d'une piqûre plutôt qu'une coupure, d'une piqûre profonde, ou avec une aiguille creuse.

1.2.4.2 La transmission sexuelle

Le VIH est un virus beaucoup moins contagieux que la plupart des autres agents sexuellement transmissibles. Par comparaison, la probabilité de transmission de la syphilis par acte sexuel est de 30%, celle du virus de l'hépatite B de 3%, et celle du VIH de 0,3%.

Le risque de transmission du VIH dépend du type de relation sexuelle et de la quantité de virus présents dans le sperme ou les sécrétions vaginales. Par exemple, le risque de contamination lors d'un rapport anal réceptif est de 0,5 à 3%, il est de 0,05 à 0,15% lors d'un rapport vaginal réceptif.

Les facteurs qui augmentent ce risque sont la présence d'infections sexuellement transmissibles (IST), d'érosions génitales ou de rapports pendant les règles.

1.2.4.3 La transmission de la mère à l'enfant (TME)

La transmission du virus de la mère à l'enfant se fait essentiellement en fin de grossesse et lors de l'accouchement. La grossesse n'est quant à elle pas un facteur aggravant l'évolution de l'infection par le VIH.

Les facteurs de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont :

- L'allaitement qui augmente le risque de contamination de 10 à 15%.
- Le stade de l'infection chez la maman pendant la grossesse : si les lymphocytes CD4 sont inférieurs à $200/\text{mm}^3$, le risque de transmission à l'enfant est de 27% ; il est de 15% si les lymphocytes CD4 sont supérieurs à $500/\text{mm}^3$. Si la charge virale est inférieure à $1000/\text{mm}^3$, le risque est de 5% ; si la charge virale est supérieure à $10\,000/\text{mm}^3$, il est de 37%.
- L'âge de la mère : le risque de transmission est de 16% si la maman a moins de 25 ans, il est de 30% si la maman a plus de 35 ans.
- La prématurité, en raison des contractions utérines précoces.
- La co-infection VIH et VHC.
- Des facteurs obstétricaux sont également retenus: en cas de gémellité, le premier jumeau est plus à risque d'être contaminé; plus le travail dure, avec rupture prolongée de la poche des eaux, plus le risque de contamination de l'enfant est grand; si, lors de l'accouchement, une césarienne, ou une épisiotomie sont réalisées, ou si les forceps sont utilisés, le risque de transmission est majoré; une chorioamniotite associée augmente également le risque de transmission.

Aujourd'hui, en France, un tiers des femmes enceintes infectées découvrent leur séropositivité au cours de la grossesse (5). Le dépistage chez la femme enceinte en France est régi par la loi n°93-121, article 48, du 27 juillet 1993 : « A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le VIH est systématiquement proposé à la femme enceinte ».

Les moyens de prévention de la TME sont efficaces, notamment les anti-rétroviraux qui sont indispensables, mais à risque d'effets indésirables pour la maman et l'enfant. Un suivi régulier tout au long de la grossesse, avec surtout un contrôle de l'observance thérapeutique, est primordial. L'objectif est d'obtenir une charge virale indétectable au troisième trimestre et à l'accouchement. De plus, l'enfant doit

également être suivi après la naissance pendant ses premières années de vie pour savoir s'il est infecté ou non par le virus, et surveiller les éventuelles toxicités des anti-rétroviraux (6).

1.2.5 Classification de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents

Cette classification, établie en 1993 pour les adultes et les adolescents infectés par le VIH, en fonction du taux de lymphocytes T CD4 et des signes cliniques, est présentée dans le tableau suivant :

Nombre de lymphocytes CD4+	CATEGORIE A Asymptomatique, primo-infection ou lymphadénopathie persistante généralisée	CATEGORIE B Symptomatique sans critère A ou C	CATEGORIE C SIDA
500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
Inférieur à 200/mm ³	A3	B3	C3

Tableau 1: Classification de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents. Source: CDC (Center of Disease control)-1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults-M.M.W.R. 1992 ; 41 : No-RR 17.

1.2.5.1 Catégorie A

Elle regroupe les patients qui présentent un ou plusieurs des critères suivants s'il n'existe aucun des critères de la catégorie B ou C :

- Infection VIH asymptomatique ;
- Lymphadénopathie persistante généralisée ;
- Primo-infection symptomatique.

1.2.5.2 Catégorie B

Elle regroupe les patients présentant des manifestations cliniques ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- Elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire.
- Elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH.

On peut citer par exemple (liste non exhaustive):

- Angiomatose bacillaire ;
- Candidose oropharyngée ;
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ;
- Dysplasie du col modérée ou grave, carcinome in situ ;
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38,5°C) ou diarrhée supérieure à un mois ;
- Leucoplasie chevelue de la langue,
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ;
- Purpura thrombocytopénique idiopathique ;
- Listériose ;
- Neuropathie périphérique.

1.2.5.3 Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est définitivement classé dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou extra-pulmonaire ;
- Candidose oesophagienne ;
- Cancer invasif du col ;
- Coccidioïdomycose disséminée ou extra-pulmonaire ;
- Cryptococcose extra-pulmonaire ;
- Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois ;

- Infection à CMV (Cytomégalo-virus) ;
- Rétinite à CMV ;
- Encéphalopathie due au VIH ;
- Infection herpétique ;
- Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire ;
- Isosporidiose intestinale chronique supérieure à un mois ;
- Sarcome de Kaposi ;
- Lymphome de Burkitt ;
- Lymphome immunoblastique ;
- Lymphome cérébral primaire ;
- Tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire ;
- Infection à mycobactéries atypiques ;
- Pneumocystose ;
- Pneumopathies bactériennes récurrentes ;
- Leuco-encéphalite multifocale progressive ;
- Septicémies à salmonelle non typhi récurrentes ;
- Syndrome cachectique dû au VIH ;
- Toxoplasmose cérébrale.

1.2.6 La primo-infection

- Dans 50 à 80% des cas, la primo-infection est asymptomatique.
- Dans le cas où des symptômes se manifestent, on parle de syndrome rétroviral aigu. Il débute en général 10 à 15 jours après la contamination (extrêmes allant de 5 à 30 jours) et dure environ 15 jours.
- Il s'accompagne souvent d'un syndrome pseudo-grippal.
- Une pharyngite ou une angine sont décrites dans plus de 60% des cas.
- Une éruption cutanée maculo-papuleuse au niveau du tronc, du visage et des membres est observée dans 60 à 70% des cas.
- Des ulcérations muqueuses buccales, génitales ou anales sont présentes dans 30% des cas.

- Des polyadénopathies superficielles cervicales ou axillaires apparaissent dans 50% des cas au cours de la deuxième semaine. Une splénomégalie est décrite dans 20% des observations.
- Des manifestations digestives, telles que diarrhée, ulcérations oesophagiennes ou candidose oro-digestive, se rencontrent dans 30% des cas.
- Des signes neurologiques sont présents dans 10% des cas, à type de méningo-encéphalite, méningite lymphocytaire, polyradiculonévrite, mononévrite (paralysie faciale périphérique).
- Des anomalies hématologiques sont fréquentes : thrombopénie dans 75% des cas, leuconéutropénie dans 50% des cas. Quant aux lymphocytes, initialement leur taux diminue, puis une hyperlymphocytose se produit à partir de la deuxième semaine, essentiellement due à une augmentation des lymphocytes T CD8.
- Une hépatite aiguë cytolytique souvent asymptomatique se produit dans 50% des cas.
- Le diagnostic biologique repose sur trois marqueurs qui apparaissent successivement : d'abord l'ARN viral plasmatique détectable dès le dixième jour après la contamination, mais sa recherche n'est possible que dans des laboratoires spécialisés et a un coût élevé. L'antigène p24 est détectable au quinzième jour et persiste 15 jours. Les anticorps sont détectés grâce à la technique ELISA environ trois semaines après le contage.
- D'après le rapport Yeni sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH et datant de 2008 (6), il est recommandé d'instaurer un traitement anti-rétroviral chez un patient qui présenterait une primo-infection avec des symptômes sévères (surtout neurologiques ou durables), ou une infection opportuniste, ou un taux de lymphocytes CD4 d'emblée inférieur à 350/mm³.

1.2.7 Aspects cliniques de l'infection par le VIH

1.2.7.1 Les manifestations neurologiques

Les complications neurologiques sont liées au tropisme neurologique de ce virus : le système nerveux central est la deuxième cible du VIH après le système immunitaire.

Les manifestations neurologiques centrales sont :

- Le complexe démentiel associé au SIDA ;
- La myélopathie vacuolaire associée au VIH ;
- La myélite VIH.

Les neuropathies périphériques sont les complications neurologiques les plus fréquentes de l'infection par le VIH. Depuis les traitements anti-rétroviraux, les neuropathies liées à un état d'immunodépression sont plus rares. Les neuropathies iatrogènes sont devenues les plus fréquentes.

1.2.7.2 Les manifestations dermatologiques

- La dermatite séborrhéique est la manifestation dermatologique la plus fréquente au cours de l'infection par le VIH, sa fréquence augmentant avec le degré d'immunodépression.
- Prurit, prurigo sont très fréquents, surtout en zone tropicale.
- La xérose cutanée s'observe chez un tiers des patients au stade Sida. C'est le principal facteur déclenchant de l'eczéma.
- Les toxidermies sont fréquentes au cours de l'évolution de la maladie, d'autant plus que ces patients sont exposés à des molécules réputées allergisantes, telles que les sulfamides par exemple.
- Des lésions des cheveux sont observées, telles que le blanchiment et la disparition de l'aspect crépu chez le sujet noir, ou la calvitie chez le sujet caucasien.

1.2.7.3 Les manifestations pulmonaires

- La pneumopathie interstitielle lymphoïde se voit surtout chez les enfants et les sujets de race noire. Le lavage broncho-alvéolaire révèle une hyperlymphocytose à lymphocyte T CD8.
- L'hypertension artérielle pulmonaire a été récemment décrite.

1.2.7.4 Les manifestations digestives

- Des ulcères oesophagiens idiopathiques, qui ressemblent aux ulcères géants dus au Cytomégalo-virus (CMV), sont possibles en dehors de toute infection opportuniste.
- La diarrhée peut être d'origine infectieuse, aiguë ou chronique, due à des agents infectieux, ou au VIH lui-même. Elle peut également avoir une origine iatrogène, surtout avec les inhibiteurs de protéase (IP).

1.2.7.5 Les manifestations rhumatologiques

- Des rhumatismes inflammatoires sont décrits : arthrites réactionnelles telles que les spondylarthropathies, le rhumatisme psoriasique; ou arthrites liées au VIH à type d'oligo-arthrites touchant préférentiellement les membres inférieurs.
- Des connectivites sont fréquentes : myopathies (le plus souvent polymyosites), vascularites (angéites nécrosantes, purpura rhumatoïde, érythèmes noueux), syndrome sec (parotidomégalie, sans présence d'auto-anticorps).

1.2.7.6 Les manifestations rénales

- La néphropathie associée au VIH (NVIH ou HIVN) est une forme sévère de hyalinose segmentaire et focale survenant essentiellement chez le sujet de race noire, quelque soit l'âge et le stade de la maladie. C'est la troisième cause d'insuffisance rénale terminale dans la population noire aux Etats Unis. Elle se traduit par un syndrome néphrotique d'apparition brutale évoluant vers l'insuffisance rénale en quelques mois.
- Les glomérulonéphrites prolifératives diffuses à dépôts immuns sont plus fréquentes chez le sujet caucasien.

1.2.7.7 Les manifestations hématologiques

Sont rencontrés : thrombopénies, très fréquentes et rarement révélées par des signes hémorragiques ; syndromes d'activation macrophagique (SAM) ; microangiopathies thrombotiques ; thrombophilies.

1.2.8 Les infections opportunistes (IO)

1.2.8.1 Les IO d'origine infectieuse

Elles se manifestent quand le taux de lymphocytes T CD4 chute. Cette baisse est en moyenne de $50/\text{mm}^3/\text{an}$. En moyenne, le taux de 200 lymphocytes $\text{CD4}/\text{mm}^3$ est atteint 7 ans après la contamination.

- o A partir de 400 lymphocytes $\text{CD4}/\text{mm}^3$, la tuberculose peut se manifester : les formes pulmonaires prédominent si les lymphocytes T CD4 sont supérieurs à $200/\text{mm}^3$ alors que les formes extra-pulmonaires surviennent si les lymphocytes CD4 sont à des taux plus bas.
- o A partir de 300 lymphocytes $\text{CD4}/\text{mm}^3$, zona et dermite séborrhéique sont décrits.
- o A partir de 200 lymphocytes $\text{CD4}/\text{mm}^3$, pneumocystose et candidose oesophagienne peuvent survenir.
- o A partir de 100 lymphocytes $\text{CD4}/\text{mm}^3$, les patients sont à risque de développer toxoplasmose, cryptococcose, histoplasme ou infection par le CMV.
- o A partir de 50 lymphocytes $\text{CD4}/\text{mm}^3$, infection par les mycobactéries atypiques (MAC) et aspergillose sont décrites.

1.2.8.2 Les IO d'origine non infectieuse

- o Les lymphomes ont une incidence accrue. Ils sont agressifs et les lymphomes B sont plus fréquents que les lymphomes T. Ils sont le plus souvent liés à un déficit immunitaire sévère (taux de lymphocytes CD4 inférieur à $100/\text{mm}^3$) comme pour le lymphome primitif cérébral (taux de lymphocytes CD4 inférieur à $50/\text{mm}^3$) ou le lymphome immunoblastique extra-nodal. L'Epstein Barr Virus (EBV) participe à l'activation et la prolifération cellulaire des lymphocytes B en cas de déficit immunitaire sévère. Mais des lymphomes de Burkitt sont possibles même avec un taux de lymphocytes CD4 élevé.
- o Cancer et VIH sont étroitement associés. En effet, l'immunodépression liée au VIH favorise la co-infection chronique par des virus oncogènes tels que : l'Human Herpes Virus type 8 (HHV8) jouant un rôle dans le sarcome de

Kaposi ; l'EBV dans les lymphomes ; le Papilloma Virus (HPV) dans les cancers du col de l'utérus.

- De plus, apparaissent des cancers jusqu'à présent non liées au VIH, tels que le cancer du poumon, (association à un plus fort taux de tabagisme chez les patients infectés par le VIH), le cancer anal (rôle de HPV) et hépatocarcinome (rôle de la co-infection par les virus VHB et VHC). Il est à noter que la population des personnes vivant avec le VIH a tendance à vieillir surtout dans les pays occidentaux grâce aux traitements anti-rétroviraux. Aux pathologies classiques de l'évolution de l'infection par le VIH se surajoutent donc des maladies liées à ce vieillissement, dont les pathologies néoplasiques.

1.2.9 Traitements

Les molécules anti-rétrovirales (ARV) n'ont pas d'action sur le virus libre, mais agissent sur les cellules activées. Elles sont seulement viro-statiques.

1.2.9.1 Les inhibiteurs de la transcriptase inverse

La transcriptase inverse est l'enzyme qui permet la synthèse de l'ADN proviral à partir de l'ARN viral.

Deux catégories de molécules existent :

- Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), actifs sur VIH 1 et 2, qui ressemblent aux nucléotides naturels et entrent donc en compétition avec eux. Ils s'incorporent à la chaîne d'ADN proviral en formation, mais ne permettent pas l'élongation complète. Ils agissent également sur les ADN-polymérase mitochondriales (d'où des cytopathies mitochondriales associées) et nucléaires (d'où une toxicité hématologique).
- Les inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), sans action sur le VIH 2, qui ne ressemblent pas aux nucléotides naturels. Ils inhibent la transcriptase inverse de façon non compétitive en se fixant sur le site catalytique de l'enzyme. Ils n'ont pas d'action sur les polymérase cellulaires.

1.2.9.2 Les inhibiteurs de protéase (IP)

La protéase virale joue un rôle dans la maturation du virus par clivage des peptides viraux. Les IP inhibent cette enzyme de façon non compétitive en se fixant directement sur son site catalytique. Leur action est tardive dans le cycle de réplication virale. Ils ont une action sur les VIH 1 et 2.

1.2.9.3 Les inhibiteurs de fusion (IF)

Ils empêchent le rapprochement entre le virus et le lymphocyte T CD4 à infecter, ce qui rend la fusion entre le virus et le lymphocyte impossible. Ce sont les premières molécules à avoir une action en dehors de la cellule, pas sur le virus. Elles ont une action très précoce dans le cycle viral. Le virus n'est pas pour autant détruit. La toxicité cellulaire est importante.

1.2.9.4 Molécules en cours d'évaluation

Il s'agit des inhibiteurs de l'intégrase (II) et du CCR5.

1.2.9.5 Objectifs d'un traitement ARV

L'objectif premier d'un traitement ARV (6) est de stopper la progression vers le Sida en restaurant un nombre de lymphocytes T CD4 supérieur à 500/mm³.

Pour atteindre cet objectif, la charge virale (CV) plasmatique doit rester indétectable, c'est-à-dire inférieure à 50 copies/ml, ce qui permet une meilleure restauration immunitaire et limite au maximum le risque de sélection de virus résistants.

D'autres aspects sont à prendre en considération :

- La meilleure tolérance possible à court, moyen et long terme ;
- L'amélioration de la qualité de vie ;
- La réduction de la transmission mère-enfant (TME) ;
- La réduction du risque de transmission du VIH ;
- La facilitation de l'observance.

1.2.9.6 Quand faut-il introduire un traitement ARV ?

L'introduction d'un traitement anti-rétroviral implique sa poursuite au long cours pour une durée indéterminée, les interruptions thérapeutiques étant tout à fait néfastes. Pour savoir quand débiter le traitement, il faut mettre en balance les bénéfices (réduction de la morbi-mortalité liée au VIH) et l'inconvénient d'une exposition prolongée aux anti-rétroviraux (effets indésirables à long terme)

D'après le rapport Yeni de 2008 sur la prise en charge des patients infectés par le VIH (6):

- Chez les patients symptomatiques (IO majeure, ou autre affection de la catégorie C, ou symptômes marqués de la catégorie B), ou ayant moins de $200/\text{mm}^3$ lymphocytes T CD4, il est recommandé de commencer le traitement au plus tôt, en tenant compte du traitement de l'IO associée et des interactions éventuelles.
- Chez les patients asymptomatiques, il est recommandé de débiter le traitement dès que le taux de lymphocytes T CD4 atteint $350/\text{mm}^3$.
- Chez les patients asymptomatiques, avec plus de 350 lymphocytes T CD4/ mm^3 , le traitement peut être introduit dans certains cas tels que : lorsque la charge virale est élevée, supérieure à $100\,000$ copies/ml ; ou que la baisse des lymphocytes T CD4 est rapide ou que leur pourcentage est inférieur à 15% ; en cas de co-infection par les virus de l'hépatite B ou C (VHB ou VHC) ; en cas de néphropathie liée au VIH ; chez des sujets âgés de 50 ans et plus et/ou ayant des facteurs de risque cardio-vasculaires.
- Il n'existe pas de données actuellement pour recommander d'instaurer un traitement systématiquement chez des patients asymptomatiques ayant plus de 500 CD4/ mm^3 .

Dans tous les cas il est primordial de préparer l'instauration d'un traitement afin de prévenir tout problème d'observance.

1.2.9.7 Schémas thérapeutiques

Il est recommandé d'introduire d'emblée une trithérapie de molécules anti-rétrovirales. Deux schémas sont actuellement validés (6) :

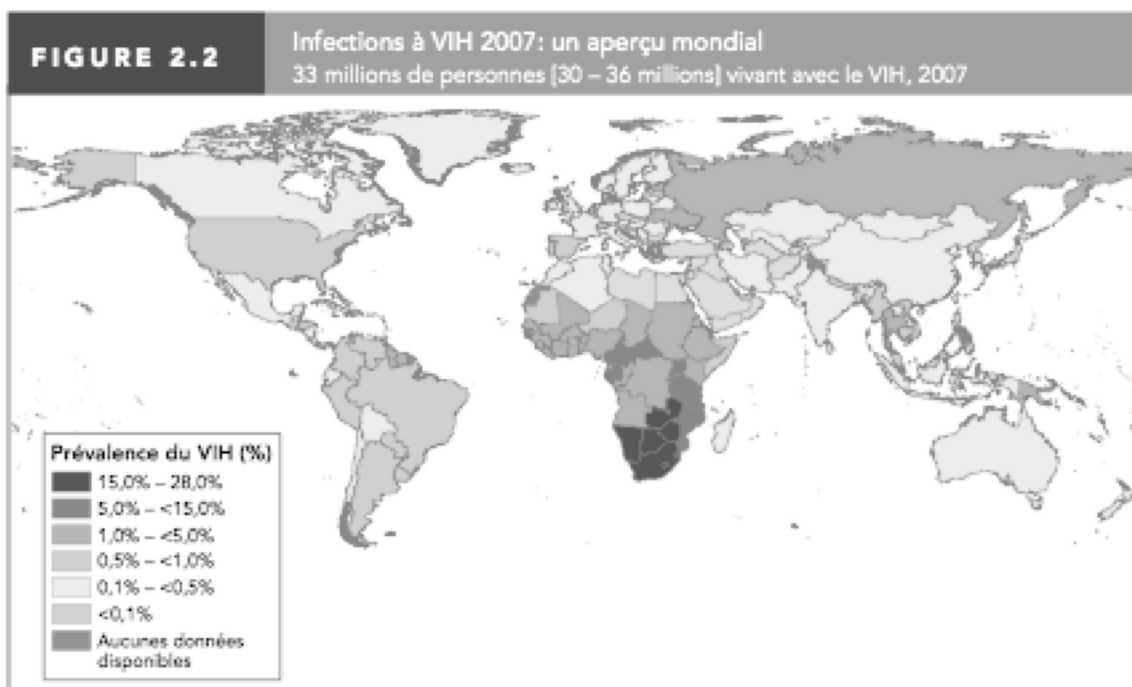
- Deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase potentialisé par le ritonavir : 2INTI + 1 IP/r ;

- Deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse : 2INTI + 1 INNTI.

1.2.10 Le VIH dans le monde

1.2.10.1 Prévalence

Dans le monde, 33 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007. Le nombre annuel de nouvelles infections a baissé de 3 millions en 2001 à 2,7 millions en 2007. (7). 2 millions de personnes sont décédées du SIDA en 2007, contre 1,7 millions en 2001.



Carte 2: Prévalence du VIH dans le monde en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P35).

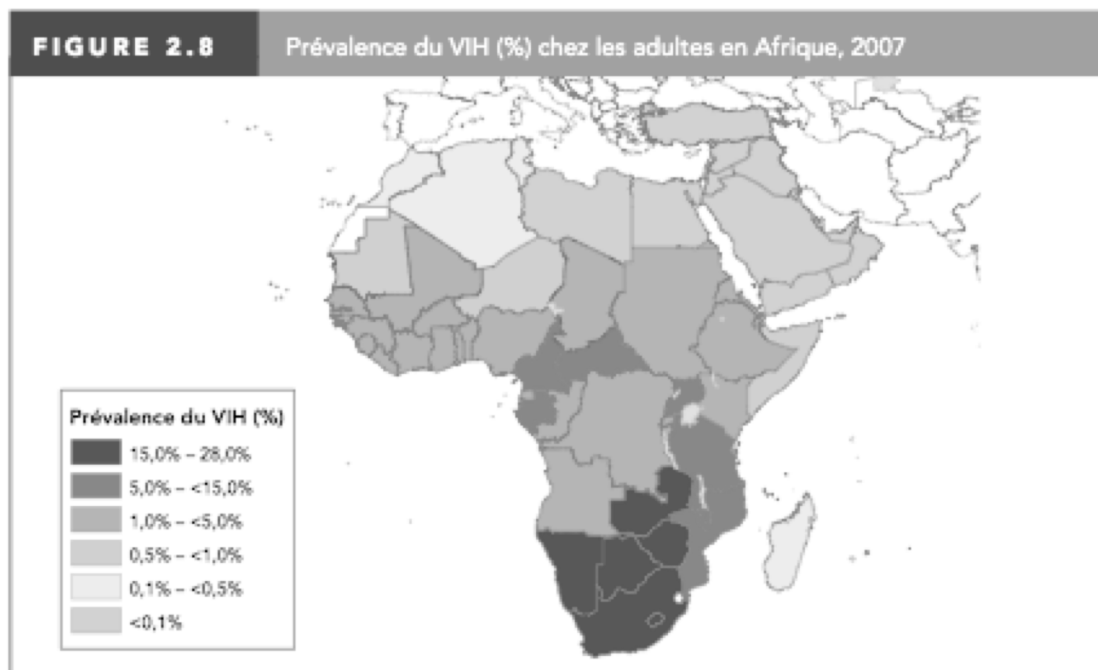
Le nombre global de personnes vivant avec le VIH augmente régulièrement car de nouvelles infections se produisent chaque année, les traitements anti-rétroviraux prolongent la vie des malades et le nombre des nouvelles infections dépasse celui des décès liés au Sida. Aujourd'hui, pour deux personnes qui débutent un traitement anti-rétroviral, cinq sont nouvellement infectées.

Dans toutes les régions du monde, sauf en Afrique subsaharienne, le VIH touche en priorité les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les professionnelles du sexe.

Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie à la naissance de plus de 20 ans, a ralenti la croissance économique et aggravé la pauvreté des ménages. En Afrique subsaharienne, 12 millions d'enfants sont orphelins à cause de l'épidémie. La pyramide des âges de nombreux pays s'est même modifiée. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le VIH a infligé « le plus grand revers du développement humain » de l'histoire moderne (8).

Les femmes représentent la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde. 45% des nouvelles infections à VIH dans le monde concernent des jeunes de 15 à 24 ans. Les enfants de moins de 15 ans sont 370 000 à avoir été infectés en 2007. Le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH est passé de 1,6 millions en 2001 à 2 millions en 2007. 90% d'entre eux vivent en Afrique Subsaharienne. 90% d'entre eux ont contracté le virus au cours de la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, toutes des formes de contamination qui peuvent être évitées. En 2007, 270 000 enfants de moins de 15 ans sont décédés du SIDA, dont 90% en Afrique Subsaharienne.

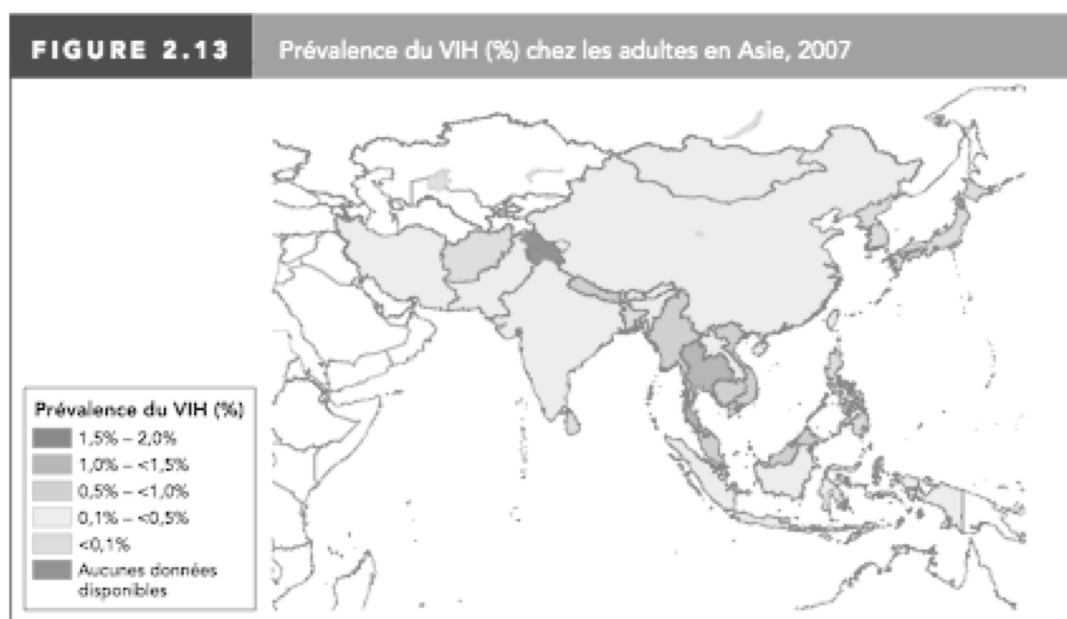
1.2.10.2 En Afrique subsaharienne



Carte 3: Prévalence du VIH chez les adultes en Afrique en 2007. SOURCE: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P41).

C'est la région du monde la plus touchée par l'épidémie. On estime que 1,9 millions de personnes ont été nouvellement infectées en 2007, ce qui porte à 22 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région. 67% du total mondial de 33 millions de personnes vivant avec le VIH sont dans cette région, et 75% de décès liés au SIDA en 2007 s'y sont produits. Les rapports hétérosexuels sont le moteur de l'épidémie. Le commerce du sexe est également un facteur important surtout en Afrique de l'Ouest et la consommation de drogues injectables plutôt en Afrique de l'Est et Australe. Quant aux rapports sexuels entre hommes, ils sont probablement sous-estimés en raison du tabou qui entoure ces pratiques.

1.2.10.3 En Asie



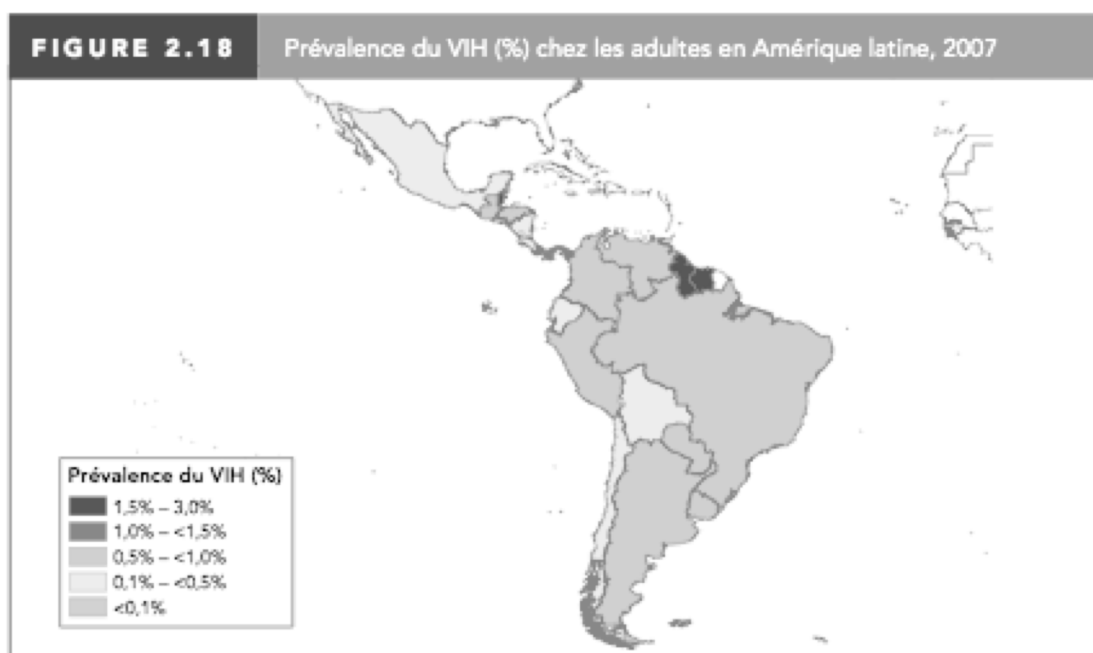
Carte 4: Prévalence du VIH chez les adultes en Asie en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P50).

En Asie (7), on estime à 5 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2007, à 380 000 le nombre de personnes nouvellement infectées en 2007, et à 380 000 le nombre de décès liés au SIDA en 2007. Les épidémies du Cambodge, du Myanmar et de la Thaïlande sont en baisse, tandis que celles d'Indonésie, du Pakistan et du Viet-Nam sont en hausse. La consommation de drogues injectables est un des grands facteurs de risque. S'y associe très fréquemment le commerce du

sexe. Les rapports sexuels entre hommes ont également un rôle non négligeable, mais ils ont été peu étudiés dans ces pays.

En Europe Orientale et en Asie Centrale (7), le nombre total de personnes vivant avec le VIH était de 1,5 millions en 2007, dont 69% en Fédération de Russie et 29% en Ukraine. 110 000 personnes ont été nouvellement infectées en 2007, et 58 000 décès liés au SIDA ont été comptabilisés cette même année. La consommation de drogues injectables est le moteur de l'épidémie, en étroite association avec le commerce du sexe. La proportion de femmes infectées augmente : dans plus de 50% des cas, elles sont contaminées lors de rapports sexuels avec un partenaire qui a contracté l'infection en utilisant du matériel d'injection de drogues contaminé.

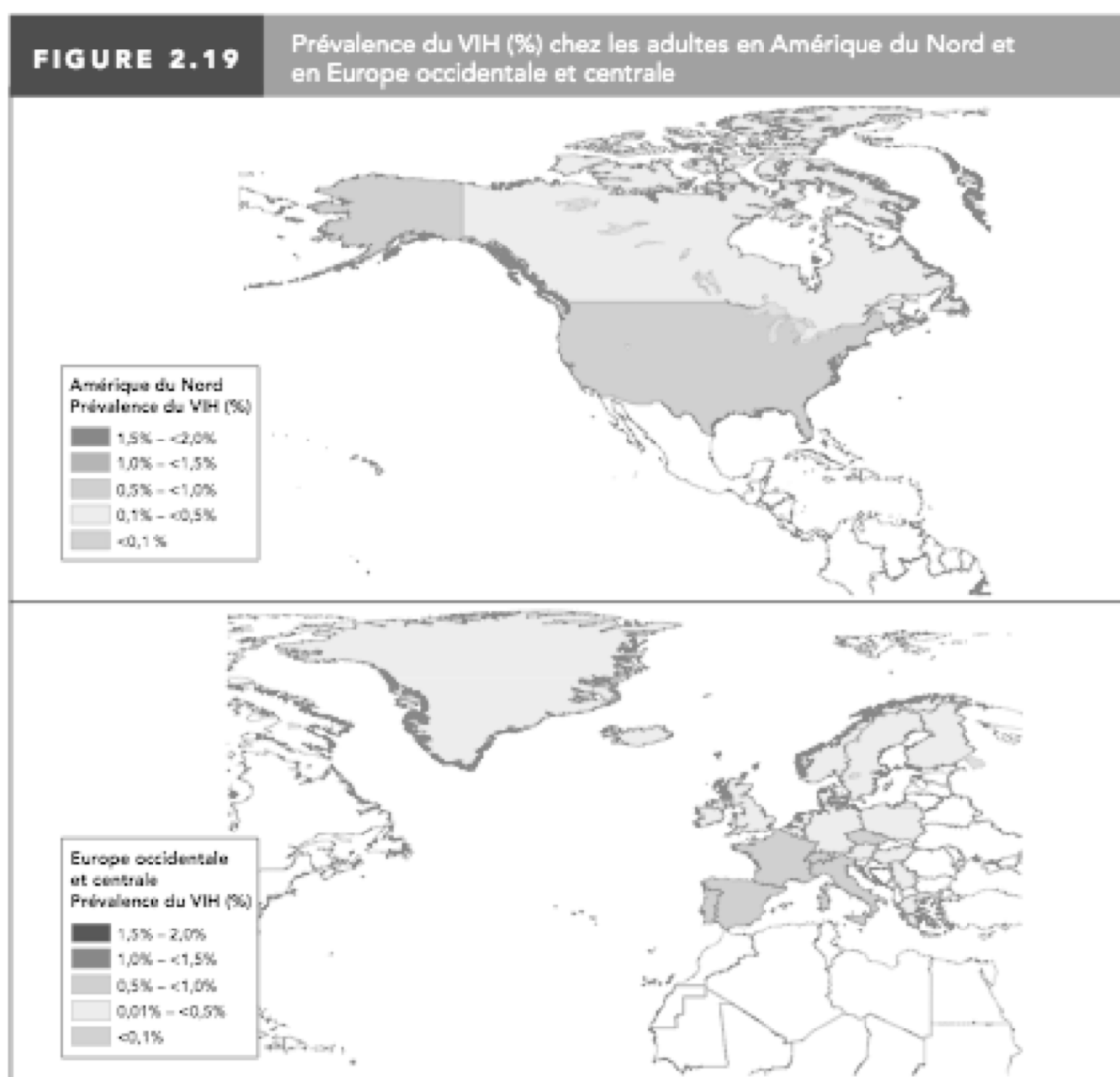
1.2.10.4 En Amérique Latine



Carte 5: Prévalence du VIH chez les adultes en Amérique Latine en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P55).

En Amérique Latine (7), le nombre total de personnes vivant avec le VIH en 2007 était de 1,7 millions. En 2007, 140 000 nouveaux cas et 63 000 décès ont été enregistrés. Les principaux modes de contamination sont les rapports sexuels non protégés entre hommes, le recours aux professionnelles du sexe et dans une moindre mesure la consommation de drogues injectables.

1.2.10.5 En Amérique du Nord et en Europe Occidentale et Orientale

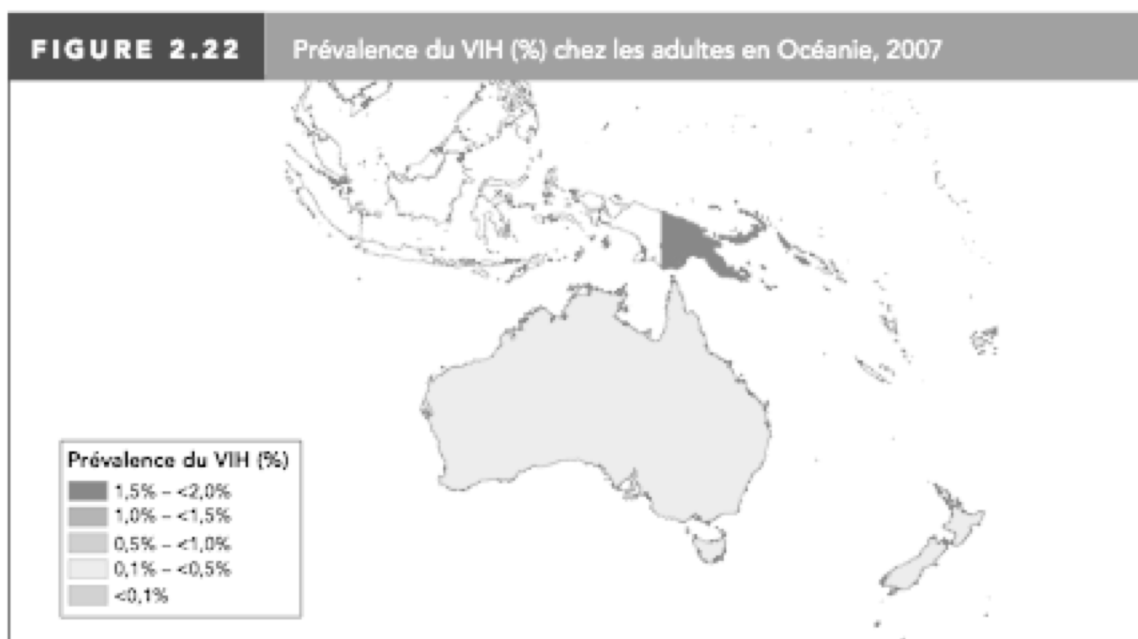


Carte 6: Prévalence du VIH chez les adultes en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P57).

En Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest (7), 2 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007, dont 1,2 millions aux Etats-Unis. 81 000 nouveaux cas et 31 000 décès ont été répertoriés en 2007. En Amérique du Nord, le nombre annuel de nouveaux cas diagnostiqués est stable depuis plusieurs années, mais l'accès aux thérapies anti-rétrovirales qui prolongent la survie permet une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH. En Europe occidentale, le nombre annuel de nouveaux diagnostics est en hausse. Les rapports sexuels entre hommes sont

Au Moyen Orient et en Afrique du Nord (7), 380 000 personnes vivaient avec le VIH en 2007, et 40 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués cette année-là. On dispose de relativement peu d'information sur les épidémies nationales. Le Soudan est le pays le plus touché avec une prévalence de 1,4% en 2007 ; les relations hétérosexuelles rémunérées ou non, non protégées, et la consommation de drogues injectables sont les principaux modes de contamination.

1.2.10.7 En Océanie



Carte 8: Prévalence du VIH chez les adultes en Océanie. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P61).

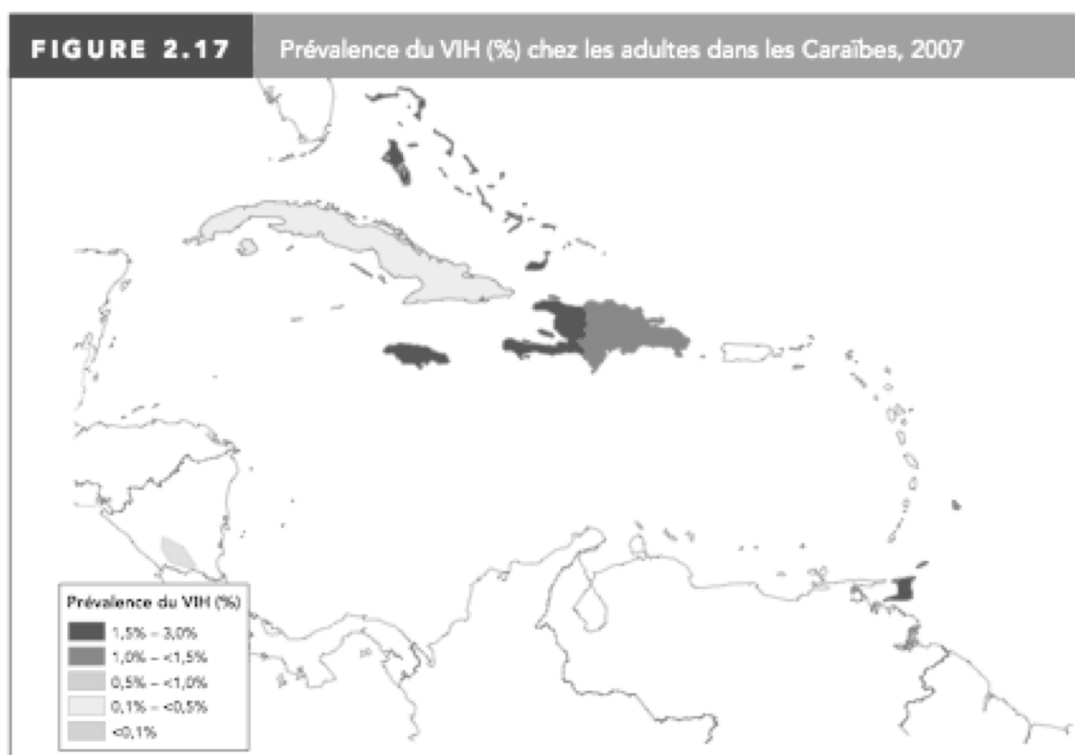
En Océanie (7), on comptait 74 000 personnes vivant avec le VIH en 2007, 13 000 nouveaux cas avaient été diagnostiqués en 2007. Les relations sexuelles non protégées sont le principal mode de contamination.

1.2.11 L'épidémie de VIH/SIDA dans la zone Caraïbe

1.2.11.1 Généralités

La région des Caraïbes est une région complexe sur le plan géographique, politique, culturel, économique et linguistique, comprenant 29 nations et territoires, tous très différents les uns des autres, et regroupant 39 millions d'habitants. Devant l'impact socio-économique de l'épidémie du VIH/SIDA dans cette zone, les 29 pays se sont unis au sein du Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/SIDA (PANCAP) sous l'égide de l'ONUSIDA, afin de mettre en place une riposte multisectorielle, effectuée en étroite collaboration (9).

1.2.11.2 Prévalence



Carte 9: Prévalence du VIH chez les adultes dans la zone Caraïbe en 2007. Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. OMS; 2008 (P56).

- En 2003, on estime la prévalence du VIH à 2,3% ce qui fait de la région Caraïbe la deuxième région la plus affectée du monde après l'Afrique subsaharienne. En 2007 environ 430 000 adultes et 23 000 enfants y vivaient avec le VIH, et il est raisonnable de penser que ce nombre est beaucoup plus élevé, vu que seuls dix pays sont en mesure de donner des informations

épidémiologiques fiables : Bahamas, Barbade, Haïti, Trinité et Tobago, Belize, Guyana, Surinam, Cuba, République Dominicaine.

- En 2007, 20 000 personnes ont été nouvellement infectées et 14 000 sont décédées du SIDA. 75% de ces malades vivent en Haïti et en République Dominicaine (7).
- Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 2,9% des femmes et 1,2% des hommes vivent avec le VIH à la fin de 2003. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans ont une prévalence de 2 à 4 fois plus élevée que celle enregistrée pour les cohortes de femmes de tous les autres âges, et de 3 à 6 fois plus élevée que chez les hommes appartenant au même groupe d'âge.
- La prévalence varie beaucoup d'un pays à l'autre. Par exemple, selon le rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA pour 2004 (10), 3 pays (Bahamas, Haïti, Trinité et Tobago) ont une prévalence nationale du VIH d'au moins 3%. La Barbade se situe à 1,5%, et Cuba a moins de 1%.
- Haïti accuse la prévalence la plus élevée avec 5,6% de la population, de 13% dans le nord-est du pays, à 2% dans le sud. 280 000 Haïtiens vivaient avec le VIH à la fin 2003. En Haïti, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales a baissé de 5,9% en 1996 à 3,1% en 2004 et est stable depuis (11).
- Le Guyana se situe en deuxième position derrière Haïti avec une prévalence variant de 3,5% à 5,5%. Le VIH/SIDA est la première cause de décès parmi les personnes de 25 à 44 ans, et la deuxième cause de décès de façon générale, tout âge confondu (12). Le premier cas d'infection par le VIH y a été reconnu en 1997. Fin 2002, 2588 cas ont été recensés au total depuis le début de l'épidémie. L'incidence annuelle des cas de Sida est passée de 263 cas en 1998 à 423 en 2002. 75% des cas en 2002 ont entre 20 et 49 ans, et la majorité d'entre eux est masculine sauf dans le groupe des 20-24 ans. Georgetown, la capitale, est la zone la plus touchée avec un taux de 144,8/10 000 habitants. La survie des malades après le diagnostic est courte : en moyenne 4,5 mois en 2001.
- Le rapport 2005 de l'ONUSIDA rapporte que les infections à VIH à Trinité et Tobago sont six fois plus fréquentes chez les femmes de 15 à 19 ans que chez les hommes du même âge (13). D'après une enquête menée auprès des femmes ayant accouché à Tobago, la prévalence de femmes séropositives

pour le VIH est de 2,6%. Ce pourcentage est de 3,8% si on ne s'intéresse qu'aux femmes de moins de 25 ans (14).

1.2.11.3 Modes de transmission

- L'épidémie dans la zone Caraïbe est essentiellement hétérosexuelle .
- Toutefois, la transmission parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes est une source importante d'infections, probablement sous-estimée en raison des interdictions légales touchant l'homosexualité et de la stigmatisation à l'encontre des hommes qui la pratiquent. Au moins 12% des infections à VIH notifiées dans cette région sont dues à des rapports sexuels non protégés entre hommes (13,15). C'est le principal mode de contamination à Cuba où les hommes représentent plus de 80% des cas de VIH répertoriés. A Trinité et Tobago, la prévalence du VIH chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes est de 20% (16). Elle est de 21% au Guyana (7), de 11% en République Dominicaine (17).
- Le sex ratio se situe entre 2 et 6 hommes pour une femme (chiffres fiables concernant Barbade, Bermudes, Dominique, Jamaïque, Trinité et Tobago, Cuba, République Dominicaine), ce qui signifie que dans la zone Caraïbe, l'épidémie affecte en majorité des hommes.
- La consommation de drogues injectables n'est pas une source significative de transmission, sauf dans les Bermudes où plus de 40% des cas de SIDA notifiés sont dus à la consommation de drogues injectables, et de Porto Rico.
- La transmission mère-enfant compte pour environ 6% des cas de SIDA recensés dans la zone.

1.2.12 L'épidémie de VIH/SIDA en Guyane Française

Les DFA constituent une cible prioritaire dans la stratégie de prévention de l'infection à VIH/SIDA en France, telle qu'elle a été définie pour les années 2005-2008 par la Direction Générale de la Santé dans le « Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ». La situation épidémiologique y est en effet « plus défavorable qu'en métropole » (18), avec un accroissement de la proportion de cas de Sida en

France diagnostiqués chez des personnes résidant dans les DFA : 6% en 1998, 10% en 2004, alors que la population de ces départements constitue moins de 2% de la population française (19).

1.2.12.1 Nombre de cas

Le taux d'incidence annuel en 2004 du Sida pour 100 000 habitants est de 38,6 en Guyane française, 7,6 en Guadeloupe, 6,7 en Martinique alors qu'il n'est que de 3,3 en métropole (20). En 2005, le taux d'incidence annuel diminue à 21 pour 100 000 habitants en Guyane française (figure 1).

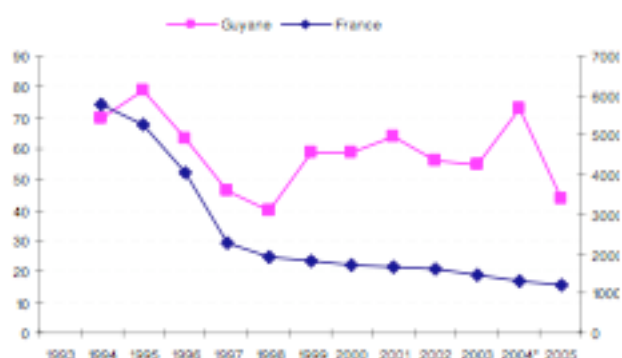


Figure 1: déclarations obligatoires Sida : comparaison entre la France métropolitaine et la Guyane. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

Alors que le nombre de cas annuels de Sida déclarés a chuté en métropole, il persiste à un niveau élevé en Guyane.

La Guyane est donc le département français le plus touché par le VIH. 1074 cas de Sida et 514 décès y ont été déclarés depuis le début de l'épidémie (le premier cas de Sida diagnostiqué remonte à 1981).

En 2009, 1350 personnes sont suivies dans les hôpitaux guyanais, dont 850 à Cayenne, 300 à Saint-Laurent-du-Maroni, 200 à Kourou, soit deux fois plus qu'en 1999.

La figure 2 indique l'évolution des files actives selon le nombre de patients suivis rapportés par chaque service suivant des patients VIH.

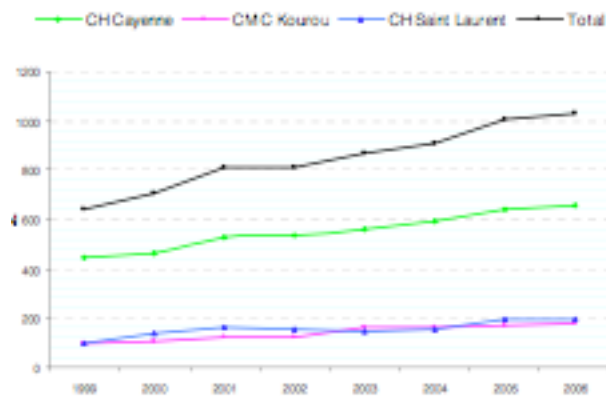


Figure 2: Evolution du nombre de patients adultes suivis dans les trois centres hospitaliers guyanais. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

On observe une baisse du nombre de nouveaux cas à Cayenne et Kourou. A Saint Laurent du Maroni, en revanche, le suivi des patients est très problématique, avec de nombreux patients perdus de vue et de mauvais résultats thérapeutiques.

Un tiers des patients sont au stade Sida (20).

En Guyane française, la dynamique de l'infection est loin d'être stabilisée. En effet, le taux de croissance des nouveaux cas connus est de 6% par an à Cayenne (20). A ce rythme, le nombre de patients va doubler en 2011 et tripler en 2016. Cependant, ce taux de croissance a tendance à diminuer.

Cette augmentation continue du nombre de malades peut correspondre soit à des infections anciennes finissant par être dépistées, soit à des cas importés, soit à de nouvelles contaminations. Il est difficile de déterminer la part de ces trois origines et de dire si le nombre des nouvelles infections augmente à la même vitesse que le nombre de patients suivis à l'hôpital. D'après l'Institut de Veille Sanitaire, 19% des infections par le VIH en Guyane française entre 2003 et 2005 dataient de moins de 6 mois : l'épidémie reste donc active.

1.2.12.2 Transmission

En Guyane française, la transmission du virus est essentiellement hétérosexuelle, de même que dans les autres DFA. Depuis le début de l'épidémie, 82% des cas de Sida

diagnostiqués dans ce département ont été contaminés par voie hétérosexuelle, contre 22% en métropole (figure 3).

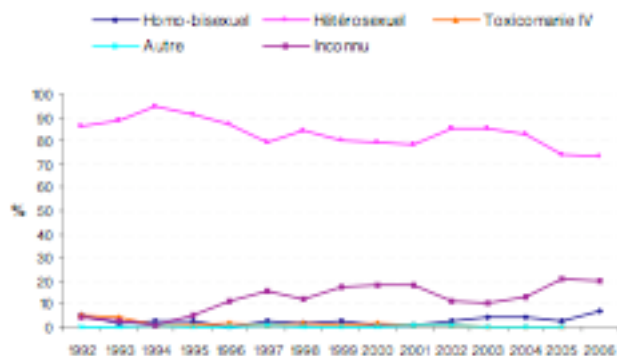


Figure 3: Evolution du mode de contamination au CHAR chez les nouveaux patients. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

1.2.12.3 Les diagnostics classant Sida

Les diagnostics classant Sida à Cayenne sont en 2005, par ordre de fréquence : l'histoplasmose, la toxoplasmose cérébrale, la pneumocystose, la candidose oesophagienne et le syndrome cachectique (figure 4).

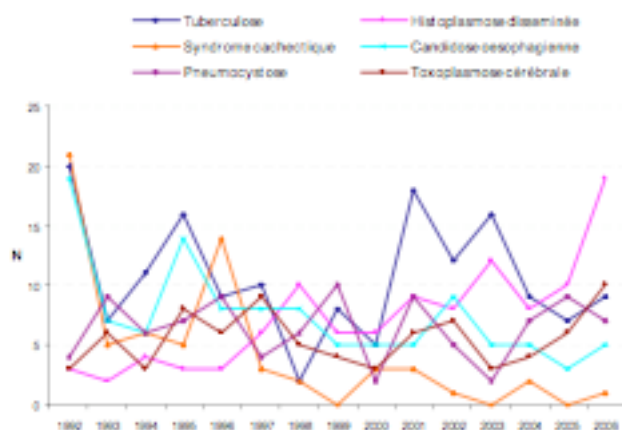


Figure 4: Quelques diagnostics classant Sida au CHAR de 1992 à 2005. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

En comparaison, à Fort de France, il s'agit de : la candidose oesophagienne, la toxoplasmose et la pneumocystose ; et en France de manière générale : la pneumocystose, la tuberculose, la candidose oesophagienne et la toxoplasmose cérébrale.

1.2.12.4 Dépistage et recours aux soins

La plupart des tests positifs sont réalisés chez des patients asymptomatiques (figures 5 et 6).

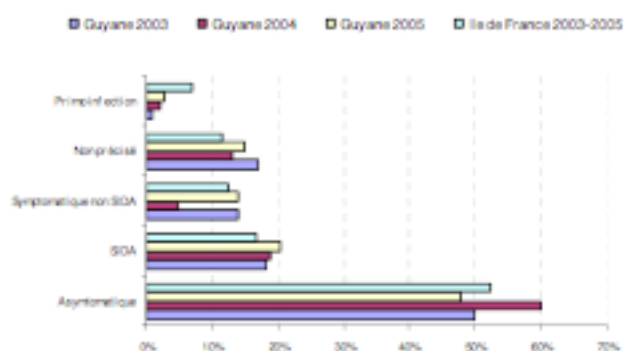


Figure 5 : Symptomatology clinique au moment où le test a été réalisé. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

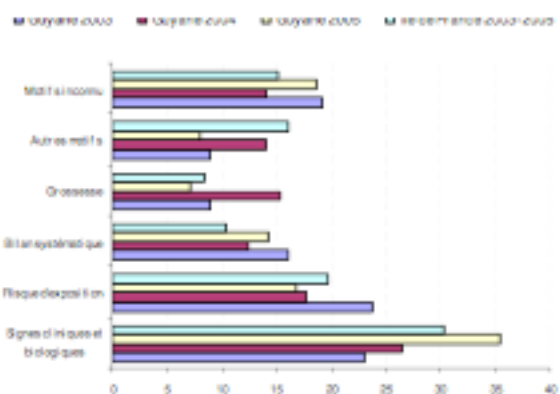


Figure 6 : Motifs de dépistage 2003-2005. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

Il semble cependant qu'il y ait une proportion croissante de patients dépistés avec des signes cliniques et biologiques.

En Guyane, 20% des personnes infectées par le VIH vivant en couple ne le disent pas à leur partenaire (20).

Le dépistage se fait pour deux tiers des cas par les médecins hospitaliers et libéraux, et pour le tiers restant par le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres de prévention et de protection maternelle et infantile (PMI) (20). Pour les femmes enceintes, le dépistage est systématiquement proposé au cours de la grossesse.

Le dépistage et le recours au système de soins sont plus tardifs dans les DFA.

L'absence de progrès dans la précocité du dépistage montre bien que les personnes les plus à risque échappent aux mesures de prévention actuelles.

L'enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH (VESPA) réalisée en 2003 montre que parmi les patients diagnostiqués entre 1996 et 2003, et dont le diagnostic date de plus de 6 mois, 50% ont été diagnostiqués avec une infection avancée dans les DFA, contre 33% en métropole (19). Or, les personnes dépistées tardivement font courir un plus grand risque à leurs partenaires et elles arrivent dans le système de soins à un stade plus avancé. Elles ont donc un risque de mortalité plus grand.

1.2.12.5 Stratégie thérapeutique

En Guyane, en 2009, 80% des patients sont traités (21), cette proportion est stable depuis 1997.

La trithérapie la plus utilisée est : *truvada*®, *reyataz*®, *norvir*® (22) (figure 7). Il y a une diminution des associations de trois inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), car le risque d'échec virologique est grand chez des patients à forte réplication virale. Sont donc privilégiées les associations comprenant deux INTI et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou un inhibiteur de protéase boosté par du ritonavir® (IP/r).

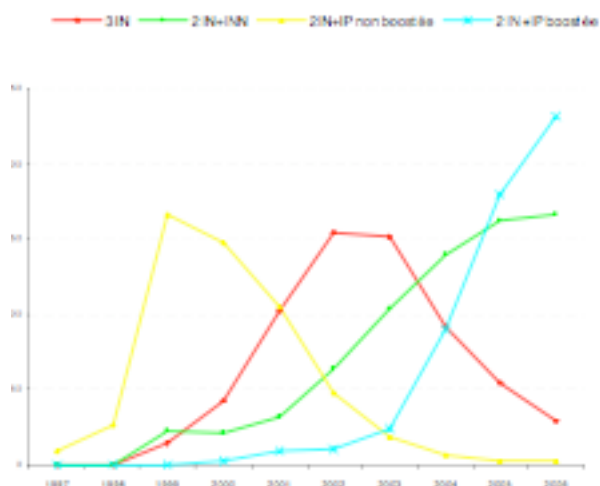


Figure 7 : Evolution des stratégies thérapeutiques au CHAR de 1997 à 2006. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

En 2002, la Guyane avait les plus mauvais résultats thérapeutiques de France. Les résultats sont en nette progression avec 85% des patients qui ont une charge virale inférieure à 50 copies/ml (22) (figure 8). Plusieurs raisons sont invoquées : l'amélioration du rendu des résultats de charge virale et des tests de résistance, les postes vacants pourvus, la mise en place d'infirmières à domicile pour soutenir les patients les moins observants, les changements de stratégie thérapeutique décrits plus haut. Ces bons résultats signifient que les patients prennent globalement correctement leurs traitements, ce qui diminue le risque de sélection de virus mutants résistants aux médicaments anti-rétroviraux.

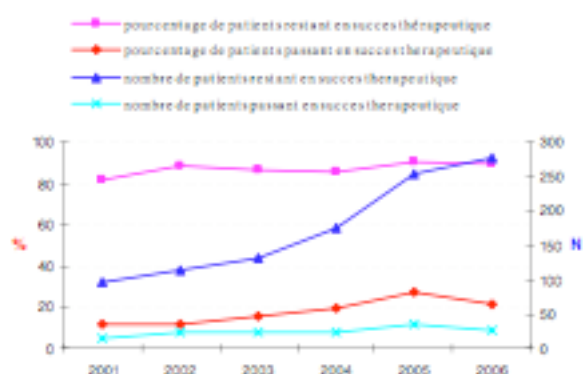


Figure 8 : Evolution des succès thérapeutiques au CHAR de 2001 à 2006. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

Le pourcentage des patients traités passant et restant en succès thérapeutique est en augmentation. Par ailleurs, les échecs immunologiques et virologiques sont en recul (figures 9 et 10).

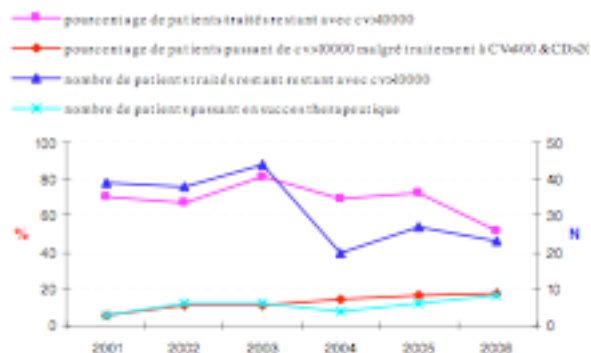


Figure 9 : Evolution des échecs virologiques chez les personnes sous ARV depuis plus de six mois ayant une charge virale inférieure à 400copies/ml. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

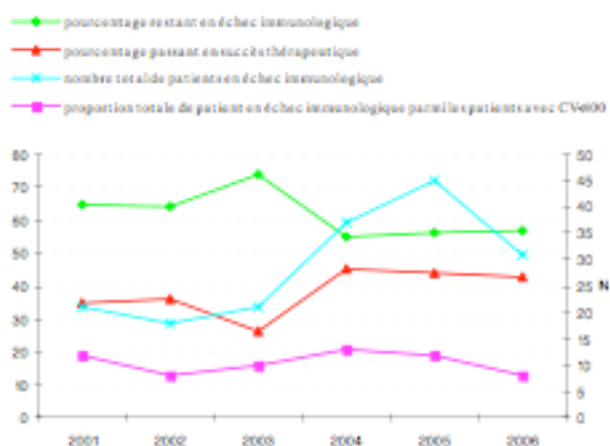


Figure 10 : Evolution des échecs immunologiques (CD4 inférieurs à 200/mm³ et CV inférieure à 400 copies/ml) chez les patients sous ARV depuis plus de six mois ayant une charge virale inférieure à 400. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

Les trithérapies sont utilisées en Guyane depuis près de 10 ans. Tous les médicaments anti-rétroviraux (ARV) sont disponibles dans les DFA, mais l'accès aux nouvelles molécules est rendu difficile par le refus de firmes pharmaceutiques de faire participer les DFA aux essais de phase II et III, par la lenteur des procédures

d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), et par les problèmes financiers des hôpitaux (21).

1.2.12.6 Echec thérapeutique et mortalité

Le pourcentage d'échec thérapeutique est deux à trois fois plus élevé dans les DFA qu'en métropole (19), avec comme conséquence une mortalité causée par le SIDA plus élevée dans ces départements. Ainsi, dans les DFA, 30% des personnes dont le diagnostic de SIDA a été porté en 1997 étaient décédés fin 2004, contre 20% en métropole.

Comme le montre la figure 11, les décès sont en baisse, grâce à l'amélioration des résultats thérapeutiques et à l'intervention d'infirmières à domicile pour les patients les moins observants. Parmi les facteurs de risque de décès, on note les addictions et le retard diagnostique.

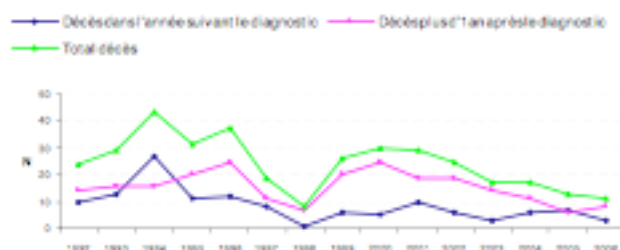


Figure 11 : Evolution du nombre de décès au CHAR selon la date de diagnostic. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

1.2.12.7 Sex ratio

Les hommes sont majoritaires parmi les déclarations de SIDA (figure 12).

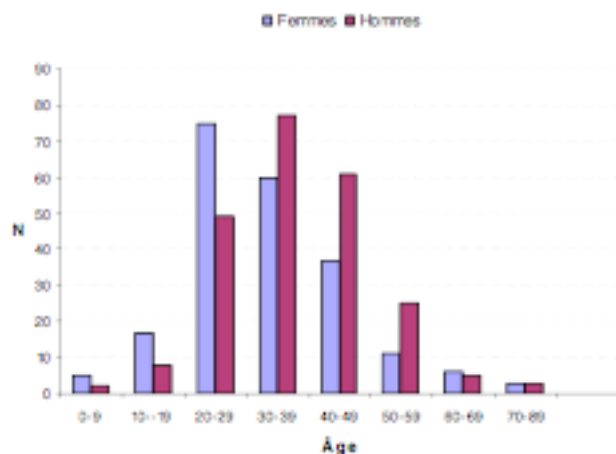


Figure 12 : Déclarations obligatoires de sida cumulées en Guyane de 2003 à juin 2006 par âge et par sexe. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

Les femmes sont surtout dépistées entre 20 et 30 ans, le plus souvent à la faveur d'une grossesse, et les hommes plutôt entre 30 et 40 ans.

Le sex ratio avoisine les 2,5 chez les patients français suivis à Cayenne, alors qu'il est inférieur à 1 chez les patients d'origine étrangère (figure 13). La part légèrement plus importante d'homosexualité parmi les patients français en est certainement une des causes. Mais il faut aussi mettre en relief un contexte social particulier, dans lequel des hommes, le plus souvent français, ayant une situation confortable peuvent multiplier les relations avec des femmes dépendantes économiquement, en situation de précarité, le plus souvent d'origine étrangère, et se mettent ainsi en position de multiplication des prises de risque.

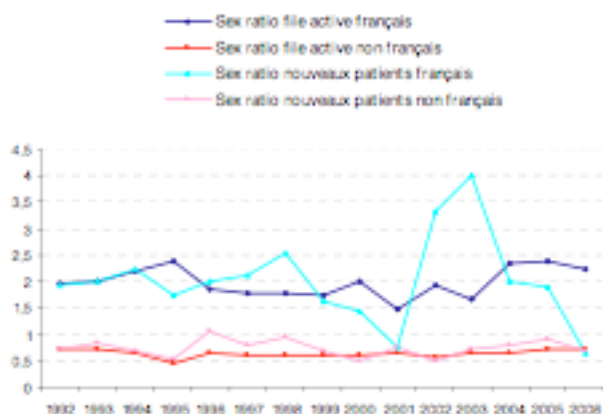


Figure 13 : Différence de sexe ratio entre patients français et migrants au CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

1.2.12.8 Age des patients

Toutes les catégories d'âge sont touchées. En 2005, l'âge médian des hommes suivis à Cayenne est de 46 ans, celui des femmes de 38 ans et 25% des patients ont plus de 50 ans. La différence d'âge moyen entre hommes et femmes s'explique par le fait que les femmes sont diagnostiquées plus précocément à la faveur des grossesses.

1.2.12.9 Nationalité des patients

Parmi les cas de SIDA diagnostiqués entre 2000 et 2004 en Guyane française, 67% sont de nationalité étrangère, contre 9% en Martinique, 36% en Guadeloupe (surtout à Saint Martin), 34% en métropole, 51% en Ile de France. La grande majorité de ces étrangers sont originaires d'Haïti (19). En Guyane, les étrangers constituent 30% de la population, mais ce sont 80% de personnes d'origine étrangères qui constituent la file active de patients suivis à Cayenne (figure 14).

Comme le montre la figure 14, les patients haïtiens constituent la communauté la plus affectée par le VIH, bien qu'il y ait une légère baisse du nombre de cas. Le nombre des patients originaires du Guyana est, lui, en augmentation.

Le nombre de patients français suivis à l'hôpital de Cayenne est en cours de stabilisation. Peut-être est-ce dû à l'impact positif de la prévention chez les Français. Cependant, un certain nombre de patients guyanais se font suivre par des médecins

de ville plutôt qu'à l'hôpital par crainte de la stigmatisation s'ils étaient vus en train de consulter au niveau de la consultation dédiée au VIH/SIDA au centre hospitalier de Cayenne.

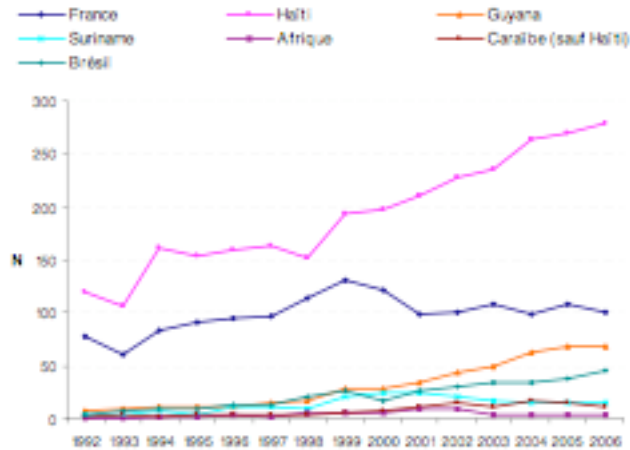


Figure 14 : Evolution du nombre de patients suivis au CHAR par nationalité. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

Depuis 1999, on observe une stabilisation du nombre des patients français suivis à Cayenne.

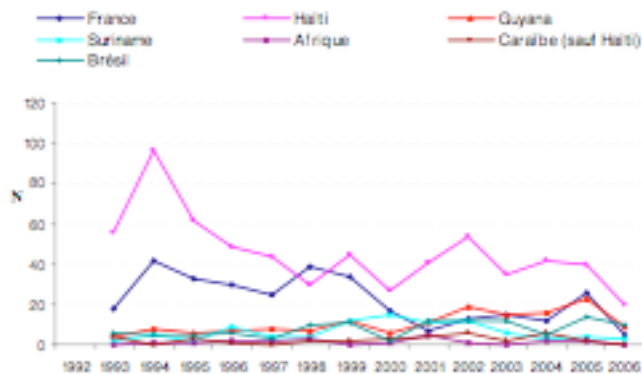


Figure 15 : Evolution du nombre de nouveaux patients par année et par nationalité au CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

De 1999 à 2004, on observe une cassure du nombre de nouveaux patients français au CHAR.

Comme le souligne le rapport du Conseil National du Sida relatif aux départements d'outre-mer (23) « la prise en compte des flux migratoires et de l'environnement régional est cruciale dans la lutte contre le VIH/SIDA dans les départements d'outre-mer. Elle doit se traduire à la fois par l'amélioration de la prise en charge des migrants et la poursuite de programmes de coopération régionale »

Les soignants se trouvent confrontés à des difficultés liées à la prise en charge de cette population d'origine étrangère : barrière de la langue, particularités socio-culturelles, représentations magico-culturelles du corps et de la maladie, précarité des conditions sociales avec souvent situation irrégulière et absence de couverture sociale, entravant le recours aux consultations médicales.

L'épidémie de VIH/SIDA touche principalement les populations précarisées, vulnérables, en situation d'exclusion sociale. Or en Guyane française, ces populations sont plus importantes que dans le reste du pays. La précarité, les situations de rupture (migratoires et familiales) et l'absence d'intégration sociale constituent des freins à la prévention. En effet, pour ces personnes confrontées à ces situations difficiles, la prise en compte des problématiques sanitaires est diminuée, et la perception des risques liés à la santé est limitée. La santé est « renvoyée au rang de préoccupation secondaire » (24), ce qui constitue autant de freins limitant l'adoption de comportements de prévention.

Par ailleurs, les enquêtes « connaissance, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA » réalisées en France montrent que les personnes qui ont eu le moins accès à l'éducation ont un niveau de connaissance sur le VIH plus faible et que les comportements de prévention sont moins fréquents chez les personnes les moins diplômées (25). En Guyane, ces caractéristiques concernent essentiellement la population d'origine étrangère, d'ailleurs majoritaire dans la file active des patients suivis à Cayenne.

1.2.12.10 Transmission materno-fœtale

Le pourcentage des femmes enceintes séropositives est un indicateur de la prévalence du VIH dans la population générale. En Guyane, ce taux est supérieur à 1%, ce qui place le département en zone d'épidémie généralisée, selon la définition de l'OMS : le virus infecte donc toutes les catégories de la population et ne se

cantonne pas à certains groupes à risque. Cependant, en réalité, l'épidémie est plutôt mixte, avec des groupes à risques dans lesquels l'épidémie progresse, et des cas en population générale, sans qu'il existe une situation d'épidémie au sein de ces groupes.

Chez les parturientes d'origine haïtienne, ce taux est même de 3,5%. La prévalence augmente chez les patientes guyanaises et brésiliennes (figure16).

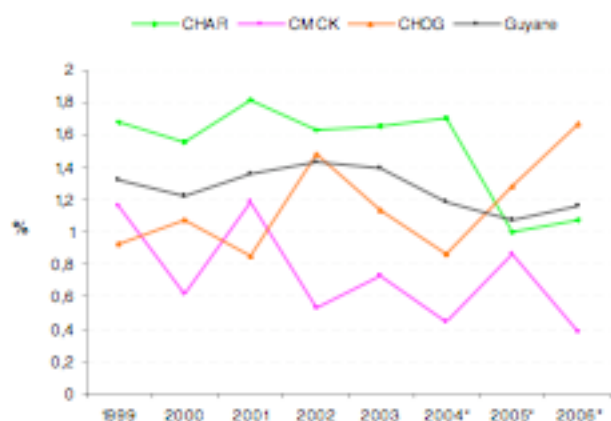


Figure 16 : Evolution de la prévalence brute du VIH chez les parturientes dans les trois hôpitaux guyanais. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

La prévalence brute du VIH chez les femmes enceintes venant d'accoucher reste supérieure à 1%. Elle semble baisser à Cayenne et Kourou, mais la tendance est à la hausse à Saint Laurent du Maroni.

Il existe de grandes différences du taux de prévalence chez les parturientes selon les nationalités (figure 17).



Figure 17 : Evolution du taux de prévalence du VIH chez les parturientes par nationalités au CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

L'étude des facteurs de risque de la transmission mère-enfant montre que les femmes ayant plus de quatre enfants, ayant allaité, les mères non suivies et non traitées ainsi que les femmes connaissant leur séropositivité avant la grossesse ont plus de risque de transmettre le virus à leur enfant.

En 2001, le taux de transmission materno-fœtale a atteint 12,5%. En 2007, 37 enfants séropositifs pour le VIH sont suivis dans le service de pédiatrie à Cayenne et 73 enfants nés de mères infectées par le VIH sont suivis pour savoir s'ils ont été infectés et détecter d'éventuelles toxicités liées à l'exposition aux molécules anti-rétrovirales in utero. On compte un cas de mitochondriopathie confirmé et deux cas suspectés. En 2006, 35 enfants sont nés de mères séropositives à Cayenne et en 2006 et en 2007, 3 enfants ont été infectés à la naissance à Cayenne malgré les efforts de coordination des différents acteurs.

1.2.12.11 Les accidents d'exposition

Deux tiers des accidents d'exposition sexuels au VIH concernent des hommes, dont 60% de militaires qui disent avoir eu une rupture de préservatif lors d'un rapport avec une prostituée. Les trois quarts des femmes consultant pour un accident d'exposition sexuel au VIH sont victimes de viol.

Les consultations pour accident d'exposition sexuelle au VIH sont en augmentation ce qui semble montrer que les traitements prophylactiques sont mieux connus dans la population générale. 57% de ces patients ont été traités en 2006 car le partenaire source est le plus souvent non dépisté.

En ce qui concerne les accidents d'exposition au sang (AES) au niveau de l'hôpital de Cayenne, il y en a dix pour cent lits par an, chiffre stable et comparable à la métropole. 11% seulement d'entre eux donnent lieu à un traitement, la source étant le plus souvent connue et volontaire pour être dépistée.

Les autres accidents d'exposition concernent des morsures humaines ou des plaies au cours de rixes (figure 18).

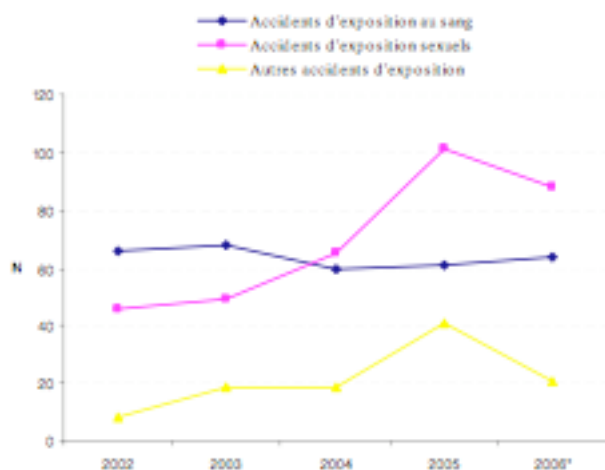


Figure 18 : Evolution des accidents d'exposition au sang à l'hôpital de Cayenne. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

NB *: 19 dossiers non renseignés sont à rajouter en 2006 soit un total de 192 accidents d'exposition au VIH au total en 2006.

Le nombre d'Accidents d'exposition au sang reste stable.

42% d'entre eux donnent lieu à un traitement.

1.2.12.12 Le centre de dépistage anonyme et gratuit de l'hôpital de Cayenne

Son activité est croissante, malgré une fermeture de quelques mois en 2002-2003. On note un pic de fréquentation en 2005, suivi d'une baisse en 2006 (figure 19). La prévalence du VIH avoisine les 1% parmi les personnes testées en 2006. Si l'on se rapporte au bassin de population drainé par le CDAG de Cayenne, le taux de fréquentation est 2 fois plus élevé qu'en métropole, malgré des horaires limités (3 demi-journées par semaine).

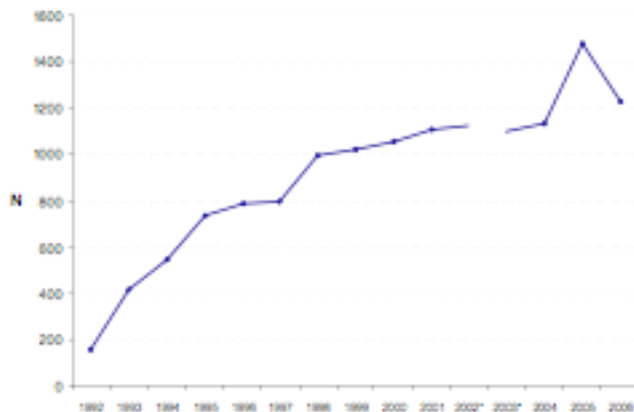


Figure 19: Nombre de consultants à la CDAG du CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

L'activité du CDAG reprend fortement après s'être interrompue pendant plusieurs mois en 2002-2003.

Comme le montre la figure 20, la prévalence du VIH au CDAG oscille autour de 1% des personnes testées.

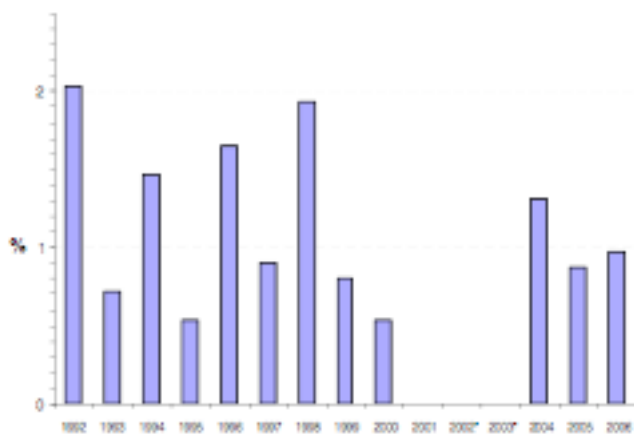


Figure 20 : Evolution de la prévalence du VIH au CDAG du CHAR. Source : Rapport d'activité CISH 2006. Point sur la prise en charge du VIH en Guyane : octobre 2007.

1.2.12.13 Comportements sexuels, infections sexuellement transmissibles (IST) et interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Il est intéressant également de se pencher sur les caractéristiques des comportements sexuels parmi la population des DFA et plus particulièrement de Guyane. L'enquête « Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane » (ACSAG), réalisée en 1992, financée par l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le SIDA), sous la responsabilité de Michel Giraud et Augustin Gilloire, auprès de 2634 personnes de 18 à 69 ans, a été la première recherche réalisée au début des années 1990 dans les DFA (26). Fin 1992, le nombre de cas cumulés de SIDA rapportés à la population était déjà sept fois plus élevé en Guyane que dans la France entière. Cette enquête s'est intéressée aux comportements sexuels des populations, aux connaissances et attitudes face au VIH et aux comportements de prévention face au VIH.

- o Un des résultats de cette étude est que le multipartenariat est beaucoup plus répandu chez les hommes des DFA qu'en métropole. Il y est trois fois plus pratiqué en Guyane française qu'en métropole, deux fois plus en Martinique et en Guadeloupe. Ce comportement persiste avec l'âge. Si en Martinique et en Guadeloupe, il concerne un nombre important d'hommes en couple et s'apparente à des « formes de polygamie » impliquant des relations stables, en Guyane, il est moins stable et est à rapprocher de la fréquence élevée de recours à la prostitution dans ce département.
- o Une autre caractéristique notable est que les hommes des DFA, et surtout ceux de Guyane, ont une précocité sexuelle plus importante par rapport aux hommes de métropole (19). Parmi les hommes de moins de 40 ans, 44% en Guyane avaient déjà eu un rapport sexuel à 15 ans, contre 30% en Guadeloupe et 39% en Martinique.
- o De plus la fréquence de l'activité sexuelle, mesurée à partir du nombre moyen de rapports sexuels déclarés au cours du dernier mois, est supérieure chez les hommes et les femmes de Guyane (19) : les hommes déclarent une moyenne de 8,9 rapports durant le dernier mois, contre 7,2 aux Antilles, et les femmes 6,7 contre 5,0.

- o En Guyane, le recours à la prostitution au cours des cinq dernières années précédant l'enquête est de 10% pour les hommes de 18 à 44 ans (19), proportion semblable à celle de Guadeloupe, mais cinq fois supérieure à celle de Martinique.
- o L'utilisation du préservatif parmi les hommes ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1996 est plus faible en Guyane : il est de 64%, contre 78% en Guadeloupe et 88% en Martinique (19).
- o Une autre spécificité des DFA est la fréquence plus élevée des infections sexuellement transmissibles (IST) : parmi les personnes sexuellement actives interrogées dans l'enquête « connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA aux Antilles et en Guyane en 2004 » (19), près de 20% d'entre elles déclarent avoir eu au moins une IST dans les DFA, contre 15% en métropole. Ce pourcentage est plus élevé en Guyane (25% pour les femmes, 24% pour les hommes) qu'en Martinique (respectivement 15% et 18%), et en Guadeloupe (respectivement 17% et 18%).
- o Enfin, le recours aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) est nettement plus élevé dans les DFA, et surtout en Guyane : 32% des femmes dans les DFA (19) ont subi au moins une IVG, contre 20% en métropole. Ce sont 38% des femmes de Guyane qui ont eu recours au moins une fois à une IVG, contre 28% en Martinique et 33% en Guadeloupe. En Guyane, 10% des IVG ont lieu chez des femmes de 18 ans, alors que cette proportion est d'environ 3% aux Antilles. Au total, dans les DFA, près d'une femme sur deux arrive à la cinquantaine en ayant eu recours au moins une fois dans sa vie à une IVG, contre moins d'un tiers en métropole. Ce recours aux IVG concerne toutes les catégories de femmes, avec cependant certains groupes plus exposés : les personnes nées dans la Caraïbe, en Amérique du Sud, ou en Guyane française ; les femmes non mariées et les femmes ayant eu plusieurs partenaires dans les cinq dernières années. Le niveau d'éducation, ou les indicateurs de précarité sont quant à eux peu associés au recours aux IVG dans les cinq années précédentes.

- o Les violences sexuelles, qui constituent un risque d'exposition au VIH, sont plus fréquemment observées en Guyane (19) : les femmes guyanaises sont 12% à dire « avoir déjà été forcées à avoir des rapports sexuels contre leur volonté » contre 7% aux Antilles.
- o Finalement, cette prévalence des IST et des IVG plus importante en Guyane confirme bien que l'utilisation du préservatif y est plus irrégulière et que les prises de risque y sont plus importantes par rapport à métropole ou aux Antilles.
- o Mais, malgré tout, le recours au dépistage y est également plus important et mieux ciblé en fonction des caractéristiques de l'activité sexuelle : 22% des hommes et 25% des femmes ont pratiqué un dépistage du VIH dans l'année qui a précédé l'enquête, contre une personne sur six aux Antilles. Les personnes ayant eu de multiples partenaires dans l'année sont plus nombreux à avoir pratiqué le dépistage, alors que cette différence n'est pas retrouvée aux Antilles entre les multipartenaires et les monopartenaires (19).

1.3 La prostitution

1.3.1 Définition

Une définition de la prostitution (27) est proposée par l'ONUSIDA : elle désigne « les adultes et les jeunes de sexe féminin ou masculin et transsexuel(le)s qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement, soit occasionnellement, et qui peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus ».

Pour définir la prostitution, il faut utiliser un langage qui ne stigmatise pas les individus et qui reconnaisse que la plupart de celles et ceux qui s'y adonnent la considère avant tout comme un moyen de subsistance. Le terme le plus approprié est celui qui se définit par rapport au contexte local et il doit refléter la façon dont les personnes qui la pratiquent se perçoivent dans ce rôle. L'expression « professionnel(le)s du sexe s'impose sur celui de « prostitué(e)s » car les intéressé(e)s pensent qu'il est moins stigmatisant et que la notion de travail qu'il recouvre correspond mieux à leur vécu. La majorité des professionnel(le)s du sexe ne se définissent pas en tant que tel(le)s et considèrent ce travail comme une activité transitoire.

1.3.2 Epidémiologie de la prostitution dans le monde

Le commerce du sexe est un phénomène universel, souvent illégal, clandestin et difficile à appréhender. Il est donc très difficile de déterminer le nombre de personnes y participant. On estime qu'il y a des dizaines de millions de prostitué(e)s dans le monde. La grande majorité est constituée de femmes, mais les transsexuel(le)s et les hommes s'y adonnent également. Il est également très difficile d'avoir une idée précise du degré de fréquentation des professionnel(le)s du sexe par les hommes : on estime à des centaines de millions le nombre de clients dans le monde (28).

1.3.3 Différents types de prostitution

Le commerce du sexe s'accroît avec les bouleversements politiques et socio-économiques. Il est favorisé quand co-existent demande de services sexuels et un contexte propice, à savoir : anonymat ; proportion d'hommes élevée par rapport à celle des femmes; disparités socioéconomiques rendant le commerce du sexe

financièrement abordable pour le client et gagne-pain attractif pour les professionnel(le)s.

On peut distinguer trois catégories de commerce du sexe : l'un est organisé, « officiel », et s'effectue en général dans des établissements spéciaux. Le deuxième est pratiqué par des personnes travaillant dans la rue, pour leur propre compte. Le dernier est constitué par des individus qui se vendent de façon occasionnelle pour répondre à des besoins matériels immédiats (frais de scolarité des enfants, factures à payer, ...)

Une typologie du travail du sexe, établie par Scambler pour les professionnel(s) du sexe de Londres (28) et applicable dans le monde entier, est présentée dans le tableau suivant :

Carrer	Example
Coerced	Abducted
Destined	Family or peers in trade
Survivors	Drug users, single parents, debtors
Workers	Permanent job
Opportunists	Project financing
Bohemians	Casuel, whithout need

Tableau 2: A typology of sex careers. Source: Scambler G. Sex work stigma: opportunist migrants in London. Sociology, 41, 1079-1096.

1.3.4 Prostitution et épidémie de VIH/SIDA

1.3.4.1 Généralités

L'OMS définit les professionnel(le)s du sexe comme l'une des quatre populations clés dans l'épidémie du VIH/SIDA (7).

Pour s'attaquer avec efficacité à la propagation du virus parmi les travailleurs(euses) du sexe et leurs clients, il est important de comprendre ce qui pousse les individus vers cette activité. Les raisons sont très variables : certains la pratiquent pour des raisons économiques, car elle représente leur seule possibilité d'emploi ou celle qui paie le mieux. C'est le cas par exemple des personnes à faible niveau d'instruction,

ou en situation de migration, victime de la barrière de la langue, ou en situation d'illégalité en cas d'absence de papiers d'identité. D'autres sont pris dans l'engrenage de la violence, la toxicomanie ou la traite d'êtres humains. Le dénominateur commun reste la précarité.

De plus, qui dit prostitution, dit stigmatisation, marginalisation, surtout envers la femme qui la pratique. L'isolement social qui en découle limite l'accès aux services juridiques, sanitaires et sociaux, ce qui accroît la vulnérabilité, notamment au VIH. Par ailleurs, l'absence de lois protectrices les prive de la possibilité de porter plainte si elles subissent un viol par exemple. A contrario, elles sont souvent victimes de mesures répressives. La clandestinité du commerce du sexe rend la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA et de IST très difficiles à mettre en œuvre.

Globalement, les circonstances de la vie qui forcent les individus, quel que soit leur âge, à s'adonner au commerce du sexe sont les mêmes qui les privent de pouvoir personnel. Or le pouvoir personnel est essentiel pour négocier l'usage du préservatif ou la pratique d'actes sexuels sans risque.

Les facteurs qui accroissent la vulnérabilité des professionnel(le)s du sexe face au VIH/SIDA sont les suivants :

- stigmatisation,
- marginalisation,
- perspectives économiques limitées,
- accès limité aux services sanitaires, sociaux et juridiques,
- accès limité à l'information et aux moyens de prévention,
- exploitation sexuelle,
- inégalités sexospécifiques,
- absence de législation ou de politique protectrice,
- exposition aux risques associés au mode de vie (violence, toxicomanie, mobilité avec le risque d'être en situation d'illégalité).

Ainsi, par rapport aux autres groupes de population au sein d'un pays, le taux d'infection par le VIH parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients est nettement plus élevé. Et c'est d'abord parmi les professionnel(le)s du sexe que l'infection à VIH se propage avant de gagner la population générale .

Les facteurs majeurs corrélés à l'épidémie de VIH sont les suivants :

- nombre journalier de clients,
- fréquence de recours des hommes au commerce du sexe,
- taux d'utilisation du préservatif,
- antécédent d'infections sexuellement transmissibles (IST), consommation de drogues injectables, violence.

Il est à noter que la plupart des professionnel(le)s du sexe déclarent adopter moins fréquemment les pratiques préventives avec leurs partenaires réguliers qu'avec ceux qui paient.

Cependant, des études révèlent que les prostitué(e)s sont parmi les personnes les plus susceptibles de réagir positivement aux programmes de prévention du VIH et des IST. Il est donc primordial de renforcer les mesures visant à les amener à pratiquer une sexualité à moindre risque, tant avec leurs partenaires attirés, qu'avec leurs clients. Les programmes de prévention efficaces mélangent diverses stratégies parmi : la promotion du comportement sexuel à moindre risque ; la promotion et mise à disposition des services de prévention et de prise en charge des IST ; les actions de proximité et éducation par les pairs ; la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; un plaidoyer pour une réforme des lois au niveau national et local. En effet, là où le commerce du sexe est illégal, la pénalisation des prostitué(e)s entraîne un moindre recours aux services de santé. Il est également fondamental d'avoir une participation active des professionnel(le)s du sexe à toutes les phases de développement, de mise en place et d'évaluation des différents projets.

1.3.4.2 Prostitution et IST

Les infections sexuellement transmissibles (IST) dont sont fréquemment atteint(e)s les professionnel(e)s du sexe jouent un rôle de co-facteur de l'infection à VIH. Or ces infections sont le plus souvent curables à l'aide d'antibiotiques. Eliminer les IST permettrait de diminuer la transmission du VIH.

Les approches de santé publique pour le contrôle des IST se font dans trois domaines d'intervention :

- Promotion de l'utilisation du préservatif entre les travailleurs(euses) du sexe et leurs clients ;

- Amélioration du diagnostic et du traitement des IST curables par antibiotiques ;
- Diminution de la demande pour le commerce du sexe.

L'élément indispensable de ces modèles est le contrôle des IST parmi les professionnel(le)s du sexe, selon trois stratégies possibles (29) :

- Diagnostique et traitement des professionnel(le)s du sexe symptomatiques. Mais certain(e)s d'entre eux(elles) sont asymptomatiques. De plus le diagnostique étiologique nécessite le recours à un laboratoire. Une approche syndromique ne peut s'appliquer aux patients asymptomatiques.
- Examen régulier des professionnel(le)s du sexe, symptomatiques ou non. Mais cette stratégie nécessite un laboratoire.
- Traitement présomptif des professionnel(le)s du sexe, symptomatiques ou non, ce qui permet de toucher les personnes asymptomatiques et de s'affranchir d'un laboratoire. Le traitement présomptif est épidémiologique : il consiste à traiter des individus qui ont un risque élevé d'avoir une maladie. Les traitements antibiotiques sont donc donnés pour traiter une infection éventuellement présente. Cette attitude permet de faire baisser rapidement la prévalence des IST, mais il s'agit d'une mesure temporaire car quand la prévalence chute, la justification épidémiologique de ces traitements est plus faible. Des stratégies plus complètes à long terme sont donc nécessaires pour maintenir ce taux bas. Par ailleurs, ces traitements présomptifs ne sont pas efficaces contre l'herpès virus, le papilloma virus (HPV) et le VIH. Il faut de toute façon les accompagner de discours de prévention, sinon une impression de fausse sécurité peut s'installer chez les professionnel(le)s du sexe, ce qui aurait pour conséquence une moindre utilisation du préservatif.

La Thaïlande a agi avec succès en appliquant ces principes dans les années 1990. Ainsi grâce à une communication ciblée et des interventions pour la promotion du préservatif et le traitement des IST, moins d'hommes ont eu recours au commerce du sexe, le taux d'utilisation du préservatif dans les relations sexuelles payantes est passé de 14% à 80% et l'incidence des IST a diminué de 95% en 10 ans. Dans le même temps, la prévalence du VIH dans la population générale s'est stabilisée puis a diminué (30,31).

Un autre exemple est donné au Sénégal, où le commerce du sexe est légal : l'examen médical régulier des prostituées a contribué à faire baisser le taux de prévalence du VIH (32).

1.3.4.3 Prostitution et VIH dans le monde

- En Asie

La majorité des nouvelles infections par le VIH sont contractées par des relations sexuelles payantes. Par exemple au Viet-Nam la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe est passée de 0,06% en 1994 à 6% en 2002. En Chine, on estime que les prostituées et leurs clients représentent 20% des personnes vivant avec le VIH (28).

- Au Moyen Orient et en Afrique du Nord

La prostitution a été moins étudiée. Par exemple, à Tamanrasset, la séroprévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe est passée de 1,7% en 2000 à 9% en 2004 (28).

- En Europe de l'Est et en Asie Centrale

Peu de données sont disponibles. Ainsi, à Saint Petersburg, une étude a montré que 33% des prostituées de moins de 19 ans étaient séropositives (28).

- En Afrique subsaharienne

A Dakar, le taux d'infection chez les femmes enceintes et les donneurs de sang est de 1.7%, alors qu'il est de 10% chez les prostitué(e)s. La séroprévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe est de 73% en Ethiopie, 68% en Zambie, 40% au Bénin, 31% en Côte d'Ivoire, 27% à Djibouti et 23% au Mali (33).

- Dans les pays occidentaux

La prévalence du VIH parmi les prostituées est basse et stable, avec un facteur de risque majeur : la consommation intra-veineuse de drogues (34).

1.3.4.4 Prostitution et VIH dans la zone Caraïbe

- Au Surinam

Au Surinam, la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe est de 21% dans une étude de 2005 (33).

- En Jamaïque

Ce taux est de 9% dans une étude de 2006 (35).

- A Trinité et Tobago

La transmission du VIH y est essentiellement hétérosexuelle, et le principal moteur de l'épidémie est représenté par les jeunes filles qui ont des relations sexuelles avec des hommes plus âgés en échange d'argent ou de cadeaux.

Une étude a été menée dans deux villes (Sea Lots et Point Fortin) de novembre à décembre 2007 auprès de jeunes femmes âgées de 16 à 24 ans (36). Il en ressort que relations sexuelles et argent sont indissociables dans ce pays de 1,3 millions d'habitants. Les jeunes femmes sont même encouragées dans ces relations payantes avec des hommes plus âgés par leur mère. Une distinction est toutefois faite entre les partenaires « officiels » et les autres, qui subviennent à leurs besoins en contrepartie de relations sexuelles.

- En République dominicaine

On estime à 50 000 le nombre de femmes prostituées à Saint Domingue. En 2005, d'après une étude du ministère de la santé, la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe est de 3% contre 1,7% dans la population générale (37).

- Au Guyana

Des études « connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST et de VIH/SIDA » ont été conduites en 1997 et 2000 (12) parmi les femmes prostituées afin de mieux connaître cette population, d'adapter les mesures de prévention et d'apprécier leur efficacité. En 1997, 124 femmes ont été interrogées, 229 en 2000.

En 1997, la séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population féminine prostituée était de 46%, et de 31% en 2000, avec une différence significative entre les prostituées des quartiers défavorisés (séroprévalence de 35%) et celles des

quartiers plus riches (séroprévalence de 12%). En 2006, une autre étude confirme ce taux de 31% (38).

En 2000, la moyenne d'âge des femmes atteintes par le VIH était de 31,3 ans. 54% d'entre elles n'avaient pas de partenaire régulier, 25% avaient un partenaire régulier, 4% étaient mariées, sans que de lien n'ait été établi entre le statut marital et la séropositivité pour le VIH.

47% d'entre elles étaient d'origine afro-guyanaise, 32% métissées, 19% indo-guyanaises et 2% amérindiennes.

Quant au niveau scolaire, 3,4% n'avaient jamais été à l'école ; 45% avaient été jusqu'à l'école primaire et 45% jusqu'à l'école secondaire.

En moyenne, les prostituées infectées par le VIH travaillaient dans le commerce du sexe depuis 5,2 ans, celles non infectées depuis 4,2 ans, ce qui suggérait aux auteurs de l'étude que plus le temps à travailler dans ce domaine était long, plus le risque d'être infecté était grand.

68,3% d'entre elles avaient une autre activité pour gagner leur vie (ménage, coiffure, vente, restauration,...).

Elles avaient en moyenne 2,5 enfants par femme, et avaient eu en moyenne 3,9 grossesses par femme. 46% avaient déjà subi une interruption volontaire de grossesse (IVG). Le préservatif ne semblait donc pas beaucoup utilisé, vu le nombre élevé de grossesses par femme, et l'IVG paraissait être considérée comme un moyen de contraception. Le statut VIH n'était cependant pas corrélé au fait d'avoir subi ou non une IVG, ni au nombre d'enfants, de grossesse ou d'IVG.

Dans 69,7% des cas, le moyen de contraception utilisé était le préservatif masculin, puis venait la pilule oestro-progestative dans 20% des cas, et les injections trimestrielles de progestérone dans 1,1% des cas.

Le nombre de clients variait de 1 à 20 par jour ou nuit, avec une moyenne de 3,9 par nuit. Ce nombre était significativement associé au statut VIH des prostituées : les femmes séropositives pour le VIH avaient plus de partenaires par nuit que les autres. Le plus souvent, les clients étaient trouvés dans la rue. Les travailleuses du sexe qui trouvaient leurs clients dans la rue avaient le plus de risque de contracter l'infection par le VIH.

Les clients étaient guyanais dans 35,6% des cas, d'origine étrangère dans 6,7% des cas, et à la fois guyanais et étrangers dans 57,4% des cas. Les femmes qui avaient seulement des clients étrangers avaient un taux d'infection par le VIH

significativement moins élevé que celles qui travaillaient avec des clients seulement guyaniens, ou à la fois guyaniens et étrangers (32,6% contre 35,5%). Le taux d'infection par le VIH devait donc être plus élevé parmi les clients locaux, ce qui constituait un pont vers la population générale du Guyana parmi laquelle l'épidémie pouvait par la suite se répandre.

A la question « avez-vous des clients qui proposent d'utiliser un préservatif ? » 80,9% des prostituées répondaient « oui ». A la question « avez-vous des clients qui refusent d'utiliser un préservatif ? », 72,7% répondaient également par l'affirmative. Les raisons avancées pour le refus étaient « il n'aime pas » dans 72,1% des cas, et « le préservatif diminue le plaisir » dans 20,4% des cas. 9% d'entre elles avaient accepté d'avoir une relation sexuelle avec le dernier client qui avait refusé le préservatif, 90,7% d'entre elles avaient refusé. 47,6% de celles qui avaient accepté étaient séropositives pour le VIH.

53,6% des prostituées interrogées disaient utiliser le préservatif à chaque fois, 15,8% quelques fois, et 0,7% jamais.

Un moyen d'évaluer le comportement des travailleuses du sexe face au préservatif était de leur demander si elles en avaient un sur elle et de le montrer à l'enquêteur. 43% d'entre elles en avaient effectivement un, ce qui était inférieur au pourcentage des femmes qui disaient l'utiliser à chaque rapport, alors que l'enquête s'était déroulée sur leur lieu de travail.

25% des prostituées n'avaient pas de partenaire régulier. Sur les 75% qui étaient en couple, 42,8% n'utilisaient pas le préservatif avec leur partenaire régulier. 43,5% des femmes séropositives pour le VIH n'utilisaient pas le préservatif avec leur partenaire régulier. Le taux de transmission du VIH était donc élevé dans les couples réguliers. L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 16 ans. Il était de 15,6 ans, soit significativement plus jeune pour les femmes infectées par le VIH. A la question « étiez-vous d'accord pour ce premier rapport sexuel? », 21,9% répondaient « non », et 27,3% répondaient « non » parmi les prostituées séropositives pour le VIH. Cette différence significative prouvait que les femmes ayant contracté le VIH seraient plus vulnérables dans les négociations que les autres.

En ce qui concernait les comportements à risque, les femmes séropositives pour le VIH disaient être plus souvent alcoolisées (27,6% d'entre elles) que les femmes séronégatives (12,7%). Elles consommaient plus de crack ou de cocaïne et pratiquaient plus fréquemment les relations anales. 6,8% des prostituées interrogées

disaient avoir eu des relations sexuelles en échange de drogues. Ce pourcentage s'élevait à 58,8% parmi les femmes infectées par le VIH.

A propos des connaissances et croyances sur le VIH, 98,3% des prostituées disaient avoir déjà entendu parler du virus. Parmi les 5 femmes qui n'en avaient jamais entendu parler, 3 étaient infectées par le VIH.

Les mécanismes de transmission du virus les mieux connus étaient : les relations sexuelles avec une personne infectée et les pratiques anales. Peu évoquaient le partage de seringues et la transmission materno-infantile. Plus de 30% citaient la transfusion sanguine, et 17% pensaient que le fait d'embrasser une personne malade était risqué. En revanche, seulement 1% des travailleuses du sexe pensaient que le fait de toucher un malade ou de partager des objets avec un malade étaient des gestes potentiellement contaminants, ce qui était un résultat rassurant.

31% des prostituées interrogées répondaient qu'elles pouvaient savoir si une personne était infectée ou non simplement en la regardant. 43% des femmes séropositives le pensaient, contre 30,8% des femmes séronégatives. Certaines femmes pensaient donc être à l'abri en ayant des relations sexuelles avec un homme qu'elle jugeait visuellement en bonne santé. Cette croyance était un facteur de risque de contracter le virus. Les signes évocateurs de la maladie cités en priorité étaient la maigreur et les problèmes dermatologiques.

74,2% des travailleuses du sexe disaient qu'un client leur avait déjà demandé si elles avaient fait un test de dépistage du VIH. 65,4% d'entre elles avaient déjà posé cette question à un client. La différence montrait que les prostituées se sentaient moins sûres d'elles que les clients pour poser ce genre de question.

63,6% d'entre elles avaient déjà pratiqué un test de dépistage du VIH. Les femmes séropositives étaient plus nombreuses à ne pas savoir le résultat, ou à n'être pas aller le chercher, et elles avaient fait leur test plus de temps auparavant que les femmes séronégatives (en moyenne 13 mois pour les premières contre 6 pour les secondes).

66% des prostituées disaient se sentir à risque de contracter le VIH. Pour éviter de contracter ce virus, 90% d'entre elles disaient avoir utilisé un préservatif à chaque rapport sexuel au cours du dernier mois. Mais ce résultat était discordant avec le fait que seulement 66,3% d'entre elles disaient toujours utiliser le préservatif avec leurs clients, et que à peine 45% d'entre elles avaient effectivement un préservatif sur elles au moment de l'enquête.

Dans l'année précédant l'enquête, beaucoup de femmes avaient eu des symptômes d'infections sexuellement transmissibles (IST), tels que pertes ou ulcérations vaginales, et une minorité d'entre elles avait continué à travailler pendant ces symptômes. Le statut VIH n'était pas corrélé au fait d'avoir des pertes vaginales, mais plutôt au fait d'avoir une ulcération vaginale. 52,9% des prostituées traitées pour la syphilis étaient séropositives pour le VIH.

En conclusion de cette enquête, un profil des travailleuses du sexe séropositives pour le VIH avait pu être dressé par les auteurs: elles avaient moins le pouvoir de contrôler leurs propres comportements (usage de drogues et d'alcool) et celui de leurs clients. Elles savaient moins bien fixer des limites. Comme elles se trouvaient dans une situation économique plus précaire, elles étaient moins exigeantes envers leurs clients et plus vulnérables aux demandes de relations sexuelles sans préservatif.

1.3.5 La prostitution en Guyane Française

D'après l'enquête « Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane »(ACSAG), réalisée en 1992, financée par l'ANRS, sous la responsabilité de Michel Giraud et Augustin Gilloire (26), auprès de 2634 personnes de 18 à 69 ans, 25% des hommes sexuellement actifs en Guyane avaient été « voir » une prostituée pendant les cinq années précédentes. Dans la tranche d'âge 25-34 ans près d'un homme sur deux (contre 1/25 en métropole) et, à partir de 45 ans, plus d'un homme sur dix (contre 1/50 en métropole) était dans cette situation

Une étude avait été réalisée de septembre 1995 à août 1996 par l'Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG) sur la prostitution et le Sida en Guyane : il s'agissait d'un questionnaire à l'intention de 823 militaires répartis sur l'ensemble du territoire guyanais. En effet, étant le plus souvent de jeunes hommes célibataires, ils paraissaient les plus susceptibles de fréquenter les travailleuses du sexe. Il leur était demandé de décrire les relations sexuelles « payantes » qu'ils avaient pu avoir en Guyane. 31% d'entre eux reconnaissaient avoir eu au moins une relation avec une prostituée. Parmi eux, 33% disaient avoir fréquenté des femmes d'origine brésilienne, 17% d'origine surinamo-marrone, 11% d'origine dominicaine, 4% d'origine guyanienne. Les autres origines citées en moindre proportion étaient les

Créoles Guyanaises, les Métropolitaines, les Amérindiennes, les Haïtiennes, les Créoles Antillaises, les Colombiennes et enfin les Chinoises.

Les auteurs de cette étude présentaient une classification du phénomène prostitutionnel en Guyane :

- La prostitution professionnelle, autrefois dominée par les Dominicaines, auxquelles se sont rajoutées les Brésiliennes. En général, ces femmes viennent en Guyane pour gagner de l'argent, qu'elles envoient à leur famille restée dans leur pays d'origine. D'après les militaires interrogés, les rencontres avec ces travailleuses du sexe étaient courtes : il s'écoulait en général moins de trois heures entre le premier contact et la relation sexuelle. Le préservatif était très souvent utilisé, et l'acte payé en argent.
- La prostitution occasionnelle, avec des différences en fonction de l'origine de la femme. Ainsi, Les Noirs-Marronnes des communes de Mana, Saint Laurent du Maroni, Apatou et Maripasoula pratiquent une forme de libertinage pour se faire entretenir. Les Noirs-Marronnes du Surinam circulent sur le fleuve Maroni à partir de Saint-Laurent et payent leur voyage en vendant leurs faveurs. Les Amérindiennes exerçant ce type de prostitution ont tendance à être plus âgées. Quant aux Créoles guyanaises, elles entretiennent des relations payantes avec des hommes afin de se faire aider pour payer des factures, des courses, ou les frais de scolarité des enfants par exemple. D'après les militaires fréquentant ce genre de prostituées, ces femmes entamaient d'abord une relation de drague et de séduction, et il s'écoulait plus de 3h entre le premier contact et l'acte sexuel. Elles pouvaient être payées autrement qu'en argent (règlement de factures, courses...). Le préservatif avait tendance à être moins utilisé.
- La prostitution masculine existe également en Guyane, mais est très peu connue. Le milieu homosexuel est très peu visible, certainement car l'homosexualité est encore connotée très négativement. Des prostitués transgenres peuvent aussi être rencontrés.
- Enfin, il existe une prostitution juvénile concernant des jeunes filles collégiennes ou lycéennes, toute ethnie confondue, qui ont des relations sexuelles contre des cadeaux en tout genre, parfois soutenues par leur famille dans cette pratique. De plus, l'allocation aux mères seules semble, dans un

contexte d'échec scolaire important, encourager les relations sexuelles non protégées.

1.4 Les acteurs de la prévention du VIH/SIDA en Guyane Française

1.4.1 Le COREVIH

Les « Comités de coordination régionale de la lutte contre le VIH » ou COREVIH ont été mis en place en 2005 et remplacent les anciens « Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine » ou CISIH créés en 1988. Ils correspondent à une organisation territoriale et permettent la réunion de tous les acteurs de la lutte contre le sida. Ils ont trois missions fixées par le décret du 15/11/05 :

- Coordonner, c'est-à-dire favoriser la circulation de l'information et mettre en cohérence les actions respectives de chacun des acteurs ;
- Recueillir et analyser les données grâce à une base de données spécifiques du Ministère de la Santé, appelée DMI2, dans le but de proposer les réponses les plus adaptées à chaque situation locale ;
- Améliorer la qualité des pratiques et harmoniser les protocoles et procédures.

Chaque COREVIH est constitué de trente membres titulaires nommés pour quatre ans, répartis en quatre collèges :

- Collège 1 : représentants des établissements de santé, sociaux et médicosociaux ;
- Collège 2 : professionnels de santé et de l'action sociale ;
- Collège 3 : représentants des malades et des usagers du système de santé ;
- Collège 4 : personnalités qualifiées.

La Guyane dispose de son propre COREVIH, implanté au centre hospitalier André Rosemon de Cayenne (CHAR).

Le réseau KIKIWI est le nom du réseau ville-hôpital permettant la coordination des différents acteurs de la prise en charge des patients infectés par le VIH en Guyane. Il regroupe notamment les infirmiers(ères) libéraux qui s'organisent pour les soins à domicile des malades. Les actes effectués auprès de ces patients ont été revalorisés par la Sécurité Sociale. Le Réseau Kikiwi organise également des

formations continues à destination des professionnels médicaux ou paramédicaux, hospitaliers ou libéraux.

Le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de Cayenne se situe au CHAR, au niveau de la consultation de dermatologie. Il est ouvert deux après-midi et une matinée par semaine.

Il est également possible de faire un test de dépistage au niveau du Centre de Prévention de la Croix Rouge, situé au centre ville de Cayenne.

Dix-sept distributeurs de préservatifs sont répartis dans la ville de Cayenne.(carte sur le site du réseau Kikiwi).

Le service de l'Hôpital de Jour du CHAR regroupe les médecins spécialisés dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, des psychologues, assistantes sociales. S'y ajoutent des médiateurs culturels, qui jouent un rôle très important au sein de la population guyanaise, multiculturelle, pour restituer la maladie et les traitements au sein des différentes cultures.

Les patients nécessitant une hospitalisation sont en général pris en charge par l'équipe du service de Dermatologie du CHAR.

Les Associations de terrain jouent un rôle primordial dans le soutien des malades infectés par le VIH et mènent de nombreuses actions de prévention au sein des différentes communautés. On peut citer au niveau de l'île de Cayenne :

- L'Association ENTR'AIDES GUYANE qui organise des actions de prévention avec des tournées nocturnes et des distributions de préservatifs dans les zones de prostitution. Les bénévoles accompagnent les personnes à risque (dont les prostitué(e)s) pour faire des tests de dépistage, au CDAG de l'hôpital de Cayenne surtout, ou pour bénéficier d'une consultation ciblée IST au Centre de Prévention de la Croix Rouge. Une aide dans les démarches administratives (demande de carte de séjour, prise en charge sociale) est aussi proposée. Cette structure fait partie du réseau KIKIWI.
- L'Association Franco-Dominicaine de Guyane (AFDG) qui offre un accompagnement médical, organise des distributions de préservatifs, des

groupes de paroles de femmes et des cours de français aux personnes de nationalité dominicaine.

- L'Association Arbre Fromager qui accompagne et aide les femmes de toute nationalité en difficulté.
- L'Association de Soutien aux Familles des Malades et de Formations (ASFMF) qui offre un soutien médical, psycho-social et juridique aux malades, et propose également des actions de prévention, des groupes de paroles et des cours d'apprentissage du français.
- L'Association Chrétiens et Sida.
- L'Association Guyane Promotion Santé.
- L'Association Mission France Guyane (MFG) de Médecin du Monde (MDM) organise des consultations individuelles par des infirmiers, sage-femmes, ou médecins, ciblées IST/VIH au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO). Elle accueille ainsi de nombreux primo-arrivants d'origine étrangère qui ne bénéficient pas encore de protection sociale (type AME). Une assistante sociale les aide aussi dans leurs démarches administratives.
- L'Association Sida Info Service.
- L'Association DAAC Guyane.

1.4.2 Les médecins généralistes

D'après le Conseil de l'Ordre de Médecins de Guyane Française, environ 450 médecins sont répartis sur tout le territoire, toutes spécialités confondues, libéraux ou salariés. Parmi eux, environ 150 exercent dans le secteur libéral, une vingtaine sont à la retraite, les autres travaillent dans les hôpitaux et cliniques.

A Cayenne, en février 2010, 27 médecins généralistes et 28 spécialistes sont installés en libéral, pour une population de 58 000 habitants en 2006.

A Matoury pour 24 500 habitants en 2006, on compte 8 généralistes et 4 spécialistes.

A Rémire-Montjoly, pour 17 700 habitants en 2006, 11 généralistes et 3 spécialistes sont installés.

Au total dans l'île de Cayenne (entité regroupant les communes de Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly), on dénombre 46 médecins généralistes et 35 spécialistes pour 100 200 habitants.

On peut comparer la densité médicale de la Guyane Française avec celle des Antilles ou de la métropole :

	Guyane française 2002	Guyane française 2003	Guadeloupe 2003	Martinique 2003	Métropole 2003
Généralistes	36	41	73	79	119
Spécialistes	24	26			85
Total	60	67	125	123	200

Tableau 3: Densité médicale pour 100 000 habitants en Guyane française, aux Antilles et en métropole. Source: Syndicat des médecins de la Guyane, à partir des données de l'INSEE et de la CPAM.

La Guyane française est donc 3.5 fois moins médicalisée que la métropole. Elle est également en déficit par rapport aux Antilles (rapport de 1 sur 2).

Les médecins guyanais sont en grande majorité non originaires de Guyane. Il n'y a pas de CHU. Les médecins en formation sont peu nombreux : ce sont soit des internes Antilles/Guyane, soit des internes en stage inter-CHU.

La difficulté de recours aux spécialistes oblige les médecins généralistes à pallier ce manque. Certaines spécialités font cruellement défaut: la cancérologie est en pleine restructuration, un nouveau neurologue vient d'arriver à Cayenne, il n'y a aucun pédiatre en ville, les gynécologues-obstétriciens sont également en pénurie d'effectif. Il résulte de ce manque de médecins (généralistes ou spécialistes) une activité surchargée des médecins généralistes : les horaires sont lourds et le nombre journalier de consultations dépasse facilement la trentaine.

De plus, peu de remplaçants sont disponibles en Guyane, ce qui oblige la plupart des médecins à fermer leurs cabinets pendant leurs congés.

Le manque de spécialistes conduit souvent à organiser des évacuations sanitaires vers la métropole, avec le coût, le temps et la complexité d'organisation que cela implique, pour des patients qui se trouvent parfois déracinés en métropole.

Enfin, l'hétérogénéité culturelle de la population rend certaines consultations difficiles : barrière de la langue, situations de grande précarité, difficultés sociales à gérer. Ici, plus qu'ailleurs en France, le médecin généraliste est bien plus qu'un simple « soignant ».

2 Etude de l'implication des médecins libéraux de l'île de Cayenne dans le suivi des prostitué(e)s

2.1 Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de décrire les pratiques des médecins libéraux de l'île de Cayenne, généralistes, gynécologues-obstétriciens et médecins intervenant dans des consultations dédiées aux IST, dans la prise en charge médicale globale des professionnel(le)s du sexe. Le questionnaire réalisé s'attardait plus spécifiquement sur leur implication dans la prévention du VIH/Sida et des IST au sein de cette population à risque, considérée comme un des moteurs principaux de l'épidémie de VIH en Guyane française. Le but était d'adapter et de mieux cibler les mesures de prévention déjà existantes, voire d'en imaginer de nouvelles.

Les objectifs secondaires étaient :

- Connaître la proportion de médecins libéraux intéressés par des formations concernant la prévention du VIH/IST.
- Décrire le parcours de soins des professionnel(e)s du sexe.
- Décrire la pratique de la médecine générale en Guyane française.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à l'intention des médecins libéraux exerçant sur l'île de Cayenne (regroupant les communes de Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly) au cours de l'année 2009.

2.2.2 Population

Les médecins libéraux interrogés correspondaient soit aux:

- médecins généralistes,
- gynécologues-obstétriciens,

- o médecins de la consultation spécialisée dans les IST au dispensaire de la Croix-Rouge de Cayenne.

Ces médecins ont été choisis, car nous avons estimé que c'étaient les plus susceptibles de recevoir des professionnel(le)s du sexe en consultation.

2.2.3 Déroulement de l'étude :

La liste des médecins a été établie par mes soins d'après l'annuaire téléphonique des Pages Jaunes de juin 2009.

Ces médecins ont été contactés par téléphone.

Au cours de cet appel téléphonique :

- o L'étude leur a été exposée en leur précisant que répondre au questionnaire ne prendrait qu'une dizaine de minutes.
- o Pour les médecins ayant accepté de participer à l'étude, une première question leur a été posée sur l'existence selon eux, de patient(e)s prostitué(e)s dans leur clientèle.
- o L'entretien auprès des médecins déclarant ne pas avoir de patient(e)s prostitué(e)s dans leur clientèle s'est alors arrêté.
- o Dans le cas contraire, un rendez-vous à leur cabinet a été convenu afin de répondre à l'ensemble des questions du questionnaire.

La définition de la prostitution retenue a été celle de l'ONUSIDA, à savoir : « les adultes et les jeunes de sexe féminin ou masculin et transsexuel(le)s qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement, soit occasionnellement, et qui peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus ».

Certains médecins n'ont pu être joints par téléphone, malgré plusieurs relances téléphoniques (six fois ; à plusieurs jours d'intervalle).

2.2.4 Le questionnaire (annexe 1) :

Le questionnaire a été réalisé avec l'appui et l'aide du « centre d'investigation clinique et d'études cliniques » (CIC-EC) de l'hôpital de Cayenne.

Il comportait 18 questions et 4 paragraphes.

Certaines questions étaient ouvertes, permettant au médecin de donner les précisions qu'il désirait.

Il renseignait tout d'abord la spécialité (généraliste, gynécologue-obstétricien, dermatologue-vénérologue) et le lieu d'exercice du médecin interrogé.

Dans la première question, il était demandé au médecin s'il pensait voir des professionnel(le)s du sexe parmi ses patient(e)s.

Si oui, on a voulu savoir si elles(ils) disaient spontanément au médecin qu'elles(ils) étaient des prostitué(e)s et de quelle nationalité elles(ils) étaient.

Puis, les médecins ont été interrogés sur les motifs principaux de consultation des professionnel(le)s du sexe parmi les suivants : motifs gynécologiques, motifs en rapport avec des IST, conseils après rapport à risque, motifs pédiatriques, motifs en relation avec des situations de violence, de toxicomanie, demande de prescription de sérologie VIH, ou autres motifs.

Ces motifs ont été par la suite détaillés en trois sous-groupes : les motifs en rapport avec les IST, les motifs gynécologiques et les autres motifs médicaux. Pour chaque sous-groupe, on a précisé les motifs principaux de consultation, de quelle façon la prévention était abordée, et si les prostitué(e)s étaient suivies dans d'autres structures, afin de connaître leur parcours de soins.

Enfin, il a été demandé au médecin s'il(elle) serait intéressé(e) par des séances de formation continue organisées par le réseau kikiwi sur le VIH/SIDA.

L'enquête auprès de la population d'étude, le recueil des données et leur saisie sur EXCEL ont été effectués par mes soins.

2.2.5 Analyse statistique

La saisie des données a été effectuée sur EXCEL et l'analyse sur STATA par le CIC-EC de Guyane. L'analyse a consisté à faire une description de l'ensemble des réponses aux questions.

2.3 Résultats

Comme le montre la figure 21, la grande majorité des médecins interrogés étaient des médecins généralistes

Le médecin dermato-vénérologue rencontré travaillait quant à lui au niveau de Centre de Prévention de la Croix Rouge, situé au centre ville de Cayenne et animait une consultation dédiée à la prévention, au dépistage et au traitement des IST.

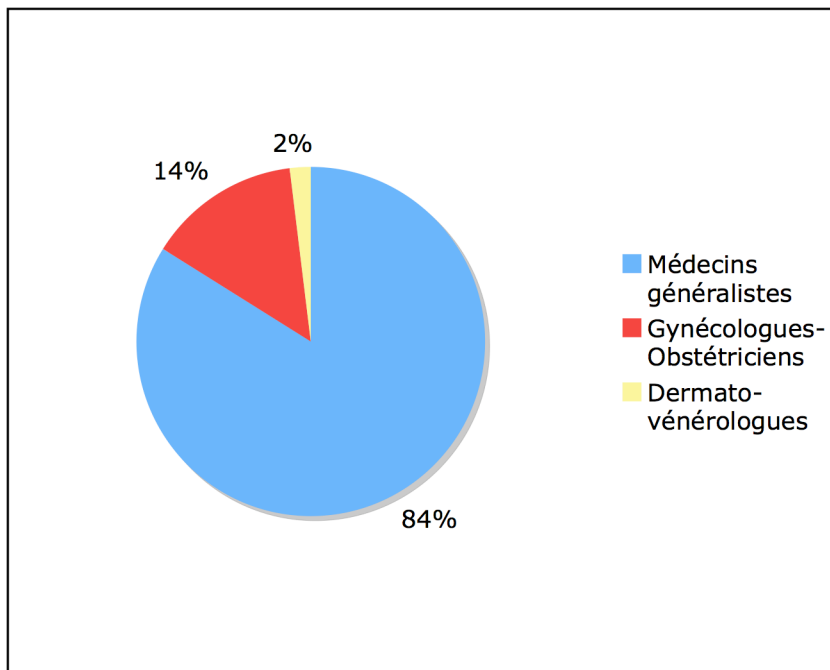


Figure 21: Spécialités des médecins interrogés. (N=50)

La figure ci-dessous précise la répartition géographique des médecins interrogés.

Parmi ceux installés à Cayenne (soit 33), 20 étaient installés au centre ville et 17 dans le quartier appelé « la Crique », situé entre le canal Laussat et le canal Leblond, réputé pour être fréquenté par les professionnel(le)s du sexe.

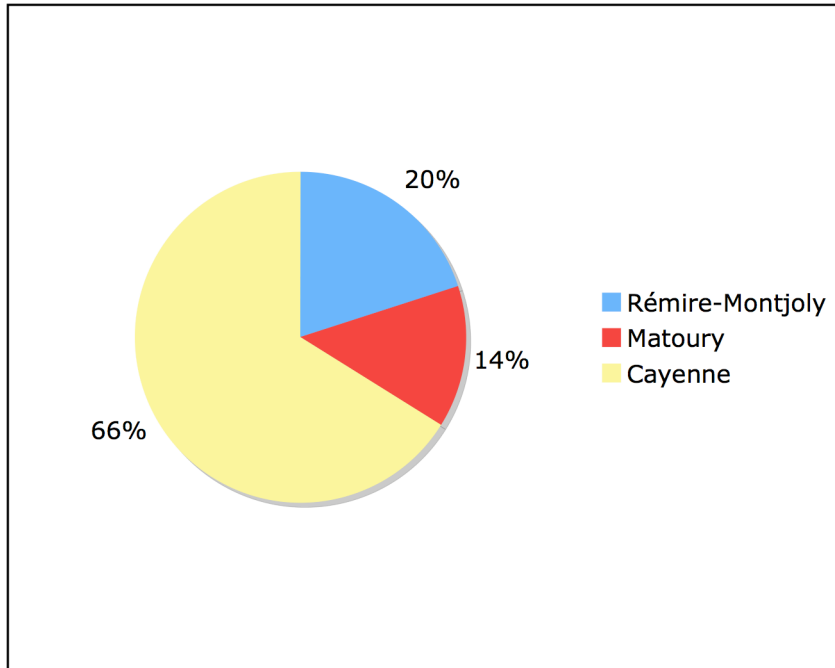


Figure 22: Répartition géographique des médecins interrogés. (N=50)

Une majorité de médecins a répondu au questionnaire (33 sur 50).

Parmi eux, ils étaient une majorité (soit 21) à penser qu'ils n'avaient pas de prostitué(e)s dans leur patientèle.

Sur les 12 médecins qui pensaient avoir des professionnel(le)s du sexe dans leur patientèle, 9 en avaient la certitude, 3 en avaient seulement l'impression.

La figure 23 présente les réponses des médecins dans leur ensemble à la question « avez-vous des patient(e)s prostitué(e)s », et détaille les réponses en fonction des lieux d'exercice.

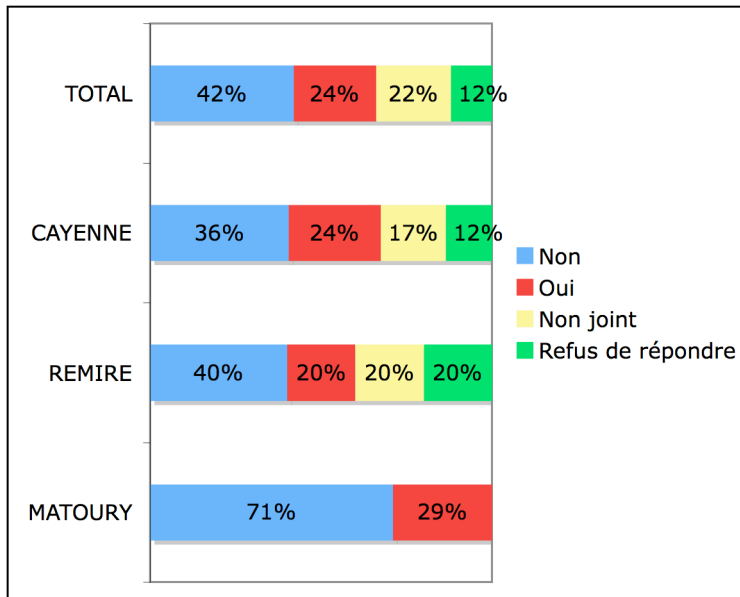


Figure 23: "Avez-vous des patient(e)s prostitué(e)s parmi votre patientèle?" (Cayenne: N=33; Rémire: N=10; Matoury: N=7)

La figure suivante décrit la réponse des 12 médecins interrogés qui pensent voir des professionnel(le)s du sexe parmi leur patient(e)s à la question suivante : « Vous disent-elles(ils) qu'elles(ils) se prostituent ? »

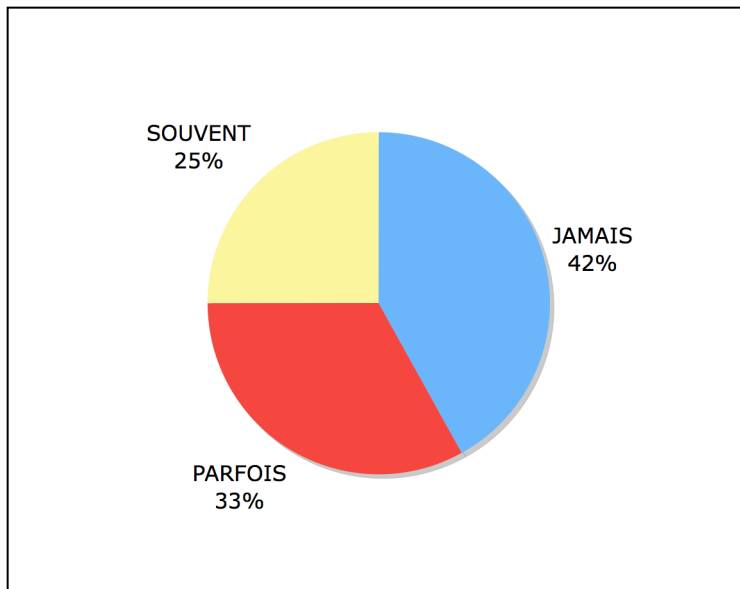


Figure 24: "Vous disent-elles(ils) qu'elles(ils) se prostituent?" (N=12)

Les figures 25 et 26 détaillent les nationalités des prostitué(e)s vu(e)s en consultation par les médecins interrogés.

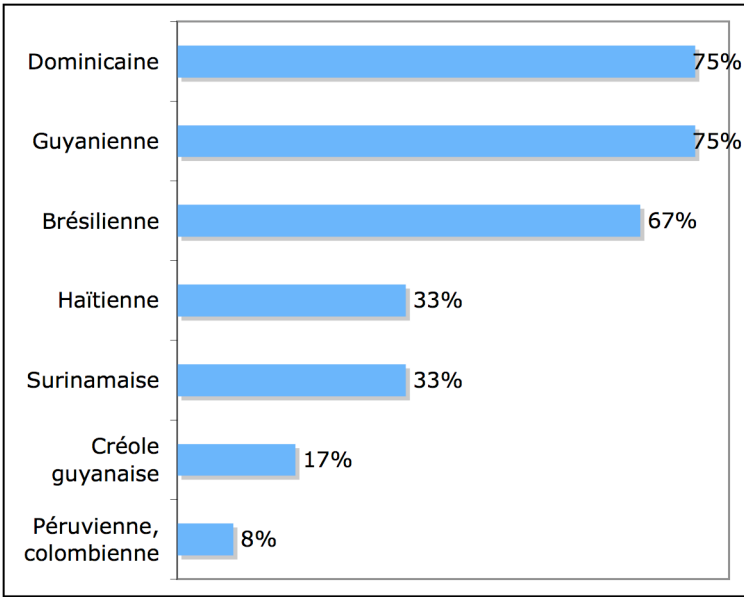


Figure 25: Nationalités des prostitué(e)s vu(e)s en consultation. (N=12)

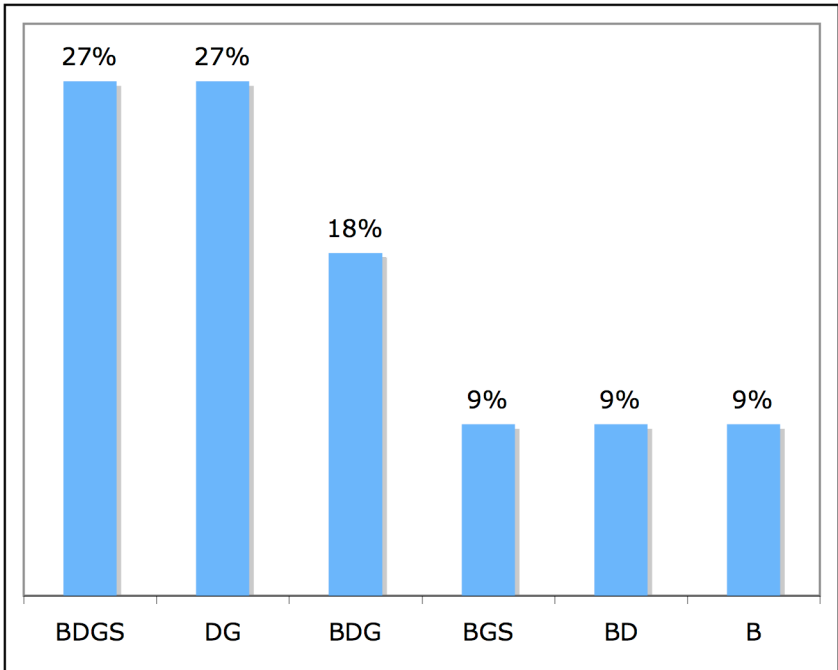


Figure 26: Combinaisons de nationalités les plus fréquemment rencontrées. (B: Brésilienne; D: Dominicaine; G: Guyanaïenne; S: Surinamaïse) (N=12)

La figure 27 décrit les principaux motifs de consultation des prostitué(e)s. Ceux majoritairement cités étaient ceux en rapport avec le VIH et les IST, ainsi que les motifs pédiatriques.

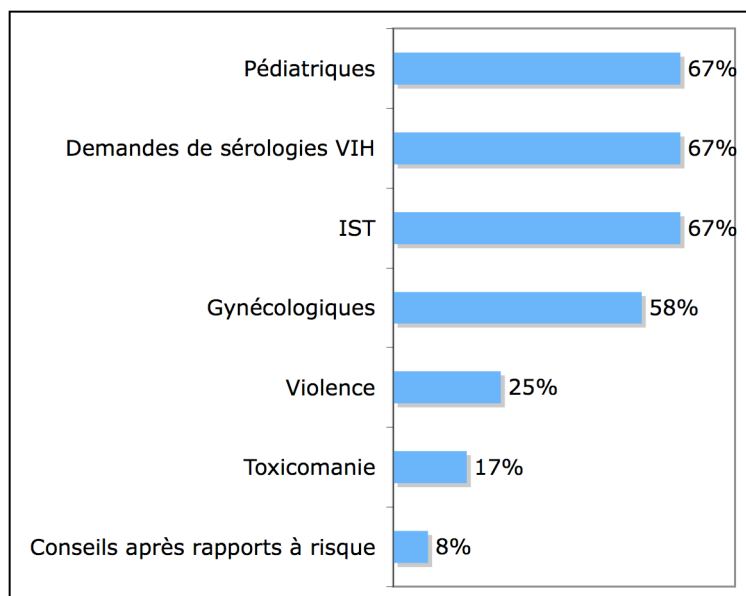


Figure 27: Motifs principaux de consultation des professionnel(le)s du sexe. (N=12)

La figure 28 décrit les motifs de consultation en rapport avec les IST. On remarque un faible pourcentage de consultations pour des conseils après rapport à risque.

La réponse « autres motifs » a été détaillée par le médecin dermato-vénérologue intervenant au Centre de Prévention de la Croix Rouge à Cayenne. Selon lui, il s'agissait de :

- la notion d'IST en cours de traitement chez un partenaire régulier,
- un doute vis-à-vis d'un partenaire régulier,
- la fréquentation d'un nouveau partenaire régulier,
- ou une demande de dépistage suite à la diffusion d'une campagne de prévention.

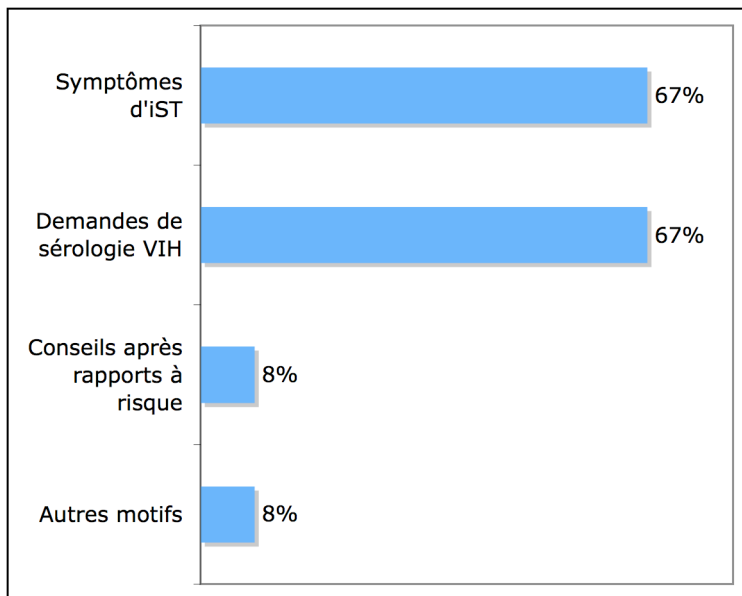


Figure 28: Motifs de consultations des professionnel(le)s du sexe en rapport avec les IST. (N=12)

A la question de savoir si les médecins prescrivaient souvent des sérologies de dépistage du VIH aux prostituées, 83,3% d'entre eux ont répondu « oui » et 16,7% d'entre eux ont dit ne pas savoir.

Ceux qui ont répondu « oui » à cette question étaient 10% à estimer la fréquence de prescription à une fois par an, 40% à deux fois par an, 10% à trois fois par an, 10% à plus de trois fois par an. 30% ne sont pas parvenus pas à évaluer cette fréquence.

Trois médecins n'ont pas pu évaluer cette fréquence car ils étaient installés depuis moins d'un an (un à Cayenne, un à Rémire-Montjoly et un à Matoury).

Un gynécologue-obstétricien estimait quant à lui que le principal moyen de prévention du VIH utilisé par les prostituées était la pratique très fréquente de la sérologie.

D'après une médecin installée dans le quartier de la Crique à Cayenne, les prostituées proposaient le plus souvent le préservatif à leurs clients, mais elles n'avaient pas le pouvoir de s'imposer quand ces derniers le refusaient. Elles venaient alors très facilement en discuter avec elle en consultation et demander la prescription d'une sérologie de dépistage du VIH dès qu'elles avaient eu la sensation que le rapport sexuel avait échappé à leur contrôle. D'après la médecin, elles cherchaient surtout ainsi à se rassurer.

A la question concernant la prévention des IST lors des consultations, un tiers des médecins estimaient que les professionnel(le)s du sexe connaissaient les mesures efficaces et donc n'abordaient pas le sujet en consultation. 58,3% l'abordaient, à leur initiative, et non pas à la demande des patientes. Un médecin (soit 8,3%) disait l'évoquer, mais constatait que le sujet était connu par les travailleuses(eurs) du sexe. Un médecin pensait qu'elles se protégeaient correctement des IST et du VIH/SIDA. Enfin, le dermato-vénérologue a précisé qu'il entamait toujours la discussion concernant la prévention, de façon adaptée au niveau de compréhension et si possible dans la langue de la prostituée.

Pour les problèmes médicaux en rapport avec les IST, 75% des médecins pensaient que les professionnelles du sexe consultaient dans d'autres structures, 8,3% pensaient qu'elles n'allaient pas consulter ailleurs et 16,7% ne savaient pas si elles voyaient d'autres médecins pour ces motifs.

La figure suivante détaille les autres lieux de consultation possibles pour les problèmes en rapport avec les IST.

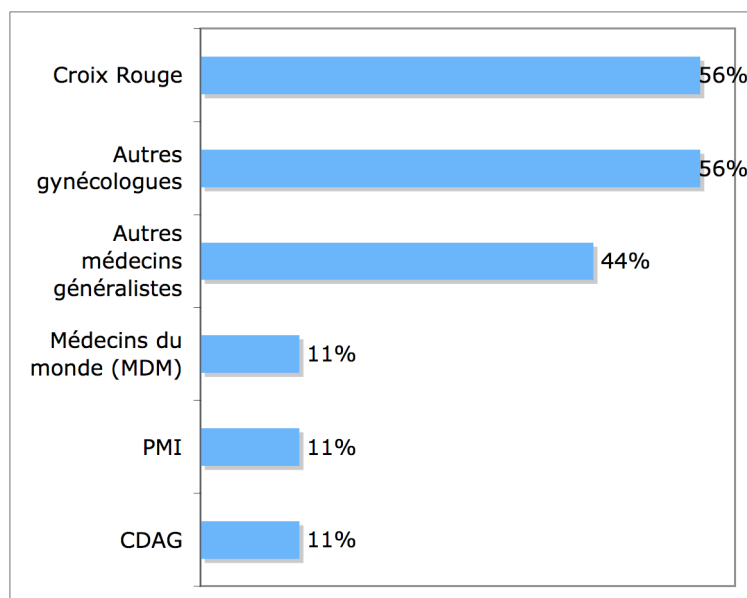


Figure 29: Autres lieux de suivi pour les problèmes médicaux en rapport avec les IST. (N=12)

La figure 30 présente les motifs gynécologiques de consultation des professionnelles du sexe. Les suivis de grossesse ont été majoritairement cités par les médecins interrogés, suivis des demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de prélèvement vaginal (PV). Le principal moyen de contraception utilisé était, d'après eux, la contraception orale. Dans les autres motifs, ont été citées les demandes de tests de grossesse et les demandes de bilan de stérilité.

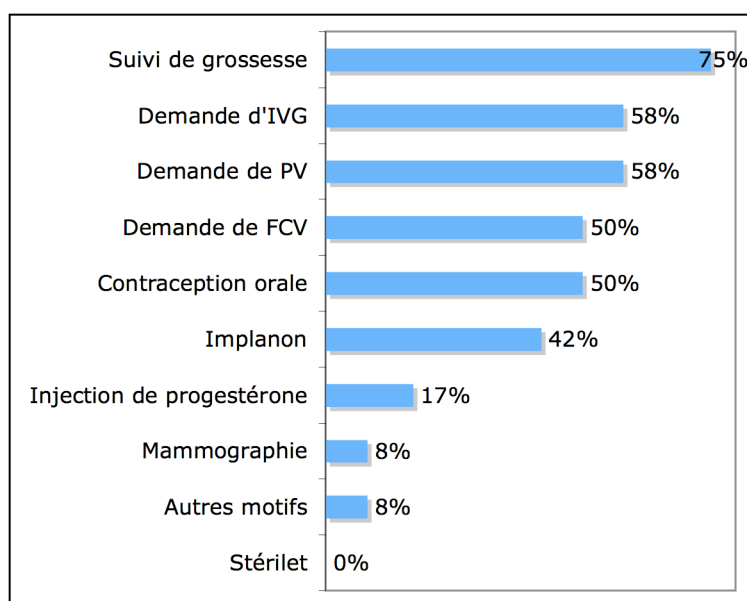


Figure 30: Motifs de consultation des prostituées en rapport avec les problèmes gynécologiques. (N=12)

Un gynécologue du centre ville de Cayenne a constaté que le premier moyen de contraception des travailleuses du sexe était l'IVG. Un autre gynécologue pensait que le préservatif était plutôt leur premier moyen de contraception.

Un gynécologue de Rémire-Montjoly a remarqué que les prostituées refusaient le plus souvent le stérilet car elles pensaient qu'il allait les gêner. D'après lui, une grossesse était considérée comme, je cite, « un accident de travail ». Quand elles décidaient de mener la grossesse à terme, elles essayaient d'arrêter la prostitution. Toujours selon ce médecin, un des moyens de sortir de la prostitution était le mariage : les Brésiliennes se mariaient le plus souvent avec des hommes

métropolitains, les Dominicaines avec des Créoles guyanais. Quant aux Créoles guyanaises, elles entraient plus dans la catégorie des « courtisanes ».

Un médecin installé à la Crique pratiquait surtout les injections trimestrielles de progestatif chez les patientes brésiliennes ou guyaniennes.

Par ailleurs, deux médecins ont rapporté des demandes très fréquentes, surtout de la part des patientes brésiliennes et dominicaines, de prescription de Misoprostol, en prétextant des épigastalgies, mais en réalité dans le but de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

Les médecins ont affirmé aborder les questions de prévention dans le domaine gynécologique (contraception, frottis cervico-vaginaux,...) essentiellement à leur initiative (58,3%). Un tiers d'entre eux estimaient que les travailleuses du sexe connaissaient déjà ces informations quand ils en parlaient. Un gynécologue a admis ne pas aborder les questions de prévention si la patiente ne le demandait pas, par manque de temps.

Pour le suivi gynécologique, 66,7% des médecins pensaient que ces patientes consultaient d'autres professionnels de santé, 16,7% pensaient que non, et 16,7% ne savaient pas si elles consultaient ailleurs ou pas. Les différents lieux de suivi sont décrits dans la figure 31.

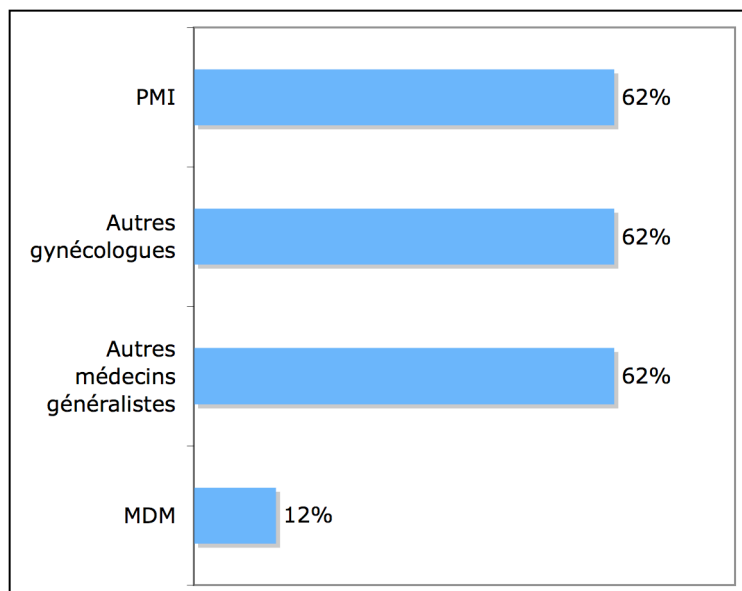


Figure 31: Autres lieux de suivi gynécologique des professionnelles du sexe. (N=12)

Les autres motifs de consultations des professionnel(le)s du sexe sont décrits dans la figure suivante. Les motifs pédiatriques sont majoritairement cités (66,7% des

cas). A noter que un tiers des médecins interrogés a dit que les prostituées venaient en consultation pour obtenir une ordonnance avec une liste de produits qu'elles désiraient se procurer, à la manière d'une liste de courses.

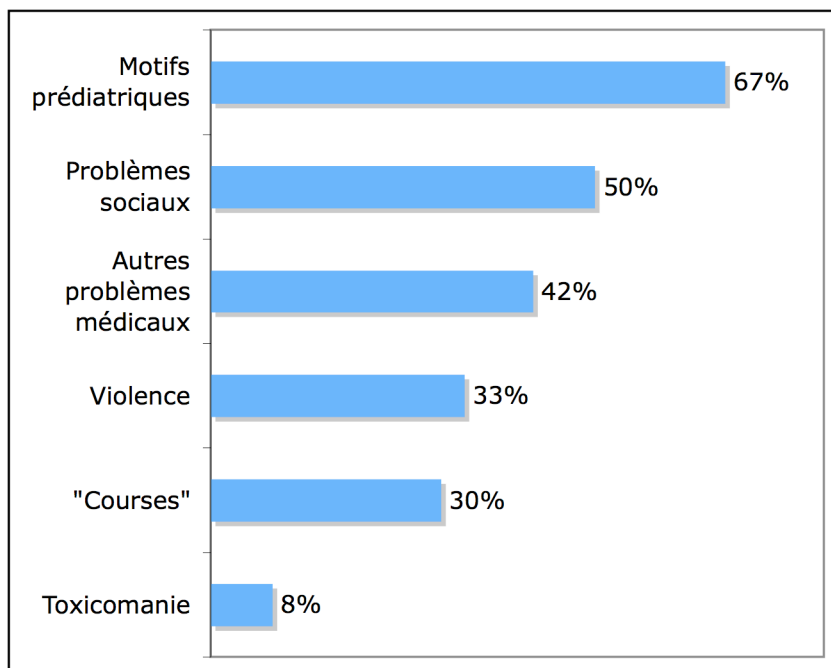


Figure 32: Autres motifs de consultation des professionnel(le)s du sexe. (N=12)

Pour ces divers motifs médicaux, 41,7% des médecins pensaient que leurs patientes étaient suivies dans d'autres structures que leur cabinet, 25% pensaient que tel n'était pas le cas. 8,3% d'entre eux ne savaient pas répondre à cette question et 25% n'y ont pas répondu.

Dans le cas où les prostituées étaient suivies dans d'autres structures que leur cabinet, les médecins étaient majoritaires à penser qu'elles allaient chez d'autres confrères médecins généralistes (80%) (figure 33).

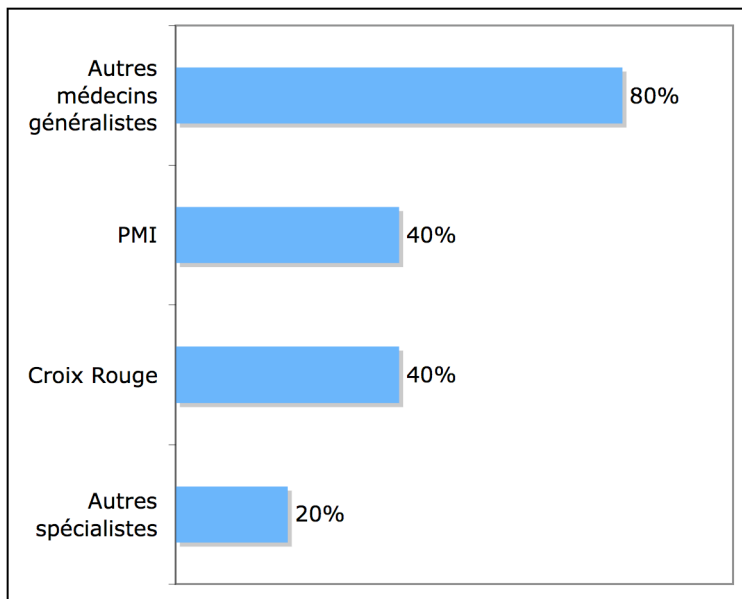


Figure 33: Autres lieux de suivi pour les problèmes médicaux. (N=12)

Dans la dernière question, il a été demandé aux médecins s'ils seraient intéressés par des séances de formation continue organisées par le réseau ville-hôpital VIH (KIKIWI) sur le VIH à l'intention spécifique des médecins généralistes et autres libéraux. 44,7% d'entre eux ont répondu qu'ils seraient très intéressés, 26,3% qu'ils seraient peut-être intéressés, 26,3% qu'ils ne seraient pas intéressés. 2,6% ne se sont pas prononcés.

Un des médecins de Cayenne a dit ne pas être intéressé par ces formations, car en tant que coordinateur de l'hospitalisation à domicile (HAD), il pensait connaître le sujet.

Un gynécologue-obstétricien a estimé que ces formations ne lui seraient pas utiles car il adressait à l'hôpital de jour du centre hospitalier de Cayenne tous les cas de VIH qu'il dépistait.

Un médecin généraliste a avancé l'argument du manque de disponibilité pour suivre ces formations.

83% des médecins qui avaient des professionnel(le)s du sexe dans leur patientèle seraient intéressés par ces formations, alors qu'ils n'étaient que un tiers des médecins qui n'en consultaient pas à être intéressés.

3 DISCUSSION

3.1 Le contexte général de l'étude

La Guyane française, territoire de migrations, est le département français le plus touché par l'épidémie de VIH. 80% des patients sont d'origine étrangère (22). La prévalence chez les femmes enceintes d'origine haïtienne et guyanienne oscille entre 3 et 4%, alors qu'elle est de 0,7% chez les femmes enceintes françaises (22). Afin de ne pas stigmatiser les étrangers, le terme d'épidémie généralisée a été utilisé. Mais considérer que tout le monde dans la population générale a un risque égal de contracter le virus ne permet pas de mettre en place des stratégies de prévention adaptées, ciblant les populations à risque. Or, un élément essentiel dans la lutte contre le VIH est de « connaître son épidémie »(39).

Afin de déterminer les moteurs de l'épidémie guyanaise, une étude comparative a été menée par le CIC-EC de Cayenne entre la population générale et la population séropositive pour le VIH (cf note). Le rôle de la prostitution dans la propagation de l'épidémie est probablement très important. En effet, dans la population masculine séropositive pour le VIH, 45% des cas de VIH sont attribuables à des relations sexuelles avec des prostitué(e)s. En ce qui concerne les professionnelles du sexe, 85,6% des cas de VIH parmi elles sont attribuables aux relations sexuelles transactionnelles. Parmi la population féminine séropositive pour le VIH dans son ensemble, 10,7% des cas de VIH sont dus à la prostitution.

La population prostituée est une population cible prioritaire dans les mesures de prévention et de dépistage précoce du VIH. Les médecins libéraux généralistes sont, quant à eux, des acteurs de premier plan dans toutes les démarches de prévention, quel que soit le domaine. Il est donc intéressant d'évaluer leur rôle actuel dans la prévention de l'infection par le VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, d'en apprécier les limites et de faire des propositions pour améliorer leur impact.

Note : Nacher M, Vantlicke V, et al. What is driving the HIV epidemic in French Guiana ? International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS. Sous presse.

3.2 Ce que l'étude révèle des médecins interrogés

Les médecins interrogés sont majoritairement des médecins généralistes de Cayenne, ce qui correspond à la répartition des médecins libéraux de l'île de Cayenne.

A Cayenne, tous les médecins qui ont dit avoir des prostitué(e)s dans leur patientèle exercent au centre ville. Pour 75% des médecins qui pensaient ne pas avoir de patient(e)s prostitué(e)s, cette réponse semble étonnante, car ces médecins sont installés au centre ville, dans des quartiers connus pour être fréquentés par des professionnel(le)s du sexe. On peut se demander pourquoi ils ont répondu ainsi.

Il est possible que certains médecins, malgré leur position géographique centrale, n'aient pas de travailleuses(eurs) du sexe dans leur patientèle. On verra plus loin que l'analyse des nationalités rencontrées confirme cette hypothèse.

Mais on peut évoquer également le fait que quelques médecins ne veulent pas voir ces patientes en tant que prostituées : elles viennent probablement en consultation dans leur cabinet, mais comme elles ne disent pas spontanément qu'elles se prostituent, le médecin ne les appréhende pas en tant que telles.

Un médecin généraliste de Cayenne, a d'ailleurs refusé de répondre au questionnaire en argumentant qu'il ne se posait pas la question de savoir si une patiente était une travailleuse du sexe ou non, et qu'il apportait les mêmes soins à toutes ses patientes. Il a ajouté qu'il ne trouvait pas cette enquête, je cite, « éthique ». On peut répondre à cette réflexion que connaître la profession des patients, quelle qu'elle soit, est utile à leur prise en charge globale, les risques professionnels étant notamment importants à connaître. Ceci ne signifie évidemment pas que l'attitude médicale sera différente en fonction des professions exercées. Ce médecin semble suggérer que la prise en charge serait moins bonne si l'on savait que la patiente était une prostituée, et que ne pas le savoir serait le garant d'une prise en charge identique pour toutes les patientes. Savoir qu'une femme est une professionnelle du sexe n'implique pas nécessairement qu'on la juge négativement et qu'on lui apporte de ce fait des soins moins adaptés. C'est même le contraire : on soigne mieux les patients que l'on connaît bien, sans discrimination, ni jugement moral d'aucune sorte.

Un autre médecin généraliste installé dans le quartier de la Crique, qui dit ne pas recevoir de prostituées, admet ne pas accepter les patients détenteurs de la Couverture Maladie Universelle (CMU), ce qui lui permet, je cite, « d'avoir une patientèle plus chic que la plupart de (ses) confrère ». Cette pratique est adoptée par plusieurs médecins généralistes ou spécialistes de l'île de Cayenne, la plupart du temps, effectivement, pour « sélectionner » des patients plus aisés, et éviter ainsi de recevoir les malades les plus démunis. Un des arguments avancés serait la difficulté d'être payé par la Caisse Générale d'Assurance Maladie de Guyane (CGSS) lorsque l'avance des soins est acceptée par le médecin. Certains veulent aussi éviter de recevoir des patients d'origine étrangère, pour lesquels la barrière de la langue interdit, selon eux, toute discussion et complique leur prise en charge. Enfin, ces médecins ont aussi le sentiment que les patients détenteurs de la CMU consultent parfois sans raison médicale valable, non sensibilisés par le coût effectif de chaque consultation. En refusant de pratiquer l'avance des frais, ils pensent diminuer le nombre de ces consultations non justifiées à leurs yeux, donc sensibiliser les patients et rendre leur exercice médical, je cite, « plus intéressant ». Cette attitude n'est cependant pas autorisée par la Sécurité Sociale. De plus, 60% de la population guyanaise bénéficie de la CMU de base (2), 33% de la CMU complémentaire, contre respectivement 2% et 5,6% en métropole : refuser ces patients paraît choquant et totalement discriminatoire dans le contexte de grande précarité qui règne en Guyane.

Un médecin installé à côté du Centre de Prévention de la Croix Rouge à Cayenne ne voit pas de professionnel(le)s du sexe en consultation, mais a en revanche beaucoup d'enfants dans sa patientèle. Ceci s'explique peut-être par la proximité du Centre de la Croix Rouge, bien connu pour sa consultation dédiée au dépistage et au traitement des IST.

Plus de 80% des médecins qui ont refusé de répondre au questionnaire ont estimé qu'ils n'avaient pas le temps de le faire, alors qu'il leur a bien été précisé que cela ne leur prendrait qu'une quinzaine de minutes. Ce refus renvoie à une réalité de la pratique médicale en Guyane : ce département est 3,5 fois moins médicalisé que la métropole (source : Syndicat des médecins de la Guyane, d'après les données de l'INSEE et de la CPAM). Le recours aux spécialistes libéraux est par ailleurs très difficile, en raison de leur faible nombre (un seul endocrinologue ou un seul rhumatologue à Cayenne) voire de leur absence totale pour certaines spécialités

(pas de pédiatre ou de neurologue). Il en résulte des salles d'attente de médecins généralistes véritablement surchargées. Certains professionnels commencent à consulter avant 7h du matin, et le nombre des consultations quotidiennes dépasse facilement la trentaine. Face à la pression réelle des salles d'attente, on peut comprendre ce refus de consacrer ne serait-ce que un quart d'heure à une enquête. Le pourcentage élevé de médecins non joints (22% globalement, jusqu'à 27,3% à Cayenne) peut d'ailleurs s'expliquer également par cette surcharge de travail : faute de temps, certains médecins ne répondent pas au téléphone. 44,4% des médecins non joints de Cayenne se situent dans le quartier de la Crique, très fréquenté par les prostitué(e)s.

La majorité des médecins installés à Rémire-Montjoly pense ne pas voir de professionnel(le)s du sexe dans leur patientèle, ce qui n'est guère étonnant : cette commune, plutôt résidentielle, n'est a priori pas une zone très fréquentée par les professionnel(le)s du sexe, sauf le long de la route des plages d'après les premiers résultats de l'enquête « connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST et de VIH dans le milieu de la prostitution » actuellement menée par le CIC-EC de Cayenne. Parmi les deux médecins qui pensent voir des prostituées en consultation, un est gynécologue-obstétricien et travaille sans prise de rendez-vous avec des horaires très larges. L'autre est généraliste, anatomo-pathologiste et légiste : il a donc probablement un regard éclairé sur ces patientes.

Aucun des médecins installés au bourg de Matoury ne pense voir de professionnel(le)s du sexe en consultation, ce qui semble assez logique, cette commune n'étant pas un site connu pour la prostitution. Les deux médecins qui ont des professionnel(le)s du sexe parmi leur patientèle sont tous deux hors du bourg de Matoury et ont des profils particuliers : un travaillait à Médecins du Monde et est actuellement installé dans une zone d'habitation précaire (Cogneau Lamirande). Le second tient des vacations en Hôpital de Jour au Centre Hospitalier de Cayenne au niveau de la consultation dédiée au VIH et participe au diplôme universitaire sur le VIH organisé par la Faculté de Médecine de Guyane. Sa consultation libérale est donc naturellement orientée vers le VIH et les IST, ce qui lui donne un recrutement très spécifique. Il dit d'ailleurs, et c'est le seul à le préciser, recevoir aussi bien des hommes que des femmes s'adonnant au commerce du sexe, et a remarqué que les hommes prostitués sont le plus souvent également toxicomanes.

La majorité des médecins (58%) qui pensent voir des prostitué(e)s dans leur patientèle disent qu'elles(ils) ne le mentionnent pas spontanément. La crainte de la stigmatisation, même dans le regard du médecin, semble grande. Cependant 75% de ces médecins pensent voir des prostitué(e)s avec certitude, un quart d'entre eux en ont seulement l'impression. On peut s'interroger sur les raisons qui font que les médecins pensent avoir un(e) professionnel(le) du sexe en face d'eux sans qu'elle(il) ne lui dise. Le type de consultation, orientée vers les IST notamment, l'allure générale ou la nationalité de la patiente ou du patient sont certainement des arguments pour le médecin. En effet, les nationalités les plus fréquemment citées sont : dominicaine (75%), guyanienne (75%) et brésilienne (67%). Une étude est en cours à Cayenne concernant les « connaissances attitudes et pratiques en matière d'IST dans le milieu de la prostitution en Guyane ». Une pré-étude sur un échantillon de trente professionnel(le)s du sexe a été menée en mars 2008 : les personnes interrogées étaient d'origine dominicaine dans 70% des cas. Il existe très certainement un réseau au sein de la zone caraïbe expliquant cette présence massive de femmes dominicaines en Guyane française.

Certaines nationalités sont donc plus que d'autres associées à la prostitution. Un médecin généraliste de Cayenne, qui pense avoir des patient(e)s prostitué(e)s parmi sa patientèle a d'ailleurs refusé de répondre à cette question, estimant que ce serait discriminatoire à l'encontre des personnes originaires de ces nationalités.

Selon un médecin du quartier de la Crique, une des raisons pour lesquelles il reçoit des prostitué(e)s guyanien(ne)s est sa pratique de l'anglais. Une autre médecin explique quant à elle qu'elle voit surtout des prostituées brésiliennes, car elle est une femme, lusophone de surcroît.

L'enquête « connaissances, attitudes et pratiques des prostituées en matière de VIH et d'IST » en cours actuellement, menée par le CIC-EC de Cayenne, permet de faire une cartographie plus précise des différents lieux de la prostitution dans l'île de Cayenne. Les professionnel(le)s d'origine dominicaine se regroupent plus volontiers dans le quartier de la Crique ; ceux(celles) d'origine brésilienne sont plus dispersé(e)s et se situent également dans les bars. Les Guyanien(ne)s se situent au niveau d'une rue précise du quartier de la Crique (l'avenue de la Liberté). Les personnes transgenres, quelle que soit leur nationalité, se trouvent au niveau de la rue Félix Eboué, et dans un bar précis (le « domino »). Quant aux femmes créoles

guyanaïses, elles rentrent plus dans la catégorie des courtisanes et ne sont donc pas dans la rue.

Par ailleurs, plus de 80% des médecins qui consultent des prostitué(e)s affirment voir des patient(e)s de au moins trois nationalités à la fois (brésilienne, dominicaine, guyanaïenne et surinamaïse pour la majorité). Près d'un tiers d'entre eux ont des patientes des quatre nationalités précédentes. Ce résultat suggère que les professionnel(le)s du sexe ne vont pas consulter un médecin en fonction de leur situation géographique ou de la langue étrangère éventuellement parlée par le médecin, mais qu'elles(ils) vont consulter un médecin en particulier, parce qu'il est connu pour les recevoir et les prendre en charge globalement. Certains médecins éloignés du centre ville de Cayenne, où se situe la grande partie de l'activité de prostitution, voient des prostitué(e)s en consultation, signe que ces patient(e)s choisissent délibérément d'aller les voir. A l'inverse certains médecins du quartier de la Crique ne voient pas ces patient(e)s en consultation, signe peut-être qu'elles(ils) sont peu nombreux(ses) à se rendre dans leur cabinet.

Le médecin dermato-vénérologue qui intervient à niveau du Centre de Prévention de la Croix Rouge est celui qui semble voir le plus de professionnel(le)s du sexe en consultation : il cite le plus grand nombre de nationalités et de motifs de consultation en rapport avec les IST. Ceci s'explique en partie par le fait que l'association Entr'Aides dirige les prostitué(e)s en général vers lui pour réaliser des tests de prévention ou des examens gynécologiques complets, ce qui contribue à faire connaître cette consultation spécialisée dans le milieu de la prostitution à Cayenne.

3.3 Ce que l'étude révèle des prostitué(e)s

Les principaux motifs de consultation évoqués par les médecins qui ont des professionnel(le)s du sexe parmi leur clientèle sont les motifs en rapport avec les IST (66,7%), les demandes de prescription de sérologie VIH (66,7%), les motifs pédiatriques (66,7%) et les problèmes gynécologiques (58,3%).

En ce qui concerne les IST, les professionnel(le)s du sexe viennent surtout consulter pour des symptômes (66,7%). Très peu de prostitué(e)s sont demandeuses de conseils après rapport à risque (8,3%). Soit les circonstances d'un rapport à risque ne sont pas connues et donc ne peuvent faire l'objet d'une question spécifique ; soit elles sont connues, mais ne paraissent pas nécessiter une consultation médicale.

Cependant, de nombreuses consultations sont destinées à la prescription d'une sérologie de dépistage du VIH (66,7%), sans que le motif de cette prescription soit obligatoirement explicité. Le dermato-vénérologue intervenant au Centre de Prévention de la Croix Rouge est le seul à détailler d'autres motifs de consultation que les symptômes d'IST ou les demandes de sérologies VIH. Il est vrai que sa consultation est entièrement dédiée aux IST : il doit donc avoir une approche très complète des problèmes s'y rapportant, et, ne se contentant probablement pas des demandes directes des patient(e)s, approfondit vraisemblablement leur interrogatoire.

En ce qui concerne les motifs de consultations gynécologiques, les suivis de grossesse (75%) sont les plus fréquents. Les demandes d'interruption volontaire de grossesse (58%) sont également très nombreuses, signe que le préservatif n'est pas utilisé à chaque rapport et que les mesures de contraception sont mal connues. Ces patientes sont par ailleurs très demandeuses d'examen paracliniques, tels que prélèvements vaginaux (58,3%) ou frottis cervico-vaginaux (50%). Un médecin a cité les demandes de bilan de stérilité comme motifs de consultation. Cette réponse révèle tout simplement que les professionnelles du sexe sont des femmes avant tout, qui ont aussi des désirs d'enfant avec leur compagnon régulier, et qui peuvent entamer des démarches de procréation médicalement assistée s'il le faut.

La part des consultations en rapport avec la violence (25%) ou les problèmes de toxicomanie (16,7%) est finalement assez faible parmi cette population classiquement considérée à risque de se trouver dans ces situations. Il est possible que, même si des cas de violence ou des problèmes de toxicomanie surviennent, ils ne soient pas considérés comme nécessitant une consultation médicale. Une autre hypothèse est que dans ces cas les patient(e)s ont peur de représailles et donc ne viennent pas consulter.

A propos des autres motifs de consultations, ce sont les motifs pédiatriques qui sont majoritaires (66,7%). Aucun pédiatre n'est installé en ville dans l'île de Cayenne, la part des consultations pédiatriques est donc très importante dans l'activité des médecins généralistes, quelle que soit l'origine de la population. Un médecin a remarqué que ce sont fréquemment les problèmes de santé de leurs enfants qui amènent les prostitué(e)s à son cabinet. Après avoir consulté les enfants, il s'intéresse toujours à la maman, qui a le plus souvent elle aussi un motif de doléance.

Les problèmes sociaux sont également fréquemment cités par les médecins consultant des professionnel(le)s du sexe (50%), reflétant la grande précarité de cette population.

En ce qui concerne les consultations qualifiées de « courses » par les médecins (30%), il peut s'agir de traitements en réalité destinés à des membres de la famille résidant dans le pays d'origine, ou de médicaments pour des connaissances résidant en Guyane, mais ne bénéficiant pas de la CMU. Certains produits, tels que les compléments nutritionnels ou le Misoprostol, sont également l'objet de trafic dans le quartier de la Crique et leur prescription peut donc être demandée de façon insistante par ces patient(e)s. Les médecins disent tous être fermes vis-à-vis de ces sollicitations, qui persistent néanmoins.

Le nomadisme médical est important parmi les professionnel(le)s du sexe. Pour les problèmes liés aux IST, le Centre de Prévention de la Croix Rouge est cité en premier lieu (55,6%). Ces patient(e)s vont également chez d'autres médecins, généralistes (44,4%) ou gynécologues-obstétriciens (55,6%). Le recours aux centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (11%), au CDAG de l'hôpital de Cayenne (11%), ou au centre de consultation de l'antenne de Médecins du Monde (MDM) (11%) de Cayenne est peu évoqué. Quant aux motifs gynécologiques, le nomadisme est surtout à destination des autres médecins généralistes (62,5%) ou gynécologues-obstétriciens (62,5%). Les autres problèmes médicaux sont également gérés par différents médecins généralistes (80%) avec un recours peu fréquent aux spécialistes (20%). Ce nomadisme médical rend la prise en charge globale de cette population difficile. Il semble que les prostitué(e)s sectorisent leurs problèmes de santé et ont recours à tel médecin en fonction de telle pathologie, ce qui multiplie les intervenants. La question du rôle de la CMU dans cette attitude peut aussi être soulevée.

3.4 A propos de prévention

Les mesures de prévention des IST ou dans le domaine gynécologique sont le plus souvent abordées à l'initiative du médecin (58,3%). Les professionnel(le)s du sexe sont finalement peu en demande de telles informations, soit qu'elle(ils) les connaissent déjà, soit qu'elles(ils) ne les connaissent pas et donc ne peuvent

solliciter plus d'informations. Par ailleurs certains médecins relèvent qu'ils manquent de temps lors des consultations pour aborder en profondeur ces questions. Encore une fois, la charge de travail conséquente des médecins libéraux de l'île de Cayenne est soulignée. La plupart d'entre eux voit leur volonté d'aborder ces questions malmenée par la « pression de la salle d'attente ».

Le médecin intervenant au niveau du Centre de la Croix Rouge est l'un des rares qui affirme aborder la prévention de façon complète à chaque consultation, et dans la langue de la (du) patient de surcroît.

La pré-étude « connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST et de VIH/SIDA dans le milieu de la prostitution » menée à Cayenne en mars 2008 sur un échantillon de trente personnes montrait que le média véhiculant le mieux les messages de prévention était la télévision, et que les associations de terrain jouaient également un grand rôle pour la diffusion de ces informations.

3.5 A propos des prescriptions de sérologies

83% des médecins qui voient des professionnel(le)s du sexe en consultation admettent leur prescrire fréquemment des sérologies, une majorité d'entre eux estimant cette fréquence à deux fois par an.

Un des axes de réflexion de la lutte anti-VIH est la généralisation des dépistages les plus précoces possibles afin de permettre aux personnes contaminées un accès rapide à la prise en charge médicale, et diminuer ainsi les risques de dissémination du virus. Il semble que les médecins libéraux de l'île de Cayenne prescrivent un grand nombre de sérologies à leur patient(e)s prostitué(e)s. Mais combien sont-elles réellement réalisées ? Serait-il intéressant de diffuser au niveau des cabinets médicaux les tests de diagnostic rapide (TDR) du VIH et de former les professionnels de santé à leur exécution ? Le but des TDR est de généraliser le dépistage à la population exclue du système de santé, qui n'a pas accès aux soins et qui n'est pas en demande de dépistage. Les médecins généralistes ne sont peut-être pas les premiers acteurs intervenant auprès de cette population. Ce sont plutôt les associations de terrain qui sont leurs interlocuteurs privilégiés des personnes les plus marginales. Au vu de la réalité de la pratique de la médecine générale en Guyane française, avec le nombre élevé de patients journaliers, il paraît compliqué de

demander aux médecins généralistes de réaliser des TDR dans leur cabinet, en prenant en compte les trente minutes de délai pour obtenir le résultat, et la prise en charge psychologique nécessaire au rendu. Peut-être faudrait-il réfléchir à diffuser ces tests au niveau associatif, comme le propose depuis février 2010 le Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde à Cayenne ?

3.6 Les difficultés rencontrées

Il n'a pas été aisé de contacter les médecins et de prendre rendez-vous avec ceux qui l'acceptaient. Par manque de temps surtout, mais aussi parfois par manque d'intérêt pour le sujet, ils semblaient en majorité peu enthousiastes à l'idée de répondre à ce questionnaire. Ceux qui finalement ont le plus de prostitué(e)s parmi leur patientèle ont été les plus ouverts à l'idée de me recevoir, certainement car ils percevaient concrètement l'intérêt de l'étude menée.

Le VIH ne paraît pas une préoccupation prioritaire dans l'esprit des médecins généralistes ou gynécologues-obstétriciens de l'île de Cayenne. Le recours quasi-systématique au service d'Hospitalisation de Jour de l'hôpital de Cayenne pour le suivi des patients infectés par le VIH ne les encourage pas à se former sur ce sujet. De plus, les professionnel(le)s du sexe, population précaire, souvent non francophone, vagabondant de médecins en médecins, sont des patient(e)s difficiles à prendre en charge globalement, et de surcroît peu exigeants envers le corps médical. Si le médecin ne s'attarde pas sur les sujets de prévention, la(le) patient(e) ne réclamera pas d'informations à ce sujet. Dans un contexte de surcharge de travail pour les médecins guyanais, on comprend aisément les difficultés d'implication rencontrées pour cette étude.

3.7 Les limites de l'enquête

L'échantillon des médecins interrogés est faible, d'une part en raison du peu de médecins exerçant au niveau de l'île de Cayenne, d'autre part à cause des difficultés rencontrées pour contacter et fixer des rendez-vous aux médecins. De plus, finalement, peu de professionnels de santé pensent avoir des travailleuses(eurs) du

sexe parmi leur patientèle, ce qui réduit d'autant plus l'échantillonnage de médecins interrogés sur la totalité du questionnaire.

Par ailleurs, les réponses données sont subjectives et dépendent entièrement de la perception du médecin vis-à-vis de ses patient(e)s. Il faudrait mettre en perspective les résultats de cette enquête avec ceux de l'étude « connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST et de VIH dans le milieu de la prostitution à Cayenne », en cours d'analyse, pour avoir en miroir les réponses des professionnel(le)s du sexe.

3.8 Propositions

La mise en place de consultation spécialisée avec des médecins sensibilisés à tous les problèmes des professionnel(le)s du sexe, volontiers polyglottes, semble le plus intéressant. Le dermato-vénérologue intervenant au niveau du Centre de Prévention de la Croix Rouge est finalement celui qui les connaît le mieux et qui sait adapter le message de prévention en fonction de la nationalité et du niveau de compréhension des patient(e)s. Il est très probable que dans leur parcours de soins nomade, aller le consulter soit un passage obligé.

Par ailleurs, il est évident que des mesures doivent être mises en œuvre afin d'attirer de nouveaux médecins en Guyane française, pour d'alléger le volume des consultations quotidiennes, et de renforcer l'implication des médecins généralistes libéraux dans la prévention du VIH, que ce soit au niveau des professionnel(le)s du sexe ou non. C'est le but recherché par les formations continues que le réseau Kikiwi souhaite organiser pour les médecins de ville.

4 CONCLUSION

Les médecins libéraux, gynécologues-obstétriciens et généralistes plus particulièrement, sont confrontés en Guyane française à de nombreux patients vulnérables, en situation de grande précarité. Parmi eux, les professionnel(le)s du sexe constituent une population fragile, qui présente des risques spécifiques notamment en matière d'IST et de VIH/SIDA, et qui est considérée comme un des moteurs probables de l'épidémie de VIH dans ce département.

Alors que l'on s'interroge actuellement sur de nouvelles stratégies de dépistage précoce de l'infection par le VIH, afin de permettre aux personnes contaminées un accès rapide à la prise en charge médicale, et diminuer ainsi la propagation du virus, il semble primordial d'impliquer les médecins généralistes dans ces démarches de prévention. En effet, ils occupent une place charnière, interlocuteurs privilégiés des patients et acteurs de premier plan en matière de prévention. Cependant cette mission n'est pas aisée à remplir, notamment en raison du contexte démographique global et médical particulier de la Guyane française. Les sensibiliser d'avantage aux particularités des professionnel(le)s du sexe, et à la prévention en matière d'IST et de VIH/SIDA, toujours d'actualité, est une première étape. C'est le but des formations continues que le réseau ville-hôpital VIH va mettre en place d'ici quelques mois.

Il semble également intéressant de développer des centres de consultations spécialisées, dédiées aux dépistages et à la prise en charge des IST et du VIH/Sida, dans lesquels les professionnels médicaux sont formés et attentifs aux besoins spécifiques des populations à risque, dont les travailleuses(eurs) du sexe font partie, et vers lesquels ces populations se tournent facilement si nécessaire. Le centre de prévention de la Croix Rouge de Cayenne en est un exemple. Début 2010, s'est également ouvert un centre de planification familiale situé au centre ville de Cayenne, qui vise à répondre à ces besoins.

La pratique de la médecine générale en Guyane française est très différente de celle de métropole. Cette étude m'a permis de décrire les conditions de travail des médecins généralistes, et de pointer leurs difficultés, mais aussi de montrer à quel point exercer dans ce département, à la fois riche et fragile de sa diversité, est humainement passionnant.

5 BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.insee.fr/fr:regions/guyane>.
2. <http://www.martinique.sante.gouv.fr/documents/accueil/statistiques>.
3. INSEE. Tableaux économiques régionaux (TER), 2003, Guyane, novembre 2003.
4. www.has-sante.fr/depistage de l'infection par le VIH. Modalités de réalisation des tests de dépistage/octobre 2008/pp8-11.
5. Enquête Périnatale Française (EPF) de l'ANRS. <http://u569.KB.inserm.fr/epfbiblio/>
6. Yeni Patrick. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008. Recommandations du groupe d'experts. Paris : Flammarion, 2008.432p.p32,p36,p40,p156,p206.
7. XVII° conférence internationale sur le Sida ; 2008 ; Mexico. Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida. Genève: ONUSIDA,2008.362p.p34.p45.p50.p54.p55.p57.p60.p63.
8. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Rapport sur le développement humain ; 2005 ; New York.
9. Etude du Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH (PANCAP) ; 2004. Des objectifs communs, des ripostes en partenariat. Genève : ONUSIDA, 2004.p58.
10. Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida. Genève: ONUSIDA,2004.
11. Gaillard EM et al. Understanding the reasons for the decline of HIV prevalence in Haïti. Sexually Transmitted Infections, 2006, Supplement 82(1) : pp14-20.
12. Allen C et al. HIV infection and HIV risk practises among female sex workers in Georgetown, Guyana. A follow up survey , 2000. National AIDS Programme, Ministry of Health, Guyana and Red Thread Women's Development Programme. 27p.
13. Inciardi JA, Syverten JL, and Surrat HL. HIV/AIDS in the Caribbean Basin. AIDS Care, 2005, 17(Supplement 1) : S9-S25.
14. Duke V, et al. Seroprevalence of HIV, HSV1 and HSV2 among women in Tobago : a cord blood-based survey. CAREC Surveillance Report, 2004,24(3).
15. Caribbean Commission on Health and Development (2005). Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th meeting of the CARICOM heads of government : overview. 3-6 july, Sainte Lucie.
16. Lee RK, et al. Risk behaviours for HIV among men who have sex with men in Trinidad and Tobago. XVI° Conférence Internationale sur le Sida. 13-18 août 2006. Toronto, Ontario (Abstract CDD0366).

17. Toro-Alfonso J and Varas-Diaz N. Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del HIV en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana. USAIDS and Proyecto Conecta. Santo Domingo.
18. DGS, Stratégie de prévention de l'infection à VIH/Sida en France. 2001/2004 ; août 2001, p18.
19. Halfen S, Fenies K, Ung B, Gremy I. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida aux Antilles et en Guyane française en 2004. Paris : ANRS et ORS Ile de France, avril 2006, p289.
20. www.insee.fr/fr/insee_regions:guadeloupe/themes/antiane/AE67/AE67_art05.pdf
21. INVS. Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004. BEH 2005 ; 46-47 : pp238-239.
22. Rapport d'activité CISIH 2006: point sur la prise en charge du VIH en Guyane française, octobre 2007, p28.
23. Conseil National du Sida. Repenser la politique de lutte contre le VIH/Sida dans les départements d'outre-mer. Rapport suivi de recommandations, adopté le 11 mars 2003. P64.
24. Berthod-Wurmser M. Analyse et évaluation des systèmes de soins, de prise en charge, de prévention et de protection sociale. Conseil National de l'évaluation, Commissariat Général du Plan, intercommission N°6 de l'INSERM. P224.
25. Calvez M. « le Sida » in Leclerc A et al. Les inégalités sociales de santé. Ed. Inserm, La Découverte, 2000, pp283-294.
26. Giraud M, Gilloire A, et al. Analyse des comportements sexuels aux Antilles et Guyane. Rapport intermédiaire : 1994 ; Dossier de presse : 1995.
27. Commerce du sexe et VIH/Sida. Genève : ONUSIDA actualisation, mars 2003, 19p.
28. Scambler G, Paoli F. Health work, female sex workers and HIV/AIDS : global and local dimensions of stigma and deviances as barriers to effective interventions. Social Science and Medicine, 2008, 66, pp1848-1862.
29. Steen R, Dallabetta G. Sexually transmitted infection contrôle with sex workers : regular screening and presumptive treatment augment efforts to reduce risk and vulnerability. Reproductive Health Matters, 2003, 11(22), pp74-90.

30. Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P, et al. Impact of Thailand's HIV-control program as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 344, pp243-245.
31. Celentano DD, Nelson KE, Lyles CM, et al. Decreasing incidence of HIV and sexually transmitted diseases in young Thai men : evidence for success of the HIV/AIDS control and prevention program. *AIDS*, 1998, 12(5), pp29-36.
32. Meda N, Ndoye I, M'Bup S, et al. Low and stable HIV infection rate in Senegal : natural course of the epidemic or evidence for success of prevention ? *AIDS*, 1999, 13(1), pp 1397-1405.
33. Report on the global AIDS epidemic. Geneva : ONUSIDA, 2006.
34. Day S, Ward H. Approching health through the prism of stigma : research in seven European countries. In Day S, Ward H (Eds), *Sex work, mobility and health in Europe*, 2006. London : Kegan Paul.
35. Gebre Y et al. Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica : survey of female sex workers. XVIe Conference Internationale sur le Sida. 13-18 août 2006. Toronto, Ontario (Abstract CDC 313).
36. Hawkins K and al. Young women and sexual relationships in two locations in Trinidad. National AIDS Coordinating Committee in Trinidad and Tobago, décembre 2007.
37. De segunda generacion encuestas de seroprevalencia de la infection VIH basadas en puestos centinelas 2004. Secretario de Estado de Salud Publica y Asistencia Social de Republica Dominicana. Santo Domingo, 2005.
38. Allen CF et al. Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 43(1), pp96-101 ;
39. Wilson D, Halperin DT. « Know your epidemic, know your response » : a useful approach, if we get it right. *Lancet*. 2008 Aug 9, 372(9637) : pp423-426.

Annexe 1: Questionnaire à l'intention des médecins de ville de l'Ile de Cayenne au sujet de la prévention des IST et du VIH/Sida parmi les prostitué(e)s.

Spécialité :

Adresse :

1-Pensez-vous voir beaucoup de prostitué(e)s parmi vos patient(e)s ?

- Impression que oui
- Certitude que oui
- Non
- NSP

2-Vous disent-elles(ils) spontanément qu'elles(ils) se prostituent ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

3-De quelles nationalités sont-elles(ils) ?

- Haïtienne
- Brésilienne
- Dominicaine
- Guyanienne
- Autres : ...
- NSP

4-Quels sont leurs motifs principaux de consultation ?

- Motifs gynécologiques
- Motifs en rapport avec des IST
- Conseils après rapport à risque
- Motifs pédiatriques
- Violence
- Toxicomanie
- Test VIH
- Autres : ...
- NSP

A PROPOS DES IST :

5-Quels sont leurs principaux motifs de consultation en rapport avec les IST ?

- Demande sérologie VIH
- Conseil après rapport à risque
- Symptômes d'IST
- Autres : ...

6-Leur prescrivez-vous fréquemment les sérologies de dépistage des IST ?

- Oui
- Non

-NSP

7-Si oui, à quelle fréquence ?

- Au moins une fois par an ?
- Deux fois par an ?
- Trois fois par an ?
- Plus de trois fois par an ?
- NSP

8-Quand vous abordez la prévention des IST lors des consultations, est-ce à la demande des prostitué(e)s, ou est-ce à votre initiative ?

- Souvent à la demande des prostituées.
- Souvent à mon initiative.

9- Pour les problèmes médicaux en rapport avec les IST, sont-elles(ils) suivi(e)s dans une autre structure que votre cabinet ?

- Non
- Oui
- NSP

10-Si oui, est-ce : -A la Croix Rouge ?

- Au CDAG ?
- Par d'autres médecins généralistes ?
- Par des gynécologues ?
- Autres : ...

A PROPOS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE :

11-Quels sont leurs principaux motifs de consultation en rapport avec des problèmes gynécologiques ?

- Demande de contraception orale
- Demande de stérilet
- Implanon
-
- Injection de progestérone
- Demande prélèvement vaginal
- Demande FCV
- Mammographie
- Demande IVG
- Suivi de grossesse
- Autres : ...

12- Quand vous abordez le thème de la prévention dans le domaine gynécologique, est-ce à la demande des prostituées, ou est-ce à votre initiative ?

- Souvent à la demande des prostituées.
- Souvent à mon initiative.

13-Pour les problèmes gynécologiques, sont-elles suivies dans une autre structure que votre cabinet ?

- Non

- Oui
- NSP

- 14-Si oui, est-ce :
- A la Croix Rouge ?
 - A la PMI ?
 - Par d'autres médecins généralistes ?
 - Par des gynécologues ?
 - Autres :

A PROPOS DES AUTRES MOTIFS DE CONSULTATION

- 15-Quels sont leurs principaux motifs de consultation, autres que les IST ou les problèmes gynécologiques ?
- Motifs pédiatriques
 - Violence
 - Toxicomanie
 - Autres problèmes médicaux (cardiologiques, pneumologiques,digestifs....)
 - Problèmes sociaux
 - «Courses »
 - Autres : ...

- 16-Pour ces motifs, sont-elles(ils) suivies dans une autre structure que votre cabinet ?
- Non
 - Oui
 - NSP

- 17-Si oui, est-ce :
- A la Croix Rouge ?
 - A la PMI ?
 - Par d'autres médecins généralistes ?
 - Par des spécialistes (cardiologues, pneumologues...) ?
 - Autres : ...

- 18- Il existe un réseau ville hôpital VIH (Réseau Kikiwi). Si ce réseau mettait en place des formations délivrant des points FMC (par exemple une journée le samedi) spéciales pour les médecins de ville, dans le cadre du Diplôme Universitaire de rétrovirologie :
- Vous seriez très intéressés
 - Peut-être intéressés
 - Probablement pas intéressés
 - Pas intéressés du tout

VU

NANCY, le 10 mai 2010
Le Président de Thèse

Professeur CH. RABAUD

NANCY, le 18 mai 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3302

NANCY, le 20 mai 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

Study of the implication of the general practitioners of Cayenne in the care of sex workers. Study of the prevention of HIV/AIDS and sexually transmitted diseases.

Located between Brazil and Suriname in South America, French Guiana is the French territory that is most affected by the HIV/AIDS epidemic. 80% of patients are of foreign origin. Sex work is thought to be a major driver of the epidemic.

Being a general practitioner in French Guyana is very specific: the workload is significant because of the lack of practitioners, and the precariousness in which many patients are makes the medical support often difficult.

The survey concerned liberal general practitioners, gynecologists-obstetricians and dermatologists-venereologists working on the Island of Cayenne. It aimed, on the one hand, to assess their global medical support of sex workers and the health seeking trajectory of the sex workers, and, on the other, hand to study their involvement in the prevention of HIV/AIDS and sexually transmitted infections (STIs) in this population.

84% of surveyed physicians were generalists, 66% agreed to answer the questions. One third of them thought they had patients involved in sex work, that were most frequently Dominican, Guyanese or Brazilian. Their main reasons for consultation were requests for prescription of HIV tests, symptoms of STIs, gynecological problems or paediatric reasons. The preventive measures were discussed at the initiative of the physician, only if he had time, because of the heavy workload. Moreover, the medical nomadism of this population seemed to be very important. Finally, 70% of the surveyed physicians said they were interested in training about HIV.

It seems essential to strengthen the involvement of GPs in the prevention of HIV/AIDS among sex workers. Developing specialized consultations seems to be an interesting alternative. The aim is to improve the early screening of HIV among risk populations in order to promote early medical care of the infection and to limit its spread.

RESUME

Située entre le Brésil et le Surinam en Amérique latine, la Guyane française est le département français le plus touché par l'épidémie de VIH/SIDA. 80% des patients sont d'origine étrangère. Le rôle du commerce du sexe dans la propagation de l'épidémie est probablement majeur.

Y exercer la médecine générale est très particulier : la charge de travail est importante en raison de la pénurie de praticiens, et la grande précarité dans laquelle se trouvent de nombreux patients rend les prises en charge souvent difficiles.

L'étude menée auprès des médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et dermatovénérologues libéraux de l'île de Cayenne visait d'une part à évaluer leur prise en charge médicale globale des professionnel(le)s du sexe ainsi que le parcours de soins des prostitué(e)s, d'autre part à préciser leur implication dans la prévention du VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) au sein de cette population.

84% des médecins interrogés étaient des généralistes, 66% ont accepté de répondre au questionnaire. Un tiers d'entre eux pensaient voir des professionnel(le)s du sexe en consultation, le plus fréquemment de nationalité dominicaine, guyanienne et brésilienne. Leurs motifs principaux de consultation étaient les demandes de prescription de sérologie VIH, les symptômes d'IST, les problèmes gynécologiques ou les motifs pédiatriques. Les mesures de prévention étaient abordées à l'initiative du médecin seulement, s'il en avait le temps, en raison de la grande charge de travail. Par ailleurs, le nomadisme médical de cette population à risque paraissait très important. Enfin, 70% des médecins interrogés disaient être intéressés par des formations continues en rapport avec le VIH.

Il paraît primordial de renforcer l'implication des médecins généralistes dans la prévention du VIH/Sida à destination des travailleuses(eurs) du sexe. Développer des centres de consultations spécialisées semble une alternative intéressante en raison de la surcharge de travail importante des médecins de ville.

Le but recherché est d'améliorer la précocité du dépistage du VIH dans les populations à risque afin de favoriser la prise en charge précoce de l'infection et d'en limiter la propagation.

Study of the implication of the general practitioners of Cayenne in the care of sex workers. Study of the prevention of HIV/AIDS and sexually transmitted diseases.

Thèse de MEDECINE GENERALE- ANNEE 2010

Mots-clefs : prostitution, VIH/SIDA, IST, prévention, médecins généralistes, Guyane française.

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54 505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex