



Étude transfrontalière des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et de la contraception dans la population adulte de la région entre Oiapoque et Saint-Georges, 2017-2018

Richard Botreau-Roussel-Bonneterre

► To cite this version:

Richard Botreau-Roussel-Bonneterre. Étude transfrontalière des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et de la contraception dans la population adulte de la région entre Oiapoque et Saint-Georges, 2017-2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02503156

HAL Id: dumas-02503156

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02503156>

Submitted on 9 Mar 2020

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.

UNIVERSITÉ DES ANTILLES

2019

FACULTÉ DE MÉDECINE

HYACINTHE BASTARAUD

N° 2019ANTI0370

**Étude transfrontalière des connaissances, attitudes et pratiques
vis-à-vis du VIH et de la contraception dans la population adulte de la
région entre Oiapoque et Saint-Georges
2017-2018**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 01/02/2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

Par

Richard BOTREAU-ROUSSEL-BONNETERRE

Examineurs de la thèse :

Mme DUEYMES Maryvonne	Professeure des Universités & Présidente de Jury
Mr NACHER Mathieu	Professeur des Universités & Juge
Mr DJOSSOU Félix	Professeur des Universités & Juge
Mme NIEMETZKY Florence	Chef de clinique en Médecine Générale & Juge
Mr BIDAUD Bastien	Docteur en Médecine Générale & Directeur de thèse

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 73 27 27

André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 24 11
Sébastien BREUREC	Bactériologie & Vénérologie Hygiène hospitalière CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CH de CAYENNE Tel : 05 96 55 24 24
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Epidémiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Michel CARLES	Anesthésie-Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES Tel : 05 90 89 17 74
Magalie DEMAR-PIERRE	Parasitologie et Infectiologue CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 0690 39 56 28
Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale Cabinet libéral au Gosier Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90
MEJDOUBI Mehdi	Radiologie et Imagerie CHU de MARTINIQUE Tel : 0696 38 05 20
VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique Et cardiovasculaire CHU de MARTINIQUE Tel : 0696 03 86 87
DJOSSOU Félix	Maladies Infectieuses Et tropicales CH de CAYENNE Tél : 0694 20 84 20

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 06 94 97 80 48

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

Epidémiologie Economie de la Santé
CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690 30 85 04

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale
Tél : 0596 56 13 23

CARRERE Philippe

Médecine Générale

Tél : 0690 99 99 11

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOSTILLE Charlotte

Endocrinologie

CHU DE GUADELOUPE

Tel : 05 90

CHAUMONT Hugo

Neurologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 90

BUTORI Pauline

ORL

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0590 89 14 50

BONIFAY Timothée

Médecin Générale

CHU de Cayenne Croix rouge

Tel : 06 90 99 99 11

DURTETTE Charlotte

Médecine Interne

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

RENARD Guillaume

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 96 26 27 33

CHEVALLIER Ludivine

Chirurgie Générale et VIS

CH de CAYENNE

Tel : 06 70 86 88 91

SYLVESTRE Emmanuelle

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 20 60 31 36

POUY Sébastien

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 66 44 56 15

HUYGHUES DES ETAGES Gunther

ORL

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0590

HENNO Florent

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 37 85 15 28

PASQUIER Jérémie

Maladies Infectieuses maladies Tropicales

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 90 93 46 16

MONFORT Astrid

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72

PERROT Emmanuel

Urologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90

JEREMIE Jean-Marc

Psychiatrie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

TRAMIER Ambre

Gynécologie Obstétrique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0590 89 19 89

SAINTE-ROSE Vincent

Parasitologie
CH de Cayenne
Tel : 05 90

ROLLE Amélie

Anesthésie-Réanimation
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

CARPIN Jamila

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
Tel : 0690 72 12 04

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690 30 75 19

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0694 16 15 31

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

PARSEMAIN Aurélie

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0694 08 74 46

DUDOUIT Sylvain

Chirurgie Orthopédique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0596

Remerciements

Réaliser une thèse est l'aboutissement de nombreux défis, de nombreuses heures de recherches et de travail. C'est aussi la fin de ces longues années d'études médicales.

A tous ceux qui ont contribué de près comme de loin à l'accomplissement de ce projet de thèse, je vous remercie du fond du cœur.

Au Professeur Maryvonne Dueymes, c'est un honneur que vous me faites de juger ce travail. Un grand merci également pour toute votre implication dans les enseignements et dans les travaux des internes de la Faculté Antilles- Guyane.

Aux membres du Jury, les professeurs **Mathieu Nacher** et **Félix Djossou** ainsi que le Docteur **Florence Niemetzky**, merci de me faire l'honneur d'être présents ce jour et de juger mon travail. Vous avez toute ma gratitude et ma considération. Merci Florence pour ton accompagnement et ton soutien durant ces années d'internat.

A mon Directeur de thèse, le Docteur Bastien Bidaud que j'admire. Nous sommes passés par plusieurs caps durant ces mois de travail à Saint-Georges, notamment par le projet de la « Consult'Sexo » et la mise en place de la PrEP via le Centre de Santé. Merci d'avoir été là.

A l'association !Dsante et toutes ses équipes. Merci à sa Directrice **Sophie Rhodes** pour son investissement sans faille dans le projet « Oyapock Coopération Santé », et surtout d'avoir accepté que je réalise ma thèse sur cette étude CAP de l'Oyapock. Merci aussi à **Capucine, Léo, Anne-Laure, Mylène, Aude** ainsi qu'à tous les bénévoles que je n'ai pas eu la chance de rencontrer. Merci à **Jane Miller** et toutes ses équipes de l'association **DPAC FRONTEIRA**. Merci à tous ceux de **l'Université de l'Amapá**. Un grand merci à **Aurel Carbutar** pour toutes ses qualités de statisticien, ton aide m'a été précieuse à bien des étapes. Infiniment merci au **Docteur Emilie Mosnier** pour tous ses conseils et son implication dans le projet. Merci à l'association **DAAC Guyane**. Merci à tous nos répondants sans qui cette étude n'existerait pas.

Merci à tous les **collaborateurs et aux partenaires financiers**, l'Agence Régionale de Santé de Guyane, la Collectivité Territoriale de la Guyane et notamment le pôle des affaires européennes, la Préfecture de Guyane, l'Agence française de développement, les municipalités de Saint-Georges et d'Oiapoque, l'état de l'Amapá, les fondations fundo posithivo, la fondation Gilead, la Pan American Health Organization, le Sidaction et la Fondation de France. Merci au **Centre Hospitalier Andrée Rosemon** qui permet la réalisation d'un projet de cette ampleur dans les communes via les CDPS.

A la grande équipe des CDPS, au Docteur Brousse, à la coordination et ses équipes sur le terrain qui soutiennent ce projet et font progresser la prévention en site isolé. A toute l'équipe du CDPS de Saint-Georges, un grand merci pour votre efficacité.

Aux membres du DUMG, qui permettent à la médecine générale de rayonner en Guyane et aux Antilles. Vous vous efforcez de nous apporter toute la formation nécessaire pour devenir de futurs praticiens. Merci au **Docteur Thimothée Bonifay** ainsi qu'au Docteur Florence Niemetzky. Grand merci au **Professeur Hélène-Pelage**.

Au Doyen et au Président de la faculté Antilles-Guyane, merci à vous de nous offrir un lieu d'étude stable et pérenne que tous peuvent envier.

L'équipe de la faculté Antilles et Guyane, merci de nous soutenir dans nos démarches administratives.

A tous les soignants, toutes professions confondues, de la Guadeloupe à la Guyane, en passant par la Martinique et par Lille. Merci d'avoir été là dans les bons et mauvais moments. Vous m'avez montré les bonnes valeurs et aidé à me construire en tant que médecin, celui que je voulais être.

A ma future petite famille des **Urgences-SAMU**, Mathieu, Michel, Arthur, Jeanne, Marie-Pascale, Marie, Sophie, Manar et tous les autres.

Merci à tous mes patients, ces gens magnifiques que j'ai pu rencontrer lors de mes années d'études médicales. J'espère avoir été à la hauteur de votre confiance.

Merci à vous mes amis, la liste est bien trop longue. Merci à vous de m'avoir donné la force durant tout ce temps.

Merci à la Team Guyane à savoir Julien et Jeanne pour tous leurs conseils, Sandra, Sébastien, Pierre « le Viking » et les projets en moto, Nathalie la meilleure directrice de mémoire, Thomas, Marie, Richard « Mr piqué », Stéphanie, Aydine, Penda, Aude et ma tendre Pauline « Popo » professionnelle du traitement de texte. Merci à toi Céleste d'avoir toujours été là.

Merci à la Team Guadeloupe-Martinique un grand merci à vous, à savoir Carole, Aïdan, Laura, Floriane, Karime, Elise, Hélène, « Bicou », Pierrick, Yasmina, Pierre-Gilles, Laurence, Jérôme, Marie-Laëtitia, Valérie, Ludovic, Anne-Laure, Jean.

Merci aussi à mes compères de l'ECN qui ont été là durant ces moments difficiles, Nitish « le Mauricien au grand cœur », Charles aujourd'hui papa et Hamza.

A ma famille, l'Essentiel. Toutes ces années nous ont soudé. Vous avez su me donner la force de continuer quand le moral n'était pas forcément au rendez-vous. Toi **Térence**, mon frère, mon énergie c'est pour toi que j'ai voulu aller au bout de ces années. A vous mes **parents**, mes piliers vous m'avez appris à être un homme de valeurs. A vous mes sœurs, **Jihane** et **Lorna**, heureusement que vous êtes là. Je ne sais même pas comment vous remercier pour tout votre amour. A toi, **Assad** mon beau-frère exceptionnel, toi **Gladys**, **Daniel** et ma tendre **Caro** merci d'avoir été toujours là dans les moindres occasions. A vous **Anne et Jimmy**, merci pour ces bons moments à refaire le monde. **Janine** et **Tata**, merci la famille ! Et bien sûr **David** et **Caroline**.

A tout le reste de la famille merci d'y avoir cru et de continuer à toujours me pousser à être une bonne personne.

Résumé

INTRODUCTION : En Guyane, la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Au Brésil c'est plus de 860 000 personnes qui vivent avec le VIH. La frontière franco-brésilienne constitue une zone d'échange et de mobilité où la population cumule les vulnérabilités. OCS, projet transfrontalier de prévention en santé sexuelle et reproductive doit permettre l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques dans la région sur le VIH et la contraception.

MATERIEL ET METHODES : Notre étude observationnelle, transversale mixte et monocentrique a été menée à la frontière entre Saint-Georges et Oiapoque chez des adultes, à l'aide d'un questionnaire en français ou en portugais entre Octobre 2017 et Février 2018.

RESULTATS : 630 questionnaires ont été réalisés, 258 à Saint-Georges et 372 à Oiapoque. Les répondants à 42,6 % pensaient que la piqûre du moustique pouvait transmettre le VIH. Les personnes ayant eu des rapports sexuels commerciaux étaient 22,2 % à ne pas avoir utilisé de préservatif lors du dernier rapport. Dans l'échantillon 87,5 % des femmes avaient déjà eu une grossesse, 41,5 % n'utilisaient pas de contraception.

CONCLUSION : Souvent oubliés des stratégies en matière de santé sexuelle et reproductive, les territoires frontaliers isolés constituent un enjeu primordial dans la lutte contre le VIH et les grossesses non désirées. La prise en charge de leurs populations dites vulnérables ne pourra se faire sans s'adapter aux particularités de ces régions. Le Brésil et la France n'ont d'autre choix que de mener des actions communes comme le projet OCS.

MOTS-CLEFS : VIH ; Contraception ; Connaissances ; Attitudes ; Pratiques ; Prévention ; Santé sexuelle et reproductive ; Frontière ; Brésil ; Guyane française.

Abstract

BACKGROUND: HIV prevalence in French Guiana is above 1 %. And More than 860,000 people live with HIV in Brazil. French-Brazilian border is an area where exchanges et mobility make the population been called vulnerable. OCS, Cross-Border Sexual and Reproductive Health Prevention project should enable the assessment of knowledge, attitudes and practices in the region on HIV and contraception.

METHODS: Our monocentric cross-sectional observational study was conducted at the border between Saint-Georges and Oiapoque in adult population using a questionnaire in French or Portuguese between October 2017 and February 2018.

RESULTS: 630 surveys were realized, 258 in Saint-Georges and 372 in Oiapoque. We observed that 42.6 % of people thought mosquito bites could transmit HIV. People who had commercial sex were 22.2 % did not use condoms in the last sexual intercourse. In the sample 87.5 % of women had already had pregnancy, 41.5% did not use contraception.

CONCLUSION: Often forgotten by strategies for sexual and reproductive health, border territories are a key issue in the fight against HIV and unwanted pregnancies. The management of their vulnerable populations can not be done without adapting to the peculiarities of these regions. Brazil and France have no choice but to lead joint actions such as the OCS project.

KEYWORDS: HIV; contraception; Knowledge ; attitudes; Practice ; Prevention; Sexual and reproductive health; border; Brazil; French Guiana.

Table des matières

LISTE DES FIGURES.....	15
LISTE DES TABLEAUX	21
ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION	24
1. LE CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIOLOGIQUE ET SANITAIRE.....	27
A. <i>La Guyane</i>	27
1) Les limites territoriales	27
2) La croissance démographique et l'immigration.....	28
3) L'économie et le chômage.....	31
4) Les prestations sociales, la pauvreté et la scolarisation	32
5) La santé.....	33
B. <i>Le Brésil et le district de l'Amapá</i>	35
1) Les limites territoriales	35
2) La démographie et l'immigration	35
3) L'économie et le chômage.....	37
4) L'aspect social	38
5) La santé.....	39
C. <i>La frontière franco-brésilienne : Dynamique transfrontalière, migration et santé, une population vulnérable.....</i>	<i>45</i>
1) Saint-Georges de l'Oyapock en Guyane.....	46
2) Oiapoque au Brésil.....	47
3) La dynamique frontalière.....	48
a. Migrations et santé.....	48
b. L'orpaillage illégal.....	50
c. Le travail du sexe	52
2. LE VIH.....	52
A. <i>Dans le monde</i>	52
B. <i>Au Brésil</i>	57

C. <i>En France</i>	12 60
D. <i>En Guyane</i>	65
E. <i>Le VIH dans l'état de l'Amapá, dans la région Nord du Brésil et à la frontière franco-brésilienne</i>	69
3. LA CONTRACEPTION	71
A. <i>Dans le monde</i>	71
B. <i>En France et au Brésil</i>	73
C. <i>En Guyane</i>	74
MATERIEL ET METHODES	75
1. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	75
2. MATERIEL ET METHODES	77
A. <i>Type d'étude et objectifs</i>	77
B. <i>La population étudiée</i>	78
C. <i>Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon</i>	78
D. <i>Outils de recueil des données</i>	85
E. <i>Aspects éthiques et réglementaires</i>	87
F. <i>L'analyse des données</i>	88
RESULTATS	89
1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES INTERROGÉES.....	89
A. <i>Sexe et Âge</i>	89
B. <i>Langues maternelles</i>	90
C. <i>Niveau d'étude</i>	90
D. <i>Sources de revenu et activités professionnelles</i>	92
2. LES CONNAISSANCES DU VIH : SOURCES D'INFORMATION, CONNAISSANCES DE L'HISTOIRE NATURELLE, MOYENS DE PREVENTION, MODES DE TRANSMISSION ET TRAITEMENTS ANTI RETROVIRAUX	94
A. <i>Sources d'information</i>	94
B. <i>Connaissances du VIH et de l'histoire naturelle</i>	96
C. <i>Connaissances des moyens de prévention du VIH</i>	98

	13
D. <i>Les modes de transmission</i>	99
E. <i>Les traitements antirétroviraux</i>	103
F. <i>Score de bonnes connaissances (questionnaire en annexe)</i>	104
3. SEXUALITE ET COMPORTEMENTS.....	106
A. <i>Les pratiques sexuelles</i>	106
B. <i>Le partenariat sexuel et l'utilisation du préservatif</i>	108
C. <i>Image du préservatif et accessibilité</i>	114
D. <i>La prostitution</i>	114
4. LE DEPISTAGE DU VIH.....	118
5. LA DISCRIMINATION	122
A. <i>Identification des comportements discriminants</i>	122
B. <i>Les scores de comportement discriminant envers les personnes atteintes du VIH</i> .	127
6. LA CONTRACEPTION ET LES GROSSESSES	129
A. <i>Les grossesses</i>	129
B. <i>Connaissances de la contraception et accessibilité</i>	130
C. <i>Pilule du lendemain</i>	132
D. <i>Scores de connaissances sur la contraception</i>	134
7. DEMANDE D'INFORMATIONS	135
DISCUSSION	136
1. Les limites de l'étude.....	136
2. L'aspect sociodémographique de la région.....	138
3. Connaissances sur le VIH.....	140
4. La sexualité et les comportements	144
a) L'âge du premier rapport sexuel	144
b) L'orientation sexuelle	145
c) Partenariat régulier et occasionnel, utilisation du préservatif	145
d) Les rapports tarifés et en échange de services ou de cadeaux	147
e) Le dépistage.....	149
5. La discrimination	151
6. La contraception, les grossesses et l'avortement	154

	14
CONCLUSION	157
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	162
ANNEXES	166
1. ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE EN FRANÇAIS	166
2. ANNEXE 2 : DECLARATION A LA CNIL	190
3. ANNEXE 3 : DECLARATION A LA CONEP (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA)	193
4. ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT BRESILIEN	196
5. ANNEXE 5 : GUIDE DE L'ENQUÊTEUR	197
6. ANNEXE 6 : LISTE DE MATERIEL A AVOIR.....	201
7. ANNEXE 7 : FLOW-CHART	202
SERMENT D'HIPPOCRATE	203
AUTORISATION D'IMPRIMATUR	204

Liste des figures

Figure 1 : Les Guyanes (Auteur : Platon Arnold).....	27
Figure 2 : La carte de la Guyane.....	28
Figure 3 : Evolution du nombre de naissances, des décès et du solde naturel 1998-2016 (INSEE 2017).....	29
Figure 4 : Population en âge de travailler selon le statut d'activité (INSEE Enquête emploi continu 2017)	31
Figure 5 : Disposition des structures sanitaires (Source CDPS).....	33
Figure 6 : Densité de médecins généralistes (INSEE 2016).....	34
Figure 7 : Carte du Brésil.....	35
Figure 8 : Répartition de la population en 2017 (IBGE)	36
Figure 9 : Variation des population 2000-2017 (IBGE)	37
Figure 10: Taux d'homicides au Brésil (BFPS)	39
Figure 11 : Dépenses de santé en fonction du PIB 2017 (OCDE).....	41
Figure 12 : Médecins en activité pour 1000 habitants 2000 et 2015 (OCDE).....	41
Figure 13 : Avortement et législation en Amérique du Sud (Auteur : C. Doutey).....	44
Figure 14 : Frontière franco-brésilienne (Illustration d'après M. Privat, conception : S. Letniowska-Swiat, Réalisation : J. Domont)	46
Figure 15 : Evolution des nouveaux cas détectés 1983- 2015 en Guyane (Source : « Les périphéries de l'épidémie de VIH en Guyane : particularités des zones isolées » E. Mosnier & al).....	50

Figure 16 : Pays d'origine des nouveaux diagnostiqués 2012-2015 dans les CDPS

(Source : « Diagnostic et prise en charge des PVVIH en zones isolées et frontalières en Guyane » E. Mosnier & al) 50

Figure 17: Flux migratoires liés à l'orpaillage. Auteur : N. Guiraud 2015,

« Epidémiologie des maladies infectieuses et épidémiques en milieu isolé Amazonien » par E. Mosnier 51

Figure 18 : Personnes vivant avec le VIH en 2017 (ONUSIDA) 52

Figure 19 : Les nouvelles infections VIH en 2017 (ONUSIDA) 53

Figure 20 : Variation à l'accès aux antirétroviraux dans le monde en 2015 (IHME University of Washington) 56

Figure 21 : Nouvelles infections VIH en Amérique latine (ONUSIDA 2017) 58

Figure 22 : Modes de contamination en France en 2016 (ONUSIDA) 60

Figure 23 : Découvertes VIH par mode de contamination en France 2003-2016 (Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/ 2017, Sp France) 61

Figure 24 : Découvertes VIH en fonction de l'âge 2003-2016 (Source : DO, Sp France) 62

Figure 25 : Découvertes VIH 2013-2016 (DO, Sp France) 63

Figure 26 : Taux de séropositivité VIH par millions d'habitants 65

Figure 27 : Nombre de sérologies positives pour 1000 tests réalisés (BVS 2016) 66

Figure 28 : Taux annuel de découverte de séropositivité Antilles-Guyane et France métropolitaine 2003-2015 (BVS 2016) 67

Figure 29 : Mode de contamination du VIH 2004-2015 (BVS 2016) 68

	17
Figure 30 : Taux de séropositivité VIH pour 100 000 habitants en 2017 au Brésil (Source Boletim 2017)	70
Figure 31 : Prévalence VIH dans les CDPS en 2015 (Source : CDPS Auteur : N. Guiraud)	71
Figure 32 : Méthodes contraceptives dans le monde	72
Figure 33 : Contraception en France en 2016 (Etude Baromètre)	73
Figure 34 : Plan cadastral du quartier du Bourg (Service du Cadastre)	82
Figure 35 Plan de Saint-Georges	83
Figure 36 : Bairros do Oiapoque (IGBE)	85
Figure 37 : Répartition des langues maternelles	90
Figure 38 : Niveau d'étude dans l'échantillon	91
Figure 39 : Niveau d'étude en fonction du pays de recueil des interviews Oiapoque/ Saint-Georges	91
Figure 40 : Sources de revenu	92
Figure 41 : Répartition des sources de revenu en fonction du genre	92
Figure 42 : Répartition des sources de revenu en fonction de la langue maternelle	93
Figure 43 : Répartition des revenus en fonction du foyer où a eu lieu l'entretien	94
Figure 44 : Sources d'information sur le VIH citées	95
Figure 45 : Sources d'informations sur le VIH citées à Oiapoque et à Saint-Georges ...	96
Figure 46 : Réponses à la question "Peut-on guérir du VIH ?" en fonction de l'âge	97
Figure 47 : "Une personne infectée a-t-elle toujours l'air malade ?"	97

Figure 48 : Réponse à la question "Peut-on se protéger du VIH si je prends un remède traditionnel ?" en fonction des langues maternelles.....	99
Figure 49 : "Le VIH peut-il se transmettre par le lait maternel ?"	100
Figure 50 : Connaissances sur les différents modes de contamination du VIH.....	101
Figure 51 : Les bonnes réponses aux questions sur la transmission du VIH en fonction du sexe	102
Figure 52 : Les bonnes réponses aux questions sur la transmission du VIH en fonction des tranches d'âge.....	102
Figure 53 : Âge du premier rapport sexuel en fonction des groupes linguistiques.....	107
Figure 54 : Déclaration des pratiques sexuelles Oiapoque/ Saint-Georges	107
Figure 55 : Partenariat régulier avec qui l'on vit.....	108
Figure 56 : Répartition du couple en fonction de l'âge	109
Figure 57 : Partenariat occasionnel.....	110
Figure 58 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec son partenaire occasionnel chez les hommes et les femmes	111
Figure 59 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec son partenaire occasionnel en fonction de l'âge	111
Figure 60 : Raisons évoquées pour l'absence d'utilisation du préservatif.....	112
Figure 61 : Utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois avec partenaires occasionnels	113
Figure 62 : Usage du préservatif avec les partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois chez les hommes et les femmes.....	113

	19
Figure 63 : "Selon vous quelle est l'utilité du préservatif ?"	114
Figure 64 : Le sexe tarifé et l'âge	115
Figure 65 : Le sexe tarifé et les groupes linguistiques.....	115
Figure 66 : « Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport en échange de cadeaux, d'argent ou de services ? »	116
Figure 67 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel commercial chez les hommes et les femmes	117
Figure 68 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel commercial en fonction de l'âge	117
Figure 69: "Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage au cours de votre vie ?"	119
Figure 70 : Réalisation d'au moins un dépistage dans la vie en fonction de l'âge	119
Figure 71 : « Quand avez-vous déjà fait un dépistage pour la dernière fois ?"	120
Figure 72 : « La dernière fois que vous avez réalisé un dépistage, vous l'avez demandé, on vous l'a proposé ou il était fait pendant la grossesse ? » Réponses à Saint- Georges et à Oiapoque	121
Figure 73 : « Où avez-vous réalisé votre dépistage pour la dernière fois ? »	121
Figure 74 : "Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous de manger chez elle ?"	123
Figure 75 : " Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous qu'elle garde vos enfants ou petits-enfants ? "	124
Figure 76 : Réponses discriminatoires envers les personnes atteintes du VIH.....	125
Figure 77 : Réponses discriminatoires chez les hommes et les femmes.....	126

	20
Figure 78 : Réponses discriminatoires par groupes de langues maternelles.....	126
Figure 79 : Réponses discriminatoires en fonction de l'âge.....	127
Figure 80: "Avez-vous déjà été enceinte ?"	130
Figure 80 : Les méthodes contraceptives utilisées.....	131
Figure 81 : "Pouvez-vous obtenir votre moyen de contraception chaque fois que vous en avez besoin ?"	132
Figure 83 : Réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ?" en fonction des groupes de langues maternelles	133

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Registre des inscriptions du CDPS : quartiers déclarés par les patients consultant à la période de 2015-2017	80
Tableau 2 : Répartition des quartiers de Saint-Georges en fonction de la base de données du CDPS	81
Tableau 3 : Nombre d'habitants par quartier à Oiapoque (district).....	84

Abréviations

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARS	Agence Régionale de Santé
ARV	Antirétroviraux
BTP	Bâtiment et Travaux Publics
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CDAG	Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuite
CDPS	Centres Départementaux de Prévention et de Santé
Cebes	Centre brésilien d'études sanitaires
CeGIDD	Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHAR	Centre Hospitalier Andrée Rosemon
CHK	Centre Hospitalier de Kourou
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
DAAC	Développement, Animation, Accompagnement, Coopération
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas de Fronteiras
DFA	Départements Français d'Amérique
DPAC	Desenvolvimento, Prevenção, Acompanhamento E Cooperação
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DROM	Départements et Régions Français d'Outre-Mer
HAS	Haute Autorité de Santé
HIV	Human Immunodeficiency Virus Infection
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
INSEE	Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MEC	Ministério da Educação
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OCS	Oyapock Coopération Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Droque et le Crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PrEP	Prophylaxie Préexposition VIH
PROVAB	Primary care Professional valorization program- Doctor
PvVIH	Personnes vivant avec le VIH
ResIST	Réseau de Cliniciens pour la surveillance des IST
RSI	Sécurité Sociale des Indépendants
SUS	Sistema Unico de Saúde
TDF/FTC	Emtricitabine/Ténofovir
TFA	Territoires Français d'Amérique
TROD	Test Rapide à Orientation Diagnostique
TS	Travailleurs du sexe
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usagers de Drogues Injectables
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquise

Introduction

La Guyane est un territoire français entouré du Brésil, du Suriname et de l'océan Atlantique. Le Virus de l'Immunodéficience Acquisée reste encore un fléau dans ce département-région, en parallèle avec les nombreuses avancées. En effet, malgré toute l'énergie de la France dans la lutte contre le VIH et à l'heure des objectifs ONUSIDA 90-90-90, la Guyane possède un taux de prévalence de plus de 1 % et une incidence de nouveaux cas à 90 cas/an. On parle d'épidémie généralisée. De par la diversité de son territoire et de sa population, il a été observé que l'épidémiologie et la dynamique de cette épidémie variaient en fonction que l'on se situait dans une région dite rurale comme sur le littoral guyanais, ou frontalière. Les zones frontalières représentent donc un enjeu capital pour l'éradication du VIH en Guyane. Les populations à risque d'infection par le VIH y sont plus nombreuses en raison de facteurs sociaux, démographiques, culturels et économiques. L'offre de soins y est assurée par les Centres Départementaux de Prévention et de Soins (CDPS), dépendants de l'hôpital de Cayenne avec l'appui d'un réseau associatif grandissant.

En 2016 selon le COREVIH, 142 patients ont consulté aux CDPS pour un suivi VIH (93 en 2015), soit 30 nouveaux cas en 2016, dont 15 à Saint Georges, 6 à Maripasoula, 3 à Papaïchton. On a vu apparaître les premiers cas côté amérindien dont 1 à Taluen, 2 à Antécumkata, et d'autres à Grand Santi et Javouhey. Le Haut-Maroni concentrait alors 48.6 % des patients suivis en CDPS, le Bas-Maroni 12 % et le bassin de l'Oyapock 40 %. Le nombre de patientes infectées par le VIH qui étaient suivies pour leur grossesse était alors de 9, dont 5 à Saint Georges. En 2017 à Saint-Georges, frontière franco-brésilienne, 42 Patients vivant avec le VIH étaient suivis au CDPS dont 2 enfants. Parmi ceux-là, 11 vivaient à Saint-Georges et 29 à Oiapoque (1).

Le Brésil, pays voisin est aujourd'hui l'un des meilleurs élèves en matière de politique de santé autour du VIH. Depuis 1996, il a en effet permis un accès universel aux

antirétroviraux pour le traitement du VIH. Cette politique est possible grâce à l'expérience et le savoir-faire en matière de production de médicaments génériques, des capacités de production industrielle et la mise en place de grands projets de recherches. Mais alors que le gouvernement brésilien intensifie les campagnes de sensibilisation et a rendu possible la vente des kits « d'auto-test » de dépistage du VIH en pharmacie, 860 000 personnes sont atteintes du virus, 48 000 cas sont diagnostiqués chaque année et la prévalence chez les jeunes toujours aussi importante. Sans compter que le Brésil a du mal à contrôler ses frontières notamment au nord où les infrastructures de lutte contre le VIH sont moins développées. Les migrations au sein de la région transfrontalière franco-brésilienne sont inévitables. Cette région constitue une zone complexe où règne une population encline à une grande vulnérabilité.

Plusieurs études ont été menées en Guyane et au Brésil afin d'étudier ces populations dites à risque : les travailleuses du sexe (2)(3), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou HSH (4), les garimpeiros (5), les usagers de drogues (6), les personnes ayant été incarcérées (7), les migrants (8) (9). D'autres ont pu mettre en avant la forte discrimination envers les personnes séropositives comme les études KABP DFA 2004 et 2011-2012 (10). La plus récente des deux montraient déjà que dans les DFA (Départements Français d'Amériques), quatre fois plus de personnes déclaraient craindre le VIH/Sida et que la stigmatisation envers les personnes séropositives y était supérieure par rapport à la Métropole. L'évolution entre 2004 et 2011 dans les DFA, était marquée par l'amélioration globale des connaissances sur le VIH qui restait néanmoins moins nette en Guyane. Ce qui permettait de réduire les écarts avec la Métropole. On confirmait également que la connaissance du VIH variait fortement selon les caractéristiques sociodémographiques des individus, selon le degré d'attachement à la religion et selon leur proximité au VIH. Ces études nous ont permis de comprendre l'enjeu que pouvait représenter ce type de populations, l'importance du dépistage et la nécessité d'adapter les programmes de prévention.

La France et le Brésil sont conscients des problématiques de ces zones limitrophes : manque de personnels et rotation importante de ceux-ci, distribution de soins parfois compliquée, existence de langues multiples, difficultés socio-économiques, prostitution et orpaillage. Ils ont décidé de mener des projets communs. C'est dans cette optique que le projet OCS « Oyapock Coopération Santé » voit le jour en 2017. C'est le projet phare de lutte contre le VIH et de prévention en santé sexuelle et reproductive en zone transfrontalière au sein du bassin de l'Oyapock. Il se déroulera sur 3 ans. Il est issu du travail de mobilisation de trois structures porteuses : l'Id Santé, DPAC Fronteira et le Centre Hospitalier Andrée Rosemon. Il met ainsi en lien, des structures de santé (Centre Hospitalier via le CDPS de Saint-Georges, Unidade Básica de Saúde), des associatifs (l'Id Santé, DPAC Fronteira), des universitaires (UNIFAP) et des institutionnelles (Agence Régionale de la Santé, Secrétariat de santé de l'Etat de l'Amapá et d'Oiapoque). Il a pour objectif de contribuer à diminuer la transmission des infections sexuellement transmissibles comme le VIH, les grossesses non désirées et les violences faites aux femmes. Il est construit sur 3 volets qui sont : la formation des acteurs de santé pour développer l'éducation à la santé, la prévention combinée en accentuant le dépistage et le volet centre de soutien visant à accompagner les personnes vulnérables. Il bénéficie de financements publics et privés. Parmi les moyens mis à disposition, l'étude CAP semblait être l'outil le plus adapté pour comprendre les divers facteurs influenceurs de la dynamique épidémique du VIH. Cette enquête présentée ici est un premier état des lieux en matière de connaissances, d'attitudes discriminatoires et de pratiques à risques liés au VIH mais aussi de la contraception. Le prochain état des lieux est prévu en 2020. L'enquête CAP de l'Oyapock nous permettra peut-être ainsi à mieux cerner le phénomène épidémique global, en prenant en compte la multitude des facteurs influenceurs associés à cette population.

1. Le Contexte géographique, démographique, sociologique et sanitaire

A. La Guyane

1) Les limites territoriales

La Guyane Française est un département-région d'Amérique du Sud appartenant au cours de l'histoire au plateau des Guyanes, responsable du découpage actuel (Figure 1).



Figure 1 : Les Guyanes (Auteur : Platon Arnold)

Forte de ses 84 000 km², 98 % du territoire est occupé par une forêt équatoriale sillonnée de rivières et de fleuves (Figure 2). C'est le seul territoire de l'Union Européenne ayant une frontière terrestre en Amérique du Sud qui s'étend sur 730 km avec le Brésil et sur 520 km avec le Suriname. La frontière avec le Suriname débute au



La Guyane compte 270 000 habitants dont la majorité est regroupée sur le littoral et l'autre partie dans les communes de l'intérieur. Il y existe une croissance démographique très dynamique (11) essentiellement boostée par le solde naturel de +2,4 % par an en moyenne. Entre 2010 et 2015 la croissance démographique atteint +2,6 % par an en moyenne tandis que celle des Antilles diminue. Le solde migratoire qui se calcule en fonction des entrées-sorties sur le territoire est légèrement positif à

+0,2 % en 2017. En 2015, l'indicateur conjoncturel de fécondité est de 3,5 enfants par femme contre 1,8 sur le plan national. En 2016, 7270 bébés sont nés sur le sol guyanais (Figure 3). Pour la première fois le nombre de bébés nés de mère étrangère était supérieur à celui issu d'une mère française. En 2017 ont été enregistrées environ 8000 naissances. Ces chiffres sont en lien avec le fort taux de croissance naturelle. En 2014, le nombre de grossesses précoces était 6 fois plus élevé qu'au niveau national. Deux années plus tard il diminue mais représente toujours 4,5 % des naissances.



Figure 3 : Evolution du nombre de naissances, des décès et du solde naturel 1998-2016 (INSEE 2017)

Du fait d'une population jeune, le taux de mortalité n'est que 3,5 décès pour 1000 habitants à la différence des Antilles au-delà des 8 ‰. La part des 0 à 24 ans est de 49,1 % en 2018. L'espérance de vie néanmoins diminue et se fixe à 76 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes. La population totale est estimée à 424 000 habitants en 2030, en raison du taux de croissance naturelle et de l'immigration.

En effet la Guyane est une terre d'immigration (12). La première vague d'immigration réussie a eu lieu lors de la ruée vers l'or dans les années 1880-1930 avec les Antillais Français et Anglais. Vers la fin des années 1940, on assiste progressivement à une migration métropolitaine. La main d'œuvre vers les années 1960 arrive pour la construction du Centre spatiale de Kourou. Les suivantes auront lieu après la guerre civile au Suriname (1986-1992). Puis on verra celle des migrants cherchant à fuir les problèmes économiques et politiques de leur pays comme Haïti et le Guyana. Aujourd'hui les flux semblent toujours actifs. La population de Guyane est à 35 % de nationalité étrangère. On parle d'une Guyane multiculturelle où différents groupes ethniques cohabitent. Les principaux sont :

- Les Amérindiens répartis entre Kali'nas, Wayampi, Wayana, Emérillons, Palikours, Arawaks
- Les Créoles à base française et à base anglaise issus de l'immigration caribéenne, surinamaïse et Guyanienne.
- Les créoles Haïtiens issus de l'immigration en raison de plusieurs crises en Haïti (Instabilité politique vers les années 80-90, la tempête tropicale Jeanne en 2004, le tremblement de terre de 2010 suivie de l'épidémie de choléra, l'ouragan Matthew en 2016).
- Les Noirs Marrons du groupe Ndjuka, Bonis, Saramaca, Paramaka issus de l'esclavage au Suriname et de la guerre civile entre 1986-1992.
- Les H'mongs issus de l'immigration en 1976 des suites de la guerre civile du Laos contre l'avènement communiste.
- Les Brésiliens issus d'une immigration d'abord axée sur la recherche de mains d'œuvre. Ils viennent surtout des états de l'Amapá, du Para, du Maranhão, du Ceara et de l'Amazonas. Elle sera par la suite motivée par la recherche de l'activité aurifère et d'un meilleur niveau de vie.
- Les Métropolitains.

- Et d'autres groupes comme les Caribéens javanais, les Chinois Hakka et les Africains.

3) L'économie et le chômage

Le Produit Intérieur Brut par habitant est de 16 000 Euros en 2014. La population active est de 83 000 personnes en 2017 (Figure 4). Malgré son fort potentiel de développement la Guyane est touchée à 22 % par le chômage, soit deux fois plus qu'en France métropolitaine.

Statut d'activité	Ensemble		Sexe (en %)		Âge (en %)		
	Effectif	(en %)	Femmes	Hommes	15-24 ans	25-49 ans	50 ans et plus
Actifs	82 700	52	45	59	25	68	46
Ayant un emploi	64 200	40	34	47	14	53	39
Chômeurs	18 500	12	11	12	11	15	7
Inactifs	77 900	48	55	41	76	32	54
Ensemble	160 600	100	100	100	100	100	100

Champ : population des ménages de 15 ans ou plus, vivant en Guyane routière, hors communautés.

Figure 4 : Population en âge de travailler selon le statut d'activité (INSEE Enquête emploi continu 2017)

Le principal secteur d'activité en Guyane est l'industrie (construction, BTP, exploitation du bois, l'extraction d'or, la production de riz et de rhum, la pêche, le secteur spatial). Mais malgré sa zone économique de 130 000 km², ses surfaces forestières, ses ressources minières et halieutiques, elle est dépendante des dépenses publiques. La fonction publique reste d'ailleurs une des principales employeuses du territoire. En 2014, les postes d'agents publics représentaient 31 % des actifs.

Les premiers explorateurs pensaient découvrir des contrées d'or en Guyane française. Ce n'est que vers les années 50, que fut trouvé le premier gisement aurifère (13) (14). Aujourd'hui, l'activité aurifère possède une place très importante dans l'économie de la

Guyane. C'est la 2^e économie de la région. Elle existe essentiellement sous forme d'orpaillage. En effet, il existe des exploitations légales par le biais d'opérateurs miniers et illégales par les orpailleurs. La DREAL (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement) évalue les exportations annuelles illégales à 10 tonnes d'or et celles déclarées à 1,5 tonnes. Cette pratique illégale accrue depuis les années 2000 fait d'importants dégâts. En cause l'utilisation du mercure, la pratique de la déforestation et l'immigration illégale en provenance des régions pauvres du Brésil (Nord et du Nordeste), et du Suriname. Cette situation crée d'importantes répercussions sur les populations amérindiennes, les populations frontalières mais également sur la santé des orpailleurs.

4) Les prestations sociales, la pauvreté et la scolarisation

Entre 2001 et 2011, les inégalités se sont accentuées avec l'augmentation de la pauvreté. Plus de 30 % de la population en Guyane vivrait sous le seuil de pauvreté. Elle touche particulièrement les familles monoparentales dont le pouvoir d'achat a diminué.

Au niveau des logements, les ménages propriétaires sont moins nombreux et le prix de l'acquisition d'un logement a augmenté. De grandes disparités subsistent au sein de la population.

La Caisse d'Allocation Familiale (CAF) fournit des prestations à 7 familles sur 10. L'activité de la CAF est directement liée aux difficultés des ménages ou aux familles nombreuses.

Les prestations de solidarité permettent d'assurer un revenu minimal ou un complément de ressources à travers notamment le RSA (Revenu de Solidarité Actif). Ces dernières années il y a eu une augmentation du nombre d'allocataires touchant le RSA.

Sur le plan de la scolarité, l'explosion démographique, s'accompagnent d'une augmentation des effectifs d'enfants à scolariser. Le niveau social et la nationalité étrangère sont des marqueurs influenceurs du cursus scolaire, concernant l'orientation et

la réussite scolaire. Malgré les efforts de l'Académie, plus de 2000 enfants entre 6 et 16 ans ne seraient pas scolarisés selon un rapport de 2013 (15).

5) La santé

Sur le plan de la santé, la Guyane est dotée de trois établissements publics de santé, le Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR), le Centre Hospitalier de Kourou (CHK) et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG). On compte également 18 Centres Départementaux de Prévention et de Soins (CDPS) rattachés au CHAR et disséminés sur le territoire guyanais dans les zones les plus isolées (Figure 5). Dans le secteur privé, on cite la Clinique Véronique et la Clinique Saint-Paul. Mais la santé en Guyane ne répond aujourd'hui que difficilement aux besoins de la population. Un malaise social semble s'être installé après plusieurs crises de santé publique.

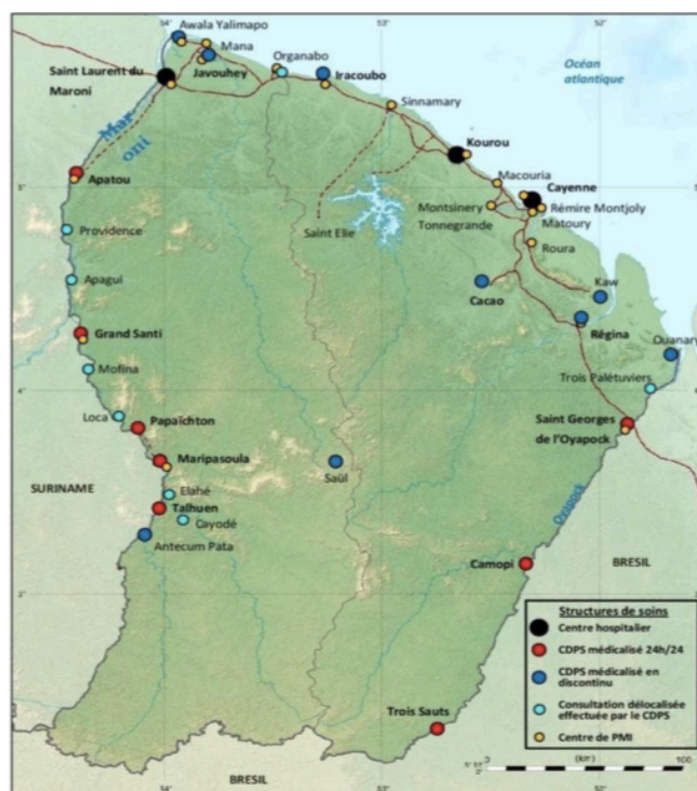
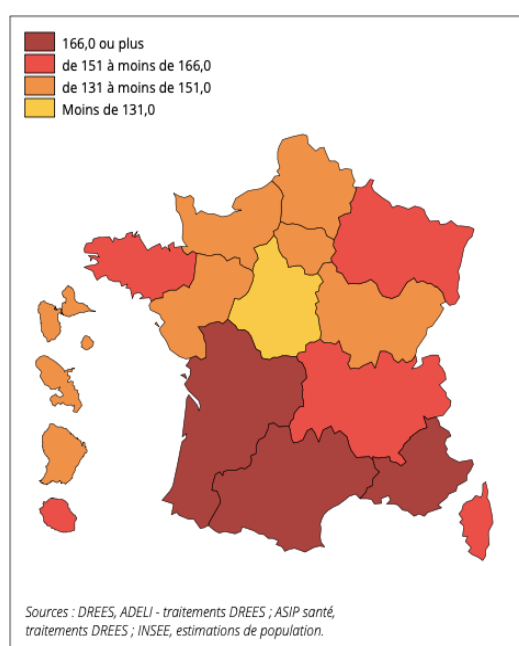


Figure 5 : Disposition des structures sanitaires (Source CDPS)

L'Agence Régionale de Santé assure la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement des malades. Elle met en place une politique en lien avec les

structures médicales et les domaines liés à la santé au travail ou à l'école. Pour l'ARS, il faut recourir massivement à la prévention qui concourt à l'amélioration de l'état général de la santé et à la mise en place des soins précoces. Le niveau d'équipement du territoire est 2 à 3 fois inférieur à celui de l'Hexagone. Les capacités d'accueil en milieu hospitalier et la démographie médicale sont insuffisantes vis-à-vis de la population croissante. A cela s'ajoute le vieillissement des professionnels déjà en place notamment les généralistes. La densité de médecins généralistes est de 131 à 151 médecins pour 100 000 habitants sur le territoire guyanais (Figure 6), et de 140 à 159 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Cette démographie médicale fait de la Guyane un des départements les plus pauvrement dotés de médecins.



*Figure 6 : Densité de médecins généralistes
pour 100 000 habitants (INSEE 2016)*

En 2016, plus de 77 000 personnes ont pu bénéficier de la Protection Universelle Maladie, environ 87 500 de la CMU-C et plus de 19 000 de l'Aide Médicale d'Etat. En

2017, les bénéficiaires de la CMU-C des régimes principaux tels que CNAMTS, RSI et CCMSA représentaient en Métropole 7,4 % de la population, contre 32,5 % en Guyane.

B. Le Brésil et le district de l'Amapá

1) Les limites territoriales

Le Brésil possède une superficie de quinze fois la France et est composé de 27 états fédérés (Figure 7).



Figure 7 : Carte du Brésil

Le pays partage 10 frontières avec ses pays voisins d'Amérique du sud. L'état fédéré de l'Amapá, situé à l'extrême nord du pays est bordé par la Guyane. Sa superficie est de 140 276 km².

2) La démographie et l'immigration

La population brésilienne atteint les 208 millions d'habitants (IBGE 2017) pour une croissance démographique de +0,8 % (+0,4 % en France) avec 85 % d'urbanisation. Le

Brésil connaît sa transition démographique. Les estimations de 2018 montrent un indice de fécondité de 1,77 enfants par femme. Le taux de natalité est de 14,46 ‰ (11,4 naissances pour 1000 personnes en France en 2017). Le taux de mortalité a diminué à 6,5 ‰. Le taux de mortalité infantile s'est amélioré et est de 12,35 décès pour 1000 naissances vivantes (9 pour 1000 en France). L'espérance de vie est d'environ 75 ans.

L'état fédéré de l'Amapá compte 800 000 habitants en 2017. Macapa est la ville la plus peuplée avec 507 444 habitants. La répartition des habitants au Brésil est très inégale car principalement concentrée sur la côte atlantique et dans les grandes villes (16). Le nord amazonien du Brésil concentre 5 états les moins peuplés. Par comparaison, certains lieux comme l'état de São Paulo possède 45 millions d'habitants et la ville de São Paulo 12 millions (Figure 8).

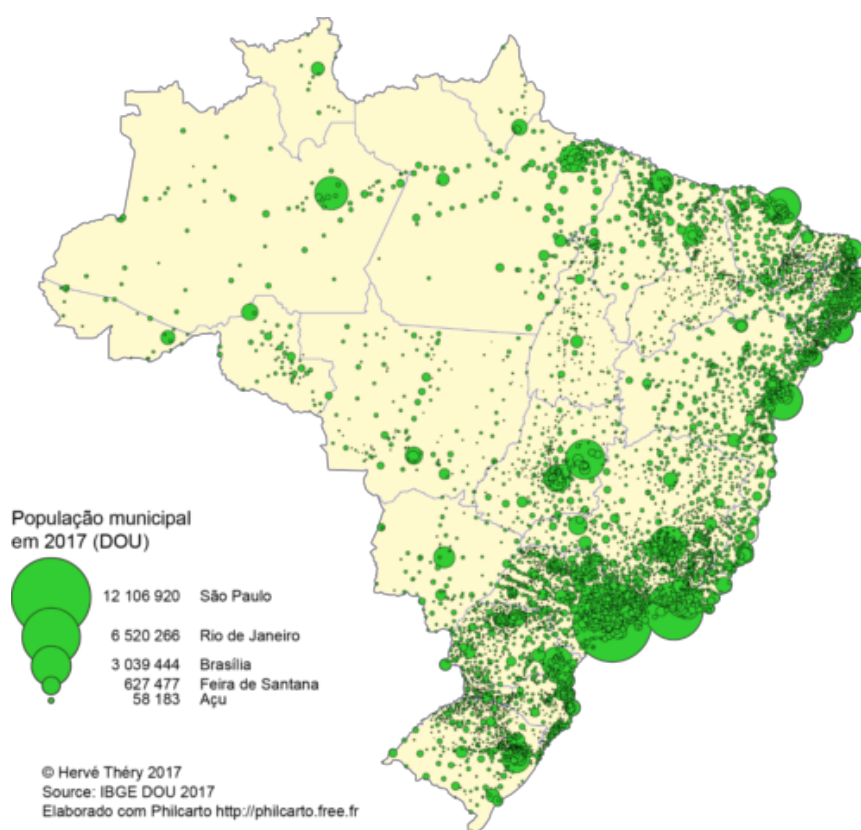


Figure 8 : Répartition de la population en 2017 (IBGE)

Il existe une croissance démographique globale, en partie due à la croissance naturelle à +0,7 %. De plus, on assiste depuis ces vingt dernières années à l'augmentation des

effectifs des zones délaissées avec des variations de +300 % dans une ville comme Macapá.

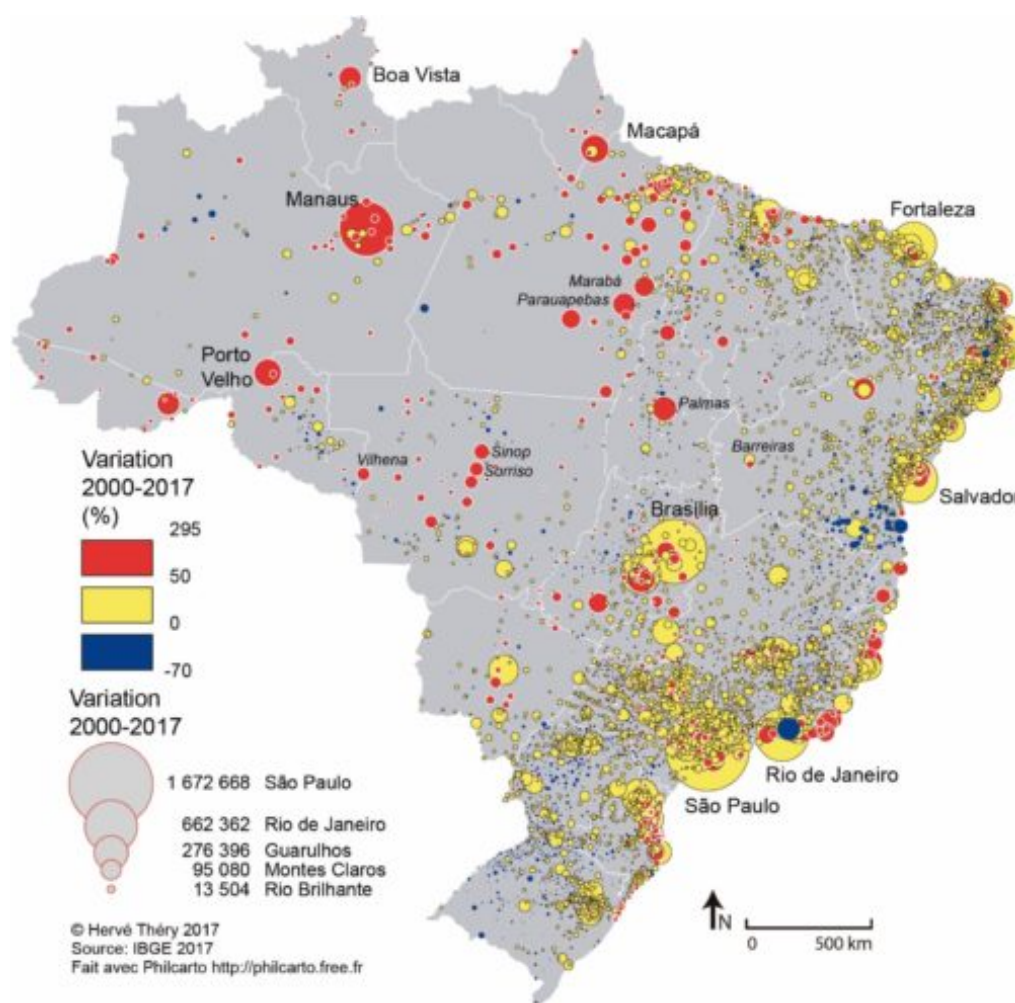


Figure 9 : Variation des population 2000-2017 (IBGE)

Paradoxalement, on assiste au vieillissement de la population du fait de la baisse de l'indice de fécondité. L'âge médian est d'aujourd'hui entre 32 et 35 ans. Une partie de la population brésilienne a commencé à émigrer vers l'international, et le pays est marqué par un solde migratoire négatif.

3) L'économie et le chômage

Le Produit Intérieur Brut par habitant est d'environ 10 515 US \$ en 2018 soit environ 9000 Euros. Les principaux secteurs d'activité au Brésil sont l'industrie, l'agriculture et les services. L'économie se base aussi sur l'extraction de la noix du Brésil, du bois et du

manganèse. En 2017, le taux de chômage était de 12 %. Le Brésil sortira la même année de deux années de récession. Il commence à retrouver enfin une économie plus vigoureuse. La diversification de celle-ci est un atout précieux.

Dans l'état de l'Amapá, le revenu nominal moyen par habitant est 936 Réals par mois soit environ 200 Euros. 295 000 personnes de plus de 16 ans occuperaient un emploi (fixe ou temporaire) la semaine. Près de 66 000 personnes travaillent dans la fonction publique. Le salaire moyen de ceux qui ont un emploi fixe est de 2673 Réals soit environ 600 Euros.

4) L'aspect social

Le taux d'analphabétisme des 15 ans ou plus en 2017 est de 7 % et le taux de scolarisation des 6 à 14 ans de plus de 99 %.

Le Brésil doit faire face à un taux de violence et de criminalité important (Figure 10). En 2017, le taux d'homicides était de 30,8 pour 100 000 habitants soit environ 64 000 homicides. Le phénomène étant plus marqué dans les régions les plus pauvres comme certains états du Nord, Nordeste selon le Forum Brésilien de la Sécurité Publique (BFPS). A noter également l'augmentation de la population carcérale dont 55% ont 18 à 29 ans selon le Ministère de la Justice du Brésil. La guerre pour le contrôle des trafics de drogue est souvent mise en avant pour expliquer le fort taux de criminalité.

Le pays a également connu une augmentation des violences envers les femmes, les personnes homosexuelles et transsexuelles.

Where in Brazil has the highest murder rate

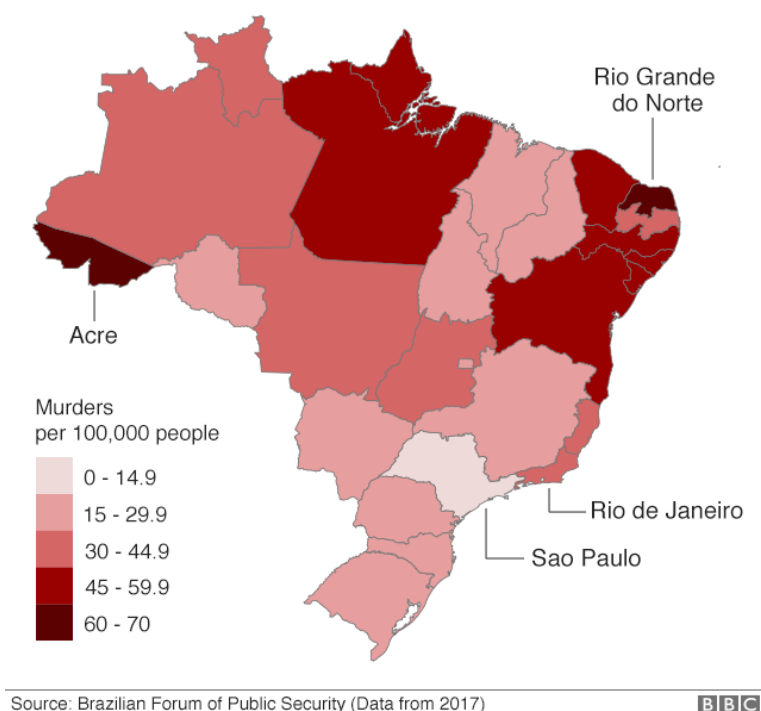


Figure 10: Taux d'homicides au Brésil (BFPS)

5) La santé

Le Brésil a connu vers les années 1970-1980 de multiples mouvements sociaux coïncidant avec la fin de la dictature militaire (1964-1985) (17). Parmi ces mouvements on retrouvait la réforme de la santé avec la construction d'un système unique de santé « Sistema Único de Saúde » (SUS) en 1988, soit la santé pour tous avec un accès gratuit et universel. Son financement repose sur la taxation des employeurs, salariés, et travailleurs. Le système de santé actuel est sous la tutelle du Ministère de la Santé. Il est financé par le budget de l'Etat à hauteur de 4 % du PIB (Figure 11). Mais le plus gros financement provient de l'initiative privée (18).

On note que 60 % des structures hospitalières sont privées et localisées principalement dans les centres urbains majoritairement dans le sud et le sud-est. Le système de santé public souffre en comparaison d'un manque de moyens, et les délais d'attente pour certains actes ou consultations spécialisées sont parfois très longs.

Le système de santé brésilien est le miroir des inégalités sociales. Du fait de la privatisation d'une grande majorité des hôpitaux, les plus pauvres n'ont accès qu'au système de santé publique basique, avec des délais très longs, une qualité dite « moindre » malgré l'amélioration de celle-ci au fil des années. Les plus riches ont accès aux mêmes soins que ceux prodigués dans les pays développés.

On assiste à l'augmentation croissante des assurances maladie privées qui porte atteinte au système public et majore les inégalités d'accès aux soins de santé. Aujourd'hui, environ 30 % des brésiliens ont souscrit à une assurance privée selon le Centre Brésilien d'Etudes Sanitaires (19) (20). Celles-ci sont encadrées par l'Agence brésilienne de Santé Complémentaire.

Bien que de nouvelles réformes voient le jour avec la réhabilitation et la modernisation des hôpitaux publics, les budgets semblent insuffisants comparativement à l'expansion et la dotation des hôpitaux privés, souvent dotés de technologies avancées.

Depuis 2006, un Pacte pour la santé a été signé. Le gestionnaire municipal assume la pleine gestion des actions et services de santé existant sur son territoire. Si une municipalité ne dispose pas de tous les services elle s'associe avec d'autres environnantes pour amplifier l'offre de soins. Ainsi, les représentants de chaque état fédéré mettent en place des politiques nationales et locales pour garantir l'accès aux soins.

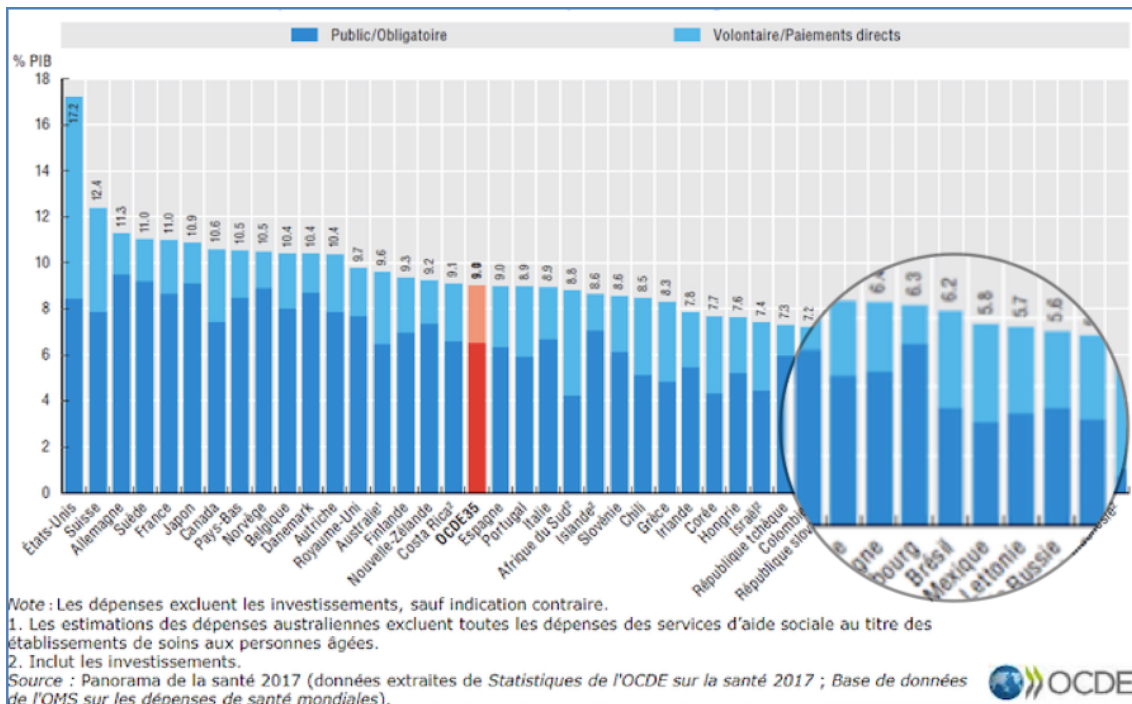


Figure 11 : Dépenses de santé en fonction du PIB 2017 (OCDE)

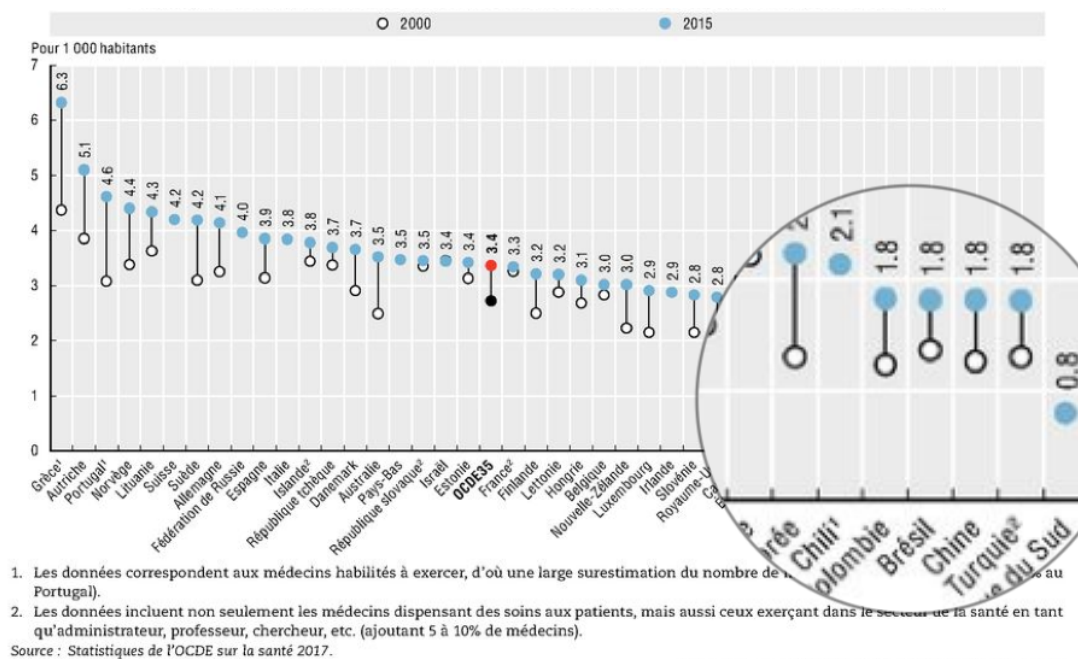


Figure 12 : Médecins en activité pour 1000 habitants 2000 et 2015 (OCDE)

Le Brésil doit faire face au manque de médecins dans les municipalités de l'intérieur et les grandes villes en périphérie (Figure 12). Il ne comptabilisait que 2 médecins pour 1000 habitants et une répartition inégale des médecins par région notamment dans

certaines états comme l'Amapá, Para et Maranhão qui comptabilisaient des taux respectivement de 0,95, 0,84 et 0,71. En 2013, devant l'insuffisance du projet PROVAB qui visait à offrir une bourse aux médecins nouvellement formés, pour qu'ils s'installent en zone déficitaire, le Brésil lance le programme « Mais médicos ». Il fait appel à de nombreux médecins étrangers notamment d'origine cubaine pour couvrir les zones les plus reculées du pays. Ces médecins agissent avec une autorisation provisoire professionnelle limitée à des gestes simples et aux régions les accueillant. Au total, ce sont 18 000 médecins brésiliens et étrangers qui ont été mobilisés dans ce programme dont les 2/3 des cubains. Certaines municipalités inscrites dans ce système, comme les communes amérindiennes, ont pu bénéficier pour la première fois d'une présence médicale permanente. Ce programme a permis de diminuer le nombre d'heures d'attente dans les établissements, et d'augmenter le nombre de visites médicales. Mais vivement critiqué par les opposants de Dilma Rousseff (présidente ayant initiée ce programme), les représentants ordinaires de médecins brésiliens et quelques politiques, ce programme est remis en cause depuis sa mise en place. Les principales critiques sont liées au versement d'une partie des salaires des médecins cubains au gouvernement de Cuba. Le nouveau président brésilien élu, Jair Bolsonaro a fortement critiqué durant la campagne présidentielle ce système, remettant également en cause la compétence des médecins cubains. En réponse à ces critiques, Cuba a décidé unilatéralement début Novembre 2018 de mettre fin à sa participation au programme avec effet immédiat aboutissant au départ de plus de 8000 médecins cubains. Le système de soins primaires reposait exclusivement sur ces médecins cubains dans environ 1500 municipalités brésiliennes. Les conséquences sur l'organisation du système de soins brésilien sont à ce jour inconnues.

Depuis 2014, le Brésil a dû faire face à une crise économique et politique très compliquée. Suite à la destitution de l'ancienne chef d'Etat Dilma Rousseff pour des affaires de corruption en 2016, les dépenses publiques ont été gelées et l'Etat a dû

mettre en place des mesures drastiques d'économie budgétaire qui se sont répercutées sur la santé. Des centres de dépistage ont dû être déplacés et d'autres restructurés. Parfois ils ont dû fusionner avec des maisons de santé menaçant pour certains leur qualité de fonctionnement.

Pour faire face à toutes ces difficultés, et surtout devant les 860 000 brésiliens infectés par le VIH, l'augmentation de la prévalence parmi les 15-24 ans, et le risque d'observer une aggravation de l'épidémie, le gouvernement brésilien a décidé d'axer sa politique sur la prévention (21) et le traitement. Il a permis le financement de projets comme « Viva Melhor Sabendo », « A Hora é Agora », « Quero Fazer », la distribution de préservatifs lors du carnaval, la création de faux profils sur Tinder ou Hornet pour faire passer des messages de prévention et favoriser l'usage du préservatif « #PartiuTeste ». Le gouvernement a aussi soutenu la vente en pharmacie d'auto-test, l'autorisation d'exploitation de médicaments génériques antirétroviraux, le traitement universel, la mise en place de la PrEP dans les centres spécialisés.

Face à l'utilisation des drogues injectables et du risque de transmission VIH, le Brésil a aussi mis en place des programmes de « réductions de préjudices » pour les consommateurs en proposant des échanges gratuits de seringues (22) (23).

Le gouvernement a également favorisé les projets communs avec les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et la coopération avec d'autres pays. Les campagnes de prévention ciblent les populations à risques tels que les jeunes, les homosexuels, les bisexuels, les prostitués et les usagers de drogues. Certains projets de prévention VIH ont fait partie des programmes d'« éducation sexuelle par les pairs ».

Dans un pays conservateur où l'Eglise et la religion occupent une place centrale, l'avortement est illégal, mais n'est possible que sous certaines conditions. Trois sont à respecter : si la grossesse met en danger la vie de la mère ou dans le cas de l'anencéphalie depuis 1940, et si la grossesse est issue d'un viol depuis 2012. Mais

l'accès à l'avortement est inégal malgré ces conditions. Le pays ne compte que 65 hôpitaux capables de réaliser cette pratique légalement. Les femmes qui ont les moyens y parviennent par le biais de la corruption. Selon une étude de 2010, entre 18 et 39 ans, une femme brésilienne sur cinq a déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse illégalement (24) (25).

Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé, un million d'avortements clandestins ont lieu chaque année au Brésil.

Le Pays n'est d'ailleurs pas le seul de la région à rejeter l'avortement (Figure 13).



Figure 13 : Avortement et législation en Amérique du Sud (Auteur : C. Doutey)

C. La frontière franco-brésilienne : Dynamique transfrontalière, migration et santé, une population vulnérable.

Le Brésil et la France partagent une frontière longue de 730km. La frontière s'étend de Ouanary à Trois-Saut et de Kumana à Vila Brasil de part et d'autre du fleuve Oyapock. Elle est traversée par un pont construit en 2011 et inauguré en 2017. Sur cette frontière, se font face la municipalité d'Oiapoque et la ville de Saint-Georges. Côté brésilien, une route, la BR-156, débutant au pont de l'Oyapock, se termine sur les berges du fleuve Jari, à la limite de l'état du Para. Elle constitue le principal axe routier reliant Oiapoque à Macapá et fait plus de 600km, dont environ 120 km ne sont pas encore asphaltés. La ville de Saint-Georges n'était reliée jusqu'en 2003 à Cayenne que par l'avion ou par une piste de terre de 70 km jusqu'à Regina. La route nationale 2 assure maintenant la liaison entre le littoral et l'Est guyanais et fait 189km (Figure 14).



Figure 14 : Frontière franco-brésilienne (Illustration d'après M. Privat, conception : S. Letniowska-Swiat, Réalisation : J. Domont)

1) Saint-Georges de l'Oyapock en Guyane

Située sur les rives de l'Oyapock, Saint-Georges comporte en aval les villages de Tampak, de Trois-Palétuviers et Ouanary et en amont, Camopi et Trois-Sauts. La ville fait partie du Territoire de l'Est Guyanais avec Régina, Ouanary et Camopi mais regroupe à elle seule près de 60 % de la population. Aujourd'hui plus de 4000 habitants y vivent. Le solde naturel de +2,9 %. La population transfrontalière est en majorité

d'origine brésilienne, créole et amérindienne dont des Palikur, Wayampi, et Teko (Camopi et Trois-Sauts).

L'économie semble se baser sur la culture des abatis, le transport, le tourisme et la restauration. L'employeur majoritaire est l'Etat français (enseignants, gendarmes, policiers, médecins, infirmiers, agents de mairie...).

Un Centre délocalisé de prévention et de soins est présent à Saint- Georges. Comme les autres CDPS, il fait partie du Centre Hospitalier Andrée Rosemon. Parmi ses missions, on dénombre la prise en charge de pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète, VIH etc.) ou aiguës (consultations d'urgences), le suivi de femmes enceintes et d'enfants de plus de 6 ans et la mise en place de moyens de prévention (vaccination, examens de dépistage de cancer, prévention des infections sexuellement transmissibles etc.).

2) Oiapoque au Brésil

Oiapoque possède 26 627 habitants estimés en 2018 par l'IBGE, une population jeune. C'est une municipalité de ce vaste état fédéré de l'Amapá. Sa superficie est d'environ 22 600 km². Elle n'est séparée de la ville de Saint-Georges que par 10 minutes de pirogue et y est reliée par le pont. Elle est composée de plusieurs districts dont le siège municipal est Oiapoque estimé à 18 000 habitants, on a aussi les districts de Clevelândia Do Norte, Vila Brasil et d'autres.

Depuis le 1^{er} janvier 2018 au Brésil, le salaire minimum est fixé à 965 Réals soit environ 200 Euros. La population active (pessoas ocupadas) à Oiapoque (município) n'est que de 6,3 % en 2016. Le salaire moyen déclaré y est de 2 salaires minimums. Le PIB par habitant est en 2015 de 12 404 Réals soit environ 2800 Euros. L'économie officielle se base sur la pêche, l'agriculture. Elle est aussi aidée par les touristes guyanais, motivés par les produits moins onéreux tels que l'alcool, le tabac, la viande. Les piroguiers assurent également les trajets entre les deux rives. Bien que non

quantifiables, certaines activités comme la prostitution et le commerce avec les sites illégaux d'orpaillage représentent probablement une source de revenus conséquente pour la ville. De nombreux orpailleurs attirés par la fièvre de l'or passent par Oiapoque pour se rendre sur les sites, ils sont en majorité originaires de l'état de l'Amapá, du Maranhão et du Para. L'orpaillage représente probablement une source non négligeable de revenu. Les orpailleurs brésiliens sont appelés « garimpeiros » et pratiquent pour la plupart l'orpaillage illégal.

En 2000, le taux d'analphabétisme était d'environ 14 % selon l'INEP/MEC. Le taux de scolarité des 6 à 14 ans est de 96 % en 2018 selon l'IGBE. La croissance démographique à plus de 3 %.

Les soins sont assurés par l'hôpital d'Oiapoque (aux capacités réduites), et des Unidades básicas de saúde (UBS). Le service public de soins primaires dépendait des médecins étrangers cubains, pour le moment la situation future reste inconnue. Plusieurs hôpitaux (privés et publics) mieux dotés sont localisés à Macapá.

3) La dynamique frontalière

De nombreux échanges existent entre Oiapoque et Saint-Georges. La zone est le lieu de croisements entre de nombreuses populations dites vulnérables en lien avec l'immigration, l'orpaillage légal et clandestin, le travail du sexe, le chômage, la violence, la pauvreté, l'isolement géographique. Plusieurs études ont montré quel pouvait être l'impact de ces facteurs de vulnérabilité sur les populations.

a. Migrations et santé

Les migrants connaissent des conditions socioéconomiques précaires (conditions de travail très difficiles, conditions de logement moins bonnes, des rémunérations plus faibles), et l'isolement social. Tout cela participe à une dégradation de leur état de santé. Du fait de leur différences linguistiques, culturelles et de leur marginalisation ils font souvent partie d'une population oubliée. Plusieurs études ont montré qu'il existait des

différences entre les migrants et les personnes nées dans le pays concernant l'accès à la santé (26) (27) (29). L'accès à la santé leur est d'autant plus difficile qu'ils sont dans une situation illégale, n'ont pas de carte de séjour ou de couverture sociale, limitant non seulement leur accès aux soins curatifs mais aussi à la prévention. En 2006, une étude en Guyane a montré que 80 % des patients suivis avec le VIH à l'hôpital étaient des migrants. Et que seulement 27 % des personnes interrogées connaissaient l'existence d'un centre de dépistage du VIH (9). L'interaction entre migrations et dégradation de l'état santé est montrée également dans des études réalisées aux frontières guyanaises où les flux migratoires sont importants. Les caractéristiques épidémiques en matière de VIH font de ces zones des lieux prioritaires (1).

En 2013, 37 % des personnes vivant à la frontière avec le VIH étaient diagnostiquées à un stade avancé (<200 cellules CD4 $\pm$ μ l), 46,6% des patients séropositifs étaient perdus de vue (30).

Entre 2014 et 2015, une étude a été menée chez les patients suivis pour le VIH dans les CDPS. 174 patients ont été suivis. Parmi les nouveaux patients séropositifs, une majorité d'entre eux était née au Brésil puis en Haïti et au Suriname. Le nombre de découverte de nouveaux cas avait augmenté au CDPS de Maripasoula et de Saint-Georges (31) (Figure 15 et 16). Il a été possible de tracer des lignes probables de la dynamique migratoire en fonction des caractéristiques épidémiques du VIH.

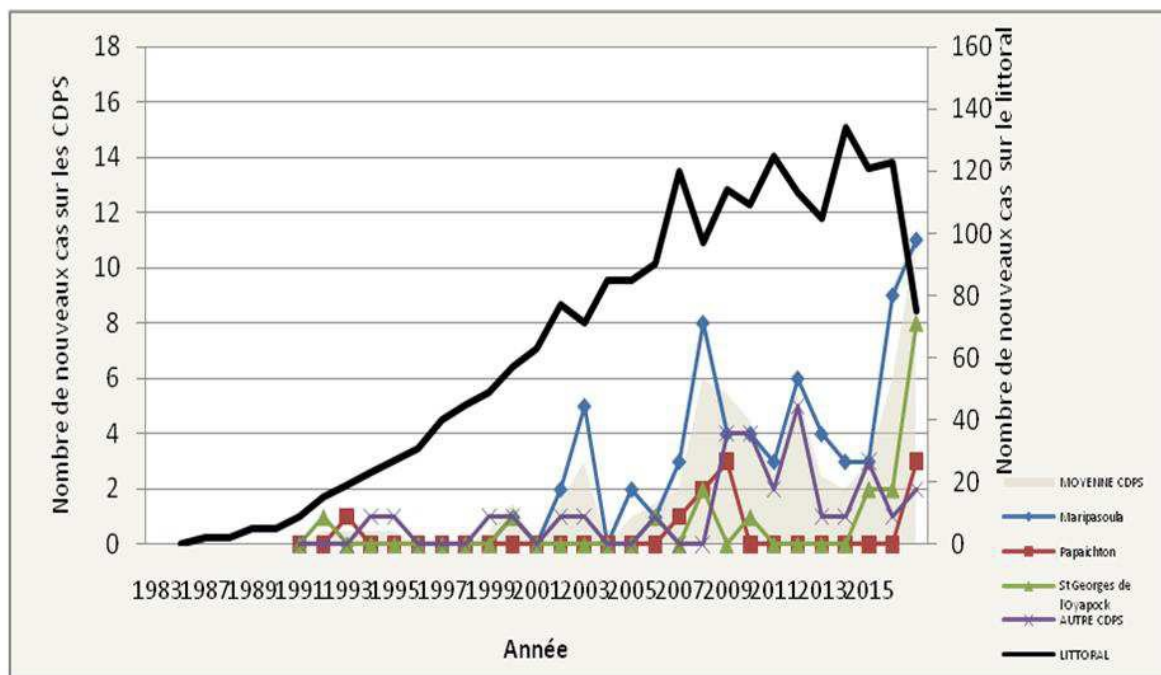


Figure 15 : Evolution des nouveaux cas détectés 1983- 2015 en Guyane
(Source : « Les périphéries de l'épidémie de VIH en Guyane : particularités des zones isolées » E. Mosnier & al)

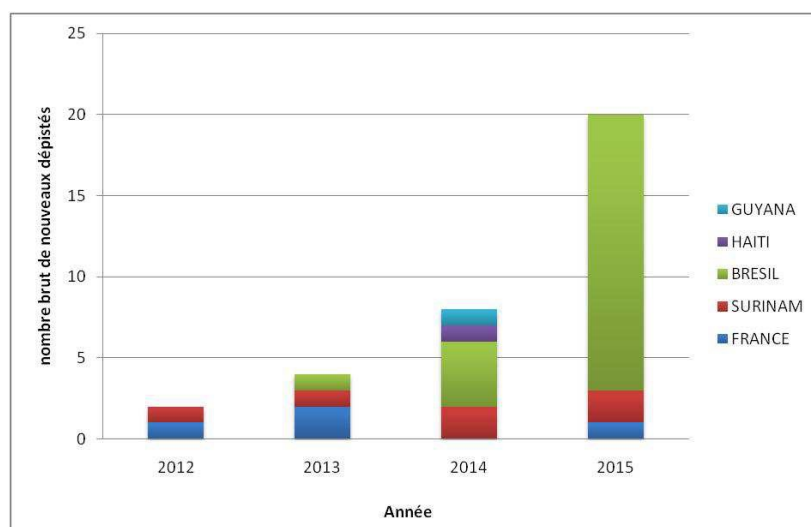


Figure 16 : Pays d'origine des nouveaux diagnostiqués 2012-2015 dans les CDPS
(Source : « Diagnostic et prise en charge des PVVIH en zones isolées et frontalières en Guyane » E. Mosnier & al)

b. L'orpaillage illégal

Ces états sanitaires déplorables aux frontières sont favorisés par une ruée vers l'or incontrôlable et concernent fortement les migrants orpailleurs illégaux (5) (32). Leur

population est estimée à 10 000 individus sur le sol guyanais par la WWF. Ils viennent pour la plupart des états du Maranhão, de l'Amapá et du Para (33). Ces orpailleurs constituent un groupe particulièrement à risque. Il ne faut pas oublier qu'ils sont eux-mêmes victimes de la violence et de rackets, dans un contexte où la consommation d'alcool est importante. Il y a aussi le recours aux travailleuses du sexe au sein de ces sites illégaux qui prennent des allures de far-west. Ils se déplacent beaucoup sur le territoire guyanais et au-delà (Figure 17). Leurs conditions de vie sont dures et ils sont difficiles à prendre en charge (isolement géographique, précarité, problème de transport, barrages de gendarmerie et de l'armée). Ils n'ont pas accès à la prévention, ni à des soins médicaux, sont victimes de stigmatisation et pratiquent souvent l'automédication.

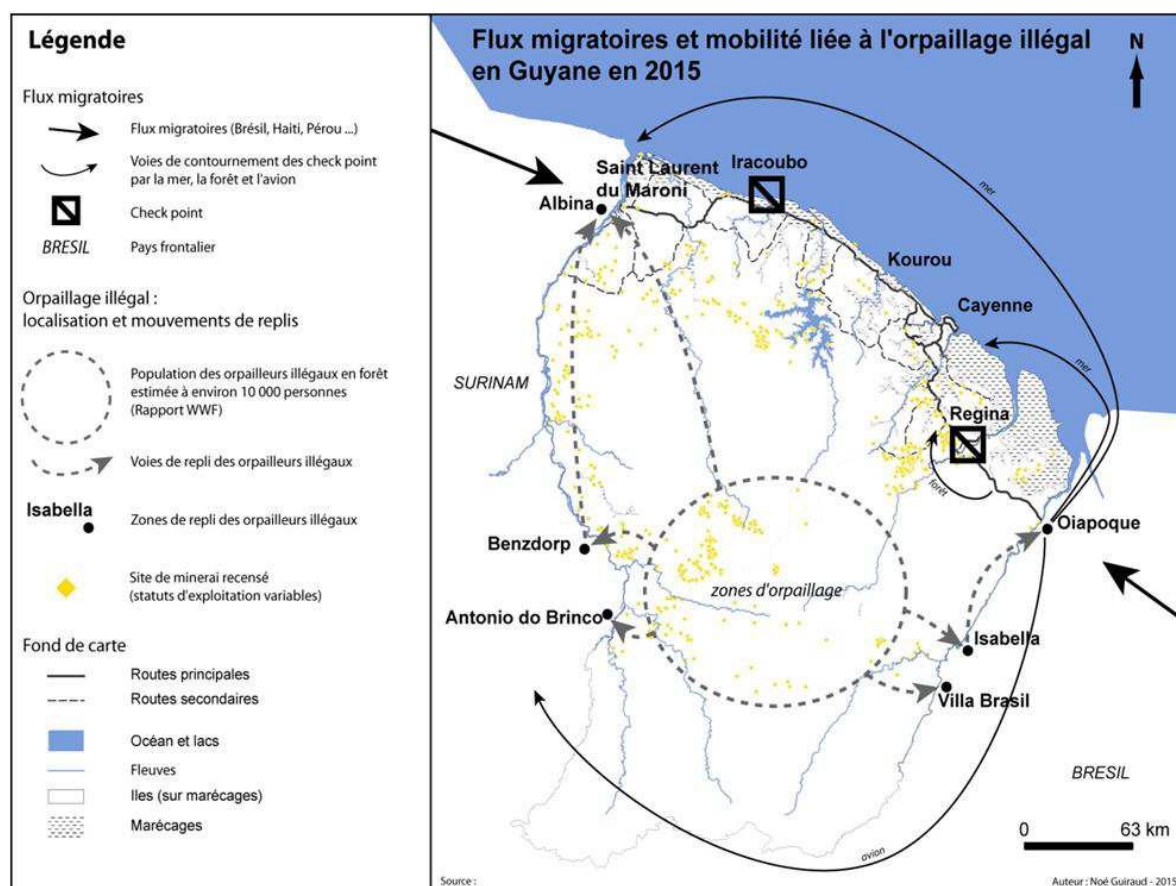


Figure 17 : Flux migratoires liés à l'orpaillage (Auteur : N. Guiraud 2015), « Epidémiologie des maladies infectieuses et épidémiques en milieu isolé Amazonien » par E. Mosnier

L'exploitation aurifère concoure donc à la création et à la structuration de filières d'immigration sauvage, au développement de la violence et de réseaux de prostitution,

ainsi qu'au trafic d'armes et de drogue. La ville d'Oiapoque sert de base arrière aux « garimpeiros » et est un passage obligé pour qui vient du Nord du Brésil.

c. Le travail du sexe

Le travail du sexe est favorisé par le contexte économique et migratoire. Avec de faibles chances de pouvoir s'insérer dans le monde du travail « officiel », on assiste à une recrudescence de la pratique de sexe contre échange commercial notamment sur les sites d'orpaillage ou aux espaces frontaliers (34). Une étude menée en 2010-2011 montrait la vulnérabilité des travailleuses du sexe face au VIH au sein de la frontière franco-brésilienne (35). Oiapoque est un district où de nombreuses personnes transitent (migrants, touristes guyanais, orpailleurs), les travailleuses du sexe du Nord et du Nordeste brésilien y viennent pour accéder aux sites d'orpaillage. Elles y séjournent quelques jours puis repartent. A la frontière, on constate une activité du travail du sexe en partie liée à l'orpaillage avec les brésiliens et en partie liée au tourisme sexuel avec les touristes guyanais.

2. Le VIH

A. Dans le monde

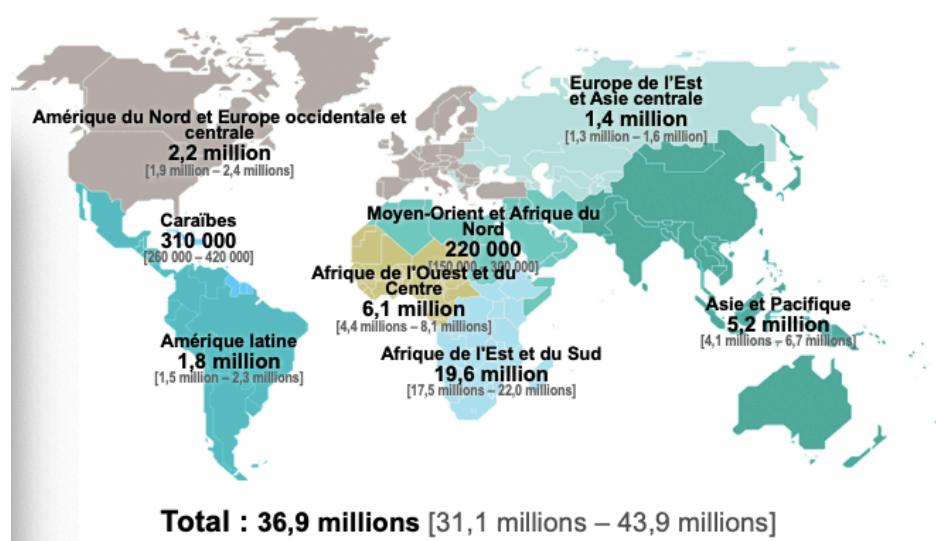


Figure 18 : Personnes vivant avec le VIH en 2017 (ONUSIDA)

En 2017, selon l'ONUSIDA ce sont 36,9 millions de personnes qui vivent avec le VIH (Figure 18). 21,7 millions vivent avec la maladie sous traitement antirétroviral ; 1,8 millions de nouvelles infections cette année-là, autant d'enfants vivant avec le Virus dans le monde (Figure 19). Les nouvelles infections ont été réduites de 47 % depuis le pic de 1996.

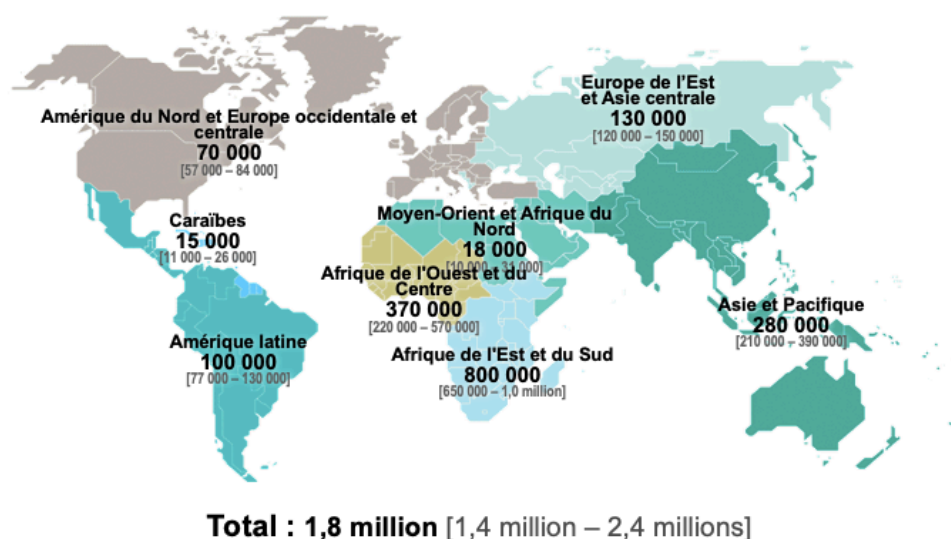


Figure 19 : Les nouvelles infections VIH en 2017 (ONUSIDA)

Bien que de nombreuses stratégies concomitantes soient nécessaires pour mettre fin à l'épidémie (prévention combinée), la réussite de ce projet ne pourra se faire sans la mise sous traitement des patients infectés par le VIH. C'est dans cette optique que l'ONUSIDA présente sa cible à l'horizon 2020 à savoir l'objectif 90-90-90 : 90 % des personnes diagnostiquées, 90 % de ces personnes traitées, et 90 % d'entre elles avec une charge virale supprimée. La stratégie de prévention combinée du VIH consiste à utiliser une palette d'outils préventifs et curatifs pour diminuer le nombre de nouvelles infections : traitement antirétroviral pour diminuer le risque de contamination, traitement pré-exposition (PrEP), traitement post-exposition (TPE), dépistage du VIH, dépistage et traitement des autres infections sexuellement transmissibles, promotion des

préservatifs et de la circoncision, soutien social et juridique des personnes vivant avec le VIH. En 2017, 75 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde connaissaient leur statut. Parmi celles qui connaissent leur statut c'est 79 % d'entre elles qui avaient accès à un traitement anti rétroviral (ARV). Parmi celles qui avaient accès au traitement ce sont 81 % qui ont vu leur charge virale supprimée.

- **Les populations clés**

Le terme « populations clés » concerne les groupes à risque auprès desquels il convient d'avoir une approche spécifique, c'est-à-dire : les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes (HSH), les usagers de drogues injectables (UDI), les transsexuels, les détenus, les travailleurs/ travailleuses du sexe (TS), ainsi que leurs partenaires sexuels. Mais il peut aussi s'agir de tous ceux qui sont victimes de violences, d'abus et de stigmatisation. Environ 40 % des nouvelles infections dans le monde en 2017 concernaient les populations clés. En effet le risque est 27 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, 23 fois plus élevé chez les utilisateurs de drogues injectables, 13 fois plus élevé chez les travailleuses du sexe et 1 fois plus élevée chez les transsexuelles. Environ 58 % des nouvelles infections chez les personnes âgées de plus de 15 ans touchaient les femmes. Les femmes vivant avec le VIH sont d'avantage exposées à des actes de violences (36).

Selon le rapport ONUSIDA de 2015, concernant plusieurs pays d'Amérique latine entre 2011 à 2014, la prévalence du VIH chez les HSH était supérieure à 10 % dans 9 pays sur 15 déclarants mais inférieure à 10 % chez les travailleurs du sexe dans la plupart des pays d'Amérique latine (37) (38) (39). En effet, l'utilisation du préservatif chez les travailleurs du sexe restait élevée et uniforme dans la région avec 84 à 99 % de ces personnes qui déclaraient l'utiliser dans 13 pays déclarants d'Amérique latine. De plus 72 % de ces travailleurs déclaraient s'être fait dépister dans l'année.

Certains pays, dans une démarche de prévention combinée efficace utilisent une bithérapie antirétrovirale (TDF/FTC-Truvada®) comme traitement de pré-exposition (PrEP) comme par exemple le Pérou, la France, le Canada (40) (41) (42) ou encore le Brésil. D'autres l'autorisent sous forme d'essais cliniques chez les populations clés. Le gouvernement brésilien, conscient des enjeux à l'égard des populations vulnérables, a développé des stratégies pour promouvoir la prévention du VIH, chez les HSH, et transsexuels. Il lance en 2017 le « HIV Combination Prevention Workshop for young people from key and priority populations ».

- **Inégalité d'accès au traitement**

Il n'existe pas de moyen de guérir du VIH mais les traitements antirétroviraux permettent de réduire la transmission, d'améliorer l'espérance et la qualité de la vie. La prise en charge du VIH s'est considérablement améliorée. Aujourd'hui on meurt moins du Sida. En 2017 c'est 940 000 personnes qui sont décédées. Entre 2000 et 2016, le nombre de morts a chuté d'un tiers. 59 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde avaient accès au traitement en 2017.

On a pu assister à des progrès considérables dans l'accès au traitement antirétroviral comme par exemple de 2005 à 2015, au Chili ou au Brésil où plus de 40 % des personnes atteintes de VIH ont accès au traitement. Mais il existe toujours de nombreuses disparités car le traitement est onéreux (Figure 20). Certains pays comme la Bolivie, la Chine ou la Russie restent encore sous la barre des 20 %.

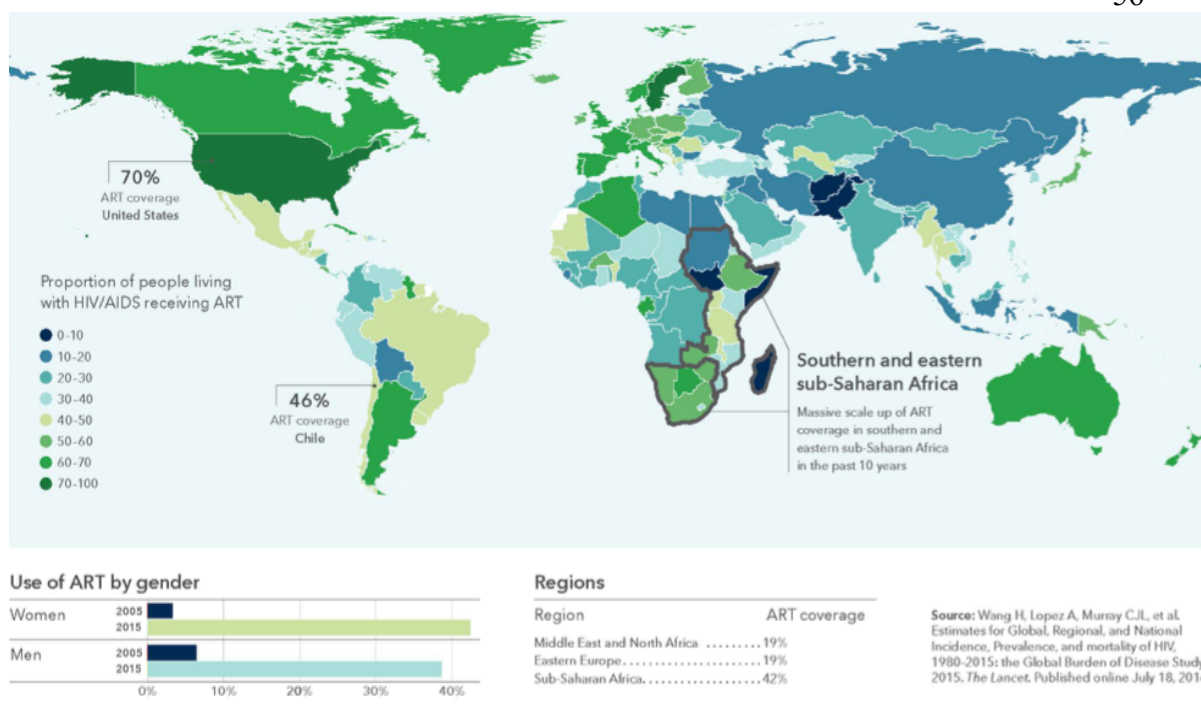


Figure 20 : Variation à l'accès aux antirétroviraux dans le monde en 2015 (IHME University of Washington)

- **La discrimination**

La criminalité, le commerce du sexe, la possession et l'usage de drogues, la stigmatisation et la discrimination des relations entre personnes de même sexe, empêchent ces populations clés d'avoir un accès aux programmes de préventions et de dépistage. Ainsi que celles atteintes du VIH d'avoir un accès aux services de soins. Ces populations sont marginalisées dans le secteur de la santé. L'ONUSIDA, dans son rapport « Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liée au VIH dans les milieux de santé et au-delà » montre que les personnes vivant avec le virus ont deux fois plus tendance à retarder leur engagement pour les soins. De plus la stigmatisation est un processus qui renforce les inégalités sociales, elles sont le fruit de représentations, de stéréotypes, de croyances diverses. Elles vont ainsi s'appliquer à des comportements, des attitudes et plus tard des pratiques avec une tendance à la dévalorisation de l'autre. Dans le milieu du VIH, on parlera aussi de sérophobie. De nos

jours, plusieurs pays limitent leur accès aux personnes séropositives, d'autres les expulsent directement comme le Soudan, le Yémen ou les Emirats Arabes Unis.

Le rapport « HIV stigma and discrimination in the world of work : findings from the people living with HIV stigma index » s'appuie sur des enquêtes menées par 13 équipes nationales et sur 100 000 personnes interrogées. Selon celui-ci une forte proportion de personnes vivant avec le VIH sont au chômage (61 % au Honduras), et les jeunes vivant avec le VIH sont les plus touchés (56 % dans les îles Fidji ou encore 61 % en Grèce). Les femmes vivant avec le virus ont moins de chances d'être employées que les hommes vivant avec le VIH. La proportion des personnes ayant perdu leur emploi ou source de revenu du fait de la discrimination de leur employeur variait de 13 % à 100 % en fonction des pays.

B. Au Brésil

L'épidémie au Brésil est considérée comme stable avec une prévalence de 0,6 % en 2017, mais la prévalence varie fortement en fonction de zones géographiques créant des zones prioritaires comme certaines régions du Sud-Est et du Nord (43).

En 2017, 860 000 personnes vivent avec le VIH au Brésil, parmi lesquelles 547 000 étaient sous ARV. Ce traitement d'un nombre croissant de personnes, s'est fait dans l'optique de se rapprocher des 90-90-90 de l'ONUSIDA. A la même année, 87 % des personnes atteintes du VIH étaient diagnostiquées, 75 % d'entre elles étaient sous ARV, 92 % avaient une charge virale supprimée au bout de six mois. Les nouvelles infections représentent 48 000 personnes en une année. 14 000 personnes sont décédées du SIDA (Figure 21).

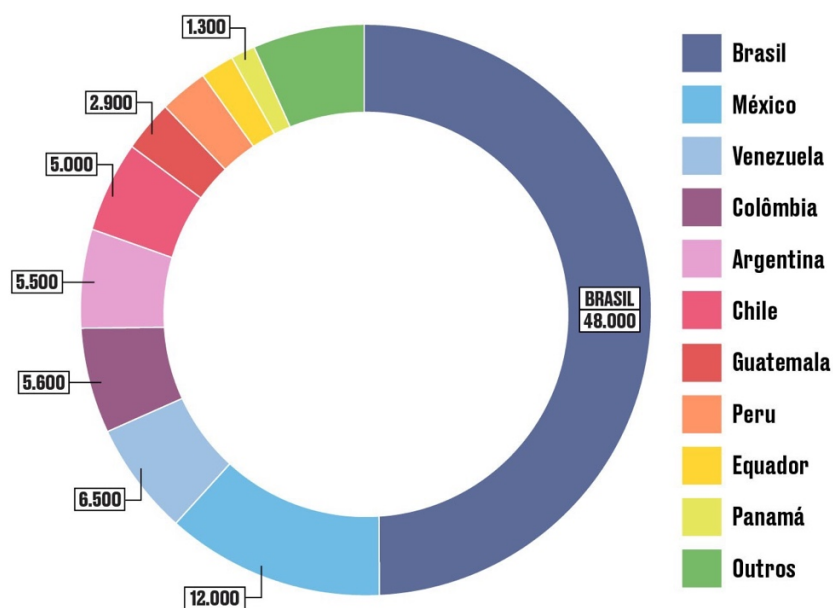


Figure 21 : Nouvelles infections VIH en Amérique latine (ONUSIDA 2017)

De 2010 à 2017, les nouvelles infections ont augmenté de 3 %. Le diagnostic et le dépistage se sont améliorés puisque c'est 87 % des personnes qui étaient diagnostiquées et 75 % traitées. Les hommes étaient les plus touchés avec 33 000 cas contre 15 000 chez les femmes. Bien que les taux d'infections soient plus nombreuses chez les personnes de 30-49 ans, les nouvelles infections de 2017 ont beaucoup plus touché les jeunes, notamment chez les HSH. On a assisté à un regain de nouvelles infections chez les jeunes de 15 à 24 ans. Parmi les sous-groupes de populations, on identifiait les populations clés fortement à risque VIH, évoquées plus haut :

- **Les HSH**

Les HSH ont une prévalence estimée à 10, 5 % en 2013 selon AIDS (4). Une étude menée en 2016 montrait une prévalence de 18 % chez des HSH de 12 villes du pays. Mais ces chiffres semblaient différer en fonction des zones géographiques (44). Il apparaissait clairement que les problèmes socio-économiques des régions pauvres et isolées ainsi que la discrimination dont les HSH étaient victimes empêchaient l'accès à la prévention (45). La population d'HSH était estimée en 2015 au Brésil à 2 millions et

64,3 % des personnes interrogées avaient utilisé le préservatif avec leur dernier partenaire.

- **Les utilisateurs de drogues injectables**

Les UDI selon le Ministère de la Santé et quelques études présentent une prévalence comprise entre 5 % et 10 % (46). Leur population est estimée à 227 000 personnes en 2016 et 40,8 % d'entre eux utilisent le préservatif.

- **Les travailleurs du sexe**

Les travailleurs du sexe constituent une population de 546 800 personnes au Brésil en 2015. La prostitution dans le pays n'est pas illégale mais aucune loi ne la légalise non plus. A travers cette ambiguïté, les relations sexuelles contre échanges commerciaux ne sont pas répréhensibles. Les seuls délits, depuis 2005, sont l'ouverture de maisons closes et le proxénétisme. La prévalence du VIH dans leur groupe est de 5,3 % en 2016. On estimait que plus de 90 % d'entre eux utilisaient le préservatif en 2013 au cours de leur dernier rapport. Il n'y a aucun contrat de travail pour les travailleurs du sexe et aucune loi ne peut les protéger. Beaucoup subissent des violences physiques et sexuelles (47). Ils subissent une discrimination de plus en plus importante ce qui participe à la dégradation de leur état de santé. En 2016, on estimait que seulement 52,3 % de ces travailleurs du sexe étaient au courant de leur statut sérologique. Et que 12 % n'avaient pas pu avoir accès à des soins de santé ou de prévention en raison de leur stigmatisation.

- **La population carcérale**

La population carcérale, à hauteur de 607 700 personnes au Brésil en 2015, est concernée par la naissance d'un programme pour l'accès aux soins de santé en 2014 et par des collaborations entre le Ministère de la Justice et l'Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) (48).

- **Les transgenres**

Les personnes transgenres présentent une prévalence estimée en 2017 à 5 % chez les femmes et 1 % chez les hommes. Elles sont soumises aux violences physiques et à la stigmatisation.

C. En France

En 2017, la prévalence VIH du pays était de 0,5 % avec plus de 200 000 personnes vivant avec le VIH dont 64 000 femmes et 140 000 hommes. Cette année-là c'est 5300 nouveaux cas qui ont été identifiés soit une baisse de 27 % depuis 2010. Mais 25 000 personnes environ ignoraient leur statut malgré l'augmentation des dépistages (49). Moins de 500 morts en relation avec le SIDA ont été recensés. Et 81 % des personnes séropositives diagnostiquées VIH sont traitées par ARV.

Le mode de contamination le plus fréquent reste lors de rapports de type HSH puis les rapports hétérosexuels (Figure 22).

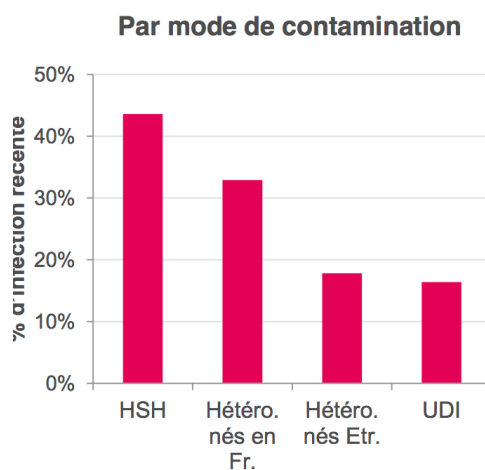


Figure 22 : Modes de contamination en France en 2016 (ONUSIDA)

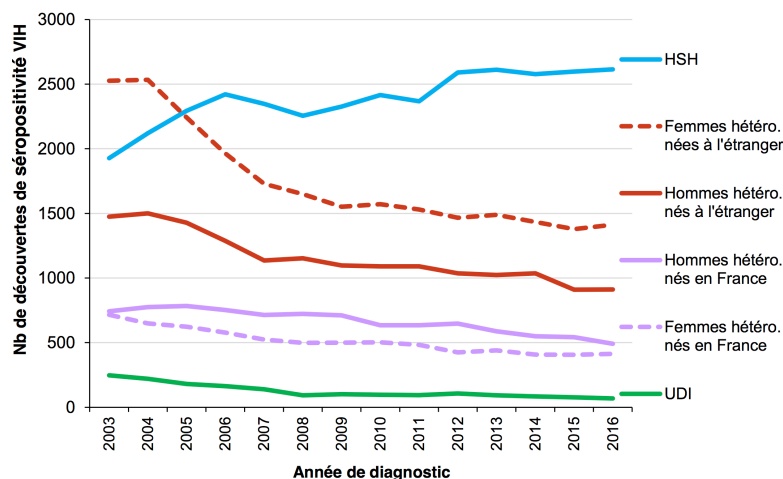


Figure 23 : Découvertes VIH par mode de contamination en France 2003-2016 (Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/ 2017, Sp France)

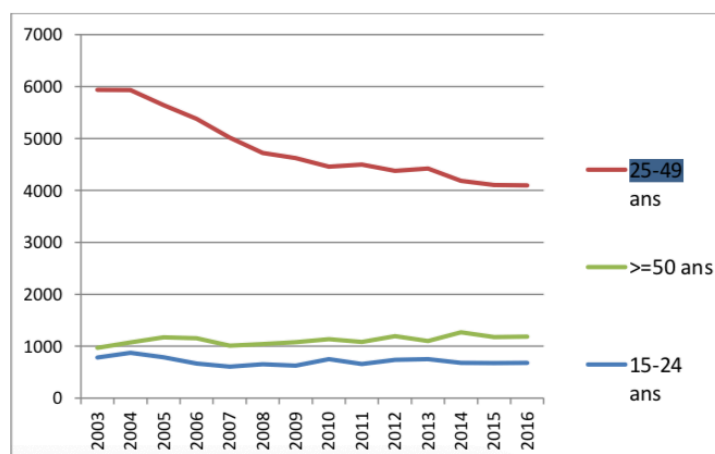
Dans le cadre des objectifs ONUSIDA et pour faire face à l'épidémie du VIH, la France a accentué son activité de dépistage par les TROD et surtout par les sérologies, une activité de dépistage encore insuffisante. En effet pour 43 % des découvertes VIH de 2016, il s'agissait du premier test de la personne. Ce qui laisse penser qu'il faut insister dans cette voie et doubler les efforts dans le dépistage des populations clés.

- **Les 15 à 24 ans**

Ils représentent environ 11 % des découvertes VIH en 2016. Une stabilité semble avoir été observée dans ce sous-groupe. Plus de deux tiers sont des hommes. Ainsi, 80 % d'entre eux ont été contaminé par rapports sexuels entre hommes. Pour 93 % des femmes contaminées, la contamination s'est faite lors de rapports hétérosexuels. La proportion d'UDI chez les jeunes contaminés est faible. En 2016, 14 % des diagnostics étaient fait tardivement avec moins de 200 CD4/mm³. La proportion d'infections récentes augmente quand l'âge diminue.

- **Les 50 ans et plus**

Ils représentent 20 % des nouvelles découvertes VIH. Pour 38 % d'entre eux leur séropositivité a été découverte tardivement. Le VIH touche surtout les hommes. Les étrangers représentent 41 % des personnes de ce sous-groupe.



*Figure 24 : Découvertes VIH en fonction de l'âge 2003-2016
(Source : DO, Sp France)*

- **Les HSH**

Les HSH représentent 61 700 personnes en France en 2014. La prévalence VIH est de 14 % en 2015. Tandis que le nombre de découvertes de séropositivité diminue chez les hétérosexuels, il augmente chez les HSH. En effet, ceux-ci représentent 44 % des découvertes (Figure 25).

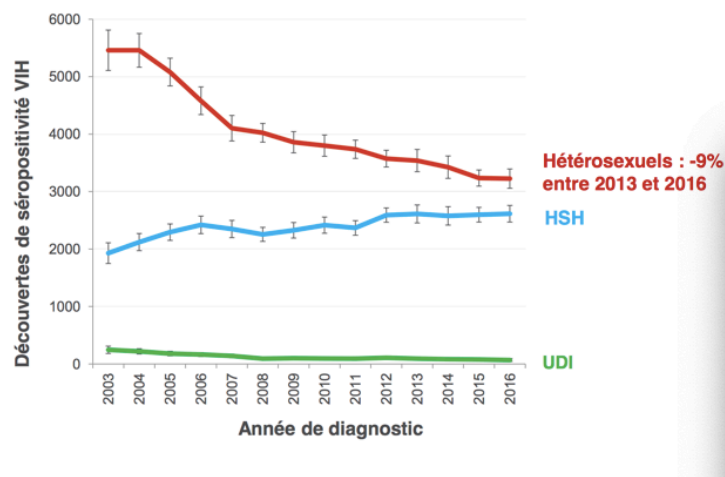


Figure 25 : Découvertes VIH 2013-2016 (DO, Sp France)

Il s'agit d'une population particulièrement exposée. Les dépistages sont insuffisants et le diagnostic est souvent fait tardivement. En 2014, 66 % d'entre eux déclaraient avoir utilisé le préservatif avec leur dernier partenaire. Mais en 2016, 26 % des découvertes VIH dans ce groupe de population n'avaient jamais été testés avant.

Sur le plan thérapeutique, 78 % des diagnostiqués sont traités par des ARV. Dans le cadre de stratégies globales de prévention, on parle de « prévention combinée ». Une d'entre elles concerne la PrEP, la prophylaxie pré-exposition VIH, qui consiste à réduire le risque de contracter le virus dès lors que l'on est fortement à risque d'y être exposé (50) (51) (52). De nombreux essais ont montré des résultats concluant comme les essais PROUD, Ipergay ou Partners PrEP. La France, depuis 2015, en a fait son atout dans la lutte contre le VIH à l'égard de groupes restreints tels que les travailleuses du sexe, les HSH, les transgenres à fort risque d'exposition. Le traitement utilisé est le Truvada® mais depuis peu des génériques à moindre prix ont vu le jour. La France est le premier pays à le rembourser à 100%. En 2018, la PrEP concerne en France au moins 8000 personnes, en majorité des HSH.

- **Les étrangers**

On note que 47 % des jeunes de 15 à 24 ans nouvellement découverts séropositifs sont nés à l'étranger. Les HSH puis les hétérosexuels nés à l'étranger restent les groupes les plus touchés par le VIH (54). La plupart des étrangers concernés viennent d'Afrique subsaharienne.

- **Les Départements Français d'Amérique (DFA)- Région Caraïbe**

Les populations des DFA constituent des groupes très à risque d'exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST) et au VIH (53). Elles rencontrent de nombreux problèmes économiques. Le chômage reste fortement présent dans ces régions, les structures sociales et familiales restent fragiles. Les tensions migratoires sont souvent sources de conflits, l'éloignement social et géographique avec la Métropole participent au retard de développement de ces territoires et en fait des populations vulnérables comme peut le témoigner les Indices de Développement Humain au plus bas dans les DFA. Ce retard s'étend en particulier à la santé et crée des inégalités, voire une insuffisance à l'accès des soins et des programmes de prévention, en fonction du groupe social ou de la géolocalisation. Les taux de découverte de séropositivité dans ces territoires sont les plus élevés en France. Les diagnostics sont tardifs concernant la Guyane et la Guadeloupe et les co-infections avec des IST fréquentes. L'activité de dépistage (sérologies et TROD) n'a eu de cesse de croître pour limiter au mieux la situation catastrophique.

En 2016, les taux de découverte de séropositivité étaient de 7,9 pour 1000 sérologies en Guyane, 2 en Martinique et 1,9 en Guadeloupe, en comparaison à 3,6 en Ile-de-France et à 2 pour 1000 dans toute la France (Figure 26). Les taux d'infections non diagnostiquées étaient de 74 pour 10 000 habitants en Guyane, de 26 pour la Guadeloupe et Saint-Martin, 10 en Martinique contre la moyenne nationale de 6 pour 10 000 habitants. Et pour les nouvelles infections, les taux allaient de 21 pour 10 000

habitants en Guyane, 7 pour la Guadeloupe, 3 pour la Martinique contre une moyenne de 2 sur le plan national.

En 2016, la file active VIH en Guyane comprenait 1756 personnes ,1026 en Martinique et 1073 pour la Guadeloupe (chiffres de 2015). Les populations les plus touchées étaient les hommes entre 25 et 49 ans, ceux originaires de France en Guadeloupe et Martinique, et d'Haïti en Guyane. La contamination prédominante était hétérosexuelle pour les trois régions, mais une augmentation à noter sur la contamination homosexuelle peut-être en raison d'un meilleur dépistage, 11 % des dépistés en Guyane, 25 % en Guadeloupe et 39 % en Martinique en 2015.

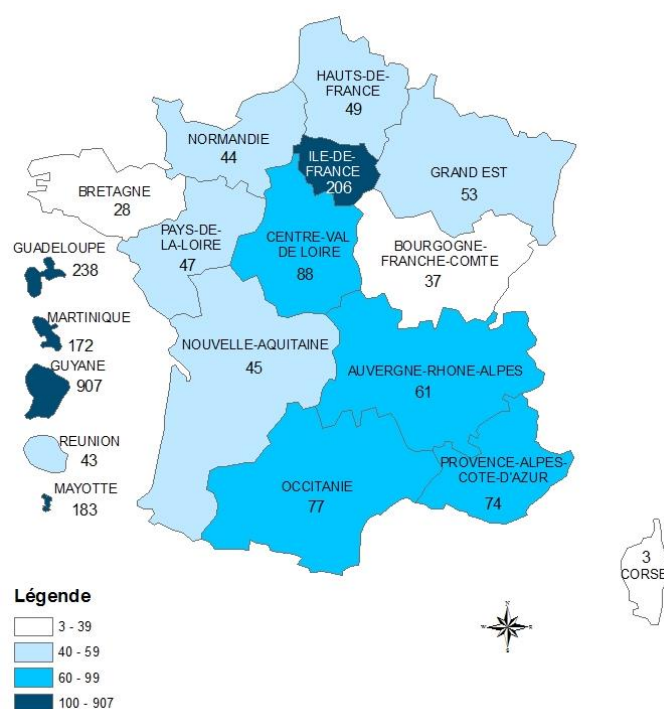


Figure 26 : Taux de séropositivité VIH par millions d'habitants

France 2016 (DO, Sp France)

D. En Guyane

Avec une prévalence du VIH comprise entre 1,18 et 1,35 % selon le rapport du COREVIH de 2017, la Guyane est le département français le plus touché. Il s'agit selon l'ONUSIDA d'une « épidémie généralisée » (55). C'est-à-dire que le VIH s'est installé

dans la population générale. Bien que les sous-populations particulièrement exposées au risque d'infection puissent continuer à contribuer à la diffusion du VIH, les réseaux sexuels dans la population générale sont suffisants pour entretenir une épidémie indépendamment des sous-populations.

Les chiffres du VIH en Guyane sont préoccupants, le taux de séropositivité y est 8 fois plus élevé qu'au niveau National (56). De nombreuses différences existent sur les modes de contamination, les infections sexuellement transmissibles, les délais diagnostics, les maladies inaugurales, les pratiques des HSH et la population à risque.

Le nombre de sérologies positives en 2015 bien qu'en diminution depuis 2004, se fixait à 7,4 sérologies positives pour 1000 tests réalisés. Le taux le plus important de France.

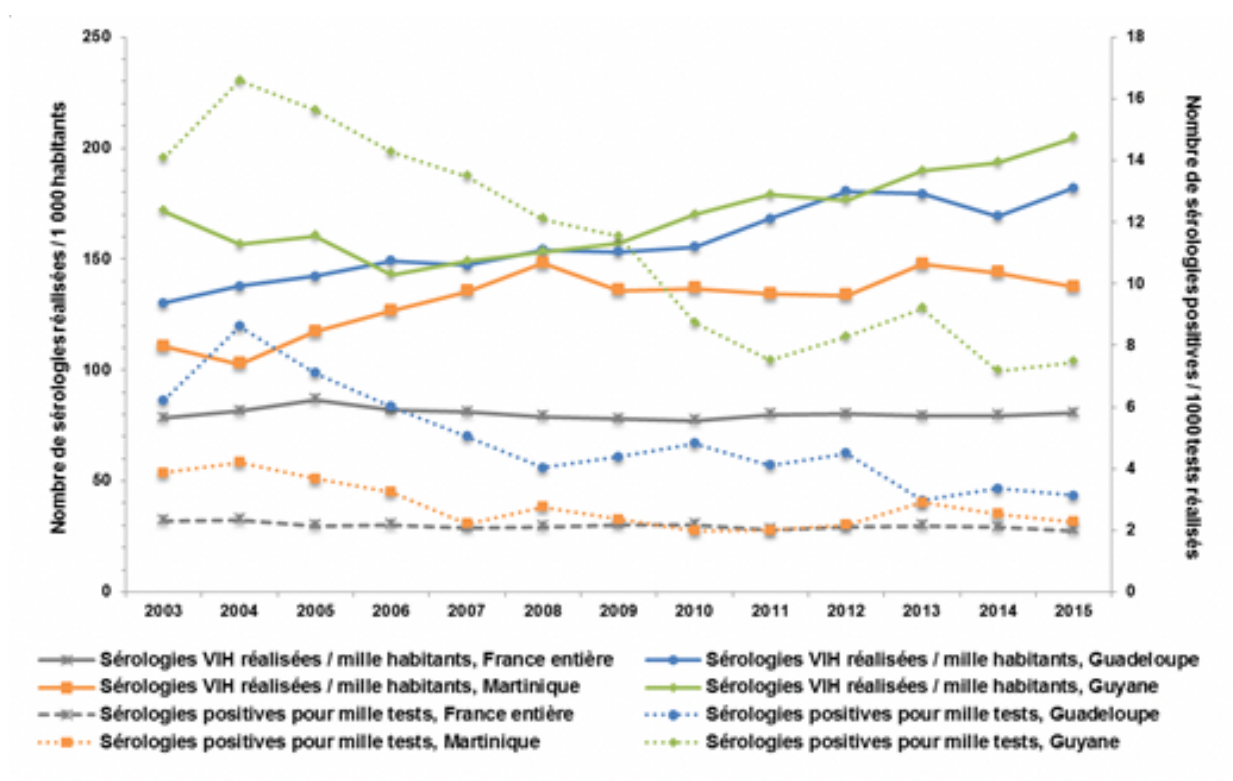


Figure 27 : Nombre de sérologies positives pour 1000 tests réalisés (BVS 2016)

Durant ces dernières années, des efforts considérables ont été réalisés en matière de lutte contre le VIH en Guyane, notamment dans la promotion du dépistage par le biais des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) et leur mise à disposition dans les

cabinets libéraux, les services d'urgences, les CDPS et les associations. En 2015, le nombre de sérologies effectuées étaient de 205 pour 1000 habitants contre 182 en Guadeloupe et 137 en Martinique.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est estimée à 1,3 % en 2017 selon le COREVIH. Et la population la plus touchée est celle des 25-49 ans avec autant d'hommes que de femmes.

En 2015, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en Guyane était de 743 par millions d'habitants contre 342 pour la Guadeloupe. Le taux National étant de 89 par millions d'habitant, le taux en Guyane était le plus important de tout le territoire français (Figure 28).

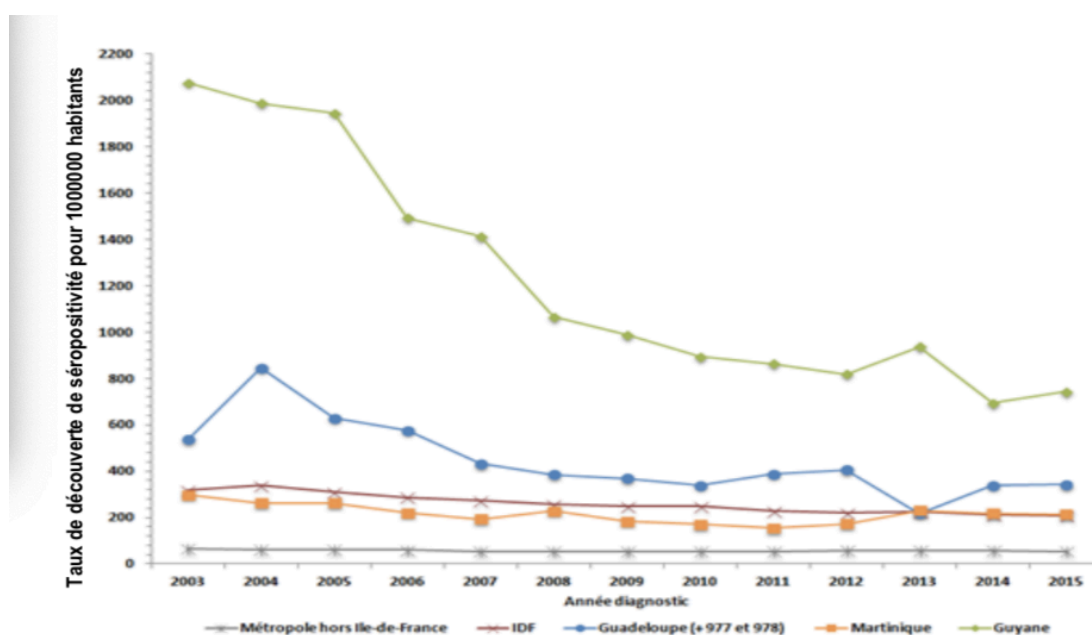


Figure 28 : Taux annuel de découverte de séropositivité Antilles-Guyane et France métropolitaine 2003-2015 (BVS 2016)

Selon le rapport du COREVIH 2017, le service de l'Hôpital de jour de l'hôpital de Cayenne, a suivi 1186 patients séropositifs. Des patients principalement représentés par la communauté haïtienne à 45 %, puis celles de personnes nées en France métropolitaine, au Guyana et au Brésil. Le taux de perdus de vue était d'environ 20 %

ce qui était important mais probablement surévalué, certaines personnes choisissant de poursuivre leur suivi en médecine de ville.

La transmission du virus était principalement hétérosexuelle (Figure 29).

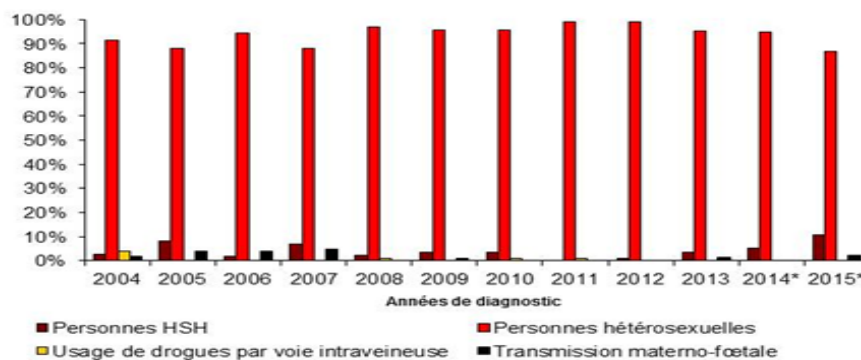


Figure 29 : Mode de contamination du VIH 2004-2015 (BVS 2016)

Pour 30% des dépistés le taux de CD4 était de moins de 200 CD4/mm^3 , reflet du retard diagnostic persistant.

Selon les modèles statistiques utilisés, on comptabilisait 3300 personnes atteintes du virus incluant ceux qui connaissaient et ignoraient leur diagnostic.

Afin de mesurer l'évolution de l'épidémie VIH qui sévit, l'ONUSIDA propose d'utiliser de nouveaux indicateurs. En Guyane, le ratio incidence/ mortalité était supérieur à 3 et le ratio incidence/ prévalence était supérieur à 0,08. Ils témoignaient d'une épidémie toujours active.

Malgré tout, on progresse. En effet, les patients sont en majorité traités, et mieux accompagnés notamment avec l'éducation thérapeutique. Les molécules sont moins toxiques et plus puissantes, permettant un taux de réussite thérapeutique de 92 %. On a 72 % des personnes VIH qui ont une répllication virale supprimée. Par ailleurs, le nombre de décès diminue.

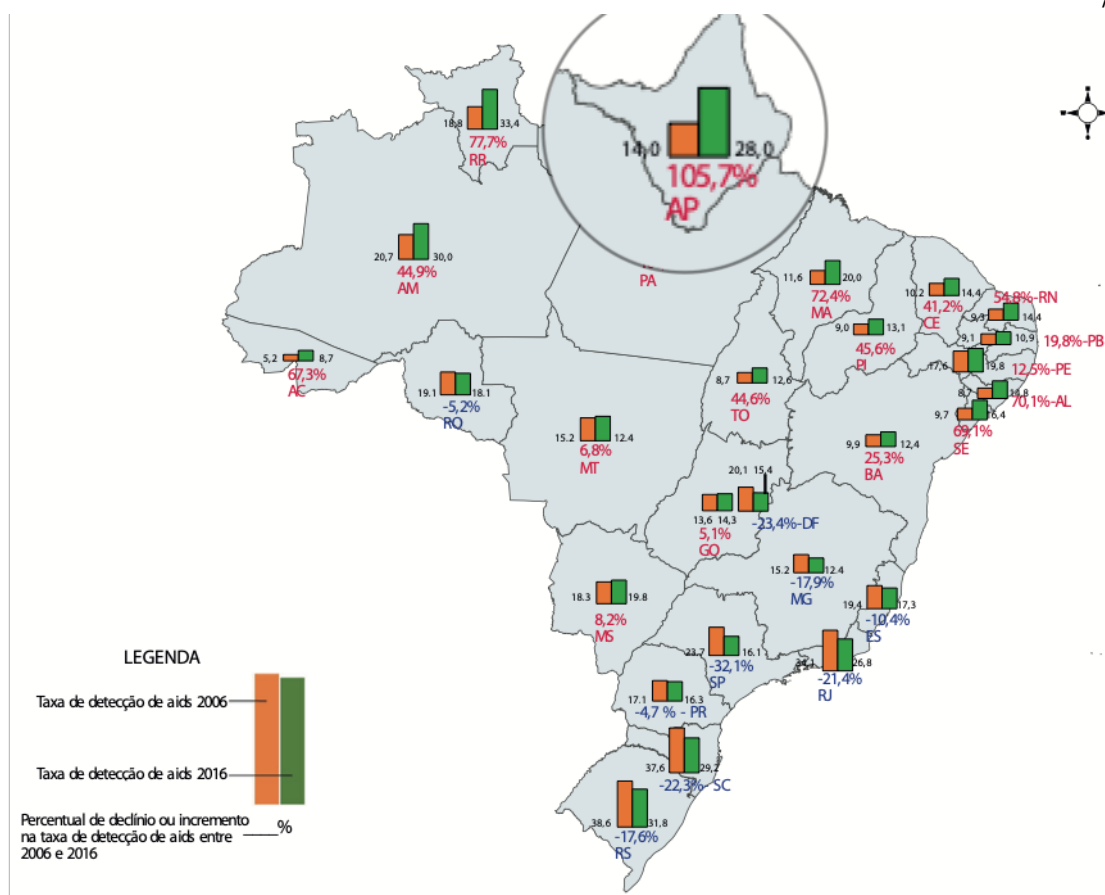
De multiples projets ont ainsi vu le jour, soutenus par des financements publics ou privés tels que le projet TAKARI, OCS, puis ceux par le biais des associatifs comme AIDES ou encore LA CROIX ROUGE française avec toujours plus de motivation pour la coopération transfrontalière. Le but principal étant de pouvoir assurer une offre de santé, axée sur de la prévention, du dépistage, de l'éducation et garantir au mieux et le plus rapidement possible la prise en charge des patients atteints du VIH.

On semble se rapprocher des objectifs ONUSIDA avec 85 % des patients en Guyane qui sont traités, 91 % des patients traités avec un statut indétectable, et 92 % des personnes VIH qui connaissent leur statut.

E. Le VIH dans l'état de l'Amapá, dans la région Nord du Brésil et à la frontière franco-brésilienne

En 2013, environ 1347 cas cumulés de VIH depuis 1988 étaient déclarés dans l'Amapá. Le taux d'incidence des cas de VIH aura doublé entre 2001 et 2012 passant de 9,2 pour 100 000 habitants à 20,2 pour 100 000 habitants. Ce qui correspond au taux moyen de la région du Nord (21 pour 100 000 habitants) (57). Le taux de découverte de séropositivité, de 2006 à 2016 est passé de 14 à 28 pour 100 000 habitants (Figure 30). D'ailleurs, cette région possède un des taux de découverte de séropositivité VIH le plus élevé chez les enfants de moins de 5 ans avec 5,1 cas pour 100 000 habitants. En 2016, huit états du Brésil, dont l'Amapá, possédaient un taux de détection VIH chez la femme enceinte supérieur au taux national. De 2007 à Juin 2017, 14 275 cas d'infection VIH ont été signalés dans le Nord et 30 297 dans le Nord- Est. En 2016, c'est 7693 nouveaux cas que l'on diagnostiquait dans le Nordeste.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune possibilité pour les PvVIH d'Oiapoque de réaliser leur suivi dans la ville. Le Servicio de Atendimento Especializado (SAE) ou Service de Consultation Spécialisée dans la prise en charge du VIH de Macapá prend en charge 64 patients vivant à Oiapoque.



*Figure 30 : Taux de séropositivité VIH pour 100 000 habitants en 2017 au Brésil
(Source Boletim 2017)*

A Saint-Georges, au Centre de Santé, 54 patients infectés par le VIH sont en cours de suivi à ce jour, parmi lesquels 48 habitent à Oiapoque. Le centre de Santé bénéficie de la venue d'un infectiologue tous les deux mois, ainsi que de la présence d'une infirmière d'éducation thérapeutique depuis décembre 2017. La prévalence à Saint-Georges est estimée entre 0,5 et 0,8 % (Figure 31).

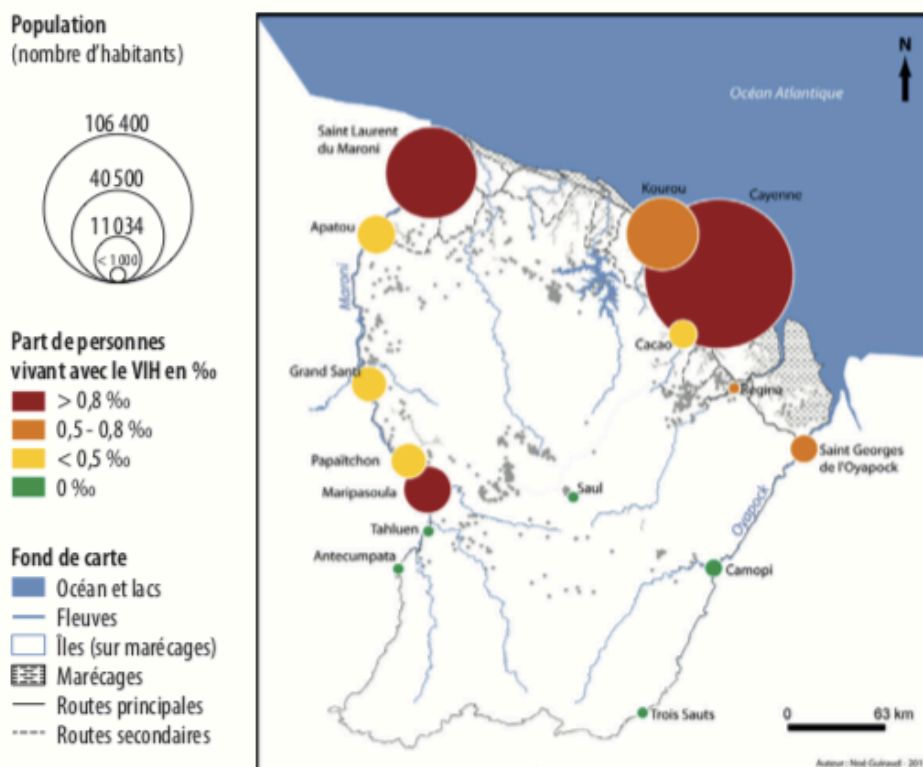


Figure 31 : Prévalence VIH dans les CDPS en 2015 (Source : CDPS Auteur : N. Guiraud)

Dans les villages amérindiens frontaliers, côté français, à Camopi et Trois-Sauts sur le Haut-Oyapock il n'existe aucun cas connu d'infection par le VIH. Côté brésilien, il semblerait que quelques patients issus des villages amérindiens du Bas-Oyapock soient connus séropositifs mais non suivis et non traités.

La frontière apparaît très vulnérable en raison de la précarité, et de toutes les autres problématiques abordées plus haut. La dynamique du VIH à la frontière ne se résume donc pas à une somme de chiffres connus de chaque côté.

3. La contraception

A. Dans le monde

671 millions de femmes en âge de reproduction utilisent un moyen moderne de contraception. On estime à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en

développement qui souhaiterait retarder une grossesse ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun contraceptif.

Les préservatifs sont aussi une méthode contraceptive moderne. Les données suivantes sont des données extraites de United Nations, World Contraceptive Use concernant des femmes mariées ou en union, en âge de procréer et leurs méthodes contraceptives. Depuis 1994, l'utilisation de contraceptif dans le monde a augmenté de 8 %. L'Amérique de Sud a connu un contrôle des naissances passant par l'utilisation des contraceptifs avec une augmentation de près de 15 % contre 0,3 % en Europe. Mais ils persistent encore des inégalités d'accès en fonction des régions du monde.

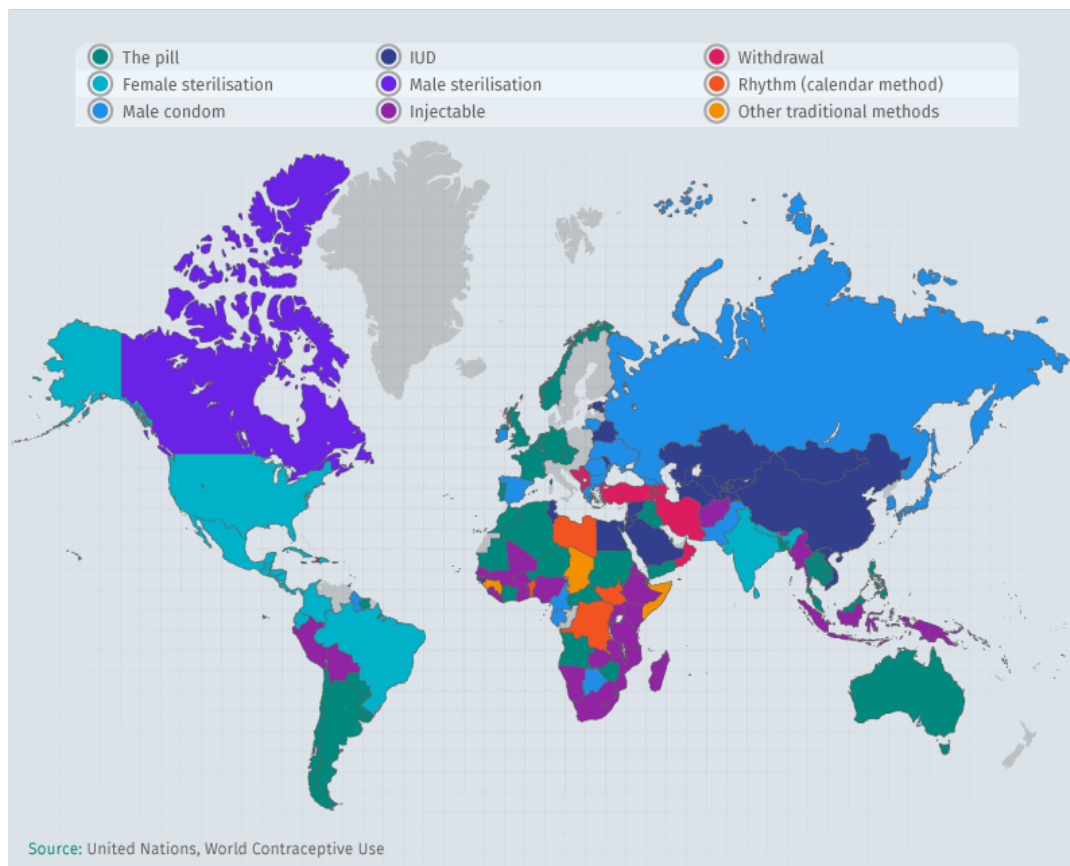


Figure 32 : Méthodes contraceptives dans le monde

B. En France et au Brésil

En France, la pilule reste le moyen contraceptif le plus utilisé devant le dispositif intra-utérin et le préservatif. On assiste à un recul de la pilule au profit du stérilet, du préservatif et de l'implant (Figure 33).

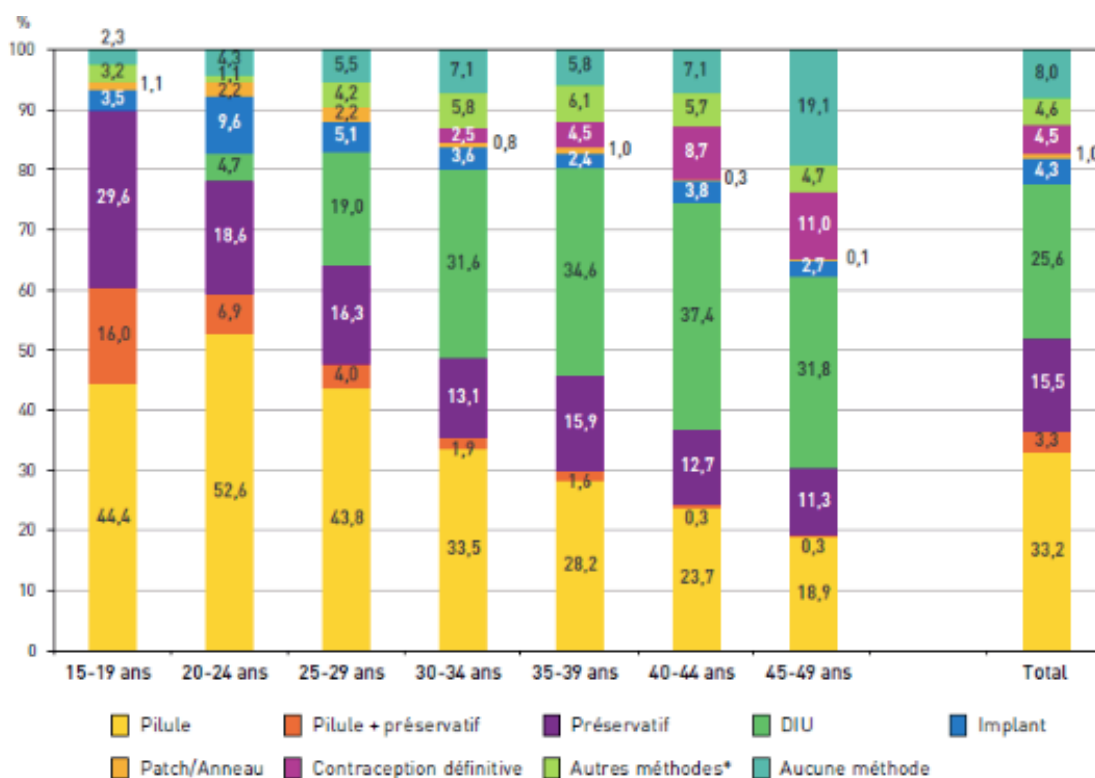


Figure 33 : Contraception en France en 2016 (Etude Baromètre)

Au Brésil, la première méthode contraceptive est la stérilisation féminine à l'image des Etats-Unis. La pilule arrive en 2^e position puis le préservatif et la stérilisation masculine. 75 % des femmes en âge de procréer mariée ou en union choisissent une méthode contraceptive efficace. Il pourra s'agir de la stérilisation, du préservatif, de l'implant ou du contraceptif injectable par exemple. La loi de 1996 fixe les conditions pour l'accès à la stérilisation féminine : être en pleine possession de ses capacités mentales, avoir plus de 25 ans et au moins 2 enfants vivants.

Malgré l'expansion des programmes de santé des familles entreprise par le « Departamento de Ações Programáticas Estratégicas » (DAPES), et la baisse de 17 %

entre 2004 et 2015 du nombre de grossesses précoces, les naissances de mères adolescentes sont encore de 18 % en 2015 avec 66 % d'entre elles non désirées. Les régions les plus concernées sont le Nord-Est, le Sud-Est puis le Nord (58).

Le 17 janvier 1975 en France, la loi Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse dépénalisait le recours à l'avortement.

En 2017, 216 700 interruptions de grossesse (IVG) ont été pratiquées en France dont 202 900 en Métropole soit un taux de recours de 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Cela concerne particulièrement les jeunes femmes de 20 à 24 ans. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017. La DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de L'Evaluation et des Statistiques) indique qu'une femme sur trois aura recours au moins à une IVG dans sa vie (59) (60).

C. En Guyane

En Guyane en 2016, le taux de grossesse précoce était de 4,5 %. Le territoire français devait faire face à cette problématique de santé publique. Ces grossesses concernaient en particulier les adolescentes en situation administrative compliquée. Une des solutions passe par l'accès universel des soins de santé et de prévention assuré par les PMI, les centres de Santé, les médecins de ville, les hôpitaux. Plusieurs collaborations entre le Ministère de la santé, l'Agence Régionale de Santé, la Collectivité Territoriales de Guyane, les associatifs (Guyane promo Santé, !DSante), l'Education Nationale, les hôpitaux voient le jour. Elles consistent à l'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire, l'organisation de journées d'information et d'ateliers par les associatifs, par la formation des enseignants, par l'accès gratuit à une information claire et aux contraceptifs au long cours ou d'urgence.

En 2017, dans les Départements et régions d'Outre-mer (DROM), le taux de recours à l'IVG est de 26,1 pour 1000 femmes. En Guyane, il est de 33 sur 1000 femmes. En 2016, il était de 27,5 pour 1000 femmes.

1. Présentation de l'étude

Cette enquête CAP prend sa place dans le cadre de la première évaluation du projet « Oyapock, Coopération, Santé ».

« **Oyapock Coopération Santé** » est un projet de lutte contre le VIH en zone transfrontalière dans le bassin de l'Oyapock, se déroulant sur 3 ans à compter de janvier 2017.

Les priorités du projet sont d'améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive par des actions préventives et curatives, en luttant contre l'épidémie de VIH-SIDA, les grossesses non désirées et les violences liées au genre. Il s'adresse aux populations les plus vulnérables de la zone transfrontalière franco-brésilienne.

Le projet est issu de la coopération de 3 structures :

- **Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne** est porteur du projet, via le Centre délocalisé de Prévention et de Soins de Saint-Georges pour le volet **prévention combinée du VIH**. Il recouvre la coordination du suivi des PvVIH, l'identification des perdus de vue, la mise en place d'Education Thérapeutique du Patient, et vise globalement à implémenter ou développer tous les moyens de prévention combinée du VIH de chaque côté de la frontière.
- **L'association française !Dsante**, coordonne le projet et est responsable du volet **formation** en Santé Sexuelle et Reproductive de professionnels et de personnes ressources. Elle les accompagne dans la mise en place et le suivi de projets d'action de prévention et de sensibilisation des deux côtés de la frontière.
- **L'association brésilienne DPAC Fronteira à Oiapoque** pour le volet **Centre de soutien communautaire**, qui vise à accompagner les PvVIH et les personnes

vulnérables vivant à Oiapoque (hébergement, médiation sociale, orientation vers les structures sanitaires françaises ou brésiliennes). Elle mène également des actions de prévention et de sensibilisation en Santé Sexuelle et Reproductive dans les quartiers d’Oiapoque et en milieu scolaire.

Le financement du projet est multiforme :

- Européen : via le Programme de Coopération Interreg Amazonie
- Issus des Etats : ARS, Préfecture de Guyane, valorisation du Secrétariat de la santé de l’Etat de l’Amapá
- Issus de collectivités : CTG, valorisation du Secrétariat de la santé d’Oiapoque
- Issus d’institutions : Pan American Health Organization, Agence Française de Développement
- Privé : Fundo Positivo, fondation Gilead, Fondation de France, fondation ViiV
- Une partie non négligeable de valorisation du bénévolat

L’objectif principal de l’étude est de pouvoir faire un état des lieux au début du projet OCS en matière des connaissances sur le VIH de la population transfrontalière, identifier les pratiques discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH, identifier les attitudes et pratiques à risque liés au VIH. On évaluera également les connaissances sur la contraception et son usage.

Les objectifs secondaires sont de décrire les caractéristiques démographiques, sociales au sein de cette région.

L’idée à moyen terme sera de comparer ces résultats aux résultats qui seront obtenus dans 3 ans à la fin du projet OCS. Par ailleurs, une meilleure connaissance des populations permettra de réaliser des actions de prévention mieux ciblées.

2. Matériel et méthodes

A. Type d'étude et objectifs

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale mixte (qualitative et quantitative) et monocentrique.

L'enquête CAP pour Connaissances, Attitudes et Pratiques (ou en anglais KABP pour Knowledges, Attitudes, Practices et Beliefs), est un outil stratégique qui permet l'identification du besoin éducationnel d'une population cible. On y évalue ainsi la connaissance complète, les attitudes qui engendrent les comportements et les pratiques.

Evaluer la connaissance complète permet de cerner un niveau de vulnérabilité et d'estimer des lacunes existantes. C'est la compréhension d'un sujet. On y évalue également les sources d'informations afin d'identifier les canaux de communication.

Déterminer les attitudes d'une population permet un abord anthropologique des réactions liées aux origines culturelles, aux croyances de type émotionnel, motivationnel, perceptif et cognitif. Elles peuvent influencer positivement ou négativement le comportement d'un individu notamment à un événement épidémique. Il est important de comprendre comment une population peut percevoir un risque. Ainsi on va pouvoir adapter les programmes de préventions au contexte sociétal, pouvoir combattre notamment les idées reçues et mieux corriger certaines conceptions liées à un comportement à risque.

Evaluer les pratiques déclarées afin de mesurer la réponse réelle liée aux connaissances et aux attitudes.

Le but est de mieux comprendre un phénomène épidémique tout en prenant en compte les facteurs sociaux, psychologiques et comportementaux de sa population.

B. La population étudiée

L'étude a porté sur les habitants âgés de plus de 18 ans de la zone transfrontalière franco-brésilienne du bas-Oyapock, dans les communes de Saint-Georges de l'Oyapock et d'Oiapoque.

Un recensement INSEE au 1^{er} janvier 2015 a montré une population à 4020 habitants à Saint-Georges.

Concernant Oiapoque, la population de la municipalité est estimée en 2017 à 25 514 habitants par l'IBGE et la population au sein du district siège municipal à 18 130 habitants.

Notre enquête a concerné 372 personnes d'Oiapoque et 258 de Saint-Georges. Elle a duré du 16 octobre 2017 jusqu'au 15 décembre 2017 à Saint-Georges et du 26 décembre 2017 jusqu'au 29 février 2018 à Oiapoque.

C. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient d'avoir son lieu de résidence principale sur la zone transfrontalière, d'avoir 18 ans ou plus, de comprendre et parler le Français ou le Portugais ou le Créole guyanais. Les questionnaires étaient en Français ou en Portugais.

Etre en dehors de ces critères ou refuser de participer à l'enquête constituait un critère d'exclusion.

L'échantillonnage a été fait par tirage au sort.

Tous les quartiers d'Oiapoque et de Saint-Georges ont été concernés. Il a été réalisé un tirage au sort des différentes rues de chaque quartier. Le second tirage au sort concernait le côté de la rue (numéros pairs ou impairs des foyers) où les interrogatoires allaient se réaliser. Le troisième tirage sélectionnait le sens où allait débiter les interrogatoires en choisissant le début de la rue ou la fin de la rue sélectionnée auparavant. A la suite des

tirages au sort, les enquêteurs recevaient les données où pratiquer leurs enquêtes. Chaque foyer a été interrogé. Toutes les personnes du foyer se sont vues proposer le questionnaire. Une seule personne volontaire était sélectionnée par foyer. En cas de refus, il n'était plus possible de proposer le questionnaire dans ce foyer par la suite. Le questionnaire était rempli par l'enquêteur.

Un formulaire de consentement éclairé dans la langue choisie du questionnaire (français ou portugais) devait d'abord être présenté, lu à la personne interrogée et signé par celle-ci.

A Saint-Georges

Le nombre d'habitants de chaque quartier de Saint-Georges a été déterminé approximativement en fonction de l'adresse délivrée par les patients auparavant inscrits à une consultation du Centre de Santé de 2007 à 2017 en cours. Une extraction du nombre d'inscrits par quartier a été faite à partir de registre de 2015 à l'année 2017 en cours. Un nombre minimal de personnes à interroger dans chaque quartier a par la suite, été déterminé en fonction de l'effectif total d'habitants de la commune.

Le nombre d'habitants par quartier a dû être déterminé ainsi car il n'y avait aucun recensement des habitants par quartier à Saint-Georges.

Certains quartiers ont été regroupés avec leur nombre d'habitants estimé comme par exemple le Bourg, Gendarmerie, Résidence Onozo, Bambou, Piste d'avion.

Des cartes du plan cadastral ont été nécessaire pour déterminer les limites des quartiers.

Quartiers CDPS	
Quartier	Nombre de patients / zone
Zidock Camopi	1
Adimo	366
Bambou	286
Bourg St Georges	508
Esperance 1	231
Esperance 2	311
Esperance 3 / Savane ?	612
Gendarmerie	167
Mairie St Georges	167
Lot Maripa	240
Onozo	471
Piste aviation / Bourg	159
Résidence Onozo	211
Blondin	64
Gabaret village / village martin	82
Oiapock	700
Trois Paletuviers	136
Sauts Maripa	10
Tampack	12
Villa victoria	177
Total général	4911

Tableau 1 : Registre des inscriptions du CDPS : quartiers déclarés par les patients consultant à la période de 2015-2017

Quartiers Enquête à Saint-Georges	Quartiers connus des CDPS
Bourg	Bourg ; Gendarmerie ; Mairie ; Piste d'aviation ; Résidence Onozo ; Bambou
Adimo 1	Adimo
Adimo 2	Adimo
Maripa	Lot Maripa
Gabin	Adimo
Espérance 1 et 2	Espérance 1 ; Espérance 2
Village Philogène	Espérance 2
Savane	Espérance 3
Crique Onozo	Onozo
Martin	Gabaret
Trois-Palétuviers	Trois Palétuviers
Blondin	Blondin

Tableau 2 : Répartition des quartiers de Saint-Georges en fonction de la base de données du CDPS

Il a été complexe d'identifier correctement les quartiers car l'adresse connue par les citoyens n'était pas toujours la même que celle du plan cadastral, ou les noms de ces quartiers n'existaient pas administrativement et étaient plutôt en relation avec une structure connue à proximité (exemples : Gendarmerie, Piste d'Aviation).

L'enquête a concerné un regroupement en 12 quartiers à Saint-Georges.

DEPARTEMENT _____ COMMUNE _____	DIRECTION GENERALE DES IMPOTS _____ SERVICE DU CADASTRE _____	6816 T Section: AB Echelle: 1/2819 (Echelle d'origine: 1/1000)
--	--	---

EXTRAIT DU PLAN CADASTRAL



No d'ordre au registre de constatation des droits:

Prix du présent extrait:

F.F. (1)

Cachet du service:



(1) Rayer la mention inutile

Extrait certifié conforme au plan cadastral

- à la date ci-dessous (1)

- à la date du 01/01/____

A

le 21/05/2012

Signature de l'agent

Qualité: _____

Figure 34 : Plan cadastral du quartier du Bourg (Service du Cadastre)

Certains quartiers ont été regroupés entre eux (exemples : Fazendinha et Universidade, Planalto et Teles).

Au total l'enquête a concerné un regroupement en 10 quartiers à Oiapoque.

Quartiers d'Oiapoque	Population totale du quartier selon données IGBE
Centro	2652
Fazendinha/Universidade	465
Florestal	296
FM	1336
Nova Uniao	2512
Paraiso	1827
Planalto/teles	2893
Russo	672
Nova Esperança	2990
Infraero/Quilombola	2487
TOTAL	18130

Tableau 3 : Nombre d'habitants par quartier à Oiapoque (district)

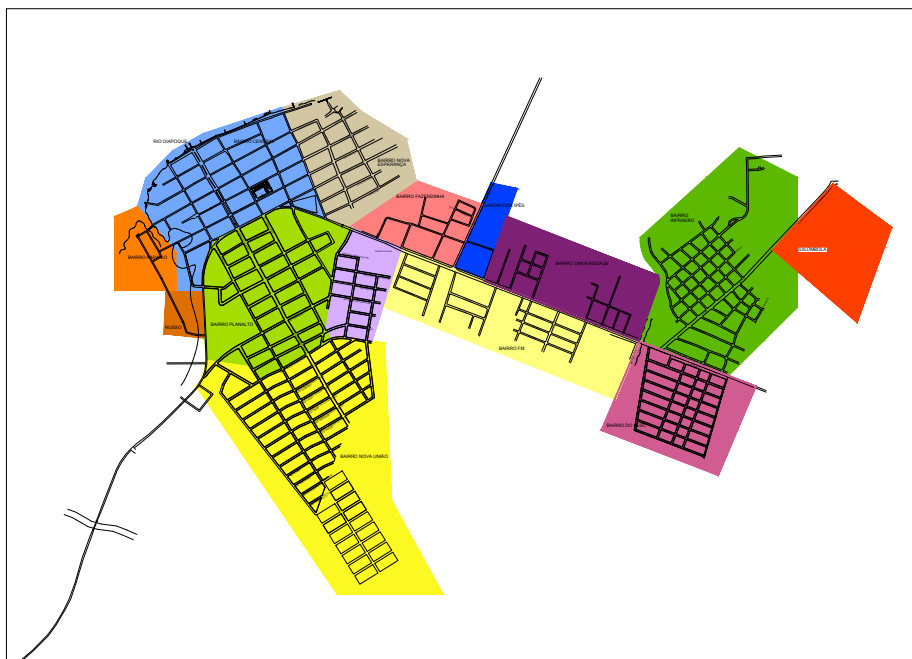


Figure 36 : Bairros do Oiapoque (IGBE)

Légende :

<i>Bleu azur : Bairro Central</i>	<i>Rose : Bairro do Sesc</i>
<i>Orange : Bairro Paraíso</i>	<i>Magenta foncé : Bairro Universidade</i>
<i>Jaune foncé : Bairro União</i>	<i>Bleu : Jardim dos Ipês</i>
<i>Vert pale : Bairro Planalto</i>	<i>Vert foncé : Bairro Infraero</i>
<i>Violet parme : Bairro do Telles</i>	<i>Rouge : Quilombola</i>
<i>Rose saumon : Bairro Fazendinha</i>	<i>Jaune clair: Bairro FM</i>
<i>Couleur lin : Bairro Nova Esperança</i>	

D. Outils de recueil des données

Un questionnaire a été élaboré en collaboration avec l'association !Dsante de Guyane et des médecins infectiologues du Centre Hospitalier Andrée Rosemon. Il a été conçu à l'image des questionnaires développés par l'Observatoire Régionale de Santé Ile-de-France dans le cadre des enquêtes KABP Métropole 2010 (61) et KABP DFA 2011-2012 (10). Il est constitué de 6 parties (A, B, C, D, E, F), chacune répondant à une thématique. La partie A correspond à l'aspect « appartenances socio- économiques », la partie B à l'aspect « connaissances sur le VIH ». La partie

C correspond à des questions plus personnelles sur certaines pratiques sexuelles comme l'utilisation du préservatif, le sexe tarifé, l'âge du premier rapport sexuel. La partie D concentre des questions sur le dépistage du VIH. La partie E représente les questions liées à la stigmatisation des personnes séropositives au VIH. La partie F concerne la contraception. Les questionnaires sont établis en français et en portugais.

Les enquêteurs étaient des bénévoles (étudiants ou infirmiers) ou des salariés associatifs. Ils ont tous reçu une formation sur les thématiques du questionnaire et un guide pour que la réalisation de l'enquête sur le terrain soit uniformisée. Un numéro d'identification fixe leur était attribué.

14 enquêteurs ont contribué à la réalisation de cette enquête dont 8 ont participé à l'enquête à Oiapoque et 9 à Saint-Georges. La plupart des enquêteurs étaient bilingues français et brésilien et certains parlaient également le Créole guyanais.

Les enquêteurs devaient être en possession de leur matériel et porter un T-shirt de l'association !Dsante pour réaliser les entretiens.

Les entretiens avaient lieu selon un planning prédéfini semaine par semaine pour les enquêteurs. Les horaires étaient de 9h à 12h30 et de 14h à 17h. Un quartier était attribué à une équipe d'enquêteurs par groupe de 2 ou de 3.

L'entretien se faisait dans un lieu calme où l'intimité des réponses pouvait être respectée. La durée d'un entretien pouvait atteindre 30 minutes. La durée d'un questionnaire était en moyenne de 15 minutes. Le questionnaire sous forme papier était administré par l'enquêteur en face-à-face. A l'issue du questionnaire, de la documentation (en français, en créole guyanais et en portugais) sur le VIH et la contraception était proposée et des préservatifs distribués.

Les questionnaires remplis étaient récupérés selon un rythme hebdomadaire. Ils étaient relus et complétés si nécessaire en cochant la case « Pas de réponse » en

l'absence de réponse. En cas d'incohérences, le questionnaire était invalidé. Sur un questionnaire devait apparaître, le code d'identification de l'enquêteur, la commune de recueil, le quartier, et la date de l'entretien.

E. Aspects éthiques et réglementaires

L'enquête menée dans le cadre du projet OCS est entièrement anonyme, menée à des fins de recherches non interventionnelles. Elle a fait l'objet en France d'une déclaration de conformité à la CNIL (Commission nationale informatique et libertés) MR003. *« La MR-003 encadre les traitements comprenant des données de santé, réalisés dans le cadre de recherches pour lesquelles le patient ne s'oppose pas à participer après avoir été individuellement informé. Il s'agit plus précisément : des recherches en soins courants, des recherches non interventionnelles et des essais cliniques de médicaments par grappe. Seules les données indirectement identifiantes peuvent être utilisées, à l'exception des données recueillies dans la table de correspondance. L'information individuelle des patients est obligatoire. Le responsable de traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche. »*

Au Brésil, l'enquête a également fait l'objet d'une déclaration au Comité National d'Ethique et de Recherche en santé ou Comissão Nacional de Etica em Pesquisa (CONEP)

A Oiapoque, après sollicitation, un accord a dû être obtenu auprès du Secretaria da Saúde Municipal do município de Oiapoque. De plus, un formulaire spécifique délivré par le Ministère de l'éducation par l'intermédiaire de la Universidade Federal Do Amapá Curso de graduação em enfermagem Campus Binacional Oiapoque a été présenté à la personne interrogée et devait être signé.

Le formulaire de consentement éclairé attribué à l'enquête était présenté à la personne interrogée dans la langue choisie du questionnaire à Saint-Georges et Oiapoque. Après lecture et accord, il devait être signé.

Un calcul du nombre d'heures de travail avait lieu pour chaque enquêteur. Un remboursement des frais de trajet avait lieu régulièrement. On favorisait des équipes d'enquêteurs par quartier au plus près de leur domicile. Des indemnités étaient offertes aux bénévoles sous forme de chèques cadeaux.

F. L'analyse des données

Le logiciel de saisie des données a été queXF.

Le logiciel utilisé pour l'analyse des données a été le logiciel Stata 13.0.

Les tests de significativité de la différence ont été réalisés pour les fréquences à l'aide du χ^2 de Pearson lorsque chacun des sous-groupes comparés comprenait au moins 30 personnes ou à l'aide de tests exacts de Fisher dans le cas contraire. Pour comparer les moyennes nous avons utilisé des analyses de variances ou anova. Le seuil de significativité a été établi à $p=0,05$, ce qui signifie qu'il y avait 5 % de chances au moins que la différence soit attribuable au hasard.

Résultats

Au total, 630 questionnaires ont été réalisés, 258 à Saint-Georges et 372 à Oiapoque : 6 questionnaires côté français et 3 du côté brésilien n'ont pu être exploités en raison d'incohérences, d'illisibilité lors de la saisie des données ou parce qu'ils ont été perdus. L'analyse finale a concerné 252 questionnaires à Saint-Georges et 369 questionnaires à Oiapoque soit au total 621 questionnaire (flowchart en annexe 7).

Il n'y a pas de recueil disponible sur le nombre de refus de répondre au questionnaire, ou sur les personnes abordées non éligibles.

Les résultats non significatifs seront précisés par NS et par la valeur de p quand ils le sont.

1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées

A. Sexe et Âge

Durant l'enquête, il y a eu presque deux fois plus de femmes interrogées que d'hommes (60,87 % vs 39,13 %).

L'âge moyen des répondants était de 35,6 ans (écart-type 13,2 ans). La moyenne d'âge était légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (36,2 ans vs 35,3 ans ; NS). La catégorie des 18-29 ans représentaient 39,4 % de l'échantillon devant les 30-44 ans (36,5 %) et les 44 ans et plus (23,9 %). A Saint-Georges, 42,4 % des répondants appartenaient à la catégorie des 18-29 ans (vs 33,3 % pour les 30-44 ans et 24,2 % pour les 44 ans et plus ; NS). A Oiapoque, 38,7 % avaient entre 30-44 ans (vs 37,4 % pour les 18-29 ans et 23,8 % pour les 44 ans et plus ; NS). La moyenne d'âge des répondants n'était pas significativement différente selon le pays de recueil des données (35,1 ans en Guyane vs 36,1 ans à Oiapoque).

B. Langues maternelles

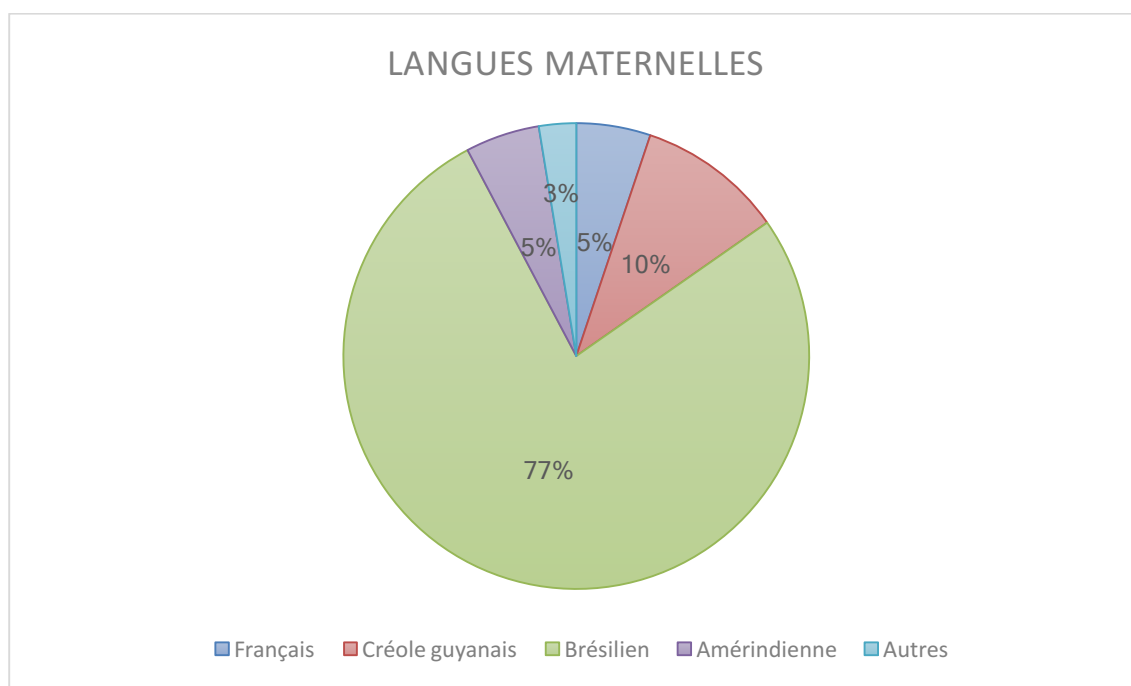


Figure 37 : Répartition des langues maternelles

La langue la plus parlée était le Portugais brésilien en effet 76,9 % des répondants définissaient le Brésilien comme leur langue maternelle (vs 10,1 % pour le Créole guyanais, 5,1 % pour le Français, 5,1 % pour une langue amérindienne). Les répondants d'autres langues maternelles représentaient 2,5 % de l'effectif, elles comprenaient entre autres le Saramaka, le Hmong, le Créole anglophone, antillais et haïtien et le chinois (Figure 37).

C. Niveau d'étude

La majorité des personnes interrogées n'avait pas dépassé le lycée (40,5 %). Seulement 14,9 % des personnes de l'échantillon avaient pu réaliser des études supérieures. Ainsi 1,9 % des personnes répondant à cette enquête n'étaient jamais entrés dans le système scolaire (Figure 38). Les répondants étaient significativement plus nombreux du côté brésilien que du côté guyanais, à avoir été jusqu'au lycée (43,6 % vs 36,1 %) et jusqu'aux études supérieures (18,1 % vs 10,3 %). Côté français la plupart n'avait pas

dépassé le niveau collège (48,4 % vs 31,1 % ; $p<0,01$) (Figure 39). Ceux qui possédaient la langue maternelle française et ceux appartenant aux groupes des autres langues étaient plus nombreux à accéder au niveau d'études supérieures avec 25 % chacun (vs 15,4 % pour la langue brésilienne, 6,2 % pour la langue amérindienne et 7,9 % pour le Créole guyanais ; $p<0,01$). Les femmes étaient plus nombreuses à accéder aux études supérieures que les hommes (16,14 % vs 13,17 % ; NS) mais aussi les plus nombreuses à n'avoir jamais été scolarisées (2,3 % vs 1,2 % ; NS).

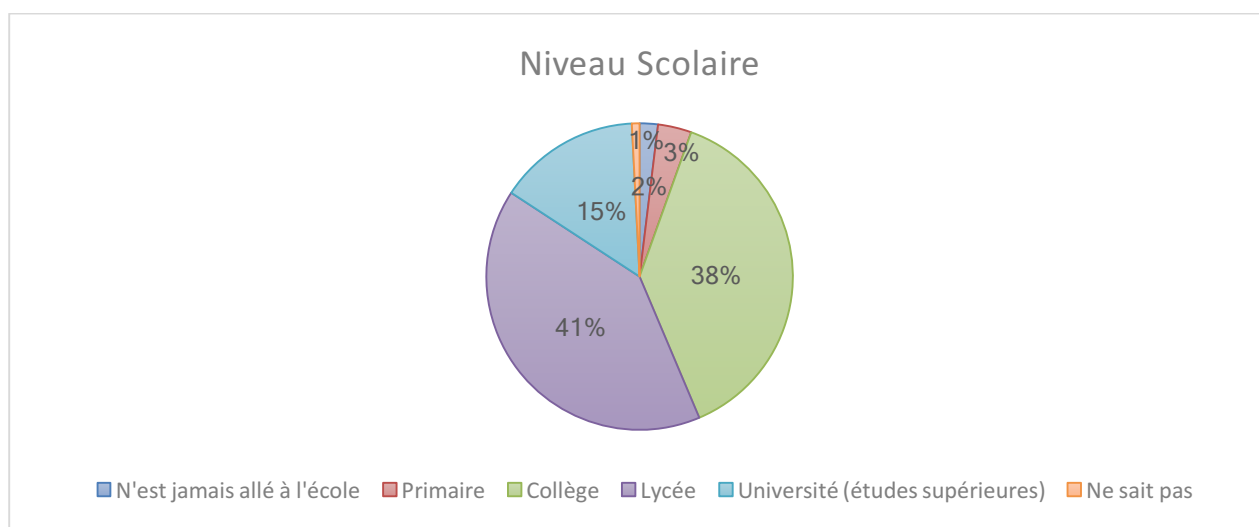
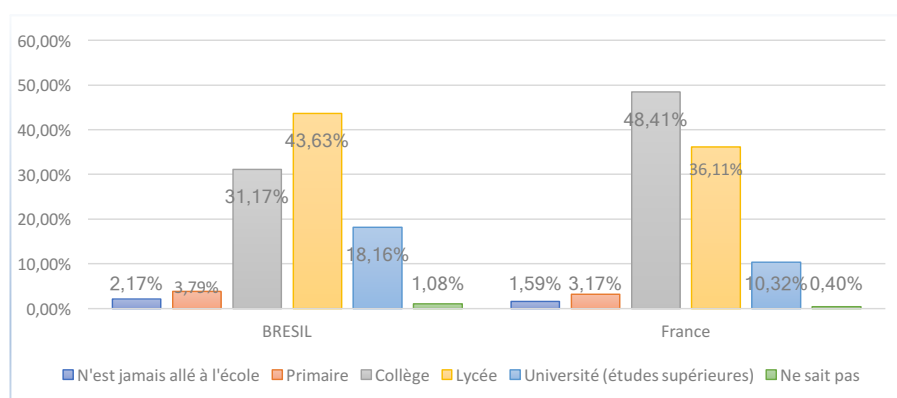


Figure 38 : Niveau d'étude dans l'échantillon



*Figure 39 : Niveau d'étude en fonction du pays de recueil des interviews
Oiapoque/ Saint-Georges*

D. Sources de revenu et activités professionnelles

La plupart des répondants aux questionnaires étaient sans aucune source de revenu (37,2 %). En effet, 26,8 % touchaient des allocations et 16,4 % seulement touchaient un salaire déclaré (Figure 40). De plus les femmes touchaient plus souvent des allocations que les hommes (32,5 % vs 18,1 % ; $p<0,01$) et possédaient moins souvent un salaire déclaré que les hommes (16,1 % vs 16,8 % ; $p<0,01$). Les hommes avaient plus souvent que les femmes une source de revenu non déclarée (8,6 % vs 6,6 %) ; $p<0,01$ (Figure 41).

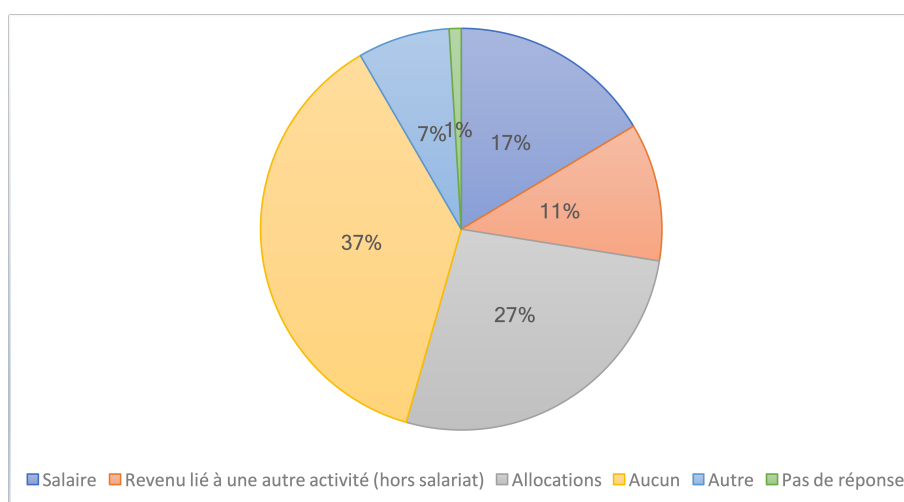


Figure 40 : Sources de revenu

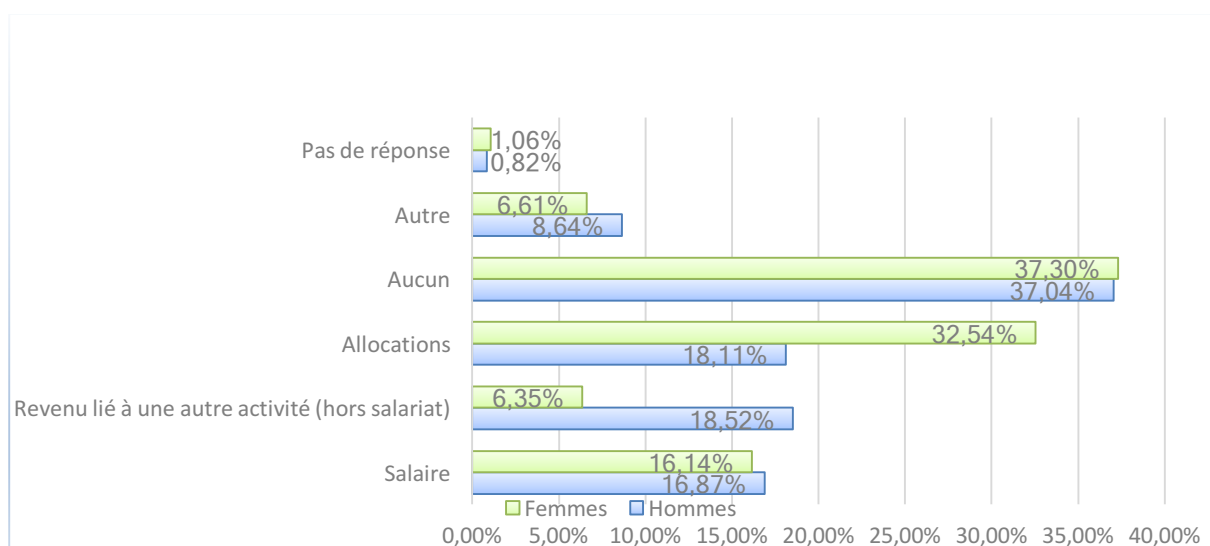


Figure 41 : Répartition des sources de revenu en fonction du genre

Concernant les tranches d'âges, l'absence de revenu touchait plus la catégorie des 18-29 ans (43,2 % vs 32,1 % pour les 30-44 ans et 34,9 % pour les 45 ans et plus). La catégorie des 30-44 ans était la plus encline à avoir un salaire déclaré (20,7 % vs 12,6 % des 18-29 ans et 16,1 % des 45 ans et plus ; $p < 0,01$).

Les personnes ayant la langue maternelle française, touchaient significativement plus souvent un salaire (43,7 %) que les autres catégories linguistiques (3,1 % pour le Créole guyanais, 15,6 % pour les langues amérindiennes, 16,3 % pour le Brésilien). Ceux qui appartenaient aux groupes des langues maternelles du Créole guyanais et amérindiennes touchaient plus souvent des allocations (60,3 % et 46,8 %) à la différence par exemple du groupe linguistique brésilien (22,1 %) ; $p < 0,01$ (Figure 42).

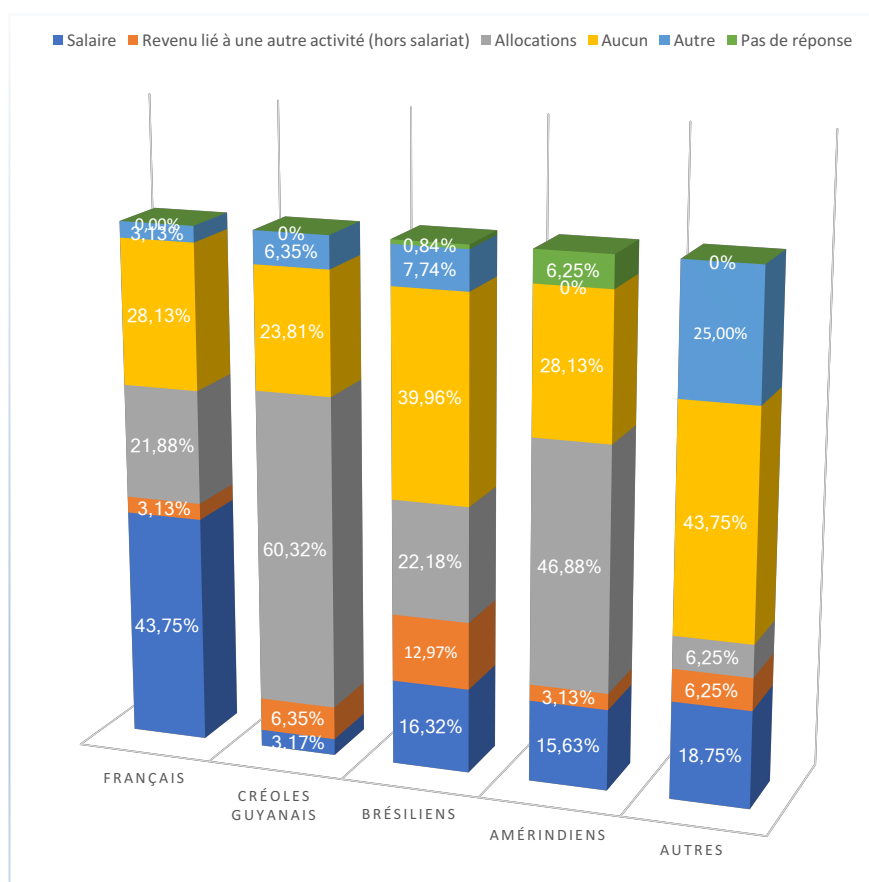


Figure 42 : Répartition des sources de revenu en fonction de la langue maternelle

Les sources de revenu déclarées étaient significativement différentes entre les personnes interrogées à Oiapoque de celles interrogées à Saint-Georges. Les répondants du côté d'Oiapoque déclaraient moins toucher d'allocations comme source de revenu (16,2 % vs 3,5 %). Ils étaient plus nombreux à déclarer un salaire (18,1 % vs 13,8 %) ou un revenu lié à une activité non déclarée (16,2 % vs 3,5 %). L'absence de revenu était dans le même temps significativement plus importante chez ceux qui avaient été interrogés du côté brésilien (37,4 %) (Figure 43).

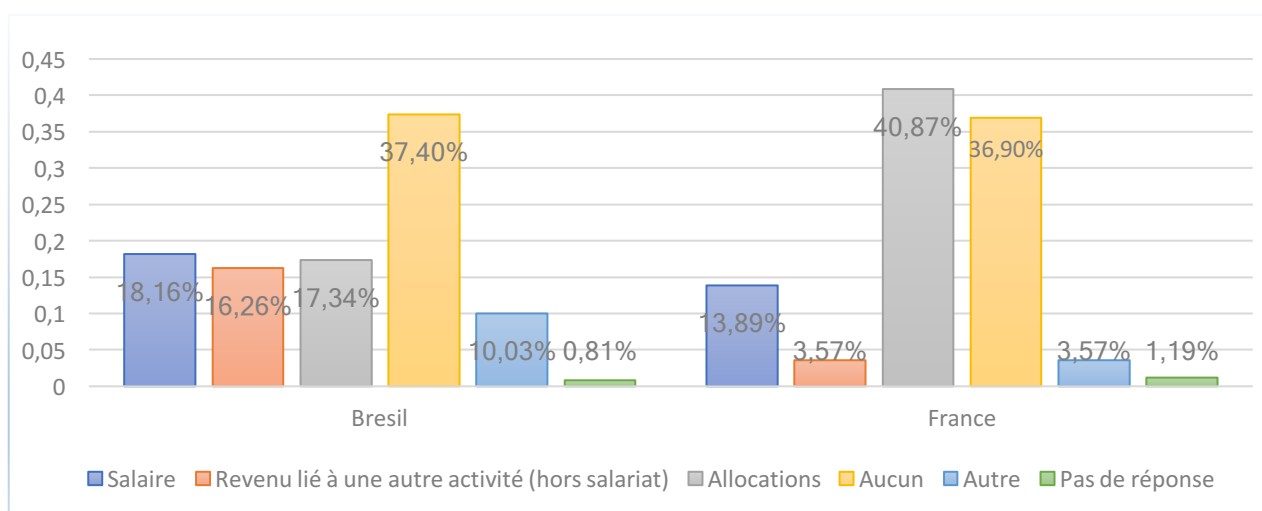


Figure 43 : Répartition des revenus en fonction du foyer où a eu lieu l'entretien

2. Les connaissances du VIH : sources d'information, connaissances de l'histoire naturelle, moyens de prévention, modes de transmission et traitements anti rétroviraux

A. Sources d'information

D'après les réponses obtenues, la télévision (21,7 %) était la principale source d'information sur le VIH (Figure 44). L'école (18,6 %) était en deuxième position devant l'hôpital ou le dispensaire (15,7 %). L'exception se présentait chez les 18-29 ans,

où l'Ecole était significativement la source d'information la plus citée (31,7 % vs 14,8 % chez les 30-44 ans et 5,1 % chez les 45 ans et plus ; $p<0,01$). A l'inverse, certaines autres sources étaient moins fréquemment utilisées chez les 18-29 ans comme la radio (1,8 % vs 4,9 % chez les 30-44 ans vs 6,5 % chez les 45 ans et plus ; $p<0,01$), les journaux (5,9 % vs 10,7 % vs 8,8 % ; $p<0,01$), la télévision (17,9 % vs 23 % vs 25,6 % ; $p<0,01$) etc...

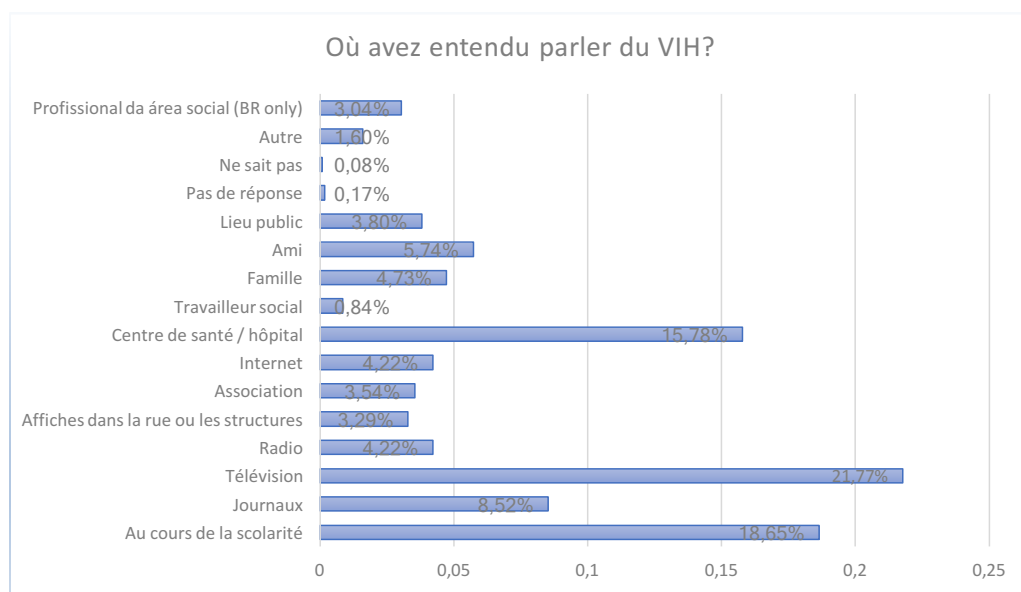


Figure 44 : Sources d'information sur le VIH citées

Il n'y avait pas de différence significative dans les sources d'information lorsqu'on s'intéressait au genre de la personne, ni à la langue maternelle, à l'exception des personnes de langues amérindiennes ou de langues non répertoriées dans le questionnaire significativement moins informées par la télévision (14,9 % et 10,0 ; $p=0,02$).

La Figure 45 montre que les personnes interrogées à Saint-Georges, ont cité la télévision (19,34 % vs 23,4 % ; NS), l'hôpital (18,52 % vs 13,8 % ; $p=0,01$), l'école (18,3 % vs 18,8 % ; NS), les journaux (7 % vs 9,5 % ; NS), les associations (6,5 % vs 1,4 % ; $p<0,01$), les amis (5,7 % vs 5,5 %), les affiches dans la rue (4,1 % vs 2,7 % ; NS) et internet (2,2 % vs 5,5 % ; $p=0,005$).

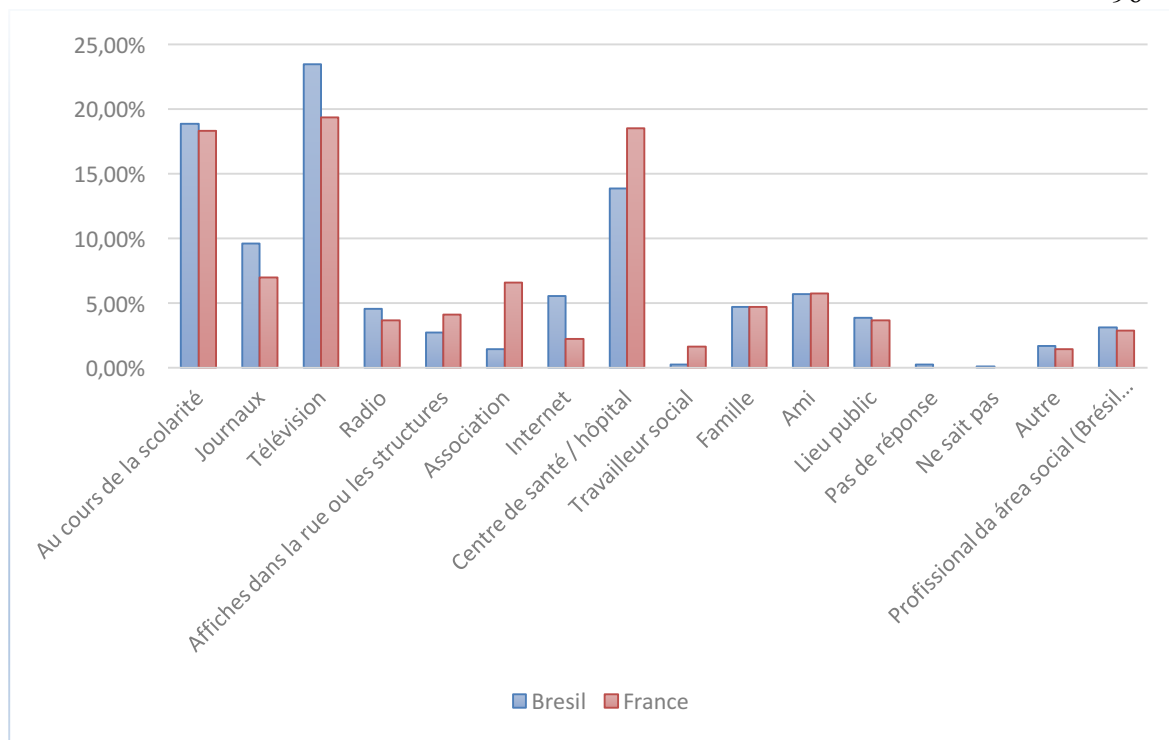


Figure 45 : Sources d'informations sur le VIH citées à Oiapoque et à Saint-Georges

Le nombre de sources citées était en moyenne de 1,9 (écart-type 1,2) avec un minimum de 0 source et un maximum de 13 sources. Il n'y avait pas de différence significative pour le nombre de sources lorsque l'on s'intéressait au genre, à la langue maternelle ou au pays de recueil des données. Les 30-44 ans avaient en moyenne significativement plus de sources différentes (2,1) que les 18-29 ans (1,7) et les 45 ans et plus (1,8) ; $p < 0,01$.

B. Connaissances du VIH et de l'histoire naturelle

A la question « Avez-vous déjà entendu parler du VIH ? » 99 % des personnes interrogées ont répondu que oui.

A la question « Peut-on guérir du VIH ? » 61,1 % des personnes interrogées pensaient que non. Les hommes ont répondu moins souvent « non » que les femmes (59,6 % vs 62,1 % ; NS). La Figure 46 montre que les personnes de la catégorie d'âge 45 ans et plus étaient moins nombreuses à répondre qu'on ne pouvait pas guérir du VIH (53,6 %

vs 64,3 % pour les 30- 44 ans et 62,8 % pour les 18- 29 ans ; $p=0,03$). Les personnes interrogées à Oiapoque répondaient moins souvent « non » à la question (58,2 % vs 65,4 % du côté français ; $p<0,01$).

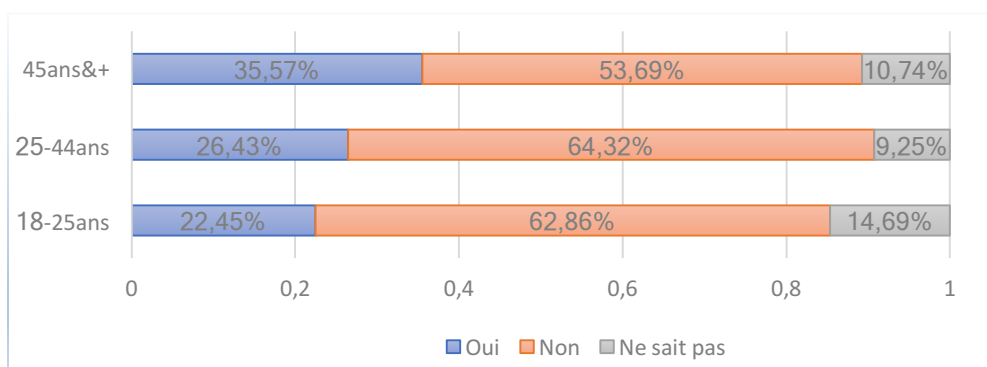


Figure 46 : Réponses à la question "Peut-on guérir du VIH ?" en fonction de l'âge

La proportion des personnes n'ayant pas répondu à la question était plus élevée chez les personnes parlant Créole guyanais ou une langue amérindienne ou une langue non listée (respectivement 28,6 %, 21,9 % et 18,7 % vs 15,6 % chez les francophones et 8,4 % chez les lusophones).

A la question « Une personne infectée par le VIH a-t-elle toujours l'air très malade ? » 57,9 % des répondants déclaraient la juste réponse « non » (Figure 47).

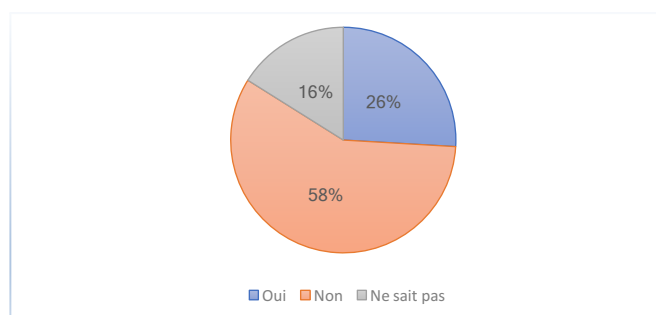


Figure 47 : "Une personne infectée a-t-elle toujours l'air malade ?"

Les femmes répondaient mieux à la question que les hommes (59,2 % vs 55,9 % ; NS). Les personnes de 30-44 ans interrogées avaient mieux répondu à la question

(62,1 % vs 59,1 % pour les 18-29 ans et 49,6 % pour les 45 ans et plus ; $p=0,04$). Les personnes interrogées du côté français répondaient plus souvent juste qu'au Brésil (55,2 % vs 61,9 % ; $p<0,01$). Celles qui avaient une langue maternelle française et brésilienne étaient plus nombreuses à répondre correctement à la question (62,5 % et 59,8 % vs 56,2 % pour autres langues, 55,5 % pour le Créole et 31,2 % pour la langue amérindienne ; $p=0,01$).

C. Connaissances des moyens de prévention du VIH

A la question « *Peut-on éviter d'être infecté par le VIH ?* », la majorité répondait « Oui » (89,3 %). Le groupe des 30-44 ans répondait mieux à la question que les autres (94,2 % vs 86,1 % des 18-29 ans et 87,2 % des 45 ans et plus ; $p=0,01$). Les femmes et les hommes répondaient quasiment aussi bien les uns que les autres (89,9 % vs 88,4 % ; NS). Les personnes interrogées du côté français répondaient plus « oui » (92,9 % vs 87 % au Brésil ; $p<0,01$), mais moins chez les personnes avec une langue maternelle amérindienne ou non listée (respectivement 87,3 % et 62,5 % ; $p<0,01$).

A la question « *Suis-je protégé du VIH si je prends un remède traditionnel ?* », 9,9 % répondaient « oui » (15,7 % ne répondaient pas). Les 18-29 ans répondaient « oui » plus souvent que les autres (11,0 % vs 10,7 % pour les 45 ans et plus et 8,3 % pour les 30-44 ans ; $p=0,03$) mais près de 20 % d'entre elles ne répondaient pas à la question. Les groupes des langues maternelles amérindiennes (41 %) et du Créole guyanais (25 %) pensaient plus que les autres groupes qu'un remède traditionnel pouvait guérir le VIH (vs 9,3 % pour le Français et 5,8 % pour le Brésilien ; $p<0,01$) (Figure 48). Les personnes interrogées du côté français avaient plus tendance à penser qu'un remède traditionnel permettait de se protéger du VIH (15,4 % vs 6,2 % ; $p<0,01$).

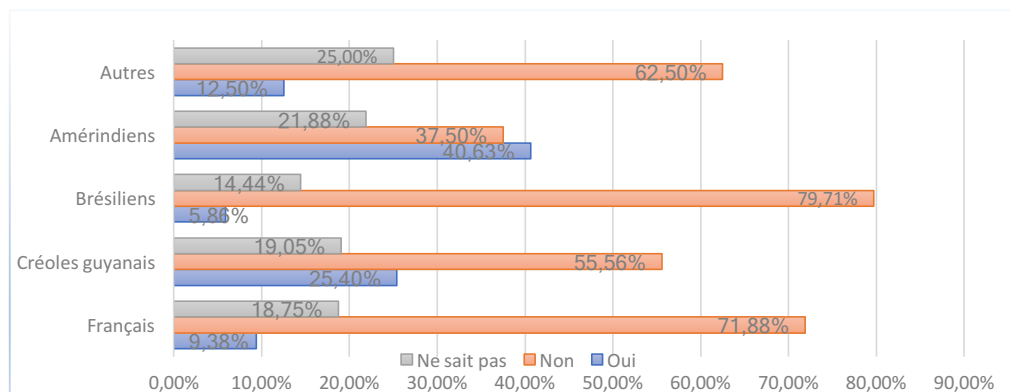


Figure 48 : Réponse à la question "Peut-on se protéger du VIH si je prends un remède traditionnel ?" en fonction des langues maternelles

« *Peut-on se protéger du VIH en utilisant un porte bonheur ?* » : ceux qui ont été interrogés à Saint-Georges pensaient plus qu'un porte-bonheur pouvait permettre de se protéger contre le VIH à la différence de ceux interrogés à Oiapoque (9,2 % vs 4,6 % ; $p=0,002$). Dans le groupe de langues maternelles, ceux qui parlaient le Français (84,3 %), le Brésilien (77,6 %) et les autres langues (68,7 %) répondaient plus souvent « non » à la question que les groupes du Créole et des langues amérindiennes (respectivement 61,9 % et 59,3 ; $p=0,0007$). Il n'y avait pas de différence significative selon la tranche d'âge.

D. Les modes de transmission

L'idée était de pouvoir analyser les connaissances sur des modes de transmission avérés comme le sang et non avérés comme boire dans le verre d'un autre.

Les répondants ont répondu en majorité correctement aux questions sur la transmission du VIH par le sang (91,1 %), par le sperme (92,1 %), de la mère à l'enfant au cours de la grossesse (81,6 %).

A la question « *Le VIH peut-il est transmis par le lait maternel ?* » (Figure 49), 24,1 % des répondants pensaient que non et 21,2 % n'avaient pas répondu à la question. Les femmes répondaient mieux que les hommes (58,2 % vs 48,9 % ; $p=0,04$). Les plus

jeunes tranches d'âge ont mieux répondu que les 45 ans et plus (54,6 % pour les 18-29 ans et 57,7 % pour les 30-44 ans vs 49,6 % pour les 45 ans et plus, NS). Les interrogés du groupe linguistique des langues amérindiennes ont le mieux répondu à la question (65,6 % ; $p=0,01$).

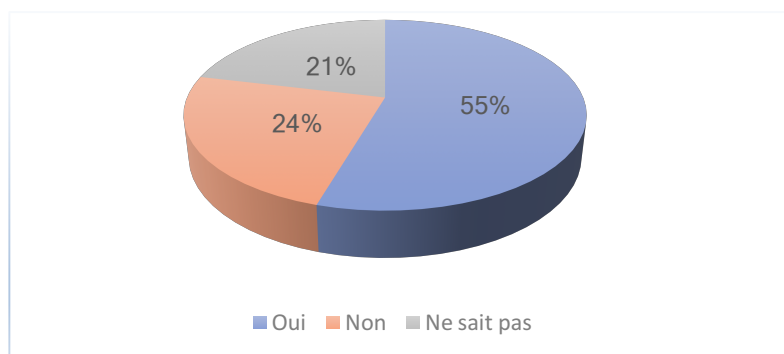


Figure 49 : "Le VIH peut-il se transmettre par le lait maternel ?"

« Le VIH peut-il être transmis par le moustique ? » 42,6 % des personnes interrogées déclaraient que le VIH pouvait se transmettre par la piqure de moustique (17,0 % ne savaient pas répondre).

Concernant les autres modes de transmission non avérés, 26,8 % pensaient que le VIH pouvait être transmis en buvant dans le verre de quelqu'un de contaminé (17,7 % ne répondaient pas), 6,9 % pensaient que les larmes pouvaient transmettre le VIH (19,8 % ne répondaient pas), 14,1 % pensaient que le VIH pouvait se transmettre par la sueur (16,5 % ne répondaient pas).

La figure 50 récapitule les réponses concernant les modes de transmission.

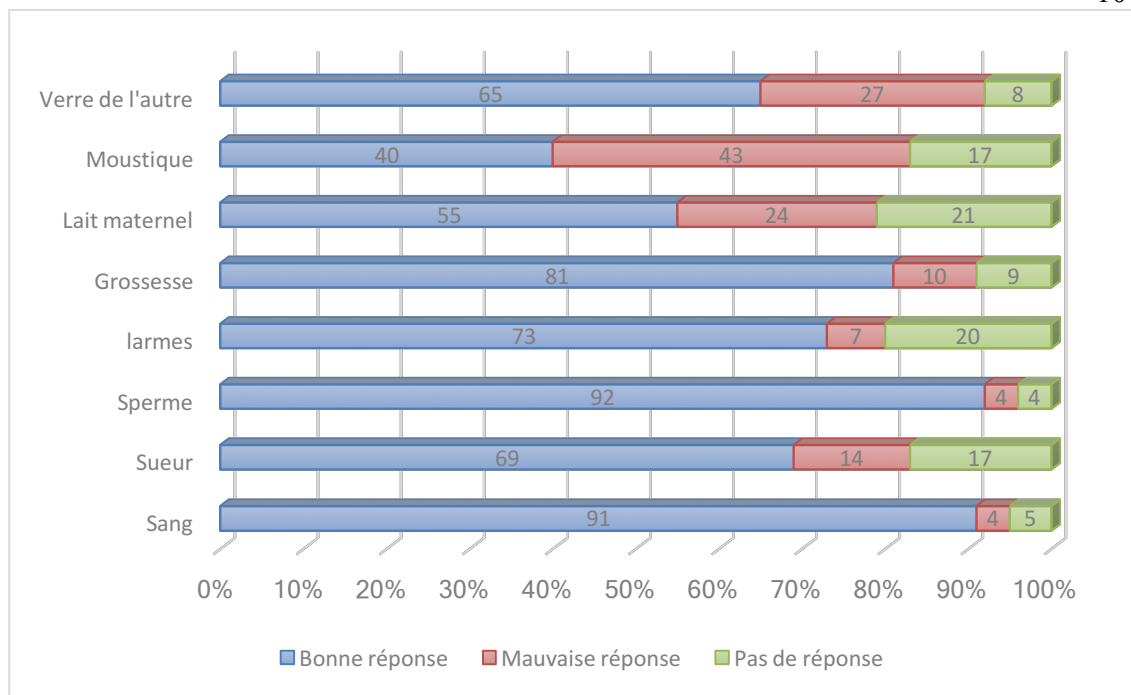


Figure 50 : Connaissances sur les différents modes de contamination du VIH

Pour toutes les questions concernant le mode de transmission, les femmes ont toujours mieux répondu que les hommes à l'exception d'une seule question, celle sur la transmission du virus par la piqûre de moustique (38,1 % de bonnes réponses vs 43,6 % chez l'homme ; NS). Pour le risque de contamination par le sang on a 92 % de bonnes réponses pour les femmes contre 89 % pour les hommes (NS) et par le sperme 94 % vs 89% (NS) (Figure 51).

Les différences significatives sont matérialisées par le symbole « * ».

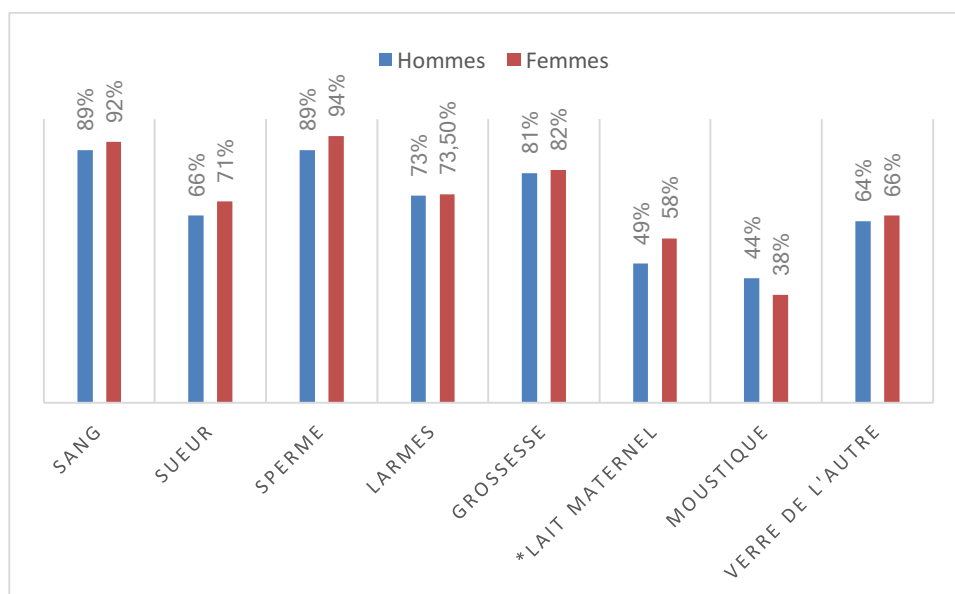


Figure 51 : Les bonnes réponses aux questions sur la transmission du VIH en fonction du sexe

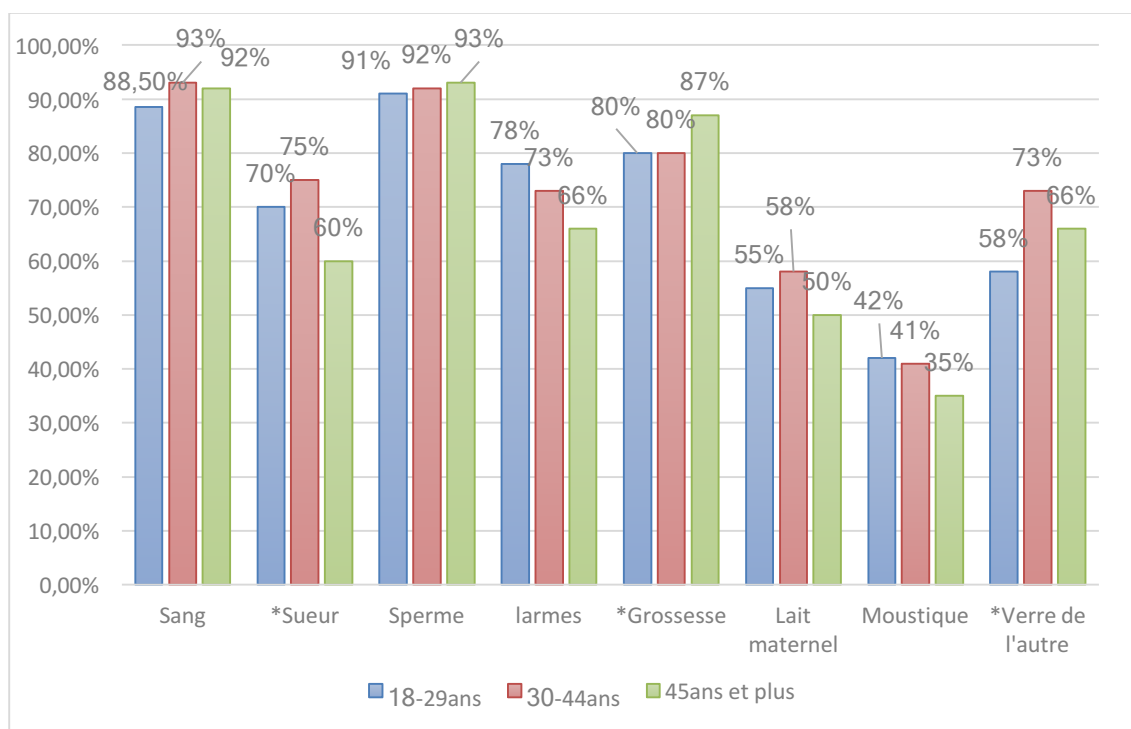


Figure 52 : Les bonnes réponses aux questions sur la transmission du VIH en fonction des tranches d'âge

Sur la Figure 52, on constate que respectivement 42% et 41 % des personnes interrogées dans les tranches d'âges 18-29 ans et 30-44 ans déclaraient que le moustique ne pouvait pas transmettre le VIH contre 36 % chez les 45 ans et plus (NS).

E. Les traitements antirétroviraux

« Avez-vous déjà entendu parler de traitements contre le VH/Sida qui améliorent la santé ? », la plupart des personnes questionnées avaient déjà entendu parler d'un traitement contre le VIH (78,7 %). Quasiment autant les hommes que les femmes (79,0 % vs 78,5 % ; NS). Les jeunes de 18-29 ans connaissaient plus l'existence des trithérapies que les autres catégories d'âge (81,6 % vs 79,1 % pour les 45 ans et plus et 75,3 % des 29-44 ans ; NS). Ceux qui déclaraient comme langue maternelle le Brésilien et le Français étaient plus au courant que ces traitements existaient (82,2 % et 78,1 % vs 53,1 % pour le groupe de langues amérindiennes par exemple ; $p < 0,01$). Ceux qui ont été interrogés à Oiapoque, étaient plus nombreux à avoir entendu parler d'un traitement (81,5 % vs 74,6 % à Saint-Georges ; NS).

A la question « *Où peut-on se procurer ces médicaments ?* » le principal lieu cité était le Centre de Santé ou l'hôpital (65,8 %).

« *Si je suis infecté par le VIH et que je prends correctement les médicaments prescrits par le médecin puis-je vivre comme tout le monde ?* » La majorité répondait « oui » (73,1 %). Les femmes répondaient mieux à la question que les hommes (73,8 % vs 72,0 % ; NS). La tranche d'âge des 45 ans et plus répondait plus souvent juste (77,1 % vs 72,2 % pour les 18-29 ans et 71,3 % pour les 30-44 ans ; NS). Ceux qui déclaraient le Brésilien comme langue maternelle répondaient mieux à la question (78,4 % vs 59,3 % pour le groupe du Français et 37,5 % pour les langues amérindiennes ; $p < 0,01$). Les personnes interrogées au Brésil répondaient plus souvent juste à la question que celles d'Oiapoque (76,4 % vs 68,2 % pour le groupe du Français ; $p = 0,03$).

« *Une femme enceinte infectée peut-elle empêcher la transmission du virus à son bébé ?* » 49 % de bonnes réponses. Les femmes répondaient mieux que les hommes (52,6 % vs 43,2 % ; NS). Les personnes interrogées dans un foyer brésilien répondaient

plus souvent « oui » que celles du côté français (52,8 % vs 43,2 % à Saint-Georges ; $p=0,02$)

« Pensez-vous qu'il existe un moyen de se protéger contre le VIH après avoir eu un rapport sexuel sans préservatif avec quelqu'un dont j'ignore le statut ? » : la majorité répondaient non (77,9 %).

F. Score de bonnes connaissances (questionnaire en annexe)

Un score de connaissances sur le VIH a été établi par addition des bonnes réponses (1 point) aux 19 questions (items) concernant le VIH (items B1, B4 à B21 et D1). 3 groupes d'environ 33 % de la population de l'étude ont été formés soit un tiers des personnes ayant de mauvaises connaissances (dont le nombre de bonnes réponses est inférieur ou égal à 12 sur les 19 items). Un tiers des personnes ayant un niveau de connaissance moyenne (dont le nombre de bonnes réponses est entre 13 et 14 sur les 19 items). Un tiers des personnes ayant de bonnes connaissances (avec un nombre de bonnes réponses au-delà de 15 sur les 19 items).

Ainsi 35,7 % des femmes étaient classées la catégorie des bonnes connaissances (vs 27,9 % des hommes ; NS). Parmi les tranches d'âge, 40 % des 30-44 ans étaient classés dans la catégorie des bonnes connaissances (vs 26,1 % des 45 ans et plus et 29,8 % des 18-29 ans ; $p=0,03$). Les jeunes de 18-29 ans faisaient plus souvent partie des faibles connaissances (39,5 % ; $p=0,03$).

Lorsqu'on s'intéressait au lieu de recueil des données, les brésiliens étaient 33,9 % à avoir de mauvaises connaissances (vs 41,3 % des français), et 33,1 % à avoir de bonnes connaissances (vs 32,1 %). Ces différences n'étaient pas significatives.

Sur le plan des groupes linguistiques, ceux qui parlaient le Brésilien étaient plus souvent dans la catégorie des bonnes connaissances sur le VIH (37,2 % vs 31,2 % du groupe du Français, 25 % du groupe des autres langues, 14,2 % du groupe du Créole et 6,2 % des

langues amérindiennes ; $p<0,01$). Ceux qui déclaraient une langue amérindienne comme langue maternelle faisaient plus souvent partie de la catégorie des faibles connaissances (78,1 %).

Les personnes interrogées qui n'avaient pas dépassé le collège étaient 23,8 % à être classées dans le groupe de bonnes connaissances contre 36,1 % de celles ayant été au lycée et 52,7 % de celles ayant fait des études supérieures ; $p<0,01$. Cet ordre se retrouvait inversé pour les mauvaises connaissances.

Les personnes classées dans le groupe des bonnes connaissances étaient 21,6 % à avoir un salaire déclaré contre 13,3 % qui avaient un revenu lié à une activité non déclarée, contre 22,1 % qui touchaient les allocations comme revenu, contre 38,4 % qui n'avaient aucun revenu ; $p<0,01$.

Les personnes faisant partie du groupe des bonnes connaissances étaient 48,2 % à avoir réalisé un dépistage au cours des 12 derniers mois contre 40,2 % de ceux qui avaient des connaissances moyennes et 20,6 % de ceux qui avaient de mauvaises connaissances ; $p<0,01$. Ils étaient également plus nombreux à avoir spontanément demandé de réaliser un test (48,3 % vs 38 % pour ceux du groupe de moyennes connaissances et 29,3 % du groupe de mauvaises connaissances ; $p<0,01$) et à affirmer qu'ils iraient faire de nouveau un test (90,2 % vs 86,8 % pour le groupe de moyennes connaissances et 79,5 % pour le groupe de mauvaises connaissances ; $p<0,01$).

On note que 43,8 % des personnes qui avaient de bonnes connaissances sur le VIH ont de bonnes connaissances sur la contraception, contre 16,7 % de celles classées dans les bonnes connaissances sur le VIH qui avaient de faibles connaissances sur la contraception. Les femmes faisant partie du groupe de bonnes connaissances avaient d'ailleurs significativement moins d'enfants que les autres groupes (2,8 enfants vs 3,2 dans le groupe des connaissances moyennes et 3,6 dans le groupe des mauvaises connaissances ; $p=0,02$).

3. Sexualité et comportements

Dans cet échantillon 1,7 % des personnes déclaraient n'avoir jamais eu de rapport et 90,3 % se déclaraient sexuellement actives

A. Les pratiques sexuelles

Un rapport sexuel est défini dans l'enquête comme étant un rapport vaginal ou anal avec pénétration.

L'homosexualité était définie ici comme un individu ayant exclusivement des rapports sexuels avec le même sexe. La bisexualité était définie comme un individu ayant des rapports sexuels avec les deux sexes. L'hétérosexualité était définie comme un individu ayant des rapports sexuels exclusivement avec le sexe opposé.

Dans cet échantillon l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 15,8 ans (écart-type 3,3 ans) avec un âge minimum de 8 ans et maximum de 36 ans. L'âge moyen du premier rapport chez les hommes était significativement différent de celui des femmes (15,3 ans vs 16,1 ans ; $p=0,003$). Les tranches d'âge les plus jeunes avaient également eu un premier rapport plus précoce que les plus âgés (15,4 ans en moyenne pour les 18-29 ans vs 15,9 ans pour les 30-44 ans et 16,6 ans pour les 45 ans et plus ; $p<0,01$).

La moyenne d'âge du premier rapport sexuel chez ceux qui déclaraient comme langues maternelles les langues amérindiennes, était de 17,1 ans (NS) (Figure 53).

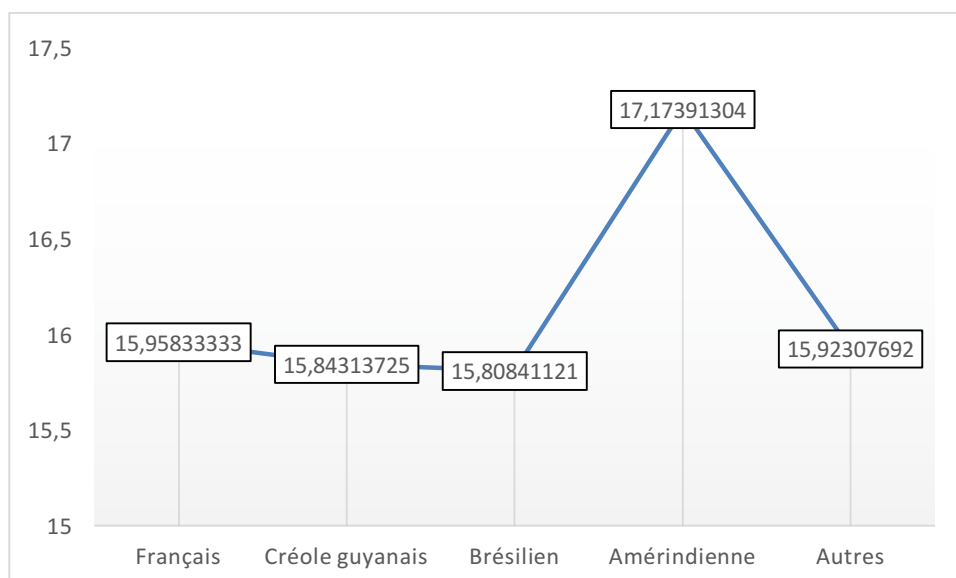


Figure 53 : Âge du premier rapport sexuel en fonction des groupes linguistiques

L'âge médian calculé est de 15 ans pour l'ensemble de l'échantillon et pour chacun des groupes hommes et femmes.

Dans cet échantillon 91,79 % se déclaraient hétérosexuels, 2,25 % homosexuels et 1,13 % bisexuels (Figure 54). Aucune personne ne s'était déclarée transgenre au début du questionnaire.

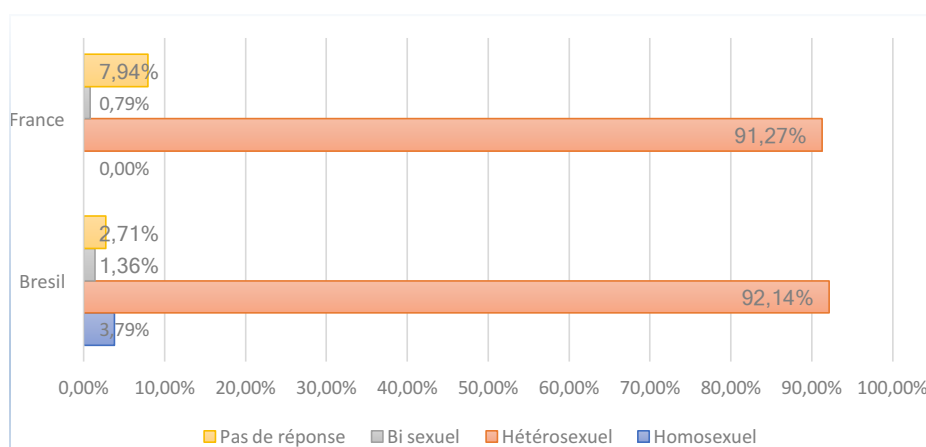


Figure 54 : Déclaration des pratiques sexuelles Oiapoque/ Saint-Georges

Près de deux fois plus de femmes que d'hommes se déclaraient homosexuelles (2,6 % vs 1,2 % ; $p < 0,01$), et elles répondaient plus à la question (3,2 % de non répondantes vs

7,4 % pour les hommes ; $p < 0,01$). Les hommes étaient cependant plus nombreux à se déclarer bisexuels (2,4 % vs 0,26 % ; $p < 0,01$).

A Oiapoque, 3,7 % des personnes interrogées ont déclaré avoir des rapports exclusivement avec le même sexe contre 0 % à Saint-Georges. Mais 7,9 % n'avaient pas répondu à la question du côté français. Environ 1 % de la population interrogée de chaque côté de la frontière se déclarait bisexuelle. Parmi le groupe de langues amérindiennes, 75 % des interrogés se déclaraient hétérosexuels, aucun homosexuel mais 25 % ne répondaient pas à la question.

B. Le partenariat sexuel et l'utilisation du préservatif

Un partenaire régulier est défini comme quelqu'un avec qui on a des relations sexuelles et avec laquelle on vit. Un partenaire occasionnel est défini comme une personne avec laquelle on a des relations sexuelles et avec laquelle on ne vit pas.

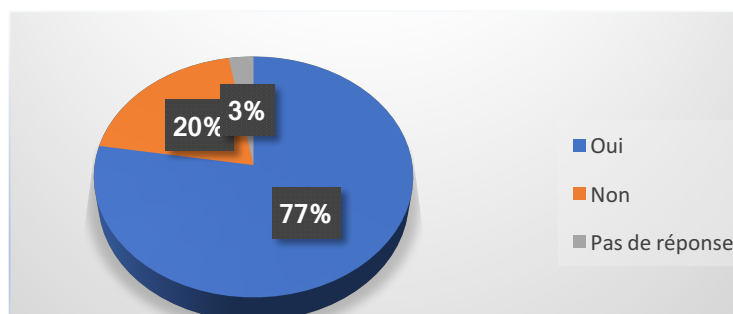


Figure 55 : Partenariat régulier avec qui l'on vit

« Avez-vous un partenaire régulier ? » La majorité des répondants déclaraient avoir un partenaire régulier (77,6 %) (Figure 55). Les femmes se déclaraient être en relation avec un partenaire régulier à 78,8 % contre 75,7 % des hommes (NS). On relevait que 69,8 % des 45 ans et plus se déclaraient avec un partenaire régulier (vs 85 % des 30-44 ans et 75,5 % des 18-29 ans ; $p < 0,01$), c'est significativement moins que les autres tranches d'âges (Figure 56).

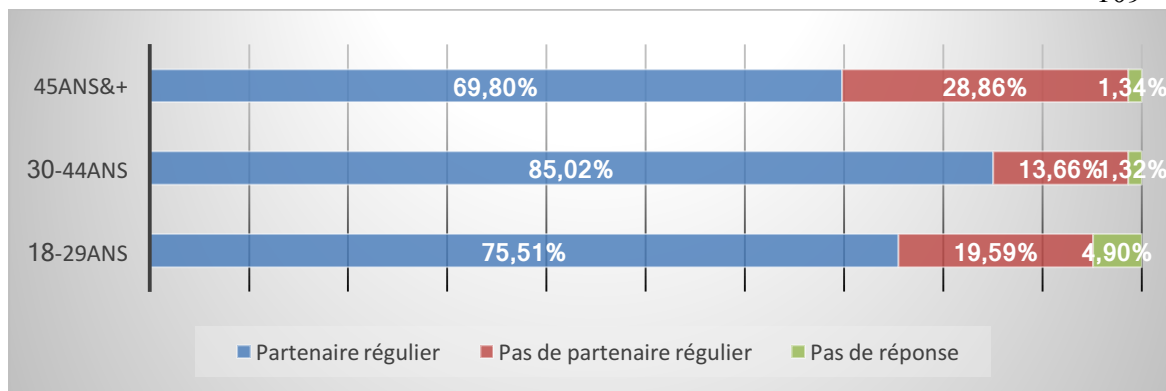


Figure 56 : Répartition du couple en fonction de l'âge

Ceux qui déclaraient comme langue maternelle le Brésilien, ont plus déclaré être avec un partenaire régulier (79,2 % vs 73 % du groupe du Créole, 68,7 % du groupe du Français ; $p = 0,01$). Ceux du groupe linguistique du Français ont le moins déclaré être avec un partenaire régulier. Il n'y avait pas de différence significative entre les personnes vivant au Brésil et celles vivant en France.

A la question « *Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport avec votre conjoint régulier ?* » 73,2 % des répondants déclaraient que non. Parmi les femmes interrogées 74,1 % déclaraient ne pas avoir utilisé le préservatif (vs 71,7 % chez les hommes ; NS).

Ceux qui étaient interrogés sur le sol guyanais avaient le plus déclaré n'avoir pas utilisé un préservatif (78,2 % vs 69,9 % du côté brésilien ; NS). C'est néanmoins la plus jeune tranche d'âge de cet échantillon, celle des 18-29 ans, qui déclarait le plus avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire régulier (30,8 % vs 22 % pour chacune des autres tranches d'âge ; NS).

43,3 % des personnes n'ayant pas utilisé le préservatif lors de la dernière relation sexuelle avec leur partenaire régulier avaient déclaré ne pas avoir pensé que cela était nécessaire. 11 % déclaraient utiliser un autre contraceptif, 6 % déclaraient ne pas aimer utiliser le préservatif et 2,90 % vouloir un enfant (NS).

« Avez-vous eu un ou des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel non tarifé au cours des 12 derniers mois ? » En adéquation avec la question précédente 18 % ont répondu positivement (Figure 57).

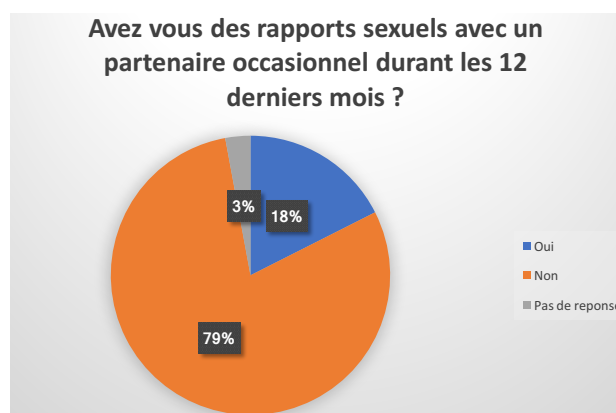


Figure 57 : Partenariat occasionnel

Les hommes déclaraient significativement plus que les femmes à avoir eu un rapport dans l'année avec un(e) partenaire occasionnel(le) (24,6 % vs 12,9 % ; $p < 0,01$). Parmi les 18-29 ans interrogés 20,4 % déclaraient avoir eu au moins une relation avec un partenaire occasionnel au cours de l'année précédente (vs 15,8 % pour les 30-44 ans et 15,4 % pour les 45 ans et plus ; NS). Ceux dont le français était la langue maternelle, avaient significativement plus tendance à avoir eu un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois (21,8 % ; $p = 0,01$) et les personnes parlant le Créole moins fréquemment (12,7 % ; $p = 0,01$). Les résultats ne variaient pas de manière significative si l'on s'intéressait au pays de recueil.

Le nombre moyen de partenaires sexuels occasionnels était de 2 (écart-type 1,9) avec un maximum de 15 partenaires (homme appartenant à la catégorie des 45 ans et plus) et un minimum de 1. Le nombre de partenaires occasionnels parmi les hommes (2,7) était significativement supérieur à celui des femmes (1,4) ; $p < 0,01$. Les personnes du groupe linguistique brésilien avaient une moyenne de partenaires occasionnels plus élevée que

les autres groupes (2,3 ; NS). A Oiapoque, les répondants avaient une moyenne de 2,3 partenaires contre 1,6 du côté français ; $p=0,02$.

« La dernière fois que vous avez eu un rapport sexuel non tarifé avec votre partenaire occasionnel, avez-vous utilisé le préservatif ? »

27,5 % des personnes interrogées n'avaient pas utilisé le préservatif et 4,5 % n'avaient pas répondu. Les femmes qui avaient déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur partenaire occasionnel étaient moins nombreuses que les hommes (59,1 % vs 75 % ; $p=0,02$) (Figure 58). Parmi les 18-29 ans, 72 % ont déclaré avoir utilisé le préservatif, 61,1 % chez les 30-44 ans et 69,5 % chez les 45 ans et plus (NS) (Figure 59).

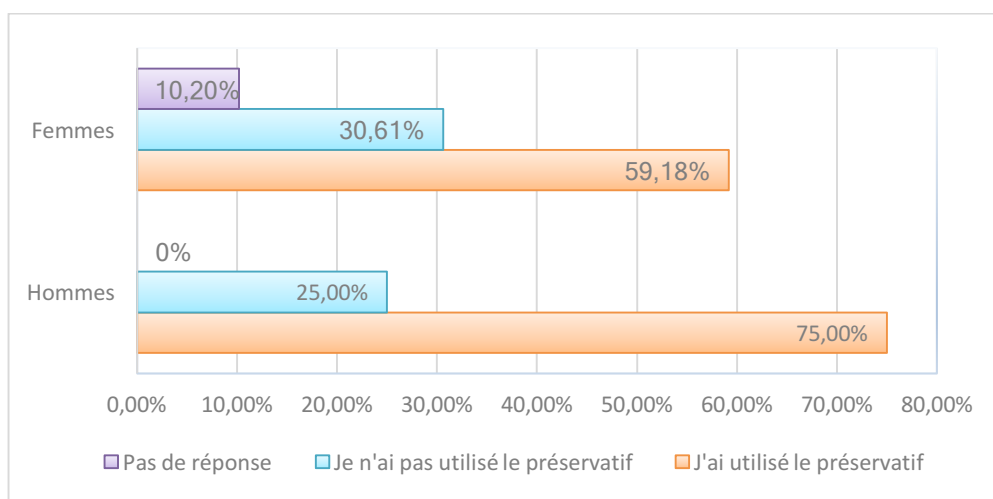


Figure 58 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec son partenaire occasionnel chez les hommes et les femmes

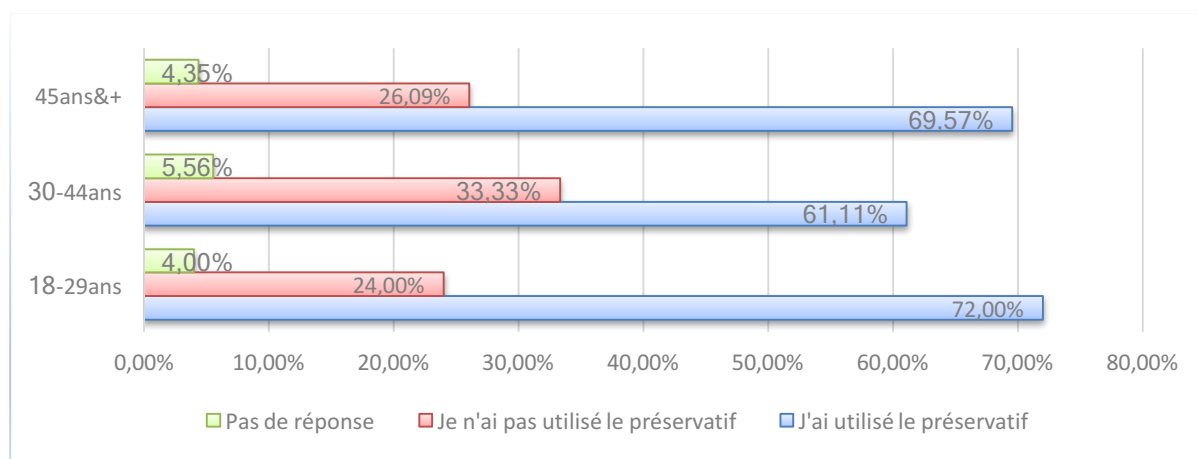


Figure 59 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec son partenaire occasionnel en fonction de l'âge

Ceux qui ont été interrogés du côté guyanais, avaient plus tendance à ne pas avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel (34,1 % vs 23,5 % côté Brésil ; NS). Les personnes parlant le Français comme langue maternelle étaient ceux qui avaient plus tendance à utiliser le préservatif (71, 4 %) et ceux de la langue amérindienne le moins (50,0 % ; NS).

La raison principale évoquée par l'absence d'usage du préservatif par les personnes interrogées était qu'elles n'avaient pas pensé que cela était nécessaire (44,4 %). Et 18,5 % répondaient ne pas aimer les préservatifs (en majorité des hommes) et 11,1 % utiliser un autre contraceptif (Figure 60). Les raisons religieuses et le refus du partenaire représentaient chacun 3,7 % (n=1) des effectifs.

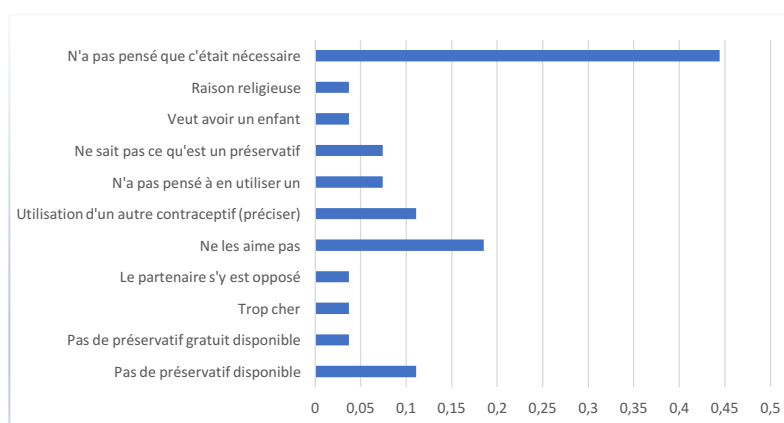


Figure 60 : Raisons évoquées pour l'absence d'utilisation du préservatif

A la question « A quelle fréquence avez-vous utilisé un préservatif avec votre ou vos partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois ? », 12,8 % ont déclaré ne jamais en avoir utilisé et 51, 4 % à chaque rapport (Figure 61). Les répondants masculins (Figure 62) étaient plus nombreux à l'utiliser systématiquement à la différence des femmes (61,6 % vs 38,7 % ; NS). 10 % des hommes déclaraient ne jamais en avoir utilisé au cours des douze derniers mois un préservatif avec le ou les partenaires occasionnels (vs 16,3 % chez les femmes ; NS).

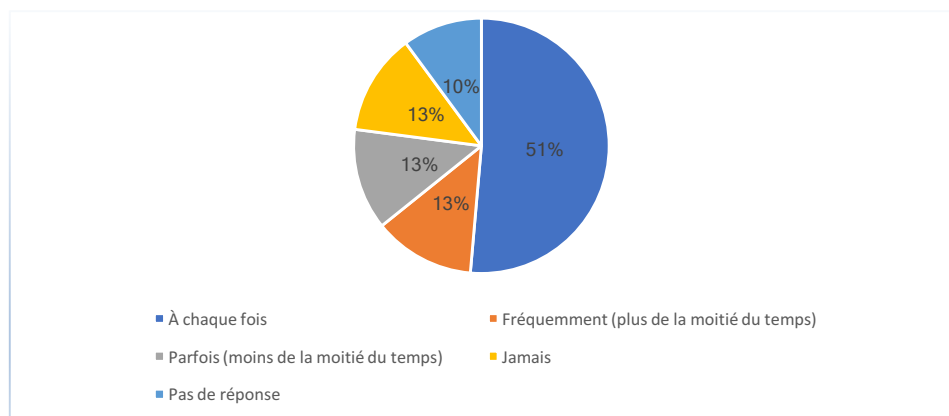


Figure 61 : Utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois avec partenaires occasionnels

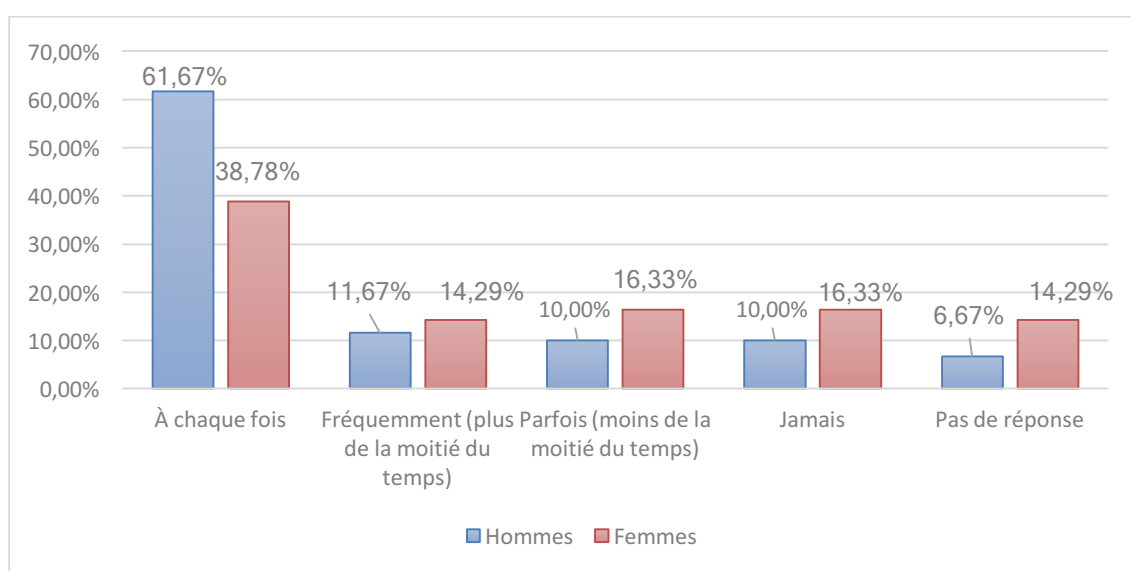


Figure 62 : Usage du préservatif avec les partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois chez les hommes et les femmes

Les jeunes tranches d'âge interrogées déclaraient moins que les autres, utiliser systématiquement le préservatif avec leur partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois (44 % pour les 18-29 ans et 50 % pour les 30-44 ans vs 69,5 % pour les 45 ans et plus ; NS). De plus 14 % des 18-29 ans et 13,8 % des 30-44 ans déclaraient ne jamais en avoir utilisé.

C. Image du préservatif et accessibilité

« Selon vous quel est l'utilité du préservatif ? », 46 % des personnes évoquaient l'aspect prévention contre les infections sexuellement transmissibles et la protection dans 18,4 % des cas, 31,1 % évoquent l'aspect contraceptif du préservatif.

2 raisons en moyenne étaient évoquées dans l'utilisation du préservatif

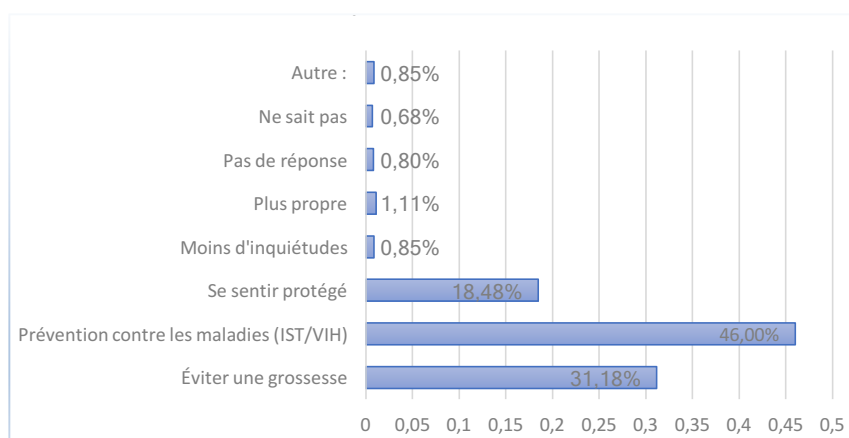


Figure 63 : "Selon vous quelle est l'utilité du préservatif ?"

« Avez-vous reçu des préservatifs gratuitement dans la rue au cours des douze derniers mois ? » 48,1 % des répondants n'en n'avaient pas reçu, et 49,9 % en avaient reçu. La proportion des hommes ayant reçu des préservatifs au cours des douze derniers mois était de 51,0 % (vs 46,3 % pour les femmes ; NS). Les 30-44 ans était plus nombreux à avoir reçu des préservatifs durant l'année précédente (56,8 % vs 44,0 % des 18-29 ans et 41,6 % des 45 ans et plus ; $p=0,01$). Les personnes interrogées au Brésil avaient tendance à avoir reçu plus fréquemment des préservatifs (50,9 % vs 44,1 % ; NS).

D. La prostitution

« Avez-vous déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent au cours des 12 derniers mois ? »

Près de 2,5 % des répondants avaient déclaré avoir eu des rapports sexuels en échange d'argent (5,4 % n'ont pas répondu). Les hommes avaient été significativement plus nombreux que les femmes à déclarer avoir eu des rapports en échange d'argent les douze derniers mois (4,5 % vs 1,3 % ; $p=0,03$).

Les personnes de 45 ans et plus étaient significativement plus nombreuses à déclarer avoir eu des rapports tarifés (5,3 % vs 3 % des 30-44 ans ; $p=0,001$) (Figure 64). Les 18-29 ans n'étaient que très peu concernés (0,41 %). Ceux qui parlaient une langue amérindienne n'étaient pas concernés (0 %), mais 15,6 % n'avaient pas répondu à la question. Concernant ceux qui parlaient français, ils étaient les plus nombreux à déclarer avoir eu des rapports tarifés (6,2 %) (Figure 65).

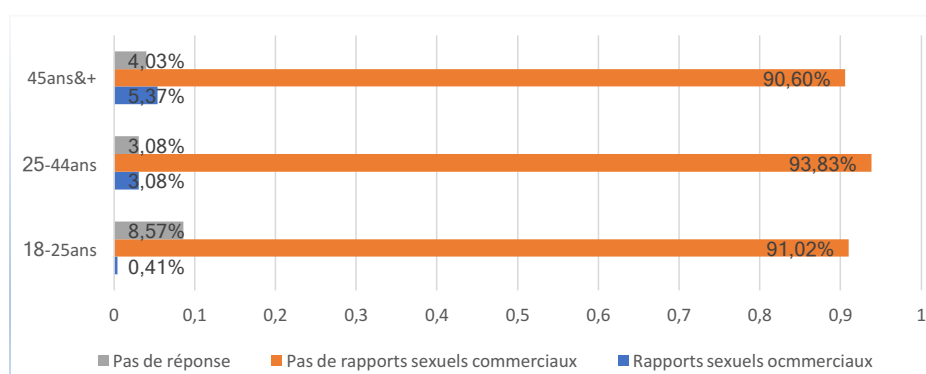


Figure 64 : Le sexe tarifé et l'âge

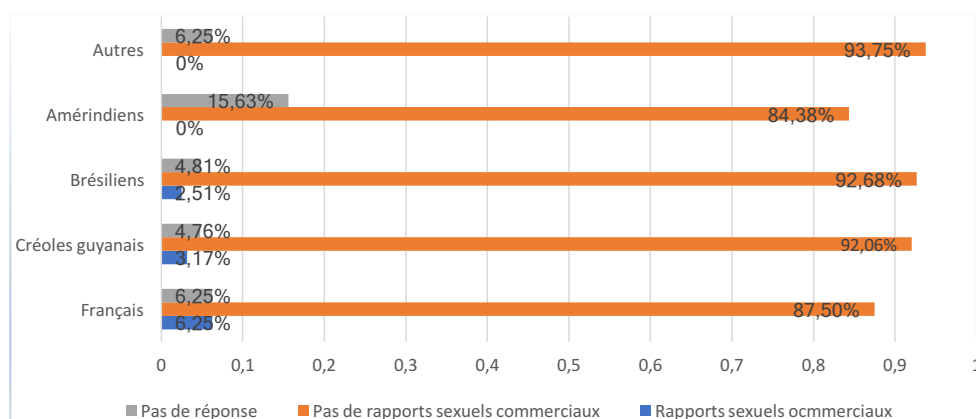


Figure 65 : Le sexe tarifé et les groupes linguistiques

« Avez-vous déjà eu des rapports sexuels en échange de cadeaux, ou services au cours de ces 12 derniers mois ? » Seulement 1% des personnes interrogées à la frontière déclaraient avoir eu des rapports en échange de cadeaux ou de services. Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes. Le groupe des 30-44 ans semblait plus concerné (1,8 % vs 0,4 % pour les 18-29 ans et 0,7 % pour les 45 ans et plus ; NS). Les seuls groupes linguistiques concernés étaient ceux qui parlaient créole (3,2 %) ou brésilien (0,8 %) ; $p < 0,01$. On ne notait pas de différence en fonction du pays de recueil.

« Lors de vos rapports sexuels commerciaux, la dernière fois avez-vous utilisé un préservatif ? » Parmi ceux qui étaient concernés par les rapports commerciaux 22,22 % répondaient n'avoir pas utilisé de préservatif (Figure 66). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à ne pas l'avoir utilisé (25 % vs 16,6 % ; NS) (Figure 67). Les tranches d'âge les plus âgées comme celle des 45 ans et plus et des 30-44 ans étaient ceux qui n'avaient pas utilisé le préservatif le plus souvent dans le cas du dernier rapport sexuel commercial (25 % et 22,2 % des 30-44 ans vs 0 % des 18-29 ans ; NS) (Figure 68).

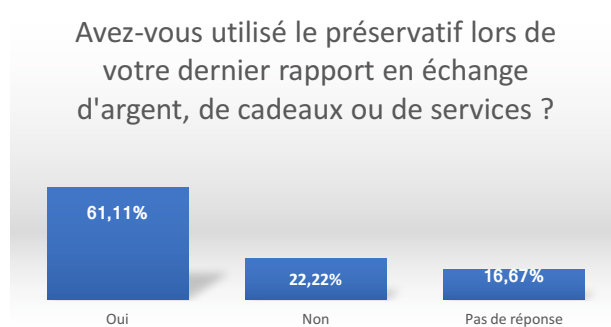


Figure 66 : « Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport en échange de cadeaux, d'argent ou de services ? »

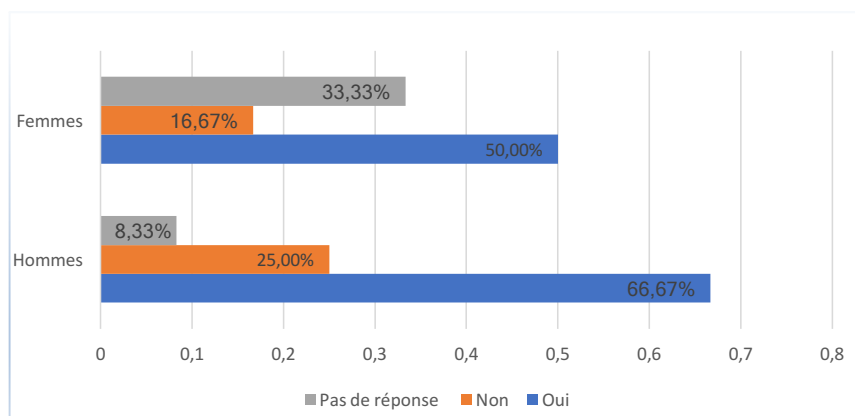


Figure 67 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel commercial chez les hommes et les femmes

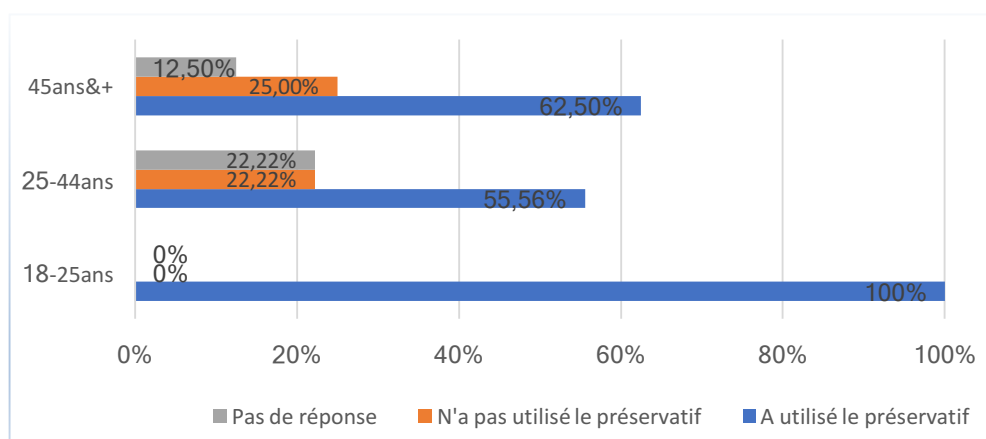


Figure 68 : Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel commercial en fonction de l'âge

« Si vous avez utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport avec un partenaire commercial, qui l'a proposé ? »

Parmi ceux qui ont répondu et qui avaient des partenaires sexuels commerciaux : 50 % déclaraient avoir suggéré eux même d'utiliser le préservatif lors du dernier rapport (38,8 % d'absence de réponse), autant les hommes que les femmes (50 % vs 50 % ; NS).

« Au cours des douze derniers mois à quelle fréquence avez-vous utilisé le préservatif avec vos partenaires commerciaux ? »

50 % de ceux qui avaient eu des rapports commerciaux durant les douze derniers mois utilisaient systématiquement le préservatif, et 5,5 % avaient déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif. 33% des personnes concernées n'ont pas répondu pas à la question. Ceux qui n'avaient pas utilisé de préservatif disaient ne pas l'avoir utilisé car il n'y avait pas de préservatif disponible (14,3 %), car le partenaire s'y était opposé (14,3 %), car n'aimait pas en utiliser (14,3 %) ; 57,1 % n'avaient pas répondu.

4. Le dépistage du VIH

« *Un test de dépistage peut-il vous dire si vous êtes positif au VIH ?* » 93,4 % des répondants répondent correctement « oui ». Les femmes répondaient mieux à la question (97,3 % vs 93,4 % ; NS). Ceux qui parlent le Créole guyanais savaient significativement moins que les autres si un test pouvait dire que l'on était séropositif (88,8 % vs 96,8 % pour le groupe de langue Brésilien, 93,7 % pour les langues amérindiennes ; $p=0,02$).

« *Connaissez-vous un endroit où faire le test ?* » La majorité des répondants savaient où se faire dépister (92,7 %). Les femmes interrogées savaient mieux que les hommes où se faire dépister (94,7 % vs 89,3 % ; $p=0,02$). Les 30-44 ans le savaient mieux également (95,5 % vs 91,4 chez les 18-29 ans et 90,6 % pour les 45 ans et plus ; $p=0,01$). Ceux qui parlaient une langue amérindienne (81,2 %) et le Créole guyanais (82,5 %) le savaient significativement moins que les autres groupes, où il était possible de se faire dépister (vs 94,9 % du groupe linguistique brésilien ou 93,7 % du Français ; $p<0,01$).

« *Avez-vous déjà fait un dépistage au moins une fois dans votre vie ?* », 19,6 % des personnes interrogées n'avait jamais réalisé de dépistage dans leur vie (Figure 69). Les hommes étaient deux fois plus nombreux à déclarer n'avoir jamais fait de dépistage auparavant (28,4 % vs 14 % chez les femmes ; $p<0,01$). Les 45 ans et plus étaient plus nombreux à ne pas avoir fait de dépistage dans leur vie (25,5 % vs 14,1 % des 30-44 ans ou 21,2 % des 18-29 ans) (Figure 70). Les personnes qui parlaient une langue

amérindienne étaient plus nombreuses à n'avoir jamais réalisé un dépistage (34,3 % vs 25,4 % de ceux qui parlaient le Créole guyanais, 12,5 % du groupe autres langues, 18,2 % du groupe parlant brésilien ou 18,7 % du groupe du Français ; $p < 0,01$).

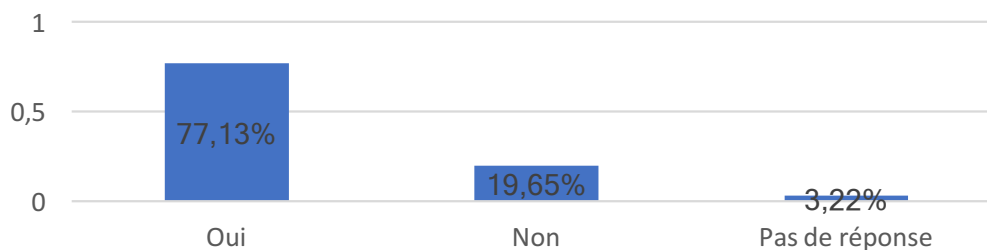


Figure 69: "Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage au cours de votre vie ?"

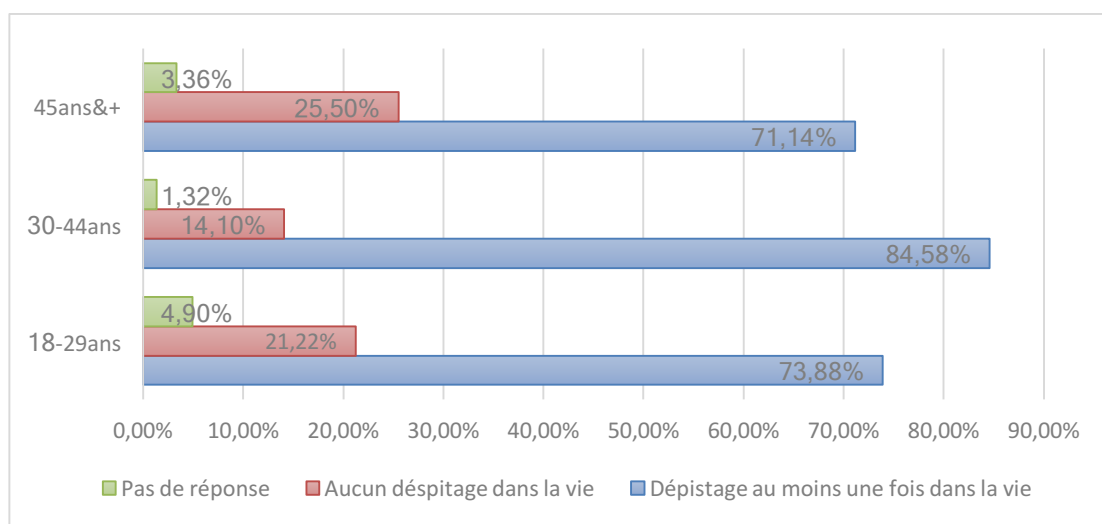


Figure 70 : Réalisation d'au moins un dépistage dans la vie en fonction de l'âge

« Quand avez-vous fait un dépistage pour la dernière fois ? » (Figure 71)

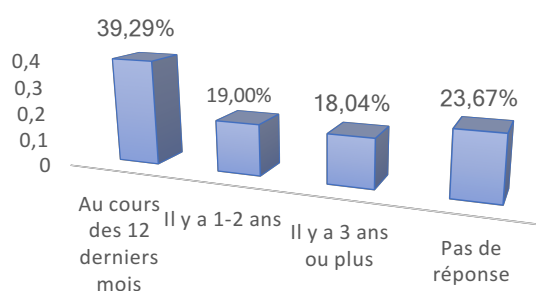


Figure 71 : « Quand avez-vous déjà fait un dépistage pour la dernière fois ? »

Parmi les répondants, 39,2 % avaient réalisé des dépistages réalisés qui dataient des douze derniers mois. Les femmes étaient plus nombreuses à s'être faites dépister dans les 12 derniers mois (42,8 % vs 33,7 % ; $p < 0,01$). Les 45 ans et plus étaient moins nombreux à s'être faits dépister dans les douze derniers mois (35,5 % vs 41,8 % pour les 30-44 ans ; $p = 0,02$). Le groupe de langue brésilienne était celui qui avait été le plus fréquemment dépisté lors des douze derniers mois (41,2 % et le groupe de langue amérindienne celui le moins dépisté au cours de l'année (25 %) ; $p = 0,04$).

« Lors de votre dernier dépistage, celui-ci vous-a-t-il été proposé, l'avez-vous demandé ou fait pour la grossesse ? » Les tests de dépistage dans cet échantillon étaient demandés à 38,1 % et proposés à 27,5 %. Les tests étaient plus souvent proposés aux femmes qu'aux hommes (28,5 % vs 25,9 % ; $p < 0,01$). Ils étaient également plus proposés aux deux dernières tranches d'âges (29 % pour les 30-44 ans et 28,1 % pour les 45 ans et plus vs 25,7 % des 18-29ans ; $p < 0,01$). Le dépistage était plus souvent proposé du côté guyanais (34,1 % vs 23 % ; $p = 0,008$) (Figure 72).

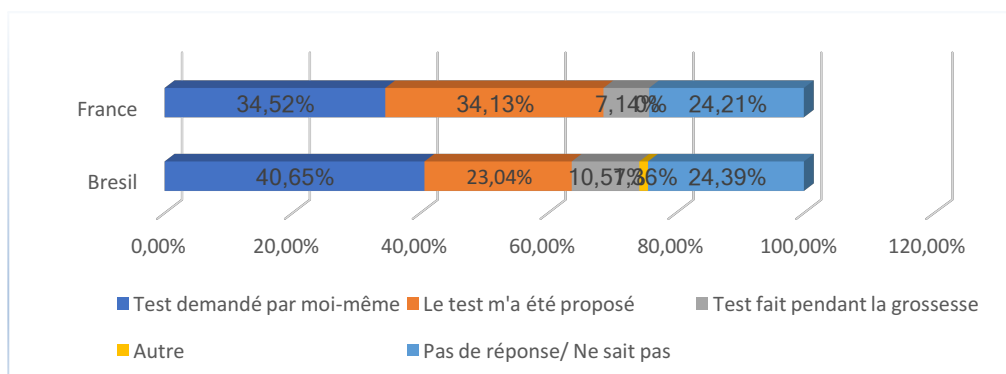


Figure 72 : « La dernière fois que vous avez réalisé un dépistage, vous l'avez demandé, on vous l'a proposé ou il était fait pendant la grossesse ? » Réponses à Saint-Georges et à Oiapoque

Les dépistages avaient le plus souvent lieu aux UBS (33,6 %) pour ceux qui vivaient à Oiapoque et le plus souvent au Centre de santé (26,9 %) pour les habitants de Saint-Georges ($p < 0,01$). Certains ont répondu « Ações de saúde » qui sont des manifestations faisant partie d'actions et de promotion de la santé dans la rue ou à l'école (Figure 73).

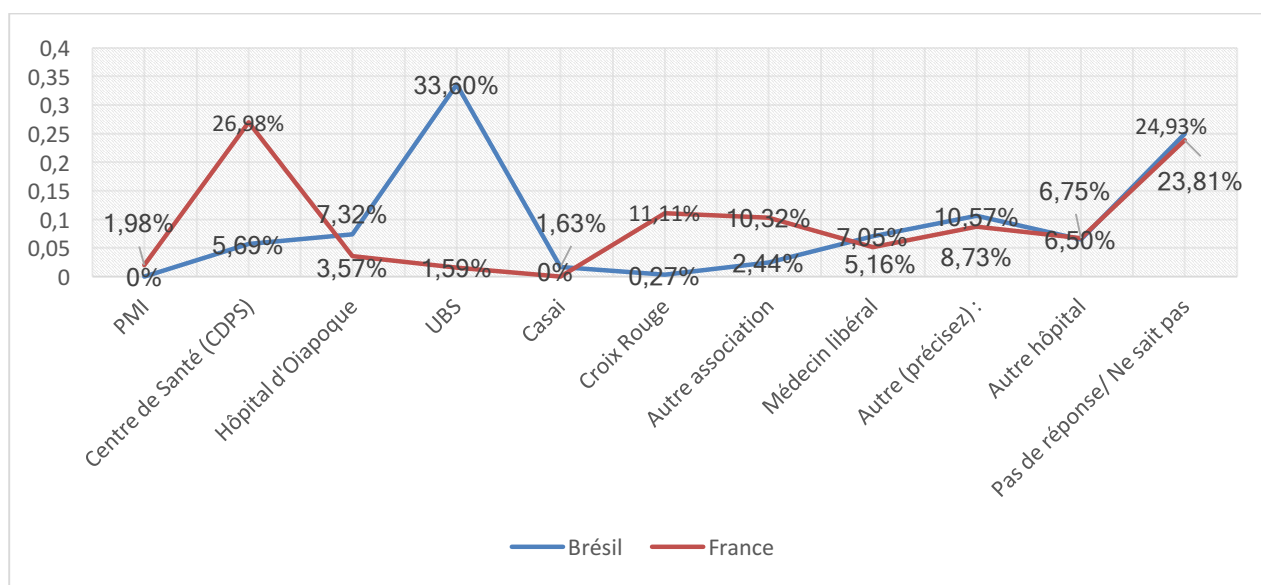


Figure 73 : « Où avez-vous réalisé votre dépistage pour la dernière fois ? »

« Irez-vous vous faire dépister dans le futur ? » 85,1 % répondaient positivement. En particulier les deux premières tranches d'âge (86,1 % pour les 18-29 ans et 87,2 % pour les 30-44 ans vs 80,5 % pour les 45 ans et plus ; $p < 0,01$). Les personnes qui ne

souhaitaient pas faire le test avaient principalement répondu qu'elles étaient certains de ne pas être infectées (83,3 %), principalement chez les plus de 45 ans, 11 % avaient peur du résultat, principalement chez les plus jeunes.

5. La discrimination

A. Identification des comportements discriminants

« Avez-vous un ami ou un membre de votre famille infecté par le VIH ou qui en est mort ? »

Plus d'un tiers (39 %) des répondants connaissaient une personne atteinte ou décédée du VIH qui pourrait lui être proche.

« Si un membre de votre famille est infecté par le VIH, voudriez-vous que cela reste secret ? » Il y a quasiment autant de oui que de non à la réponse (44,2 % vs 54,0 %). Les femmes interrogées étaient significativement plus nombreuses que les hommes à vouloir garder le secret (47,6 % vs 39,0 % ; $p=0,03$). Les jeunes de 18-29 ans sont significativement plus nombreux à vouloir également que cette information reste secrète (51,0 % vs 43,6 % chez les 30-44 ans et 34,2 % chez les 45 ans et plus ; $p<0,01$). Les groupes de langue maternelle brésilienne et amérindienne avaient une plus forte tendance à garder le secret (47,0 % et 46,9 % vs 40,6 % pour le groupe du Français ou 30,2 % pour le groupe du Créole ; $p=0,02$). Ceux qui ont été interrogés du côté d'Oïapoque préfèrent plus garder le secret (47,4 % vs 39,6 % du côté français ; $p=0,003$).

« Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH accepteriez-vous de travailler avec elle ? » 11,4 % des répondants rejetaient cette idée et 4 % ne répondaient pas. Les femmes plus que les hommes (12,4 % vs 9,8 % ; NS) n'acceptaient pas de travailler avec une personne séropositive. Les 45 ans et plus avaient plus tendance à refuser de travailler avec des personnes atteintes du VIH (14 % vs 11 % pour les 18-29 ans et

10,1 % pour les 30- 44 ans ; NS). Cette tendance au rejet des personnes séropositives se retrouvait également parmi ceux qui parlaient une langue amérindienne, le Créole guyanais et les autres langues respectivement (respectivement 50 %, 25 % et 23,8 % vs 6,6 % pour ceux qui parlent Portugais brésilien ou 12,5 % pour le groupe du Français ; $p<0,01$). Les personnes interrogées à Saint-Georges faisaient plus preuve de discrimination en répondant plus fréquemment négativement à la question que celles d'Oiapoque (19,4 % vs 5,9 % ; $p<0,01$).

« Si vous connaissiez une personne VIH, accepteriez-vous de manger chez elle ? », 23,5 % des répondants n'acceptaient pas cette possibilité et 6,2 % ne répondaient pas. Les femmes autant que les hommes refusaient (23,5 % et 23,4 % ; NS). Les personnes qui parlaient une langue amérindienne (59,3 %) déclaraient plus souvent refuser de manger chez une personne infectée par le VIH (vs 43,7 chez les autres langues, 42,8 % chez le Créole guyanais, 17,9 % chez le Brésilien et 21,8 % chez le Français ; $p<0,01$) (Figure 74). Les personnes interrogées à Saint-Georges refusaient également plus fréquemment que celles d'Oiapoque (29,3 % vs 19,5 % ; $p=0,005$).

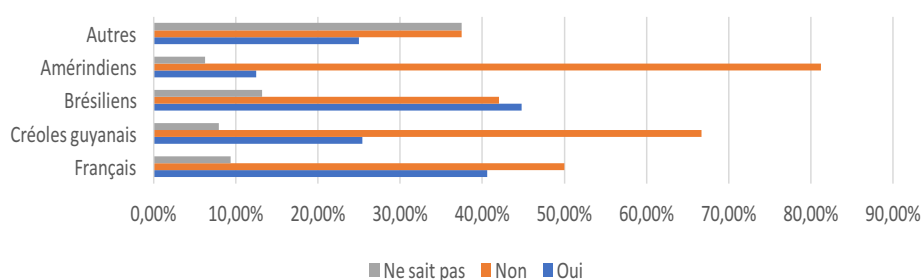


Figure 74 : "Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous de manger chez elle ?"

« Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous de la laisser garder vos enfants ou petits-enfants ? », la plupart soit 46,8 % des répondants refusaient et 12,7 % ne répondaient pas à la question (Figure 75). Les hommes étaient plus nombreux à refuser (48,1 % vs 46 ; NS). Les personnes appartenant à la tranche d'âge

de 45 ans et plus étaient plus nombreuses à refuser (49,6 % vs 45,8 % pour les 30-44 ans et 46,1 pour les 18-29 ans ; NS). Ceux qui parlaient une langue amérindienne étaient plus nombreux à répondre négativement à la question (81,2 % vs 66,6 % du groupe Créole guyanais, 50 % du groupe français ou 42,0 % de ceux qui parlent le portugais brésilien ; $p < 0,01$). Les personnes interrogées à Saint-Georges étaient plus nombreuses à avoir répondu non que celles qui l'étaient à Oiapoque (52,7 % vs 42,8 % ; $p = 0,04$).

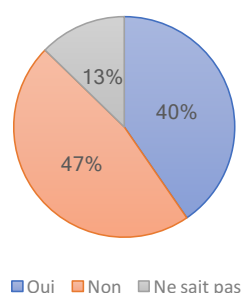


Figure 75 : " Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous qu'elle garde vos enfants ou petits-enfants ? "

« Accepteriez-vous d'embaucher une personne que vous pourriez connaître et infectée par le VIH, pour cuisiner pour vous ? » Refus majoritaire exprimé par les personnes interrogées (54 % de non contre 36 % de oui). Parmi les femmes interrogées, 54,5 % refusaient (vs 52,2 % chez les hommes ; NS). Les répondants appartenant au groupe des 45 ans et plus refusaient plus que les autres tranches d'âge (60,4 % vs 48 % des 30-44 ans et 54,6 % des 18-29 ans ; NS). Les personnes appartenant aux groupes de créole guyanais et langues amérindiennes refusaient plus que les autres groupes linguistiques (respectivement 69,8 % et 68,7 % vs 46,8 % chez ceux qui parlent français et 51,2 du groupe brésilien ; $p = 0,008$). Les personnes qui étaient interrogées à Saint-Georges refusaient plus de les embaucher que celles d'Oiapoque (56,7 % vs 51,4 % ; $p = 0,02$).

« Si vous connaissiez une personne séropositive accepteriez-vous d'avoir des rapports sexuels protégés avec elle ? » 76,8 % de répondants déclaraient que non. Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes, le groupe de langue ou

le pays de recueil. Le groupe d'âge des 30-44 ans refusait significativement moins d'avoir des relations (71,8 % de refus vs 75,9 % pour les 18-29 ans et 85,9 % pour les plus de 45 ans ; $p=0,03$).

« Arrêteriez-vous d'être ami avec une personne si vous appreniez qu'elle était atteinte du VIH ? » 6,1 % des répondants déclaraient que oui. Prédominance significative des personnes du groupe de langues amérindiennes (31,2 % de « oui » vs 15,8 % de ceux qui parlaient le Créole guyanais 2,72% de ceux qui parlent le brésilien ou 6,25 % de ceux qui parlent le français ; $p<0,01$). Les habitants de Saint-Georges étaient également plus nombreux à ne pas vouloir être ami avec une personne vivant avec le VIH (10,7 % vs 3,0 % à Oiapoque ; $p<0,01$).

L'ensemble des réponses discriminatoires des répondants ont été combinées (Figures 76, 77, 78, 79). La différence significative est symbolisée par « * ».

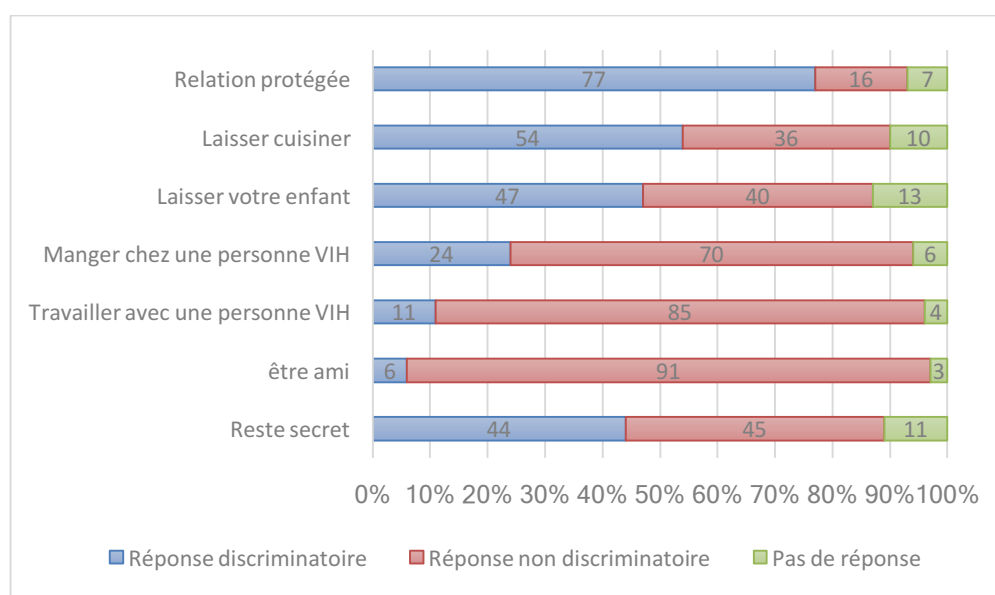


Figure 76 : Réponses discriminatoires envers les personnes atteintes du VIH

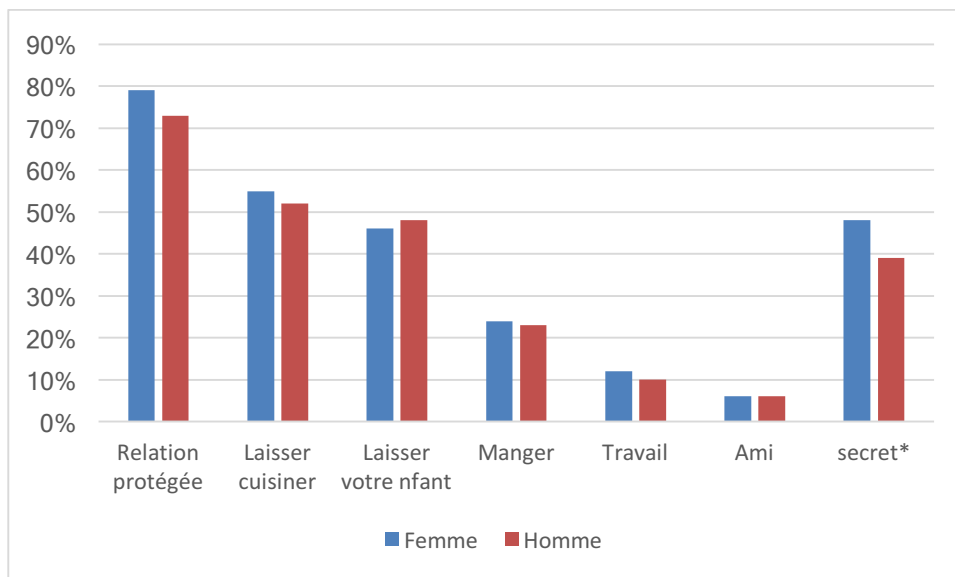


Figure 77 : Réponses discriminatoires chez les hommes et les femmes

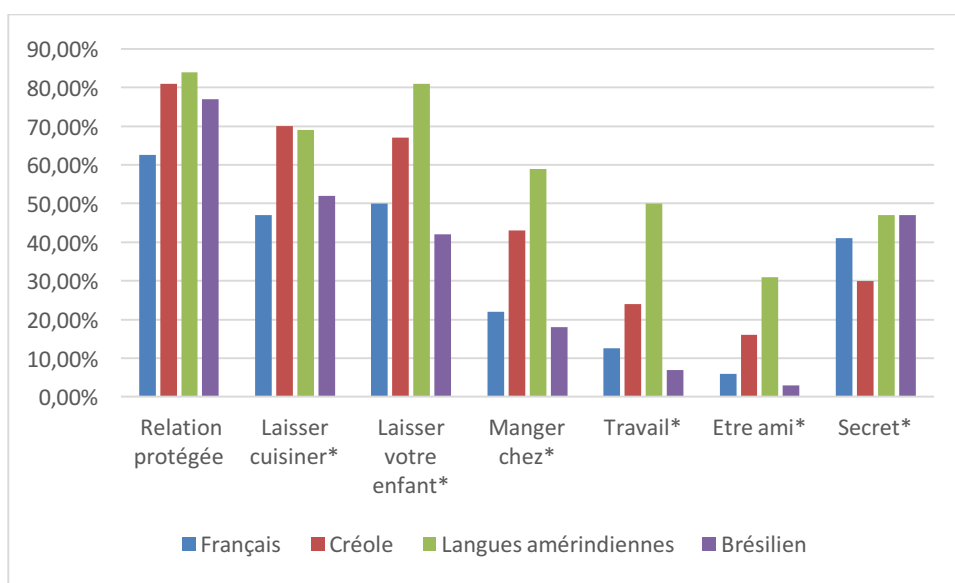


Figure 78 : Réponses discriminatoires par groupes de langues maternelles

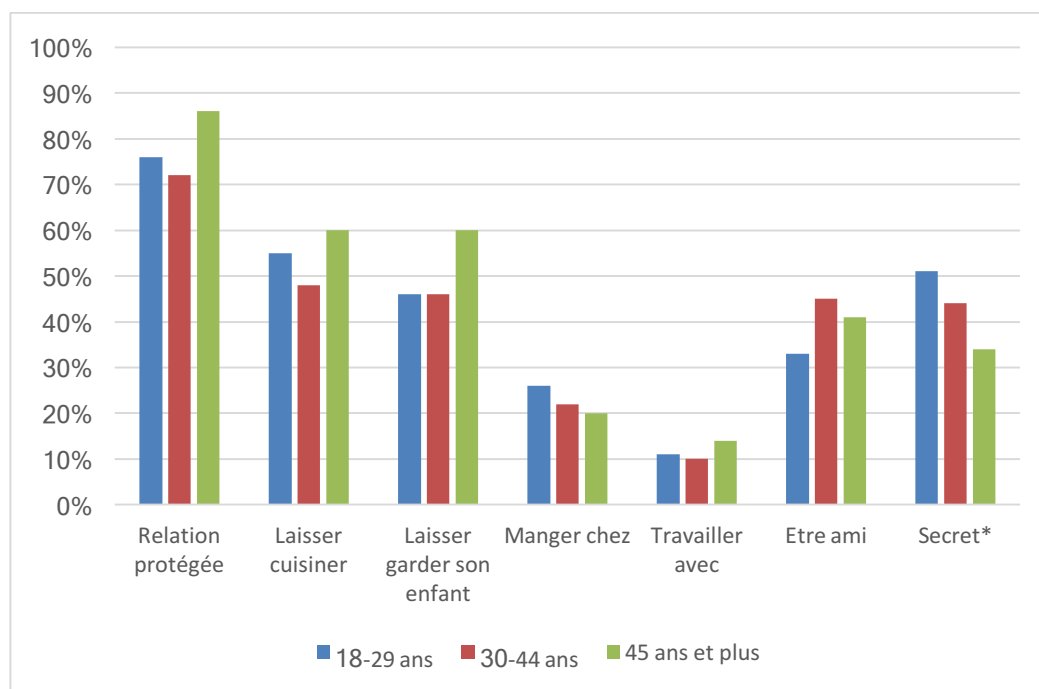


Figure 79 : Réponses discriminatoires en fonction de l'âge

B. Les scores de comportement discriminant envers les personnes atteintes du VIH

Un score de discrimination a été établi en fonction des réponses discriminatoires sur 7 items. Chaque réponse était notée par 1 point, ces points étant additionnés). Trois groupes ont ensuite été formés comprenant un tiers des répondants avec un faible comportement discriminatoire (1 réponse discriminante), un tiers pour les comportements moyennement discriminatoires (2 réponses discriminantes) et un tiers pour les comportements fortement discriminatoire (plus de 3 réponses discriminantes). Les items concernés sont ceux qui vont de E1 à E7 sur le questionnaire.

Environ un quart (25,1%) de la population n'avait aucun comportement discriminant. Les 30-44 ans étaient surreprésentés dans ce groupe (31,3% vs 22,4 % pour les 18-25 ans et 20,1 % pour les plus de 45 ans ; $p=0,02$). Les personnes de langue amérindienne et créole guyanais étaient moins fréquentes dans ce groupe sans

comportement discriminant (respectivement 6,2 % et 7,9 % vs 28,2 % pour le brésilien et 34,4 % pour le français ; $p<0,01$).

Les personnes interrogées au Brésil étaient également plus fréquentes à n'avoir pas répondu de manière discriminatoire (28,2 % vs 20,6 % ; $p=0,03$). On trouvait également une corrélation avec la connaissance du VIH, puisque le groupe ayant les meilleures connaissances sur le VIH était également le plus représenté chez ces personnes non discriminantes (35,0 % vs 25,9 % pour les personnes ayant une connaissance moyenne du VIH et 15,7 % pour les personnes ayant une plus faible connaissance ; $p<0,01$).

Les femmes avaient le plus fait preuve de discrimination, 49,4 % d'entre elles qui ont répondu faisaient partie du groupe des comportement à forte discrimination (vs 46 % chez l'homme ; NS).

Ceux qui parlaient le Créole guyanais ou une langue amérindienne avaient fortement preuve d'un comportement discriminatoire dans les réponses données, respectivement 63,4 % et 78,1 % d'entre eux font partie du groupe de comportement à forte discrimination (vs 46,8 % chez le groupe du Français ou des autres langues, 43,7 % chez le groupe du Brésilien ; $p<0,01$). Il n'y avait pas de différence significative selon la tranche d'âge concerné ni selon le pays de recueil même si une tendance à une plus forte discrimination était notée en France.

Les personnes appartenant au groupe de forte discrimination étaient 11,7 % à avoir un salaire déclaré contre 31,4 % qui touchaient les allocations comme source de revenus et 39,8 % qui n'avaient aucun revenu ; ils étaient surreprésentés parmi ces deux dernières sources de revenus ; $p<0,01$.

Les personnes dans le groupe de forte discrimination étaient 46,1 % à n'avoir pas dépassé le Collège contre 37,1 % à ne pas avoir dépassé le Lycée contre 8,36 % à l'Université. De la même manière, les niveaux d'études inférieurs au collège étaient plus fréquemment associés à une forte discrimination ; $p<0,01$.

Les répondants ayant un comportement de forte discrimination envers les personnes séropositives étaient 23,7 % à avoir de bonnes connaissances sur le VIH, 28,4 % de moyennes connaissances et 47,8 % de mauvaises connaissances ; $p < 0,01$. En effet le niveau de connaissance VIH semblait jouer un rôle important sur la discrimination. Ceux ayant des mauvaises connaissances étaient 62,4 % à faire partie du groupe avec une forte discrimination alors que ceux ayant de meilleures connaissances n'étaient que 35 % à appartenir à ce groupe ; $p < 0,01$. D'une manière générale, les personnes appartenant au groupe de forte discrimination avaient systématiquement répondu plus fréquemment que les autres positivement aux questions portant sur les modes de transmission avérés comme le lait maternel (61,5 % vs 53,7 % pour le groupe de moyenne discrimination et 43,5 % pour le groupe de faible discrimination ; $p < 0,01$) ; ou que ce soit un mode de transmission non avéré comme les larmes (10,7 % vs 1,4 % et 1,3 % ; $p < 0,01$, le partage d'un verre (40,5 % vs 20,1 % et 9,2 % ; $p < 0,01$). Ils avaient également moins conscience que le VIH était une maladie contrôlable par des traitements (64,9 % vs 83,2 % et 78,6 % ; $p < 0,01$) et savaient moins qu'on pouvait se procurer des médicaments à l'hôpital (64,7 % vs 63,9 % et 69,4 % ; $p < 0,01$).

Finalement, alors qu'on ne notait pas de différence entre les différents groupes de discrimination concernant l'utilisation du préservatif, le groupe le plus discriminant était celui qui affirmait le plus fréquemment ne pas vouloir faire de dépistage dans le futur (14,1 % vs 6,7 % pour le groupe de moyenne discrimination et 8,1 % pour le groupe de faible discrimination ; $p = 0,04$).

6. La contraception et les grossesses

A. Les grossesses

Dans cet échantillon 87,5 % des femmes avaient déjà eu une grossesse (Figure 55). Parmi les femmes de 18-29 ans, 79,4 % avaient déjà été enceintes (vs 92 % des 30-44 ans et 95,1 % des 45 ans et plus ; $p < 0,01$). Les femmes appartenant aux groupes de

langues du Brésilien (89,8 %) et du Créole guyanais (86,8 %) étaient celles qui déclaraient le plus d'avoir déjà été enceintes (vs 70,6 % pour celles du groupe de langues amérindiennes ou 86,8 % du groupe du Français ; $p<0,01$).

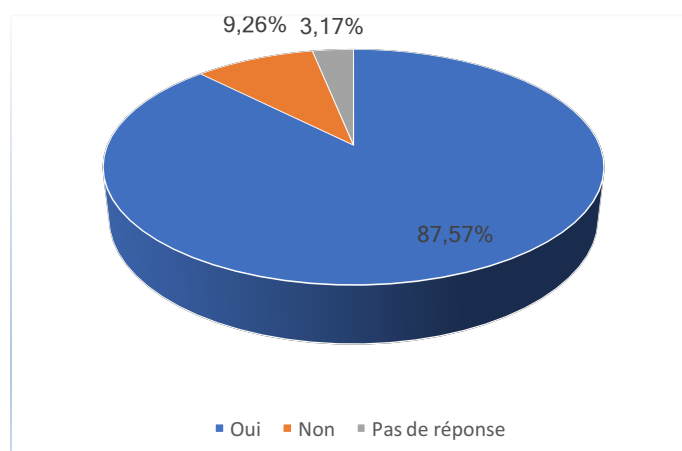


Figure 80: "Avez-vous déjà été enceinte ?"

La moyenne dans cet échantillon était de 3 enfants par femme (écart-type 2). Cette moyenne était significativement plus élevée chez les femmes qui parlaient une langue amérindienne à la naissance (5 enfants vs 2 enfants pour celles qui parlaient le français, 3 pour celles du groupe du Brésilien ; $p=0,02$).

Les questions concernant l'avortement ont montré que 16 % des femmes de l'échantillon avaient déjà avorté dont 47 % en Guyane et 52 % au Brésil, 1% ailleurs. Les femmes de la langue Créole étaient surreprésentées (39,5 % ayant déjà avorté), ainsi que celles de langue française (33,3 %) ; $p<0,01$. Au total, 24,7 % des femmes interrogées à Saint-Georges avaient déjà avorté et 10,8 % à Oiapoque ; $p<0,01$. Environ 6 % n'avaient pas souhaité répondre à la question. Aucune des répondantes d'Oiapoque n'avait déclaré avoir avorté en Guyane.

B. Connaissances de la contraception et accessibilité

« *Qui la contraception concerne-t-elle ?* » Pour 74,8 % des répondants la contraception est une affaire d'hommes et femmes. Les personnes parlant une langue amérindienne

estimaient globalement moins que cela concernait les hommes et les femmes (59,4 %) et ceux parlant français plus (84,4 % ; $p<0,01$). On notait que les personnes interrogées au Brésil avaient significativement plus répondu que cela ne concernait que les hommes (2,4 % vs 0,8 % en France ; $p=0,02$)

« *Quel moyen de contraception, utilisez-vous actuellement ?* » 41,5 % des répondants n'utilisaient aucune contraception (Figure 80). Les méthodes contraceptives les plus utilisées parmi eux étaient : le préservatif masculin (20,9 %), la pilule (10,4 %) et les injections mensuelles (6,9 %). Du côté guyanais, après le préservatif masculin (23,4 % vs 28,4 % côté brésilien ; NS) et la pilule (20,7 % vs 24,5 % ; NS), l'implant contraceptif occupait la 3^e place (15,4 % vs 4,2 % ; $p<0,01$). Du côté brésilien, la ligature des trompes n'était déclarée que par 1,3 % des personnes qui y habitaient (vs 2,7 % côté français ; $p=0,003$).

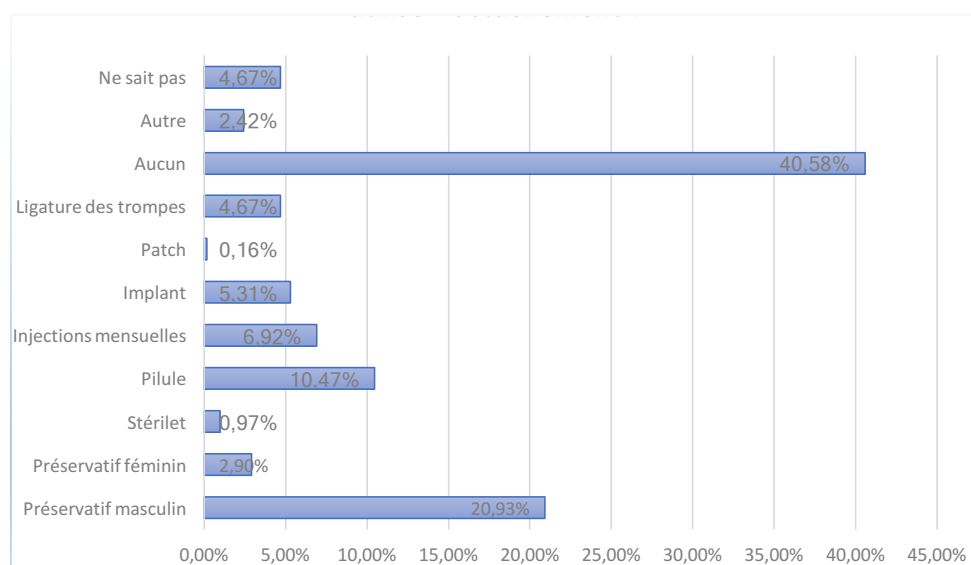


Figure 81 : Les méthodes contraceptives utilisées

Les personnes de notre enquête ne connaissaient en moyenne que 23 types de contraceptifs (écart-type 1,8).

A noter que 33,4 % des 18-29 ans et 37,8 % des 30-44 ans n'utilisaient aucun moyen contraceptif ($p<0,01$).

« Où avez-vous obtenu votre contraceptif ? » Les lieux principaux de distribution de contraceptifs selon les répondants étaient la pharmacie (19,3 %), l'hôpital (12,5 %), le dispensaire (10,9 %), autres lieux (3,5 %), la PMI (2,2 %), Magasin (1,4 %) ou par les associations (0,3 %). Certaines personnes avaient déclaré dans les réponses manuscrites trouver leur contraception chez leur chamane (Pajé en Portugais) ou dans une Casa de Apoio a Saúde do Índio (ou Casai) qui correspond à une maison de santé traditionnelle.

« Pouvez-vous obtenir votre moyen de contraception à chaque fois ? » 46,3 % des personnes interrogées ont répondu oui (avec 50,5 % sans réponse ou « ne sait pas ») (Figure 81).

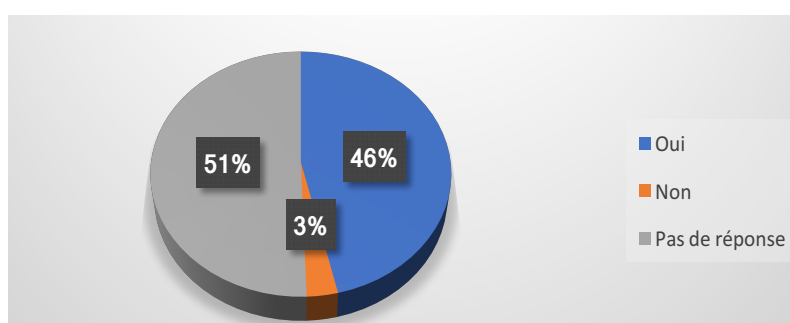


Figure 82 : "Pouvez-vous obtenir votre moyen de contraception chaque fois que vous en avez besoin ?"

« Quelle est la plus grande difficulté à l'accès de la contraception ? » Les personnes interrogées répondaient « Aucune » à 38 %. 2 % des répondants évoquaient le prix trop cher.

C. Pilule du lendemain

« Avez-vous entendu parler de la pilule du lendemain ? », 78,5 % en avaient déjà entendu parler. Les femmes étaient plus informées que les hommes (84,9 % vs 68,7 % ; $p < 0,01$). Les tranches d'âge les plus jeunes étaient plus informées que celle des 45 ans et plus (84,4 % chez les 18-29 ans et 81,9 % chez les 30-44 ans vs 63,7 % chez les 45 ans

et plus ; $p < 0,01$). Les catégories de langues maternelles Créole guyanais (36,5 %), autres (37,5 %) et langues amérindiennes (53,1 %) étaient plus fréquemment sans connaissance de la pilule du lendemain ($p < 0,01$) (Figure 83).

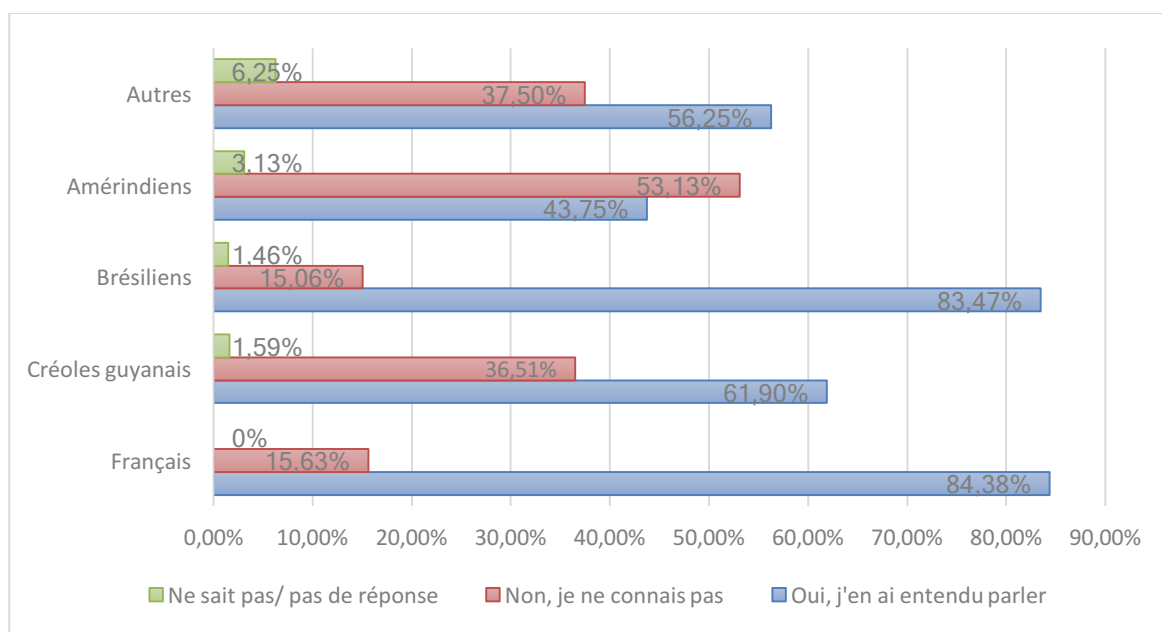


Figure 83 : Réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ?" en fonction des groupes de langues maternelles

« Avez-vous déjà pris la pilule du lendemain ? », 37,8 % des femmes déclaraient l'avoir déjà pris. En particulier chez les 18-29 ans (48,7 % vs 43,8 % chez les 30-44 ans). Les groupes de langues maternelles du Brésilien (39,9 %) et du Français (41,6 %) sont les groupes de personnes les plus nombreuses à avoir déjà pris la pilule ($p < 0,01$).

« Selon vous jusqu'à combien de temps après un rapport peut-on utiliser la pilule du lendemain ? », la majorité répondait 55,7 % « 1 à 3 jours » à la question. La proportion des femmes répondant était plus importante (62,9 % vs 44,4 % ; $p < 0,01$). Une prédominance chez les jeunes (64 % pour les 18-29 ans et 58 % chez les 30-44 ans vs 38,2 % des 45 ans et plus ; $p < 0,01$) à répondre « 1 à 3 jours » à la question.

« Avez-vous eu accès à la pilule du lendemain à chaque fois que besoin ? » 37 % des femmes répondent que oui. Et 32,8 % des femmes n'ont trouvé aucune difficulté

à avoir accès à la pilule du lendemain. Seuls 4 % des femmes ont répondu non à la question. Les principaux obstacles étaient la disponibilité, le prix, l'éloignement des structures de dispensation et le jugement du personnel soignant ou de la population en général.

D. Scores de connaissances sur la contraception

Un score de connaissance sur la contraception a été établi en prenant en compte les réponses aux 14 items sur le sujet. Chacune des bonnes réponses rapportait 1 point, et ces points étaient additionnés. Trois groupes ont été formés comprenant chacun environ 33 % des répondants : groupe de faibles connaissances qui comprenait strictement moins de 4 bonnes réponses sur les 14 items, le groupe de moyenne connaissance qui comprenait de 4 à 5 bonnes réponses sur les 14 items et le groupe des bonnes de connaissances à partir de 6 bonnes réponses sur les 14 items.

Les questions prises en compte ont été F2 et ses différents items, F8 et F9.

Au total 38,1 % des femmes interrogées faisaient partie du groupe de la catégorie des bonnes connaissances (vs 18,1 % chez les hommes ; $p<0,01$).

Concernant la tranche d'âge, 32,1 % des 18-29 ans faisaient partie de la catégorie des bonnes connaissances (vs 31,2 % chez les 30-44 ans et 25,5 % chez les 45 ans et plus ; $p<0,01$).

On notait que 46,8 % des personnes faisant partie du groupe linguistique du Français faisaient partie du groupe des bonnes connaissances (vs 20,6 % pour le Créole ou 30,3 % pour le Brésilien ; $p<0,01$). Les plus mauvais scores étaient détenus par ceux parlant le Créole guyanais et une langue amérindienne.

Pour le lieu de recueil, 36 % des personnes qui ont été interrogées à Saint-Georges avaient des scores de bonnes connaissances (vs 26,2 % pour celles d'Oiapoque ; $p=0,01$).

Les personnes du groupe de bonnes connaissances sur la contraception étaient 25,3 % à être allées au Collège, contre 46,8 % au Lycée contre 23,9 % à l'Université ; $p < 0,01$. Le fait d'avoir été à l'Université n'était pas lié aux bonnes connaissances sur la contraception.

7. Demande d'informations

« Sur quels thèmes souhaiteriez-vous avoir plus d'informations ? » Parmi les répondants, 29 % souhaitaient plus d'informations sur la transmission du VIH, 21 % sur les traitements du VIH et 9 % sur le dépistage. Le VIH était la principale thématique sur laquelle les répondants voulaient avoir plus d'informations. Les personnes parlant le français et le créole étaient significativement plus en demande d'informations sur le dépistage (respectivement 14 % et 19,6 % ; $p < 0,01$).

« D'après vous quelles sont les meilleures sources d'informations sur la contraception et le VIH ? » Les professionnels de santé sont les plus cités (40 %), la télévision (18 %), internet (13 %).

Discussion

1. Les limites de l'étude

Aucune étude en population générale de ce type n'a déjà été menée à Saint-Georges à l'exception d'enquêtes ciblées sur les travailleuses du sexe et sur les adolescents scolarisés au collège. Les thématiques abordées étaient les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de VIH mais aucune ne concernait la contraception.

Ce type d'étude est compliqué à mettre en œuvre en région transfrontalière, car nécessitant souvent des accords internationaux, des moyens financiers importants notamment en termes de logistique, en termes de personnes salariées ou bénévoles pour mener les interviews dans lesquels sont abordés des sujets intimes, et le besoin de se familiariser avec la ou les cultures des différentes communautés de la région étudiée. Il conviendra aussi de parler souvent plusieurs langues. Les autres problèmes sont liés à la mise en place et au maintien d'un protocole. Mais paradoxalement, les enquêtes CAP sont les plus adaptées pour aborder plusieurs sujets à travers un questionnaire, et pour cibler des populations plus vulnérables.

Cette étude comportait des biais notamment dans la sélection de l'échantillon : biais d'échantillonnage. En effet, notre échantillon comportait deux fois plus de femmes que d'hommes pouvant ainsi induire des surreprésentations dans l'analyse. Certes, il y avait bien plus de brésiliens que de français, mais la région étudiée comportait bien plus d'habitants brésiliens. Il était normal d'en interroger plus pour avoir une population significative. Un autre biais de sélection était lié à la surreprésentation des personnes sans emploi et potentiellement aussi des femmes majoritairement sans revenu et touchant des allocations. Il était probablement dû à l'horaire choisi pour mener les interviews. En effet, ceux-ci avaient lieu majoritairement à des horaires de travail, de 9H à 12H30 et de 14H à 17H au domicile des habitants de la zone transfrontalière. Cette situation favorisait ceux qui restaient à leur domicile éventuellement sans emploi. Le

choix d'une personne dans chaque foyer selon les données recueillies auprès des interviewers ne répondait pas à une autre logique que celle d'une personne majeure, habitant le foyer et voulant répondre aux questions. Le protocole de l'étude n'avait pas prévu de tirage au sort, ni déterminé la manière dont les enquêteurs faisaient la sélection s'il y avait plusieurs personnes dans le foyer répondant aux critères d'inclusion. Cela laissait donc la possibilité aux enquêteurs de sélectionner eux-mêmes les répondants, créant ainsi potentiellement un défaut de représentativité et donc un biais de sélection. De plus, aucune donnée n'apparaissait quant au nombre et aux raisons de refus, ni au nombre de personnes rencontrées et n'entrant pas dans les critères d'inclusion.

En France, la référence aux groupes ethniques est interdite sur le plan juridique, et est très contestée dans les domaines scientifiques et anthropologiques. Pouvoir envisager l'origine culturelle d'un groupe passera donc éventuellement par son lieu de naissance ou sa langue maternelle. Mais dire qu'une langue maternelle correspond à un groupe ethnique n'est pas exact, même si les aborder permet de pouvoir établir certaines formes de profils d'individus. Le choix dans cette étude de faire des groupes de langues maternelles entraîne des biais de confusion. En effet, être dans le groupe linguistique Créole guyanais n'empêche pas de parler aussi une autre langue comme le Brésilien ou le Palikur, ni encore d'avoir un père né en Guyane en village amérindien et une mère née au Brésil. Finalement, le choix de la catégorie n'appartient qu'à la personne interrogée, la langue pourra être choisie en fonction de son lieu de naissance, ou simplement de la langue qu'elle utilise le plus souvent, probablement aussi liée à son niveau d'étude ou le type de profession qu'elle exerce. Il est cependant envisageable d'extrapoler, avec précaution, les groupes de langues à des groupes ayant certaines caractéristiques communes culturelles, sociales, économiques ou de croyances communes, indépendamment des ethnies concernées.

Des biais liés au type d'étude sont également à relever. Devant une étude CAP, les questionnaires utilisés faisaient souvent appel à des variables explorant la vie passée (âge du premier rapport, rapports au cours des douze derniers mois, nombre de partenaires). Les personnes interrogées faisaient donc appel à la mémoire, aux souvenirs : biais de mémorisation. De plus, certaines personnes pouvaient ne pas dire la vérité dans le but de donner des réponses jugées comme meilleures sur le plan social ou personnel : biais de déclaration. Certaines analyses d'études CAP, évoquaient aussi des réponses adaptées au sexe de l'enquêteur. Ces biais de déclaration pouvaient expliquer le peu de personnes se déclarant homosexuelles ou des sous déclarations potentielles pour ceux qui avaient recours à des rapports sexuels tarifés ou en échange de cadeaux ou de service.

Un point négatif que l'on peut soulever est que le questionnaire était long, il pouvait contenir 77 questions. La durée de l'entretien était en moyenne de 15 minutes mais pouvait atteindre le double.

Lors de cette étude, plusieurs mises en parallèle ont pu être faites avec des études KABP ou CAP antérieures, ces analogies nous offraient l'opportunité d'établir des profils de population.

2. L'aspect sociodémographique de la région

A l'image de la Guyane et du Brésil pris dans leur ensemble, notre échantillon de la région transfrontalière franco-brésilienne était plutôt jeune avec un âge moyen de 35,6 ans et une prédominance des 18-29 ans et des 30-44 ans. En Guyane, selon l'INSEE, l'âge moyen passerait à 32 ans d'ici 2030, et au Brésil selon l'IGBE il est presque aux alentours de 30 ans.

L'échantillon regroupait deux fois plus de femmes que d'hommes (60,8 % vs 39,1 %), ce qui ne va pas dans le sens de la répartition des hommes au Brésil. Les hommes sont prédominants dans les régions comme le Nord ou Nordeste sur le front pionnier qui

avance sur la forêt amazonienne où le besoin de main d'œuvre favorise la masculinité. Les femmes sont plutôt prédominantes dans les grandes villes du littoral brésilien où l'emploi est plus accessible notamment en tant que domestique pour les plus modestes. La forte prédominance des femmes dans cet échantillon était peut-être liée au chômage dans la région et aux heures de passage pour mener les interrogatoires. En effet, dans cet échantillon 37,2 % des personnes n'avaient aucune source de revenu provenant d'un salaire, 26,8 % avaient comme revenu principal des allocations. Pour rappel le chômage touche 22 % de guyanais et 12 % de Brésiliens, l'Amapá étant l'une des régions les plus fortement concernées. Les femmes de cet échantillon, étaient significativement moins concernées par un revenu provenant d'un salaire (16,1 % vs 16,8 % pour les hommes) mais plutôt par celui provenant d'allocations. Les hommes eux aussi touchés par le chômage, étaient néanmoins significativement plus concernés par un revenu provenant d'un emploi non déclaré (8,6 % vs 6,6 % pour les femmes). Cette région est en effet très recruteuse de main d'œuvre pour l'orpaillage. Les horaires d'interrogatoires au domicile étant aux heures de travail, cela pouvait non seulement expliquer la prédominance des femmes mais aussi celle des personnes interrogées sans revenu, qui restaient probablement plus souvent chez eux.

La langue maternelle la plus parlée dans l'échantillon était le Brésilien (76,9 %). Il faut néanmoins prendre en considération que dans cet échantillon plus de personnes ont été interrogées à Oiapoque qu'à Saint-Georges (372 vs 258) ; on note cependant que près de 50 % des personnes interrogées à Saint-Georges déclaraient le Portugais du Brésil comme langue maternelle. Cela concordait avec l'étude CAP menée chez les adolescents en 2010 (62), dans laquelle 51 % d'entre eux déclaraient parler Brésilien à leur domicile. Ce résultat ne nous surprend pas, étant donné qu'à Saint-Georges, la mixité culturelle et le multilinguisme prédominent dans le couple et dans les foyers. Beaucoup d'habitants parlent plusieurs langues mais se sentent souvent plus à l'aise avec le Portugais brésilien.

L'examen des réponses concernant le niveau d'étude révélait des disparités entre Saint-Georges et Oiapoque. Cela pouvant être expliqué par les infrastructures disponibles sur site. Dans l'échantillon, 41,3 % des personnes interrogées n'avaient pas dépassé le Lycée et 38 % n'avaient pas dépassé le Collège. Côté brésilien, les personnes interrogées étaient plus nombreuses à avoir été jusqu'au Lycée (43,6 % vs 36,1 % à Saint-Georges) et à l'Université (18,1 % vs 10,3 %). Une des raisons évoquées est qu'à Saint-Georges il n'y a pas de Lycée ni d'Université à la différence d'Oiapoque. Les étudiants doivent quitter le domicile familial pour le littoral s'ils veulent continuer leurs études. Beaucoup d'entre eux sont logés dans des internats ou dans des familles d'accueil à leurs frais. Un grand nombre abandonne en cours de scolarité.

On constatait que les groupes de langues maternelles amérindiennes et du Créole guyanais étaient significativement moins nombreux à accéder aux études supérieures (6,2 % et 7,9 % vs 25 % pour les personnes du groupe de langue française). De plus, seulement 3,1 % du groupe Créole guyanais touchaient un revenu en lien avec un salaire et 15,6 % pour ceux qui parlaient une langue amérindienne (vs 43,7 % du groupe du Français). Les groupes amérindiens et créoles étaient les plus nombreux à toucher un revenu lié aux allocations (60,3 % pour le Créole et 46,8 % pour la langue amérindienne). Ces deux groupes s'inscrivaient dès le départ comme différents socialement des autres. Il est assez probable que le niveau d'étude ou la profession exercée aient directement influencé la manière dont les répondants définissaient leur langue maternelle.

3. Connaissances sur le VIH

Cette partie permettait la description du niveau des connaissances sur le VIH des personnes interrogées. Nous abordions les sources d'informations pouvant être à l'origine des connaissances vérifiées, les opinions sur le VIH pour traiter les idées reçues (par exemple qu'une personne contaminée a toujours l'air malade), et les connaissances sur les traitements antirétroviraux et leur efficacité.

La plupart des habitants connaissaient les situations de contamination avérées du VIH et leur vecteur (sang, sperme, materno-foetal) mais moins les situations de non contamination comme on a pu le voir avec les questions sur la transmission via une piqûre de moustique ou en buvant dans le verre de quelqu'un de contaminé. L'étude KABP de 2011-2012 aux DFA (10) révélait une tendance similaire, mais dans la région transfrontalière de l'Oyapock la proportion de personnes croyant que le virus pouvait être transmis par le moustique et celle des personnes pensant que l'on pouvait contracter le VIH en buvant dans le verre de quelqu'un d'infecté, étaient plus importantes. Ainsi dans l'étude KABP DFA 2011-2012, 21 % des répondants pensaient que le VIH se transmettait par le moustique (vs 24,5 % en Métropole). Cette même question posée chez les adolescents lors d'une étude CAP en 2011 (62), révélait que 21 % le pensaient. A la frontière entre Saint-Georges et Oiapoque, 43 % des personnes interrogées répondaient que le VIH pouvait être transmis par une piqûre de moustique et 17 % ne répondaient pas à la question.

Comme dans les études antérieures, il semble que certains mécanismes de transmission soient mal connus, notamment le mode de contamination au cours de l'allaitement. Parmi les facteurs associés à ces défauts de connaissances, on notait l'âge et l'appartenance culturelle, le type de revenus et le niveau scolaire. Bien que les hommes aient répondu moins bien que les femmes aux questions concernant les modes de transmission, les différences entre les scores de bonnes connaissances en fonction du sexe n'étaient pas significatives. Comparativement, l'étude KABP DFA 2011-2012, révélait un score (ramené à 10) de bonnes connaissances, plus élevé chez les femmes sur les 3 départements (8,3 vs 8). Dans notre étude la seule question à laquelle les hommes avaient mieux répondu que les femmes, était celle sur la transmission du virus via les moustiques. La transmission par le lait maternel semblait moins maîtrisée chez les deux sexes, mais les femmes peut-être plus concernées par la situation, répondaient significativement mieux. Lors de l'étude KABP DFA 2011-2012, la grande majorité

(98,4 %) savait que le VIH se transmettait par la voie sexuelle à 98,4 %, mais le risque de transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse ou lors de l'allaitement était un peu moins connu avec 81,1 % de bonnes réponses. Cette dernière question était d'ailleurs posée en une seule fois dans l'étude de 2011 dans les DFA, à la différence de notre étude CAP de l'Oyapock où on faisait la dichotomie entre la transmission lors de la grossesse et lors de l'allaitement. Les adolescents de Saint-Georges lors de l'étude CAP de 2011 menée dans des établissements scolaires, répondaient timidement juste à 69 % sur la transmission du VIH par le lait maternel.

L'âge influençait également le niveau de connaissance. Les plus jeunes maîtrisaient globalement mieux les circonstances qui ne transmettaient pas le VIH, mais avaient des résultats moins bons que les 30-44 ans lorsqu'on s'intéressait aux scores de connaissances sur le VIH. Les plus de 45 ans possédaient des scores de bonnes connaissances significativement plus faibles que les autres classes d'âge. L'étude KABP DFA 2011-2012 révélait également que les scores de connaissances étaient plus faibles chez les plus âgés.

On y relevait par ailleurs que les répondants ayant déclaré une langue amérindienne ou le Créole guyanais comme langue maternelle possédaient les scores de bonnes connaissances sur le VIH significativement les plus bas. Cela pouvait être dû aux croyances fortement ancrées dans les groupes culturels associés. En effet, 41 % de ceux qui parlaient une langue amérindienne et 35 % de ceux qui parlaient Créole guyanais, pensaient que l'on pouvait se protéger du VIH à l'aide d'un remède traditionnel ; 50 % de ceux qui déclaraient avoir une langue amérindienne comme langue maternelle pensaient qu'on pouvait se protéger du VIH à l'aide d'un porte-bonheur et 47 % pensaient qu'une personne infectée avait toujours l'air malade.

Concernant les connaissances sur les traitements antirétroviraux, 78,7 % des personnes interrogées en avaient entendu parler. Les hommes et les femmes avaient quasiment dans les mêmes proportions entendu parler de ces traitements. Même si, les bonnes

réponses étaient plus nombreuses chez les femmes, il n'y avait pas de différence significative entre ces deux groupes. Lors de l'étude KABP de 2011-2012, 55,2 % des personnes de Guyane étaient informées de l'existence des trithérapies. Dans l'étude KABP DFA de 2004 cette proportion était de 44,9 % en Guyane. Dans l'étude KABP en Métropole 66 % des interrogés en connaissaient l'existence. Les connaissances sur les thérapeutiques semblaient donc meilleures dans la zone transfrontalière de l'Oyapock entre Saint-Georges et Oiapoque.

Notre étude tend à prouver que la bonne connaissance du VIH est liée au niveau d'éducation et au type de revenu de la personne interrogée, comme cela avait déjà été démontré dans l'étude KABP Antilles-Guyane.

Par ailleurs, on notait sans surprise que la bonne connaissance du VIH favorisait la réalisation de tests de dépistage plus fréquemment, mais n'était pas significativement associée à une utilisation plus fréquente de préservatifs, que ce soit avec un partenaire régulier ou avec un partenaire occasionnel.

Dans cette enquête, on relevait l'importance des médias télévisuelles et papiers comme sources d'information chez l'ensemble de la population. Le système éducatif à travers l'Ecole retrouvait toute sa place dans l'apport des informations sur le VIH qui selon les répondants était la deuxième source d'information, et plus particulièrement chez les 18-29 ans où elle occupait la première place. L'Ecole aujourd'hui pourrait être un atout capital dans l'abord de l'ensemble des informations autour de la sexualité. Pour rappel l'article 22 de la loi de 2001 établit qu'il devrait y avoir une éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins trois séances annuelles par groupe d'âge homogène. Malheureusement, elle n'est pas toujours appliquée en raison des faibles effectifs d'enseignants, de la prise de retard dans les programmes scolaires et du manque de formation des enseignants.

Aborder les sources d'information a permis aussi de voir que les établissements médicaux au sein des régions isolées sont indispensables. Le Centre de Santé occupait une place importante dans l'apports d'informations sur le VIH (15,7 % des sources citées).

4. La sexualité et les comportements

Cette partie avait pour but de décrire les différents comportements sexuels partagés par la population dans la région transfrontalière. On évaluait ainsi l'âge du premier rapport sexuel, l'orientation sexuelle, la notion de partenaire régulier et occasionnel, la notion de multipartenariat au cours de l'année passée et le recours au sexe tarifé. On abordait les comportements liés à l'usage du préservatif. L'analyse portait sur des rapports sexuels récents, le dernier ou ceux des 12 derniers mois, sur le type de partenaire et la notion de vivre ensemble ou pas. Les rapports tarifés ont été traités aussi ici. Les principales raisons d'oubli ou du refus de port du préservatif étaient demandées. Une thématique traitée brièvement a été celle concernant les grossesses et l'avortement dans la région du bassin de l'Oyapock.

a) L'âge du premier rapport sexuel

L'âge du premier rapport sexuel était en moyenne dans notre échantillon de 15,8 ans. Dans le groupe de langues amérindiennes, l'entrée à la vie sexuelle était plus tardive avec un âge moyen de 17,1 ans. Mais l'âge médian calculé dans l'échantillon n'était seulement que de 15 ans chez les filles et les garçons. Les études KABP DFA, montraient que l'âge médian était en 2004 de 15,8 ans chez les garçons et de 17,9 ans chez les filles, en 2011 de 16 ans chez les garçons et 17,6 chez les filles contre 16,6 ans chez les garçons et 17,3 ans chez les filles lors de l'étude KABP Métropole en 2010. Il semble donc que l'âge du premier rapport sexuel soit plus précoce dans la région transfrontalière de l'Oyapock entre Saint-Georges et Oiapoque, plus que dans l'ensemble des DFA et de la Métropole. L'âge minimal du premier rapport sexuel

déclaré était de 8 ans chez l'homme et 9 ans chez la femme. Nous n'avons pas eu les informations détaillées de ces âges précoces et su s'il s'agissait d'abus.

b) L'orientation sexuelle

Concernant l'orientation sexuelle, 91,7 % se déclaraient hétérosexuels contre 2,2 % homosexuels et 1,1 % bisexuels. A Oiapoque 3,7 % des personnes interrogées se déclaraient homosexuelles et 1,3 % bisexuelles, alors qu'à Saint-Georges, 0,7 % se déclaraient bisexuelles, et aucune homosexuelle. Près de 8 % ne savaient pas répondre ou ne répondaient pas à la question ; les personnes parlant Brésilien étant celles qui répondaient le plus à la question (seuls 2,7 % ne souhaitaient pas répondre) ; dans le groupe de langues amérindiennes, 25 % (n=8/32) des personnes interrogées n'avaient pas répondu. On peut estimer que ces chiffres reflètent le tabou existant dans certains groupes culturels ou bien de la stigmatisation perçue expliquant des sous déclarations.

c) Partenariat régulier et occasionnel, utilisation du préservatif

Dans cette étude il a été défini deux types de partenariat, le partenariat régulier c'est-à-dire avoir des relations sexuelles avec une personne et vivre avec elle, le partenariat occasionnel c'est-à-dire avoir des relations sexuelles avec une personne avec laquelle on ne vit pas. Ici on ne distinguait pas les différences entre le multipartenariat « simultanée », multipartenariat « stable », ni les relations extraconjugales, ni les relations régulières sans cohabiter avec son partenaire. Le lien entre orientation sexuelle et multipartenariat n'était pas non plus analysé.

Parmi les personnes interrogées 77,9 % déclaraient avoir actuellement un partenaire régulier. Les femmes étaient les plus concernées, 78,8 % d'entre elles déclaraient être avec un partenaire régulier contre 75,7 % des hommes. Mais ce sont aussi elles qui déclaraient le plus n'avoir pas utilisé de préservatif avec leur partenaire régulier lors du dernier rapport sexuel (74,1 % vs 71,7 %). Dans l'étude KABP DFA 2011, le contraste était plus marqué, en effet, 75 % des femmes déclaraient ne pas l'avoir utilisé contre 67 % des hommes. Dans notre étude, les 45 ans et plus représentaient la tranche d'âge

qui déclarait le moins être avec un partenaire régulier (69,8 %) et aussi parmi les moins nombreux à avoir utilisé un préservatif avec le partenaire régulier (22 %).

Dans le cas du partenariat occasionnel, 18 % déclaraient avoir été concernés dans les douze derniers mois. Les hommes étaient significativement plus nombreux à avoir eu un rapport avec un(e) partenaire occasionnel(le) (30,8 % vs 12,9 % pour les femmes). De plus, ils déclaraient en moyenne 2,7 partenaires occasionnels dans l'année quand les femmes en déclaraient 1,4 en moyenne. Les jeunes de 18-29 ans étaient plus concernés par un partenariat occasionnel (20,4 %). Pourtant les hommes et les jeunes de 18-29 ans, plus à risque d'être exposés au risque VIH, étaient les plus nombreux à avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel, 75 % des hommes déclaraient l'avoir utilisé contre 59,1 % des femmes. A cela, les hommes étaient bien plus nombreux à déclarer l'avoir utilisé systématiquement au cours des douze derniers mois (61,6 % vs 38,7 % des femmes).

Dans l'étude KABP DFA 2011, les femmes déclarant avoir utilisé le préservatif étaient de 46 % (vs 75 % des hommes). Chez les hommes, la proportion d'utilisateurs de préservatifs était de 86 % chez les multipartenaires contre 33 % chez les monopartenaires (vs 75 % et 30 % chez les femmes respectivement). Les femmes des DFA étaient globalement moins nombreuses à avoir utilisé un préservatif dans l'année que les hommes (33 % vs 48 %). Chez les femmes qui étaient multipartenaires durant les douze derniers mois et qui déclaraient un nouveau partenaire à la fin de l'année écoulée, 82 % déclaraient avoir utilisé un préservatif (vs 90 % des hommes). Chez celles qui n'avaient pas changé de partenaire par la suite, 54 % déclaraient avoir utilisé un préservatif (vs 69 % des hommes). En Guyane, toujours d'après la même étude chez les femmes multipartenaires durant les douze derniers mois et qui déclaraient un nouveau partenaire par la suite, 66,5 % avaient utilisé un préservatif (vs 94 % des hommes). Chez les femmes monopartenaires des DFA, celles ayant eu un nouveau partenaire dans l'année étaient 60,5 % à avoir utilisé le préservatif (vs 62 % des

hommes) contre 25,5 % chez celles qui n'avaient pas changé de partenaires (28 % des hommes). A cela s'ajoutait que 46 % des femmes de 55-69 ans déclaraient avoir déjà utilisé un préservatif dans leur vie contre 76 % des hommes du même âge. De même, chez les 55-69 ans, 21 % des hommes indiquaient avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois contre 7,4 % des femmes. Chez les 18-24 ans, 83 % des hommes indiquaient avoir utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois contre 64 % des femmes. Ainsi allant dans le même sens que l'étude KABP des DFA de 2011-2012, l'étude CAP de l'Oyapock semblait montrer que l'utilisation du préservatif était particulièrement liée à l'exposition potentielle au risque VIH. La protection était plus élevée dès lors que l'on prenait plus de risque dans ses pratiques sexuelles (partenaire occasionnel, multipartenariat). Il existait une tendance à moins utiliser le préservatif chez les femmes et chez les personnes plus âgées dans le cas de partenariat régulier ou occasionnel. Pour expliquer l'absence d'utilisation du préservatif, beaucoup répondaient « ne pas avoir pensé que c'était nécessaire ». Le préservatif semblait être aussi parfois plus utilisé comme moyen contraceptif que comme outil de prévention des IST, certaines personnes justifiaient son absence d'utilisation par le fait d'avoir déjà une contraception. Cependant dans l'une des questions portant sur l'utilité du préservatif (partie contraception), le préservatif permettait pour 46 % de prévenir contre les IST/VIH et à 31,1 % d'éviter une grossesse.

d) Les rapports tarifés et en échange de services ou de cadeaux

Les hommes étaient significativement plus nombreux à déclarer avoir eu des rapports tarifés (4,5 % vs 1,3 %). Dans l'étude DFA 2011, 8,8 % des hommes et 0,5 % des femmes déclaraient avoir eu des rapports tarifés. Ici, plus les personnes étaient âgées et plus elles étaient concernées par le sexe tarifé. (5,3 % chez les 45 ans et plus et 3 % chez les 30-44 ans). Concernant les rapports sexuels contre services ou cadeaux seulement 1 % des personnes avaient déclaré en avoir déjà eu dans l'année en cours. A travers cette question, nous espérons pouvoir repérer la prostitution « officieuse » ou

« cachée », une forme de prostitution de subsistance souvent évoquée par les habitants, malheureusement les effectifs semblaient bien trop faibles. A noter également que les personnes du groupe de langues amérindiennes ne déclaraient pas être concernés par le sexe tarifé, mais avec 15,6 % d'entre eux qui ne répondaient pas à la question (ou ne savaient pas répondre). A l'instar de la question concernant l'orientation sexuelle, peut-on évoquer aussi ici un sujet tabou ? Il faut souligner que notre étude ne permettait pas de différencier les « clients » des « professionnels », ce qui rend l'interprétation des données difficiles.

Concernant l'utilisation du préservatif lors des rapports dits commerciaux (tarifés, contre échange de services ou de cadeaux), 22,2 % des personnes concernées déclaraient ne pas l'avoir utilisé lors du dernier rapport sexuel, les hommes plus souvent que les femmes (25 % vs 16,6 % ; NS) et les plus âgés plus souvent que les jeunes (25 % chez les 45 ans et plus vs 22,2 % chez les 30-44 ans et 0 % chez les 18-29 ans ; NS). Aux DFA en 2011 (10), la plupart des hommes avaient utilisé le préservatif lors du dernier rapport commercial (92 %). Cette proportion était supérieure chez les personnes plus jeunes avec 100 % des 18-34 ans vs 84,5 % des 35-69 ans. Nos résultats semblaient aller dans le même sens que ceux de la Métropole, avec des chiffres plus importants à la frontière franco-brésilienne en termes de non utilisation du préservatif.

Au total, ces résultats montrent que le préservatif est insuffisamment employé dans la région. La prévention en particulier chez les femmes et les personnes plus âgées font défaut d'autant plus au sein d'une population vulnérable et ce malgré l'état des connaissances sur le VIH supérieur à celui des hommes. Les hommes font partie des groupes les plus à risque de par leur mode de vie, partenaires occasionnel(le)s et recours au sexe tarifé. Le préservatif, bien plus souvent utilisé dans l'ensemble chez l'homme, peine à être suffisamment utilisé chez ceux qui ont des rapports tarifés (35).

e) Le dépistage

L'étude KABP DFA 2011-2012 montrait que les habitants des DFA semblaient accorder une certaine importance au dépistage. En effet en 2011, 70,1 % et 80 % des personnes indiquaient que faire régulièrement un test de dépistage et/ou demander à son partenaire de faire des tests étaient des méthodes « tout à fait » ou « plutôt » efficaces pour se protéger du VIH. Dans l'étude CAP 2011 au collège de Saint-Georges, 64 % des adolescents du collège de Saint-Georges lors de l'étude CAP de 2011 pensaient qu'il était facile de réaliser un dépistage. Selon les recommandations sur la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France de la HAS de 2009, réévaluées en Mars 2017, le dépistage doit pouvoir être proposé à l'ensemble de la population de 15 à 70 ans « au moins une fois dans la vie » lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à risque de contamination par le VIH. Elles insistent sur le renforcement du dépistage ciblé et régulier notamment chez les populations les plus exposées comme les HSH avec un dépistage tous les trois mois, et les populations originaires d'Afrique Subsaharienne, des Caraïbes et de la Guyane avec un dépistage par an. Dans cette partie nous avons évalué les différents comportements de la population transfrontalière et son adhésion face au dépistage. Différentes catégories se distinguent : ceux qui ont déjà réalisé un dépistage dans leur vie et les autres, ceux qui ont réalisé un dépistage dans l'année et les autres moins récemment, ceux qui déclarent réaliser un dépistage dans le futur et les autres. Dans l'étude CAP des DFA de 2011, 71,8 % avaient déjà fait un test dépistage VIH au cours de la vie, proportion supérieure à la Métropole (61,7 %). La Guyane se positionnait parmi le premier département où la population avait déjà eu recours au dépistage au cours de la vie (78,1 % vs 72,4 % en Guadeloupe ou 68,7 % en Martinique). De plus, les habitants de Guyane étaient plus nombreux à avoir réalisé un dépistage au cours des douze derniers mois (32,4 %). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes en Guyane à avoir déjà fait un test de dépistage au cours de la vie (83,7 % vs 71,5 %). L'étude montrait aussi un faible recours au dépistage chez les

hommes de 18-24 ans dans les DFA : en Guyane notamment, 51,2 % des hommes de 18- 24 ans de Guyane n'avaient jamais fait un dépistage dans leur vie.

Dans l'étude CAP de l'Oyapock, 93,4 % des personnes interrogées savaient que l'on pouvait détecter le VIH avec un test de dépistage et 92,7 % savaient où le réaliser. Dans la région transfrontalière une large majorité à 77,1 % des répondants avaient déjà réalisé un dépistage dans leur vie, et 39,2 % l'avaient fait au cours des douze derniers mois. Les hommes savaient significativement moins que les femmes où se faire dépister. De plus, ils étaient significativement plus nombreux à ne jamais s'être fait dépister dans leur vie (28,4 % vs 14 % chez les femmes), ces chiffres pouvant potentiellement être en lien avec le fait que les femmes se voient systématiquement proposer un dépistage pendant la grossesse. Outre le sexe comme facteur associé au dépistage, les répartitions en fonction de l'âge montraient des différences significatives. Les 45 ans et plus étaient moins nombreux à avoir déjà réalisé un dépistage dans leur vie, et moins nombreux à en avoir réalisé dans les douze derniers mois. En plus du sexe et de l'âge, l'appartenance culturelle semblait intervenir en effet, les groupes de langues amérindiennes et Créole étant significativement les plus nombreux à ne jamais s'être fait dépister (34,4 % pour le groupe de langues amérindiennes et 25,4 % pour le groupe de la langue Créole).

De manière générale le test de dépistage était significativement plus souvent demandé par les personnes, d'autant plus que leur niveau de connaissance sur le VIH était bon. Et quand il était proposé, il l'était significativement plus chez les femmes (28,5 % vs 25,5 %) et chez les sujets les plus âgés dont 29 % chez les 30-44 ans (la catégorie la plus importante à se dépister au cours de la vie), 28,1 % chez les 45 ans et plus (la catégorie se dépistant le moins) et 25,7 % chez les 18-29 ans. A Saint-Georges, les tests de dépistage étaient significativement plus souvent proposés aux personnes. En effet début 2017, la politique du CDPS évoluait pour se rapprocher des recommandations HAS dans la stratégie de dépistage VIH, les TRODs étaient quasi systématiquement proposés à tous les patients consultant. Au contraire, les politiques nationales et

brésiliennes sont en faveur d'une démarche active : une campagne « Eu quero saber » incite la population à aller demander des tests rapides dans les structures de soins. Les répondants déclaraient réaliser leur dépistage principalement en CDPS et en UBS.

Les données précédentes montrent ainsi que la population semble intégrer la notion de dépistage dans la lutte contre le VIH et plutôt l'accepter quand 85.1 % déclarent aller se faire dépister dans le futur. Mais elles mettent aussi le doigt sur l'insuffisance du dépistage chez les hommes et chez les personnes âgées de 45 ans et plus. Les 18-29 ans ne sont pas les plus mauvais élèves en matière de dépistage, malgré le fait qu'ils restent paradoxalement ceux à qui l'on propose le moins d'être dépistés. Le dépistage devrait être autant proposé aux 18-29 ans qu'aux autres catégories. Les catégories culturelles amérindienne et créole montrent encore une fois leur marginalisation et leur retrait face au dépistage. Ces personnes interrogées étaient les plus nombreuses à ne s'être jamais fait dépister ou encore celles qui savaient le moins où se faire dépister.

5. La discrimination

La partie D du questionnaire abordait le sujet de la discrimination envers les personnes atteintes du VIH. La discrimination est un sujet qui ne cesse d'être d'actualité et reste encore souvent un obstacle à la prévention, au dépistage, à la prise en charge optimale des personnes infectées par le VIH ainsi qu'au maintien d'une bonne qualité de vie des personnes traitées. Le questionnaire aborde cette thématique, à travers des questions de différents niveaux de proximité qui pourraient exister entre les répondants et les personnes atteintes du VIH. La discrimination est le résultat direct de certaines attitudes que peuvent avoir une population en raison des idées reçues et des diverses croyances souvent erronées. Pour une grande part de ces comportements discriminatoires, la crainte de la maladie semble peut-être, être en cause. En 2011, l'étude KABP DFA montrait que 60 % déclaraient craindre beaucoup le VIH/ sida pour elle-même, plus que le cancer (56 %) ou les accidents (52 %). En comparaison aux chiffres de la Métropole dont 30 % dans l'étude KABP Ile-de-France déclaraient craindre beaucoup le VIH/ sida. On

pourrait comprendre pourquoi une grande proportion des patients séropositifs VIH garde le secret vis-à-vis de leur proche, la crainte d'être rejeté ou dénigré.

En 2011, dans l'étude KABP DFA 18 % des habitants des DFA déclaraient connaître une personne séropositive ou malade du sida. Les chiffres étaient bien plus élevés en Guyane où les répondants indiquaient à 27,4 % connaître une personne malade contre 16,2 % aux Antilles. En Métropole, selon l'étude KABP Île-de-France 2010, 21,6 % déclaraient connaître une personne séropositive. Dans la région de l'Oyapock, c'est 39 % des répondants qui déclaraient connaître une personne séropositive. Un chiffre important qui pourrait laisser supposer d'une certaine cohabitation ou proximité qui existe entre le VIH et les habitants de cette région. Une autre hypothèse serait celle de la culture « village » qui a cours sur la frontière : tout se sait, y compris ce qui n'est pas avéré ; certaines personnes ont pu affirmer connaître des PvVIH sur la base de suspensions ou de rumeurs.

Lors de l'étude CAP 2011 menée chez les adolescents de Guyane, 72 % préféraient que le statut sérologique positif du membre de leur famille reste secret. Et dans les DFA en 2011, 5,4 % des personnes interrogées, déclaraient refuser de travailler avec une personne atteinte du VIH/sida, 12,7 % refusaient de manger chez elles, 26,2 % ne laissaient pas leurs enfants ou petits-enfants en sa compagnie, 33,6% ne laissaient pas une personne séropositive faire la cuisine, et 70,3 % refusaient d'avoir une relation sexuelle en utilisant un préservatif. En Guyane, les participants étaient encore moins nombreux à avoir des activités avec des personnes séropositives. En effet, 84 % acceptaient de travailler avec, 71,5 % d'aller manger chez elle, 52,5 % de laisser leurs enfants ou petits-enfants en sa compagnie, 44 % de la laisser faire la cuisine. La stigmatisation demeurait plus élevée dans les DFA qu'en Métropole.

A la frontière, comme dans le reste des DFA plus la situation supposait un degré de proximité avec la personne séropositive et plus les répondants pouvaient adopter des comportements discriminants. Ce constat était le même que lors de l'étude KABP des

DFA en 2011, qui révélait de plus qu'en Guyane les attitudes stigmatisantes étaient plus importantes que dans les autres départements. Ici à la frontière, face à une personne séropositive connue, 77 % refusaient avoir une relation protégée et 7 % ne répondaient pas ; 47 % refusaient de lui laisser leur enfants ou petits-enfants et 13 % ne répondaient pas ; 36 % refusaient de lui laisser cuisiner un plat et 10 % ne répondaient pas ; 24 % refusaient de manger chez elle et 6 % ne répondaient pas ; 11 % refusaient de travailler avec et 4 % ne répondaient pas ; 6 % refusaient d'être ami avec et 3 % ne répondaient pas. Par ailleurs 44 % des personnes interrogées préféraient que le statut sérologique du membre de leur famille reste secret.

Ces réponses d'allure discriminante peuvent être analysées en fonction du sexe. Bien que les femmes aient semblé avoir un comportement plus discriminant que les hommes, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative. L'analyse en fonction de l'âge montrait des attitudes plutôt discriminantes par les 45 ans et plus, mais de la même manière, la différence n'était pas significative ; à l'inverse, les 30-44 ans était le groupe où les personnes sans comportement discriminant étaient les plus fréquentes. L'analyse en fonction de l'âge montrait des attitudes plutôt discriminantes par les 45 ans et plus. Et l'analyse en fonction des groupes linguistiques montrait que les comportements discriminatoires prédominaient largement dans les communautés parlant Créole et les langues amérindiennes. Les groupes amérindien et créole appartenaient à 63,4 % et à 78,1 % au groupe des comportements fortement discriminatoires. Comme dans l'étude KABP DFA 2011 le comportement discriminant était favorisé par les mauvaises connaissances par le VIH, et influencé par les mêmes facteurs socio-économiques (niveau scolaire inférieur au lycée, absence de revenu ou allocations). Compte-tenu de nos résultats, on peut faire l'hypothèse que ces mauvaises connaissances aboutissent à une surévaluation des modes de contamination et du caractère incurable de l'infection par le VIH, et à une méconnaissance des thérapeutiques actuelles et du circuit de soins, et donc à une peur majorée de contracter

le virus (allant jusqu'à un refus plus fréquent du dépistage), pouvant partiellement expliquer les comportements d'exclusion.

6. La contraception, les grossesses et l'avortement

Cette partie du questionnaire permettait une évaluation des connaissances de la contraception. Partant du fait que nous avons des taux de grossesses précoces importants en Guyane et au Brésil, nous voulions évaluer les éventuelles difficultés d'accès à la contraception au sein de cette région transfrontalière. La contraception d'urgence était aussi abordée. Connaissant les contraceptifs les plus utilisés en France et au Brésil, nous voulions voir si ceux utilisés dans cette région étaient à l'image du point de vue national.

La couverture contraceptive semblait trop faible dans la région, 41,5 % de notre population n'utilisait pas de contraceptifs malgré une population globalement jeune. La méthode contraceptive non médicalisée avec l'utilisation du préservatif prédominait à 20,9 % sur les autres méthodes. Seulement 10,4 % utilisaient la pilule, et 6,9 % des injections hormonales. Le stérilet n'était que très peu utilisé avec 0,9 % des réponses. Au Brésil bien que la première méthode contraceptive soit la stérilisation féminine, dans la région limitrophe franco-brésilienne elle ne représentait que 1,3 % au profit du préservatif, des injections mensuelles et de la pilule. Côté Guyane on préférait le préservatif, la pilule et l'implant. Une partie des femmes déclaraient s'approvisionner à la pharmacie surtout du côté d'Oiapoque, et à l'hôpital du côté français. A noter que cette question portait à confusion car certains habitants de Saint-Georges et d'Oiapoque qualifient le CDPS également d'hôpital. Nous pouvons remarquer que certaines femmes se fournissaient en contraceptif par le biais de la médecine traditionnelle. Aucune notion d'efficacité n'a pu être relevée.

Cette partie permettait d'évaluer aussi l'accès à la contraception. Pour 46,3 % des interrogés il n'y avait aucun problème pour avoir une contraception quand on en avait besoin, seulement 2 % évoquaient les problèmes économiques.

La pilule du lendemain est une contraception d'urgence. Dans l'étude aux DFA trois personnes sur dix y avaient eu recours. Et 29,6 % des femmes sexuellement actives de 18 à 54 ans avaient eu recours au cours de la vie. Des chiffres supérieurs à ceux de la Métropole. En Guyane 32,1 % des femmes et 28,5 % des hommes avaient déjà eu recours à la contraception d'urgence. Dans la région transfrontalière de l'Oyapock entre Saint-Georges et Oiapoque, l'usage de la contraception d'urgence était plus important que celle décrite dans l'étude de 2011 aux DFA. En effet 37,8 % des personnes interrogées déclaraient avoir déjà pris la pilule du lendemain une fois. Certains groupes, qui avaient défini comme langue maternelle le Créole et ou une langue amérindienne faisaient partie des moins nombreux à l'avoir déjà utilisé.

Les connaissances globales de la contraception étaient correctes en particulier chez les femmes et les jeunes. Les femmes faisaient partie à 38,1 % et les 18-29 ans à 31,2 % du groupe des bonnes connaissances sur la contraception. Les plus mauvais scores étaient détenus par ceux qui parlaient le Créole guyanais et une langue amérindienne. Encore une fois ces deux groupes se distinguaient. Les personnes interrogées à Saint-Georges avaient un meilleur score de connaissance sur la contraception que celles d'Oiapoque, probablement en raison du travail actif des sages-femmes du CDPS et de la PMI, le statut sage-femme n'existant pas au Brésil.

Dans notre échantillon, 87,5 % des femmes interrogées avaient déjà eu une grossesse, dont 79,4 % des 18-29 ans. On notait 3,1 enfants par femme en moyenne, à l'image de la Guyane mais pas de celle du Brésil pris dans son ensemble (1,7 enfants par femme). Environ 16 % des femmes interrogées avaient déclaré avoir déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse, ce qui représentait 25% de l'effectif des femmes interrogées à Saint-Georges, et environ 10% des femmes interrogées au Brésil (toutes les IVG ayant été réalisé au Brésil pour ces dernières). On rappelle qu'au Brésil, l'avortement est illégal à l'exception d'une grossesse avec risque vital pour la mère, issue d'un viol ou dans le cas d'anencéphalie. On estime à un million le nombre

d'avortements illégaux chaque année. Ces chiffres, bien que semblant élevés, sont difficiles à comparer aux données nationales ou régionales, généralement exprimées en nombre d'avortement annuel pour 1000 femmes ou en nombre d'avortement pour 1000 naissances. Les femmes de nationalité unique brésilienne de la région de l'Oyapock semblent confrontées au problème d'accès à l'avortement et d'autant plus que sans passeport français, elles ne pourront pas franchir le barrage de Régina pour rejoindre l'hôpital de Cayenne. L'accès à l'avortement est donc inégal au sein de cette région.

Conclusion

En Guyane, on parle d'épidémie généralisée devant la forte prévalence VIH, chaque année sur le territoire. Les nombreuses disparités qui y existent sont à l'origine d'un dynamisme épidémique assez caractéristique dans les régions isolées. Ces dernières où l'épidémie était initialement retardée, voient le nombre de personnes suivies pour le VIH en dispensaire augmenter d'années en années. Les populations transfrontalières apparaissent différentes de celles du littoral, et soumises à plusieurs facteurs de risque d'exposition au VIH. Le terme « vulnérables » qualifie ces populations et les incorpore dans une catégorie de personnes à ne pas négliger dans l'action à mener contre le VIH aux frontières ou sur les territoires brésilien et guyanais. En raison des nombreuses difficultés socio-économiques, de l'isolement géographique et social, des carences sanitaires, la région transfrontalière semble particulièrement propice à la vulnérabilité des personnes. Les comportements, les pratiques et les attitudes vis-à-vis de la santé et plus particulièrement du VIH et de la contraception, semblent être liés à l'instabilité de ces régions. Plusieurs projets comme OCS ont vu le jour pour tenter d'expliquer toute cette dynamique complexe et pouvoir apporter des solutions fiables. Il convient d'adapter les actions à mener face aux évolutions comportementales. Pour cela les études CAP paraissaient être des outils fiables. Cette étude CAP de l'Oyapock est la première menée à Saint-Georges et à Oiapoque en population adulte générale. Elle s'articule sur trois axes, celui des connaissances, des attitudes et des pratiques des habitants vis-à-vis du VIH et de la contraception. Elle permet d'étudier les différents facteurs influenceurs en matière de santé que subissent ces populations, souvent moins concernées par les politiques sanitaires standards.

Les résultats obtenus sont plutôt cohérents avec ceux obtenus dans les DFA ou les autres études CAP malgré certaines caractéristiques. On constate une méconnaissance de certains modes de transmission du VIH. Et cette méconnaissance est potentiellement

à l'origine d'erreurs en matière de prévention et surtout de phénomènes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Il faut insister via les actions sanitaires sur ces thèmes. Il faut reprendre l'information à la source, c'est-à-dire à l'école, insister sur les messages à faire passer à la télévision ou sur les autres supports visuels. Dans cette région limitrophe, beaucoup pensaient que le VIH était transmis par une piqûre de moustique au même titre que le paludisme ou la dengue. D'autres étaient persuadés que l'on pouvait attraper le VIH en buvant dans le verre d'une personne contaminée.

Dans le domaine du dépistage, on constate une certaine adhésion de la part des habitants. En effet, ils semblent plutôt sensibilisés au dépistage et partagent l'idée notamment de se faire dépister dans l'avenir. Ces résultats sont le fruit des nouvelles stratégies initiées et renforcées sur le sol guyanais, brésilien et dans la région de l'Oyapock par le biais du Centre de Santé et des UBS brésiliens. En Guyane, on se rappelle des recommandations HAS 2009 sur les stratégies de dépistage de l'infection à VIH remises à jour en 2017. Elles prévoient un dépistage par an au moins dans la population générale en Guyane française, et d'insister sur le dépistage auprès des populations plus exposées telles que la communauté homosexuelle masculine ou les travailleuses du sexe. Les politiques brésiliennes misent aussi beaucoup plus sur les actions de dépistages, surtout chez les jeunes. En 2016, en France, pour 43 % des découvertes de séropositivité il s'agissait du premier test VIH réalisé. Il y a un véritable enjeu à dépister toute la population car cela contribue fortement à lutter contre le VIH. Parmi nos données les 45 ans et plus étaient les plus nombreux à n'avoir jamais réalisé de dépistage dans leur vie. Cela peut s'expliquer par le fait qu'aujourd'hui on réalise des tests de dépistage plus jeune et plus souvent.

D'autres problématiques ont pu être soulevées, comme celles concernant les groupes de langues Créole guyanais et amérindiens. Ces groupes à plusieurs reprises se sont distingués comme étant les groupes se dépistant le moins, les groupes ayant les plus faibles connaissances sur le VIH et la contraception ou ceux faisant le plus preuve de

discrimination, ou ayant les plus faibles connaissances sur la contraception d'urgence. Les actions de dépistage, de prévention et les programmes de santé reproductive ne sont pas adaptés et sont inefficaces. Les barrières sont la culture, les croyances et la langue. Les campagnes concernant la sexualité et la reproduction doivent pouvoir cibler ces groupes en retrait et renforcer l'information. Il faut faire appel à des médiateurs culturels, à des pairs, à des habitants de la communauté, les former et faire des campagnes traduites dans la langue d'origine. Les informations délivrées en Français ou en Portugais ne suffisent pas malgré le multilinguisme de la région.

Nous avons pu mettre en avant un lien entre certains comportements à risque et l'utilisation du préservatif. La lutte contre le VIH passera toujours par l'utilisation du préservatif, en combinaison avec les autres moyens de prévention combinée du VIH. Mais paradoxalement ce ne sont pas ceux qui possèdent les meilleures connaissances ou qui ont les pratiques les moins à risques qui se protègent le mieux. En exemple le cas des femmes et des hommes. Aucun groupe affilié au genre, à l'âge ou autres caractéristiques ne doit être négligé pour le port du préservatif d'autant plus quand la réponse apportée pour l'absence d'utilisation du préservatif lors d'un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel est de ne pas avoir pensé que cela était nécessaire.

Les phénomènes stigmatisant et discriminatoires envers les personnes séropositives sont fréquents et personne ne peut les ignorer. Les mentalités doivent changer et pour cela il faut des campagnes de sensibilisation également axées sur les connaissances, puisque nous avons vu que les mauvaises connaissances font le lit de la discrimination. On parle parfois d'une approche genrée de l'épidémie du VIH, les femmes sont très souvent des victimes privilégiées en raison d'un statut social dégradé imposé par l'inégalité homme et femme. Mais cette lutte contre les stigmatisations et les discriminations doit pouvoir être envisagée du point de vue de la victime mais aussi de celui qui stigmatise, on prendra en compte les aspects sociaux, le genre et les différents stéréotypes associés. Paradoxalement, les femmes faisaient plus preuve d'un comportement discriminant.

La partie contraception a pu montrer que la couverture contraceptive était insuffisante dans la région transfrontalière et particulièrement chez les jeunes malgré un accès aux contraceptifs simplifié et économique. Mais les groupes linguistiques amérindiens et Créole guyanais ne semblaient pas avoir la même facilité d'accès que les autres groupes et les connaissances sur la contraception d'urgence étaient les plus faibles. Il est donc logique de poser l'intérêt des programmes de santé sexuelle et reproductive et de les élargir en zones isolées.

Un autre point que nous pouvions traiter, est celui des non-dits, du tabou qui règne autour du VIH bien-sûr, mais aussi autour de certains comportements (sexe tarifé, sexe en échange de cadeaux ou de services) ou de son orientation sexuelle (homosexuelle) par crainte d'être stigmatisé. Cela témoigne peut-être aussi de l'ambiance générale qui règne dans ces régions isolées, confinées où certaines mentalités vont à l'encontre de l'acceptation de l'autre et de ses différences simplement par crainte et par méconnaissances. Le problème avec les non-dits c'est qu'ils échappent bien souvent aux actions de prévention.

L'association !Dsanté, le CHAR et l'association DPAC Fronteira, à travers le projet OCS, espèrent contribuer à la diminution des infections sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées et des violences faites aux femmes dans la zone transfrontalière. Le volet formation permettra de renforcer les connaissances des acteurs de santé de la région, de pouvoir en faire des référents auprès de la population et de multiplier le nombre d'actions d'éducation en santé. Le volet prévention combinée offrira la prise en charge, les soins et le suivi régulier dont les patients concernés pourront avoir besoin, et cela par l'action dédiée d'une infirmière attachée au suivi des patients atteints du VIH. Ce travail se fait en collaboration avec l'association DAAC Guyane dont le rôle de médiateur est capital dans la zone. Le volet Centre de Soutien ou Centro de Apoio a pour but d'apporter l'aide aux femmes victimes de violences ou aux PvVIH et plus généralement aux personnes vulnérables.

Fin 2017, dans la continuité du projet transfrontalier OCS, nous avons proposé une consultation spécialisée autour de la sexualité au CDPS de Saint-Georges une fois par semaine sur un créneau horaire de 4h : la « Consult'Sexo ». Les patients venaient d'eux-mêmes informés lors de la distribution de cartes de visite ou d'affiches publiques ou accompagnés de médiateurs de la DAAC. Plusieurs consultations ont été menées de décembre 2017 à avril 2018 (accompagnement chez une victime de viol, prescription de contraception, homosexualité, dépistages, comportements à risque etc...). Mise en place au départ dans le but d'identifier des patients répondants aux critères de la PrEP, cette consultation s'avérait aborder une multitude de sujets. Au final, nous avons dû avorter le projet de cette action qui semblait pourtant mal adaptée aux besoins de la population pour diverses raisons et notamment à cause de la dimension « petit village ». Cette étude CAP, pourra apporter des informations importantes sur les besoins globaux et sur les sujets à aborder préférentiellement dans la zone transfrontalière en matière de sexualité et de santé reproductive.

Une nouvelle enquête devrait avoir lieu au bout des 3 ans du projet OCS, afin de suivre l'évolution des connaissances, des comportements et des attitudes vis-à-vis du VIH et de la contraception.

Aujourd'hui la France et le Brésil n'ont d'autres choix que de mener des projets de coopération transfrontalière pour lutter activement contre le VIH et contre les grossesses précoces.

Références bibliographiques

1. Boser Ana ME, Bidaud Bastien AL, Epelboin Loic GM, Brousse Paul C. VIH sur la frontière franco-brésilienne: mobilité et précarité sur une région en épidémie généralisée [Internet]. ResearchGate. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/320215123_VIH_SUR_LA_FRONTIERE_FRANCO-BRESILIENNE_MOBILITE_ET_PRECARITE_SUR_UNE_REGION_EN_EPIDEMIE_GENERALISEE
2. HIV-testing among female sex workers on the border between Brazil and French Guiana: the need for targeted interventions. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26375641>
3. Ferreira-Júnior O da C, Guimarães MDC, Damacena GN, de Almeida W da S, de Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL, et al. Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. *Medicine (Baltimore)*. mai 2018;97(1S Suppl 1):S3-8.
4. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine*. mai 2018;97(1S):S9.
5. Douine M, Mosnier E, Le Hingrat Q, Charpentier C, Corlin F, Hureau L, et al. Illegal gold miners in French Guiana: a neglected population with poor health. *BMC Public Health*. 17 2017;18(1):23.
6. Guimarães ML, Marques BCL, Bertoni N, Teixeira SLM, Morgado MG, Bastos FI, et al. Assessing the HIV-1 Epidemic in Brazilian Drug Users: A Molecular Epidemiology Approach. *PLoS ONE*. 2015;10(11):e0141372.
7. Huber F, Merceron A, Madec Y, Gadio G, About V, Pastre A, et al. High mortality among male HIV-infected patients after prison release: ART is not enough after incarceration with HIV. *PLoS ONE*. 28 avr 2017;12(4):e0175740.
8. Hanf M, Bousser V, Parriault MC, Van-Melle A, Nouvellet M-L, Adriouch L, et al. Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS Care*. 1 avr 2011;23(4):476-85.
9. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health*. 19 janv 2012;12:53.
10. Observatoire régional de santé (Ile-de-France), Halfen S, Lydié N, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels*. Paris: La Documentation française; 2014.
11. Populations légales 2015 I Insee [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3292701>
12. Jolivet A. Migrations, santé et soins en Guyane [Internet] [phdthesis]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2014 [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01067997/document>
13. Anne-Laure Transler, Pascal Saffache et Didier Moullet, « L'activité aurifère en Guyane : contexte et perspectives », *Études caribéennes* [En ligne], 5 | Décembre 2006, mis en ligne le 15 décembre 2006, consulté le 07 décembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/etudescaribeennes/315> ; DOI : 10.4000/etudescaribeennes.315Migrants
14. Didier Moullet, Pascal Saffache y Anne-Laure Transler, « L'orpaillage en Guyane française : synthèse des connaissances », *Études caribéennes* [En línea], 4 | Juillet 2006, Publicado el 15 julio 2006, consultado el 07 diciembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/etudescaribeennes/753> ; DOI : 10.4000/etudescaribeennes.753
15. Barbara Gragnic, Hugues Horatius-Clovis, « L'état de l'école en Guyane » [En ligne], publié le 16 décembre 2014, consulté le 7 décembre 2018. URL: [L'état de l'école en Guyane - Inseehttps://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1893540/gy_ind_01.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1893540/gy_ind_01.pdf)
16. Théry H. Les populations du Brésil, disparités et dynamiques. *Espace populations sociétés Space populations societies* [Internet]. 12 janv 2015 [cité 19 nov 2018];(2014/2-3). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/eps/5733>
17. Neto JLF, Araújo JNG de. L'expérience brésilienne du Système unique de santé (sus) : gestion et subjectivité dans un contexte néolibéral. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 5 juin 2012;(13):227-39.

18. Behrens R. « Le système de santé brésilien et les droits des usagers ». :465. Thèse de Docteur en droit public, Université du Droit et de la Santé de Lille 2, 18 juin 2014
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brazil), Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Brazil), éditeurs. Para entender a gestão do SUS. 1a ed. Brasília, Brazil: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011. 13 p.
20. Elias PEM, Cohn A. Health Reform in Brazil: Lessons to Consider. *Am J Public Health*. janv 2003;93(1):44-8.
21. University of Scranton of Panuska College of Professional Studies, Office of Undergraduate Admissions, 800 Linden Street, Scranton, PA 18510-4699, Bell K. HIV Prevention in Brazil. *Clinical Social Work and Health Intervention*. 31 déc 2016;7(4):33-40.
22. VIH, reduction des prejudices et droits de la personne. *Canadian Medical Association Journal*. 1 mars 2005;172(5):607-607.
23. Inglez-Dias A, Ribeiro JM, Bastos FI, Page K. Políticas de redução de danos no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. janv 2014;19:147-58.
24. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. févr 2017;22(2):653-60.
25. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet*. 15 mai 1993;341(8855):1258-61.
26. Darmon N, Khlat M: An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr* 2001, 4(2):163-172.
27. Lert F, Melchior M, Ville I: Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007, 55(6):391-400.
28. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C: Inégalités de santé liées à l'immigration en France : Effet des conditions de vie ou sélection à la migration? *La revue économique* 2009, 60(2):385-411.
29. Lapostolle A, Massari V, Chauvin P: Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France. *AIDS Care* 2011, 23(9):1117-27.
30. Boser AS, Bidaud B, Maues S, Guiraud N, Mendes AM, Lacapere F, et al. Addressing Hiv on the French Guianese-brazilian border: no choice but collaboration! *Aids*. 13 mars 2018;32(5):539-42.
31. Mosnier E, Epelboin L, Guiraud N, Jacoud E, Guarmit B, Auz M, et al. Les périphéries de l'épidémie de VIH en Guyane: particularités des zones isolées. In 2016 [cité 3 avr 2018]. p. 63. Disponible sur: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-01475954/document>
32. Niemetzky F. Epidémie de Bérubéri chez des orpailleurs en Guyane entre septembre 2013 et Juillet 2014. :8.
33. WWF France. « Lutte contre l'orpaillage illégal en Guyane: orientation pour une efficacité renforcée ». :21. [En ligne] Juin 2018, consulté le 20 novembre 2018. URL: https://www.wwf.fr/sites/default/files/doc-2018-06/180613_Rapport_Lutte_orpaillage_illegal_Guyane.pdf
34. Guillemaut F, Schutz- Samson M. « Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/ sida ». Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, DGS/RI 2, Bureau des infections par le VIH, les IST et les hépatites. Novembre 2011.: 98.
35. Parriault M. « Connaissances, attitudes et pratiques vis à vis du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque, Brésil ». :372. Thèse de Docteur en sciences de la vie option santé publique. Université des Antilles et de la Guyane. 2011.
36. Gap report [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.unaids.org/fr/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>.
37. Un aids. « Le sida en chiffres 2015 ». :12. [En ligne] 2016. Consulté le 16 octobre 2018. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_fr.pdf
38. Desenclos J-C, Dabis F, Semaille C. Épidémiologie du VIH dans le monde : particularités de l'épidémie au Nord et au Sud. 2013;17:13.

39. Onusida. « Le point sur l'épidémie du sida: décembre 2003, Amérique latine et caraïbes ».:20. [En ligne]. Consulté le 20 novembre 2018. URL: https://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/epiupdate2003_II_fr.pdf
40. Hoagland B, Moreira RI, De Boni RB, Kallas EG, Madruga JV, Vasconcelos R, et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. *J Int AIDS Soc.* 06 2017;20(1):21472.
41. Pilkington V, Hill A, Hughes S, Nwokolo N, Pozniak A. How safe is TDF/FTC as PrEP? A systematic review and meta-analysis of the risk of adverse events in 13 randomised trials of PrEP. *J Virus Erad.* 1 oct 2018;4(4):215-24.
42. Desai M, Field N, Grant R, McCormack S. State of the art review: Recent advances in PrEP for HIV. *BMJ.* 11 déc 2017;359:j5011.
43. Oliveira R do SM de, Benzaken AS, Saraceni V, Sabidó M. HIV/AIDS epidemic in the State of Amazonas: characteristics and trends from 2001 to 2012. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2015;48 Suppl 1:70-8.
44. De Sousa Mascena Veras MA, Calazans GJ, de Almeida Ribeiro MCS, de Freitas Oliveira CA, Giovanetti MR, Facchini R, et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* sept 2015;19(9):1589-98.
45. Sabidó M, Kerr LRFS, Mota RS, Benzaken AS, de A. Pinho A, Guimaraes MDC, et al. Sexual Violence Against Men Who Have Sex with Men in Brazil: A Respondent-Driven Sampling Survey. *AIDS Behav.* 1 sept 2015;19(9):1630-41.
46. Guimarães ML, Marques BCL, Bertoni N, Teixeira SLM, Morgado MG, Bastos FI, et al. Assessing the HIV-1 Epidemic in Brazilian Drug Users: A Molecular Epidemiology Approach. *PLoS ONE.* 2015;10(11):e0141372.
47. Szwarcwald CL, Damacena GN, de Souza-Júnior PRB, Guimarães MDC, de Almeida W da S, de Souza Ferreira AP, et al. Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine.* mai 2018;97(1S):S54.
48. El Maerawi I, Carvalho HB. Prevalence and risk factors associated with HIV infection, hepatitis and syphilis in a state prison of São Paulo. *Int J STD AIDS.* févr 2015;26(2):120-7.
49. Simon A, Billaud E. Dépistage et prévention: les défis du contrôle de l'épidémie de l'infection par le VIH en France. :2.
50. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine.* 3 déc 2015;373(23):2237-46.
51. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV-1 Prevention among Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med.* 2 août 2012;367(5):399-410.
52. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 30 déc 2010;363(27):2587-99.
53. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_3.html
54. Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. 2015;8.
55. Nacher M, Vantilcke V, Parriault MC, Van Melle A, Hanf M, Labadie G, et al. What is driving the HIV epidemic in French Guiana? *Int J STD AIDS.* mai 2010;21(5):359-61.
56. Cire Guyane, Cire Antilles. « Bulletin de veille sanitaire- N°3/ Décembre 2016/ IST- VIH ». :35. Disponible en ligne sur Bulletin de veille sanitaire — N° 3 / Décembre 2016 / IST-VIH - InVS invs.santepubliquefrance.fr/content/download/132671/.../60/.../bvs_ag_2016_03.pdf
57. dos Anjos Silva L, Divino F, da Silva Rêgo MO, Lima Lopes IG, Nóbrega Costa CM, da Silva Pereira FC, et al. HIV-1 Genetic Diversity and Transmitted Drug Resistance in Antiretroviral Treatment-Naive Individuals from Amapá State, Northern Brazil. *AIDS Research and Human Retroviruses.* avr 2016;32(4):373-6.
58. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil [Internet]. [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/28344-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>

59. Annick Vilain, Sylvie Rey, 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>
60. Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Elodie Baril, *Population & Sociétés* n° 518, janvier 2015, intitulé « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété » [cité 8 janv 2019]. Disponible sur https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22923/cp15jan2015ps518.fr.pdf
61. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Île- de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de- France, 2011:153 p. http://www.orsidf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf
62. Martin M. « Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH chez les adolescents de Cayenne en 2011 ». :137. Thèse de Docteur en Médecine Générale. Université des Antilles et de la Guyane. 2011.

Annexes

1. Annexe 1 : Le questionnaire en Français



Présentation et consentement

« Je suis XX, je fais partie de l'association !Dsanté qui mène en partenariat avec le Centre de Santé de Saint-Georges et l'association DPAC Fronteira à Oiapoque un projet de lutte contre le VIH/SIDA appelé « Oyapock Coopération Santé ».

Dans le cadre de ce projet, nous interrogeons les habitants de Saint-Georges et Oiapoque pour connaître les connaissances, les attitudes et représentations sur le VIH et sur les moyens de contraception. Votre maison a été tirée au sort pour participer à ce questionnaire et j'aimerais vous poser quelques questions. Votre participation est volontaire. Vos réponses nous aideront beaucoup dans le cadre du projet de lutte contre le VIH /SIDA. Vos informations personnelles (nom, adresse, etc) ne seront pas communiquées et resteront secrètes. Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude. L'interview durera à peu près 20 minutes. Acceptez-vous de participer à cette étude ? »

L'enquêteur atteste avoir reçu le consentement oral de la personne :

Nom de l'enquêteur et numéro d'identification :

Signature de l'enquêteur :

Numéro du questionnaire : _____ (10 chiffres)

Heure de début du questionnaire : ____ h ____

Heure de fin du questionnaire : ____ h ____

Commentaires de l'enquêteur (si besoin)

Je vais commencer par vous poser quelques questions sur vous

Un homme

Une femme

Autrement (précisez) :

Autrement (précisez) :

[illegible]

(mettre 99 si ne connaît pas son age)

[illegible]

(une seule réponse possible)

Français ☐

Créole guyanais

Créole haïtien	
----------------	--

Portugais du Brésil

Palikur	
---------	--

Teko

Wayampi

Kalin'ia	
----------	--

Chinois

Hmong	
-------	--

Sranatongo (créole du Suriname)

Autre

--



A4. Avez-vous un salaire, un revenu lié à une activité professionnelle ou recevez-vous des allocations ?

(une seule réponse possible)

- Salaire ☐
- Revenu lié à une autre activité (hors salariat) ☐
- Allocations ☐
- Aucun ☐
- Autre ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

A5. Quel est le niveau scolaire le plus haut que vous ayez atteint ?

(une seule réponse possible)

- N'est jamais allé à l'école ☐
- Primaire ☐
- Collège ☐
- Lycée ☐
- Université (études supérieures) ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

Partie B:

Je vais maintenant vous poser des questions sur le VIH/SIDA

B1. Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du SIDA ?

(Si 'non' passez à la partie C)

- Oui ☐
- Non ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐



B4. Peut-on guérir du VIH/ SIDA ?

(Guérir signifie ne plus être malade)

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

B5. Est-ce qu'une personne infectée par le VIH a toujours l'air très malade ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

B6. Selon vous peut- on éviter d'être infecté par le VIH/SIDA ?

(Autre formulation possible : Selon vous peut-on se protéger du VIH/SIDA ?)

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

B7. Pensez-vous que le VIH/SIDA se transmet par le sang ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

B8. Pensez-vous que le VIH/SIDA se transmet par la sueur ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐



B9. Pensez-vous que le VIH/SIDA se transmet par le sperme ?

Oui ☐
 Non ☐
 Pas de réponse ☐
 Ne sait pas ☐

B10. Pensez-vous que le VIH/SIDA se transmet par les larmes ?

Oui ☐
 Non ☐
 Pas de réponse ☐
 Ne sait pas ☐

B11. Pensez-vous que le VIH/SIDA se transmet pendant la grossesse de la mère au bébé ?

Oui ☐
 Non ☐
 Pas de réponse ☐
 Ne sait pas ☐

B12. Pensez-vous que le VIH/SIDA se transmet par le lait maternel ?

Oui ☐
 Non ☐
 Pas de réponse ☐
 Ne sait pas ☐

B13. On peut attraper le VIH/SIDA par une piqûre de moustique ?

Oui ☐
 Non ☐
 Pas de réponse ☐
 Ne sait pas ☐

B14. On peut attraper le VIH/SIDA en buvant dans le verre d'une personne infectée par le VIH/SIDA ?

Oui ☐
 Non ☐
 Pas de réponse ☐
 Ne sait pas ☐

Oui ☐

Non

Pas de réponse

Ne sait pas ☐

Oui ☐

Non 

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

Oui ☐

Non

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

Pharmacie ☐Hôpital / Centre de Santé Association ☐Médecin traditionnel ☐Marché ☐

Ne sait pas ☐

Pas de réponse ☐Autre 

Autre

[illegible]



B19. Si je suis infecté par le VIH et que je prends correctement les médicaments prescrits par le médecin je peux vivre comme tout le monde ?

Oui	
Non	
Pas de réponse	
Ne sait pas	

B20. Est-ce qu'une femme enceinte infectée par le VIH peut faire quelque chose pour empêcher la transmission du virus à son bébé ?

Oui	☐
Non	☐
Pas de réponse	☐
Ne sait pas	☐

B21. Selon-vous existe-t-il un moyen de se protéger du VIH si je n'ai pas utilisé de préservatif lors d'un rapport sexuel avec quelqu'un dont je ne sais pas si il a le VIH/SIDA ?

Oui	☐
Non	☐
Ne sait pas	☐
Pas de réponse	☐

Partie C:

Je vais maintenant vous poser des questions plus personnelles. Certaines ne vous concernent pas forcément. Je vous rappelle que ce questionnaire est strictement anonyme et que vos réponses sont destinées seulement aux chercheurs. Vous n'êtes pas obligé de répondre.

C1. À quel âge avez-vous eu un rapport sexuel pour la première fois ?

(Pour les besoins de l'enquête un rapport sexuel est défini comme un rapport vaginal ou anal avec pénétration)

(Si "n'a jamais eu de rapport", passez à la partie D)

N'a jamais eu de rapport	
Ne sait pas	
Pas de réponse	
Age :	

Age :

[illegible]

Pas de réponse	
----------------	--

Ne sait pas	
-------------	--

Nombre :

[illegible]

Ne sait pas

Autre ☐



C7. Êtes-vous actuellement en couple avec un conjoint.e / partenaire régulier ?

(Un partenaire régulier est défini comme une personne avec laquelle on a des rapports sexuels et avec laquelle on vit).

(Si "non" passez à la question C10)

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

C8. La dernière fois que vous avez eu un rapport sexuel avec votre partenaire régulier, avez-vous utilisé un préservatif ?

(Si "oui" passez à C10)

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

C9. Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de préservatif cette fois-là ?

(Plusieurs réponses possibles)

Pas de préservatif disponible ☐

Pas de préservatif gratuit disponible ☐

Trop cher ☐

Le partenaire s'y est opposé ☐

Ne les aime pas ☐

Utilisation d'un autre contraceptif ☐

N'a pas pensé à en utiliser un ☐

Ne sait pas ce qu'est un préservatif ☐

Veut avoir un enfant ☐

Raison religieuse ☐

N'a pas pensé que c'était nécessaire ☐

Ne sait pas ☐

Pas de réponse ☐

(Si "non" passez à la question C15)

Non	
-----	--

Pas de réponse	
----------------	--

Ne sait pas	
-------------	--

Ne sait pas ☐

Pas de réponse	
----------------	--

Nombre :

Nombre :

[illegible]

(Si "oui" passez à C14)

Oui ☐

Non

Pas de réponse	
----------------	--

Ne sait pas	
-------------	--

(Plusieurs réponses possible)

(Suite des réponses à la page suivante)

☐ Pas de préservatif disponible

Pas de préservatif gratuit disponible

Trop cher ☐Le partenaire s'y est opposé ☐

Ne les aime pas ☐

Utilisation d'un autre contraceptif (préciser) ☐

Autre (précisez) :



C17. La dernière fois que vous avez eu des rapports en échange d'argent, de cadeaux ou de services, avez-vous utilisé un préservatif ?

(Si "non" passez à C18)

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

C18. Si vous avez utilisé un préservatif cette fois-là, qui l'a suggéré ?

(Passez à C19)

Moi ☐

Mon partenaire ☐

Décision commune ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

C19. Pourquoi n'avez-vous pas utilisé le préservatif cette fois-là ?

Pas de préservatif disponible ☐

Pas de préservatif gratuit disponible ☐

Trop cher ☐

Le partenaire s'y est opposé ☐

Ne les aime pas ☐

Utilisation d'un autre contraceptif (préciser) ☐

N'a pas pensé à en utiliser un ☐

Ne sait pas ce qu'est un préservatif ☐

Veut avoir un enfant ☐

Raison religieuse ☐

N'a pas pensé que c'était nécessaire ☐

Ne sait pas ☐

Pas de réponse ☐



C20. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé un préservatif lors de rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de service ?

- À chaque fois ☐
- Fréquemment (plus de la moitié du temps) ☐
- Parfois (moins de la moitié du temps) ☐
- Jamais ☐
- Ne sait pas ☐
- Pas de réponse ☐

Partie D:

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur les moyens de savoir si on a le VIH/ SIDA.

D1. Un test de votre sang (dépistage) peut vous dire si vous êtes positif au VIH ?

(Si "non" passez à la partie E)

- Oui ☐
- Non ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

D2. Connaissez-vous un endroit où vous pourriez faire le test / dépistage pour savoir si vous avez le VIH / SIDA ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

D3. Avez-vous fait déjà fait une ou plusieurs de ces tests / dépistage au cours de votre vie ?

(Si "non" passez a D7)

- Oui ☐
- Non ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

Précisez que l'enquêteur ne souhaite pas en connaître le résultat

7

7

1

7

7

7

1

1

1

1

7

1

1

1

1

7

1

7

□

Autre (précisez) :

[illegible]

(Si "oui", sautez une question)

Non

Pas de réponse	
----------------	--

Ne sait pas	
-------------	--

Ne sait pas où faire le test

Est certain de ne pas être infecté ☐

Peur du résultat	
------------------	--

Peur de la prise de sang	
--------------------------	--

Peur d'attraper une infection ☐

Peur de la stigmatisation	
---------------------------	--

Ne pense pas que le test est confidentiel

Trop cher ☐

pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

Autre (précisez) :

Autre (précisez) :

[illegible]

Partie E:
Je vais maintenant vous poser des questions sur les personnes qui sont infectées par le VIH ou ont le SIDA.

Oui ☐

Non

Pas de réponse	
----------------	--

Ne sait pas	
-------------	--



E2. Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous de travailler avec cette personne ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

E3. Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous de manger chez cette personne ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

E4. Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous de laisser votre enfant / petit-enfant chez cette personne ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

E5. Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous d'embaucher cette personne pour cuisiner pour vous ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

E6. Si vous connaissiez une personne infectée par le VIH, accepteriez-vous d'avoir des rapports protégés avec elle ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐



E7. Arrêteriez-vous d'être ami avec une personne si vous appreniez qu'elle est infectée par le VIH ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

E8. Avez-vous un ami ou un membre de votre famille qui est infecté par le VIH ou qui est mort du SIDA ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

Partie F:

Je vais maintenant vous poser des questions sur la contraception.

(La contraception se définit comme les moyens pour empêcher la grossesse / de tomber enceinte.)

F1. Selon vous la contraception concerne surtout

- les hommes ☐
- les femmes ☐
- les hommes et les femmes ☐
- Pas de réponse ☐
- Ne sait pas ☐

F2. Quels moyens de contraception connaissez vous ?

(Plusieurs réponses possibles. Ne pas lire les réponses)

- Préservatif masculin ☐
- Préservatif féminin ☐
- Stérilet ☐
- Pilule ☐
- Injections mensuelles ☐
- Implant ☐
- Patch ☐

[illegible][illegible]



F8. Avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ?

(Si "non" passez à F13)

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

F9. Selon vous jusqu'à combien de temps après un rapport non protégé peut-elle être prise pour éviter la grossesse ?

(Plusieurs réponses possibles, ne pas lire les réponses)

De 1 à 3 jours ☐

De 4 à 5 jours ☐

Plus de 5 jours ☐

Ne sait pas ☐

Pas de réponse ☐

F10. Pour les femmes uniquement

Avez-vous déjà pris la pilule du lendemain ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

F11. Femmes uniquement

Avez-vous pu avoir la pilule du lendemain chaque fois que vous en avez eu besoin ?

Oui ☐

Non ☐

Pas de réponse ☐

Ne sait pas ☐

2. Annexe 2 : Déclaration à la CNIL

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334
Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

**Cadre réservé à la
CNIL**

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : !DSANTÉ

Sigle (facultatif) :
N° SIRET : 819842600 00010

Service :
Code APE : 9499Z Activités des autres organisations associatives

Adresse : 48 RUE DU GRAND MOULIN

Code postal : 97354 **Ville :** RÉMIRE-MONTJOLY

Téléphone : +594 694 38 84 24

Adresse électronique :
RHODESSOPHIE@IDSANTE.EU

Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-3 Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de service, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

☒ Non

☐ Oui

4 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : RHODES Sophie

Service :
Adresse : 48 RUE DU GRAND MOULIN

Code postal : 97354 - **Ville :** RÉMIRE-MONTJOLY

Téléphone : 0694388424

Adresse électronique :
RHODESSOPHIE@IDSANTE.EU

Fax :
Raison sociale : !DSANTÉ

N° SIRET : 819842600 00010

Sigle (facultatif) :
Code NAF : 9499Z Activités des autres organisations associatives

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334
Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

**Cadre réservé à la
CNIL**

N° d'enregistrement :

Adresse : 48 RUE DU GRAND MOULIN

Code postal : 97354 **Ville :** RÉMIRE-MONTJOLY

Adresse électronique :
RHODESSOPHIE@IDSANTE.EU

Téléphone : +594 694 38 84 24

Fax :

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334
Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

**Cadre réservé à la
CNIL**

N° d'enregistrement :

5 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : RHODES Sophie

Date le :

Fonction : Directrice

Signature :

Adresse électronique : RHODESSOPHIE@IDSANTE.EU

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

3. Annexe 3 : Déclaration à la CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cooperação e Saúde na Prevenção de IST/Aids na Fronteira Franco-brasileira - CAP - Conhecimento, atitudes e práticas.

Pesquisador: Anapaula Martins Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00706818.0.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.044.576

Apresentação do Projeto:

Pesquisa descritiva com base na aplicação de um questionário estruturado, que tem por objetivo, verificar que conhecimentos, atitudes e práticas em relação à saúde sexual e reprodutiva, possuem a população de Oiapoque. Este questionário será aplicado mediante o consentimento as pessoas abordadas - aplicação do TCLE - e será realizada por uma equipe de profissionais docentes e discentes, devidamente capacitados para tal atividade, acompanhados durante as primeiras aplicações. Com proposta de reuniões semanais a serem realizadas para discussão relacionada a este trabalho de campo e possíveis intercorrências ou dificuldades apresentadas no processo. O questionário será aplicado em todos os bairros de Oiapoque, com base no plano diretor do município, e dentro de cada bairro serão randomizados as ruas e o número de início (número da casa) onde os mesmos serão aplicados, com um número amostral calculado para cada bairro. A lógica de aplicação dos questionários se dará a partir de uma amostragem (estatisticamente calculada com margem de erro de 5% - no total 380

questionários deverão ser aplicados) da população de Oiapoque, em todos os bairros registrados no plano diretor do município (informações cedidas pela SMS).

Critério de Inclusão:

- Maiores de 18 anos;- Aqueles que concordarem em participar e assinarem o TCLE

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPA

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 3.044.576

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Desenvolver propostas de atividades voltadas a educação em saúde a partir das deficiências visualizadas na enquete realizada com a população de Oiapoque, direcionando o planejamento das ações.

Objetivos específicos:

1. Aplicar o questionário CAP nos bairros do município de Oiapoque;
2. Analisar os resultados encontrados na enquete realizada;
3. Utilizar as informações levantadas a partir da enquete para planejar ações de educação em saúde voltadas aos temas vistos como deficientes;
4. Discutir as ações propostas com as equipes de saúde locais a fim de pô-las em prática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos mínimos, relacionados a possíveis constrangimentos causados durante a aplicação do questionário, considerando as questões estarem relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, o que ainda é motivo de grande tabu em grande parte da população em todo mundo. Estes riscos podem ser minimizados considerando que o participante não necessita responder qualquer questão a qual não se sinta confortável, respeitando sua autonomia.

Benefícios:

Não há benefícios diretos ou financeiros. Os benefícios serão indiretos à medida que as informações geradas poderão servir como instrumento para o planejamento de ações relacionadas ao tema e favorecer a melhoria na saúde e qualidade de vida da população deste município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme Resolução 466/2012

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP**



Continuação do Parecer: 3.044.576

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1220330.pdf	08/11/2018 08:26:34		Aceito
Outros	Carta_anuencia_SMS.pdf	30/10/2018 13:28:36	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_CAP_alterado_CEP.pdf	30/10/2018 13:26:50	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ocs.pdf	24/09/2018 17:54:04	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	24/09/2018 17:50:54	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_CAP.pdf	24/09/2018 17:31:53	Anapaula Martins Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

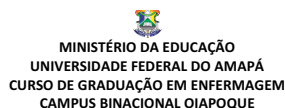
Não

MACAPÁ, 28 de Novembro de 2018

**Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador(a))**

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPÁ
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

4. Annexe 4 : Formulaire de consentement brésilien



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Universidade Federal do Amapá em parceria com a !DSanté está convidando o Sr.(a) a participar da pesquisa intitulada “CAP – Conhecimentos, atitudes e práticas”. O objetivo deste trabalho é descrever o nível de conhecimento, as atitudes e as práticas realizadas pela população do Oiapoque em relação ao HIV e aos métodos contraceptivos. Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr.(a) se disponibilize a participar do preenchimento de um questionário com perguntas fechadas, no momento da visita de um de nossos bolsistas.

Não será cobrado nenhum valor, assim como não haverá nenhum benefício financeiro ao entrevistado. Os benefícios serão indiretos à medida que as informações geradas poderão servir como instrumento para o planejamento de ações relacionadas ao tema. A pesquisa não oferece riscos específicos aos participantes que podem se negar a responder qualquer tipo de questão ao qual sintam-se constrangidos. Respostas individuais não serão divulgadas e os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo para resguardar a confidencialidade. Desta forma é assegurado que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos.

O (a) Sr. (a) receberá uma cópia deste documento e terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Respeitando as normas previstas na Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, o responsável pela pesquisa Prof. Ana Paula Martins Mendes estará disponível para sanar qualquer dúvida através do telefone (96) 981299307 ou email: anapsosa@hotmail.com ou ainda pessoalmente na Coordenação do Curso de Enfermagem – Campus Binacional Oiapoque, situado na Rod. Br 156, 3051, bairro Universidade, Oiapoque – AP.

Caso seja de seu interesse participar você deverá assinar o termo de consentimento que segue anexo.

Título da pesquisa: CAP – Conhecimento, atitudes e práticas relacionadas ao HIV e aos métodos contraceptivos no município de Oiapoque.

Pesquisadora: Anapaula Martins Mendes

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim ou qualquer outra pessoa da comunidade envolvida na pesquisa. Assim como foi garantido pela equipe o sigilo em relação a meu nome e que os usos dos resultados serão de cunho científico e somente os pesquisadores terão acesso às informações relatadas por mim.

Estou ciente também de que a qualquer momento posso retirar outras dúvidas que eu venha a ter em outro momento com a equipe de pesquisa ou deixar de participar caso seja de minha vontade sem qualquer tipo de penalidade.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste documento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Oiapoque, ____/____/201__.

Bairro: _____

Nome por extenso: _____

Assinatura*¹: _____

Assinatura pesquisador _____

Código do questionário (10 números): _____



¹ (Caso o entrevistado não tenha condições de assinar, será, após a leitura do termo e certificação de seu entendimento sobre o projeto, pega sua digital e a assinatura de uma testemunha).

5. Annexe 5 : Guide de l'enquêteur



Guide de l'enquêteur – Enquête CAP

Tâches de l'enquêteur :

- 1) Être préparé avant chaque interview, avoir le matériel nécessaire (questionnaires, stylos, etc)
- 2) Lire le questionnaire à voix haute exactement comme il est écrit
- 3) Écouter les réponses de l'enquêté sans porter de jugement
- 4) Les reporter selon les consignes données dans ce guide

Mode d'emploi du questionnaire

Avant de commencer le questionnaire, il est **indispensable** de **se présenter** et de recueillir le consentement de la personne.

- La 1^{ère} page du questionnaire donne :
 - o Une présentation type pour l'enquêteur afin d'expliquer sa présence, le but de l'enquête, ses modalités, sa durée
 - o Un **formulaire de consentement**. Si la personne accepte de participer à l'enquête, **l'enquêteur** doit signer le formulaire pour attester qu'il a reçu le consentement. **Ne jamais faire signer un.e enquêté.e ou le questionnaire ne serait plus anonyme et donc invalidé.**
- Numéro et identification
 - o Afin de savoir qui a mené tel questionnaire chaque enquêteur reçoit un numéro d'identification suivant le modèle 01, 02, 03, etc
 - o Afin d'identifier chaque questionnaire de manière anonyme il lui est attribué un **numéro d'identification**. Celui-ci est attribué tel que :
 - Les 2 premiers chiffres sont le numéro d'identification de l'enquêteur.
 - Les 2 chiffres suivants sont la date du jour
 - Les 2 chiffres suivants sont le mois
 - Les 2 chiffres suivant sont l'heure de début du questionnaire (sans prendre en compte les minutes)
 - Les 2 derniers chiffres sont ceux des minutes
- Exemple : 0227091530 -> le questionnaire a été fait par l'enquêteur 2, le 27 septembre à 15h30 (heure de début) Une fois le consentement recueilli, **indiquer le numéro d'identification du questionnaire sur cette 1^{ère} page.**
- Heure de début et heure de fin : Noter l'heure de début et l'heure de fin de questionnaire. Cela permettra de vérifier que le questionnaire n'a pas été trop long ou trop court.
- Commentaires de l'enquêteurs : l'enquêteur peut mettre tout commentaire sur la manière dont s'est déroulé le questionnaire avec la personne enquêtée : confidentialité du cadre ou non, interruption, problèmes de compréhension etc.

RAPPEL : Le questionnaire ne doit être administré qu'à des **personnes majeures (18 ans et plus)**



Le questionnaire se présente ainsi :



Partie A: Début du questionnaire

Je vais commencer par vous poser quelques questions sur vous

A1. Vous définissez-vous comme un homme, une femme ou autre ?

Un homme ☐

Une femme

Autre

Autre

A2. Quel est votre âge ?

(mettre 99 si ne connaît pas son age)

Partie A :

Le questionnaire comprend 6 parties nommées de A à F. Un changement de partie indique un changement de sujet.

- **Partie A :** Question individuelles : elles servent à connaître la personne enquêtée (sexe, âge, langue maternelle, etc) tout en garantissant l’anonymat.
- **Partie B :** Ce sont des questions générales sur les connaissances du VIH et du SIDA (connaissances des modes de transmission et des traitements)
- **Partie C :** Ce sont des questions plus personnelles qui concernent les pratiques sexuelles des individus. Cette partie sert à évaluer dans quelle mesure les individus peuvent être à risque d’être contaminé par le VIH ou d’autres IST.
- **Partie D :** Ce sont les questions concernant le dépistage du VIH.
- **Partie E :** Ces questions concernent l’attitude des personnes enquêtées face aux personnes qui ont le VIH ou sont malades du SIDA.
- **Partie F :** C’est la dernière partie, elle concerne la connaissance et l’utilisation des méthodes contraceptives. Les deux dernières questions servent de clôture au questionnaire et visent à savoir sur quels thèmes les personnes souhaiteraient être plus informées et où elles sauraient chercher de manière privilégiée l’information.



Question : Indique la question à poser. La question apparaît en caractère normal et doit être posée exactement telle qu'elle est écrite.

- En **gras** des précisions sur le public concerné par la question (par exemple **femmes uniquement**). Si une question ne concerne que les femmes et que c'est un homme qui doit être interrogé, indiquer dans la case réponse de l'enquête N/A pour « Non applicable ».
- En *italique* les précisions nécessaires à l'enquêteur pour poser la question. Celles-ci ne doivent pas être dites à l'oral mais prises en compte. Par exemple pour la question « Avez-vous déjà fait un test de dépistage VIH » il est indiqué que l'enquêteur doit préciser qu'il ne veut pas en connaître le résultat. Il faut donc penser à le dire lorsque la question est posée.

Réponses proposées : Cocher la case correspondante à la réponse donnée par l'enquêteur.

Si la réponse donnée n'entre dans aucune catégorie entourer la réponse telle qu'elle a été donnée dans la case « Autre ».

- Si la personne ne souhaite pas répondre, après avoir posé une seconde fois la question, ne pas insister et cocher « *Pas de réponse* »
- *S'il* est indiqué « *Ne pas lire les réponses* » : attendre que la personne réponde d'elle-même à la question sans lui suggérer les réponses

Renvoi question : Certaines questions dépendent d'autres. Dans ce cas la réponse à une question influencera le fait de poser ou non certaines questions ensuite.

- S'il n'y a pas d'indication, poser la question suivante
- Si sous la question, apparaît en *italique* un texte mentionnant de passer à une autre question en cas de réponse positive ou négative **en tenir compte absolument**.
- Exemple : Pour la question « Avez-vous eu des rapports sexuels avec un.e partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois ? » si la réponse est Non il ne sert à rien de poser les questions suivantes concernant les pratiques avec le partenaire occasionnel. Aussi il est indiqué de passer une autre question.

Conseils pour mener le questionnaire :

- o **Etre poli.e, se présenter de manière professionnelle et neutre** : la première impression est déterminante pour la personne à interroger et influencera sur son envie de participer ou non à l'enquête
- o Durant le questionnaire, **rester neutre** : ne pas montrer de surprise, de désaccord ou d'approbation lorsque la personne répond -> il ne s'agit pas de juger leurs réponses mais de les reporter telles qu'elles sont données
- o Si la personne interrogée a des **questions sur le but du questionnaire, le projet ou l'association** avant le questionnaire, ne pas hésiter à **donner plus de détails** mais toujours en se référant à l'introduction présente au début du questionnaire.
- o Si la personne interrogée a **des questions sur le VIH/SIDA ou la contraception** au cours du questionnaire, la laisser les poser mais proposer d'y répondre / de le rediriger vers une source d'informations **à la fin de l'entretien**. Lorsque le questionnaire est rempli, ne pas oublier de prendre en compte les questions de la personne, d'y répondre si possible et/ou de la diriger vers un lieu où elle pourra trouver des informations (CDPS de SGO, hôpital / UBS à Oïapoque).



Il est possible de distribuer de la documentation en fonction des besoins exprimés de la personne dans l'avant dernière question (Sur quels thèmes souhaiteriez vous avoir plus d'informations ?)

- Si une personne refuse de participer à l'enquête, essayer d'en comprendre les raisons avant de renoncer à l'interroger. Quelques arguments à avancer suivant les situations
 - Expliquer que son foyer ayant été tiré au sort, on ne peut pas le remplacer par quelqu'un d'autre
 - Ses réponses aideront à mettre en place des actions utiles à la population de SGO et Oiapoque et donc potentiellement utiles à elle-même
 - Si sa réticence concerne la confidentialité, l'assurer que son identité ne sera pas communiquée, que son nom ne lui sera pas demandé et que seul un numéro sera attribué au questionnaire. **Dans tous les cas ne jamais demander son nom à une personne participant à l'enquête.**
 - Si une personne maintient son refus, **ne pas insister.**
- S'assurer que l'entretien se déroule dans un **lieu confidentiel** (personne d'autre ne peut entendre ce qui se dit) afin de favoriser des réponses honnêtes
- **Lire chaque question exactement comme elle a été écrite** : c'est important pour s'assurer que chaque questionnaire a été mené de la même manière que les autres
- **Écouter attentivement les réponses** avant de les reporter sur le questionnaire. Si la réponse n'entre dans aucune des catégories, reporter exactement ce que la personne dit sur le papier. **Ne jamais se précipiter pour reporter une réponse.**
- Si la réponse d'une personne semble inadaptée et relever d'une mauvaise compréhension de la question, **re-posé la question.** S'il n'y a toujours pas de réponse claire essayer d'en obtenir de manière neutre par exemple en disant « Pourriez-vous m'en dire plus / être plus précis ... »

Vérification et rendu des questionnaires

- Avant d'être rendu chaque questionnaire doit être passé en revue afin de vérifier :
 - Que chaque questionnaire a son numéro d'identification
 - Que chaque question a une réponse, y compris N/A lorsque la question ne s'appliquait pas à la personne.
 - Que les réponses reportées sont bien lisibles et cohérentes
- Les questionnaire complétés au cours de la journée doivent être impérativement rendus à la personne référente à la fin de la journée pour éviter de les abîmer / perdre

6. Annexe 6 : Liste de matériel à avoir

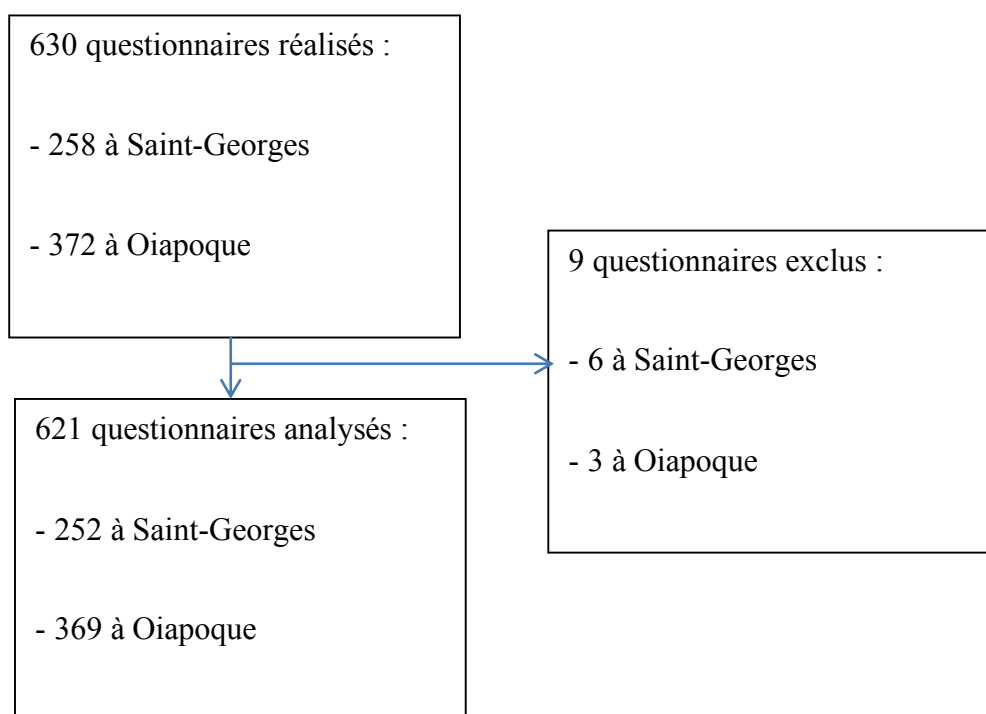
Matériel pour l'enquêteur :

- **Sac à dos x 4**
- Stylos OCS
- **Appui pour écrire x 8**
- T-shirt !Dsante
- Questionnaires imprimés
- **Parapluie x 6**
- **Pochette cartonnées x 8**
- **Carnet A5 x 8**
- **Pochettes plastiques**
- **Cahier A4 à couverture rigide x1**

Pour stocker les questionnaires :

- **Boîte d'archives x 3**
- **Uneagrafeuse + agrafes**

7. Annexe 7 : Flow-Chart



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs 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 dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

Autorisation d'imprimatur

NOM ET PRENOM : BOTREAU ROUSSEL BONNETERRE Richard

SUJET DE LA THESE : Etude transfrontalière des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et de la contraception dans la population adulte de la région entre Oiapoque et Saint-Georges 2017-2018.

THESE : Médecine- Université des Antilles

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2019

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2019ANTI0370

MOTS CLEFS : VIH, Contraception, Connaissances, Attitudes, Pratiques, Prévention, Santé sexuelle et reproductive, Frontière, Brésil, Guyane française

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

INTRODUCTION : En Guyane française, la prévalence VIH est supérieure à 1 %. Au Brésil c'est plus de 860 000 personnes qui vivent avec le VIH. La frontière franco-brésilienne constitue une zone d'échange et de mobilités où la population cumule les vulnérabilités. OCS, projet transfrontalier de prévention en santé sexuelle et reproductive doit permettre l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH et la contraception.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Notre étude observationnelle, transversale mixte et monocentrique, a été menée à la frontière entre Saint-Georges et Oiapoque chez des adultes à l'aide d'un questionnaire en français ou en portugais entre octobre 2017 et février 2018.

RÉSULTATS : 630 questionnaires ont été réalisés, 252 à Saint-Georges et 372 à Oiapoque. Les répondants à 42,6 % pensaient que la piqûre de moustique pouvait transmettre le VIH. Les personnes ayant eu des rapports sexuels commerciaux étaient 22,2 % à ne pas avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport. Dans l'échantillon 87,5 % des femmes avaient déjà eu une grossesse, 41,5 % n'utilisaient pas de contraception.

CONCLUSION : Souvent oubliés des stratégies en matière de santé sexuelle et reproductive, les territoires frontaliers isolés constituent un enjeu primordial dans la lutte contre le VIH et les grossesses non désirées. La prise en charge de leurs populations dites vulnérables ne pourra se faire sans s'adapter aux particularités de ces régions. Le Brésil et la France n'ont d'autres choix que de mener des actions communes comme le projet OCS.

JURY **Président :** Pr Maryvonne DUEYMES

Juges : Pr Mathieu NACHER

 Pr Félix DJOSSOU

 Dr Florence NIEMETZY

Directeur : Dr Bastien BIDAUD