



**HAL**  
open science

# Santé et recours aux soins et à la prévention des travailleuses du sexe Dominicaines vivant le long du fleuve Maroni

Angelos Gerassimopoulos

► **To cite this version:**

Angelos Gerassimopoulos. Santé et recours aux soins et à la prévention des travailleuses du sexe Dominicaines vivant le long du fleuve Maroni. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04671472

**HAL Id: dumas-04671472**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04671472v1>**

Submitted on 14 Aug 2024

**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.

# SANTE ET RECOURS AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES TRAVAILLEUSES DU SEXE DOMINICAINES VIVANT LE LONG DU FLEUVE MARONI

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD  
des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 02/12/2022

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

GERASSIMOPOULOS ANGELOS

Examineurs de la thèse :

M Epelboin Loïc	Professeur, Président
M Couppié Pierre	Professeur
M Djossou Félix	Professeur
M Nacher Mathieu	Professeur
Mme Michaud Céline	Docteure, co-Directrice
M Vignier Nicolas	MCU-PH, co-Directeur

## Résumé

La Guyane est un territoire inégalitaire du point de vue de l'accès aux soins et à la prévention. On y observe un clivage entre le littoral et les zones de l'intérieur. Le Maroni est à la fois fleuve et frontière. Cette zone transfrontalière est caractérisée par une offre médicale sous-dimensionnée et un retard global de santé publique. Les personnes qui y résident font face à des conditions de vie précaires, ce qui les rend vulnérables aux IST, à la violence, et aux renoncements aux soins. Les travailleuses du sexe (TDS) représentent une population clé mal connue en Guyane. Leur recours aux soins, à la prévention et leur état de santé sont peu étudiés. De nombreuses TDS Dominicaines exercent le long du fleuve Maroni. Une meilleure compréhension de leur contexte de vie, de leurs problématiques de santé, du point de vue de la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'une connaissance approfondie de leurs conditions de vie et de travail sont susceptibles de permettre d'ajuster l'offre de soins et de prévention en Guyane.

Une enquête épidémiologique transversale à visée descriptive et analytique a été réalisée sur une période de 6 mois auprès des 148 TDS Dominicaines majeures exerçant le long du fleuve Maroni. Un questionnaire comportant 188 questions abordait le parcours migratoire, les conditions de vie et l'état de santé global. Nos objectifs principaux étaient de déterminer la fréquence de mésusage d'alcool, des violences subies, le taux de renoncement aux soins, la fréquence de la souffrance psychique et le recours à la prévention dans cette population.

Nos résultats ont mis en évidence un usage à risque d'alcool contrastant avec une faible consommation d'autres drogues. L'état de santé des TDS dominicaines est globalement bon avec un recours régulier et adapté aux moyens de prévention à disposition. Des violences sont fréquemment déclarées avec peu de soutien et de moyens pour y faire face. La souffrance psychologique est fréquente et cachée, rarement prise en compte ou en soins. Il y a une méconnaissance du système de santé français avec des barrières (discriminatoire, linguistique, administrative) à l'origine d'un taux de renoncement aux soins conséquent.

Notre étude met en évidence la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé quant aux problématiques des TDS dominicaines. Un dépistage systématique des violences, des addictions ainsi que de la souffrance psychique devrait être réalisé lors de tout contact avec le système de santé. Un dispositif d'aller vers en lien avec les associations du territoire et l'organisation de parcours de soin dédiés à leurs problématiques spécifiques est souhaitable. Des interventions visant leur « empowerment » en santé et prévention sont susceptibles d'être rapidement efficaces.

## Abstract

French Guiana faces many inequalities in terms of healthcare access and prevention : there is a gap between the coast and the inner territories. The Maroni river is a cross border area characterized by an insufficient healthcare supply and by many lacks in the health system. Some migrants reside there with precarious life conditions which makes them vulnerable to STD's, violence and refusal of care. Sex workers are one of the key populations in French Guiana but little is known about them : their care seeking, prevention attitudes and health status has not been studied thoroughly. Many Dominican women have come to make money through sex work, especially on the banks of the Maroni river. A better understanding of their health issues from the point of view of their sexual and reproductive health and a better knowledge of their life and work conditions are likely to improve the health offer in French Guiana.

We conducted an analytic and descriptive transversal epidemiological survey during 6 months and interrogated in total 148 Dominican sex workers aged over 18 and currently living on the Maroni river. 188 questions have been asked to each participant, addressing various topics. Our objective was to determine the frequency of alcohol misuse, investigate daily violence, estimate the importance of care refusal, measure the psychological suffering and assess the use of preventive methods within this specific population.

Our results show that there is a common misuse of alcohol amongst Dominican sex workers, contrasting with the scarce consumption of other drugs. Their health status is globally good and they appear to manage correctly the use of preventive methods that are available. Daily violence is depicted by most of those women with very few possibilities to face it and ask for help. Psychological suffering is very common and important but it often remains hidden and is rarely being taken into account or treated. There is a lack of knowledge about the French healthcare system and this population faces barriers (discrimination, language gap, administration procedures) that lead to numerous care refusals.

Our study emphasizes the need to raise awareness amongst the professional health workers so that they systematically screen for alcohol misuse, daily violence and mental disorders whenever a Dominican sex worker comes to attend a consultation. Informing those women about the different possibilities provided by the French healthcare system also appears to be a major stake. In order to improve their situation, we suggest to elaborate targeted field interventions that aim to « empower » them as well as to stimulate the community support, thanks to existing associations for example.

## Avant-propos

J'ai fait la majeure partie de mon internat de médecine générale en Guyane et j'y ai vécu les plus belles années de ma vie car je réalisais une partie de mes rêves : vivre sur une terre étrangère et sauvage, au milieu de cultures radicalement différentes de la mienne et assez loin des standards de la vie moderne que je connaissais.

Logiquement, j'ai pensé faire ma thèse sur un sujet qui s'y rapportait, mais je voulais que ce soit une enquête de terrain qui me permettrait de rencontrer, partager et de mettre en lumière une certaine réalité de ce magnifique département-région. Il m'a fallu du temps pour trouver un thème qui me parle vraiment et me donne envie de démarrer.

L'idée de travailler au sujet des TDS dominicaines m'est venue lors de mes stages dans les dispensaires le long du Maroni. Ces femmes m'ont toujours fasciné par la simplicité et la joie de vivre qui émanaient d'elles alors qu'elles vivaient dans des conditions parfois déplorables. A vrai dire, je ne comprenais pas bien ce qu'elles faisaient là, si loin de leur pays d'origine et comment elles en arrivaient à se prostituer auprès des orpailleurs. J'ai commencé à me renseigner et à poser des questions autour de moi et je me suis rendu compte qu'on ne savait pas grand-chose à leur sujet si ce n'est quelques préjugés et lieux-communs admis.

J'ai remarqué avoir une certaine sensibilité quant à la condition des femmes et je me suis souvent senti affecté de voir ce qu'on pouvait leur infliger dans le monde. Ce penchant a fait qu'au fur et à mesure que je recevais des TDS dominicaines en consultation, je commençais à m'intéresser à leurs histoires et à leurs situations de vie. Naturellement j'ai voulu en savoir plus sur elles et j'ai pensé qu'il y avait matière à faire un travail à leur sujet.

Petit à petit l'idée a fait son chemin et finalement j'ai contacté mes collègues des CDPS pour leur demander si faire un travail de thèse au sujet des TDS dominicaines, leur état de santé et leur parcours de soin serait un projet viable. J'ai eu la chance de tomber sur des personnes très motivées et intéressées pour réaliser ce travail ensemble dans le but de tirer de l'ombre cette partie de la population qui est relativement méconnue.

Ainsi est né le projet qui allait m'amener à arpenter pendant 6 mois le Maroni et me faire pénétrer dans des mondes parallèles à la société dans laquelle j'avais l'habitude d'évoluer. Je ne savais pas ce qui m'attendait en me lançant dans cette aventure humaine, mais j'ai énormément reçu et appris et j'ai à cœur d'en partager une partie dans le travail qui suit.

Je ne prétends aucunement être un spécialiste au sujet du travail du sexe et pouvoir appliquer le fruit de mes recherches et découvertes à l'ensemble des travailleuses du sexe dans le monde. C'est simplement une photographie partielle de comment sont les choses à un endroit donné et à un moment donné.

En espérant que cela inspire de futurs travaux et apporte de précieuses informations aux acteurs de terrains qui ont la capacité de faire évoluer les choses dans un sens plus favorable pour ces femmes délaissées.

## Remerciements

A ma mère Catherine avec laquelle j'ai partagé tant de moments de complicité.

A mon père Nicolas qui a choisi de rester pour me transmettre ses valeurs et sa culture grecque.

A ma sœur Joy et son conjoint Pascal qui sont les meilleurs voisins que j'aurais pu avoir à Saint Médard en Jalles.

A ma grand-mère Rolande qui m'a toujours cuisiné de bons plats avec amour.

A mon grand-père Tino que je n'ai pas eu la chance de connaître mieux.

A mes grands-parents grecs Zoé et Makis chez lesquels j'ai passé des étés merveilleux étant enfant.

A la famille côté Pistarino : Guy & Christine, Tony, Antonella.

A la famille côté Gerassimopoulos : Adonis, Yota.

A ma belle-mère Linda que je remercie pour ses relectures minutieuses de mon travail.

A mon ex beau-père Jean-Pierre qui a essayé de m'enseigner l'esprit critique même s'il a manqué de tact.

A mes coloc' de Saragosse : José, Guerino, Alexis, Stefano, Stefani.

A mes coloc' de Guadeloupe : Fabien, Maëva, Diana, Maxence et Charlotte.

A Pierre le capitaine qui est toujours partant pour de nouvelles aventures.

A Freddy mon ami de Guyane avec lequel on a baroudé tant de fois au Suriname.

A Claudia, cette personne extraordinaire dont la façon de vivre m'inspire tant.

A Vanessa cette incroyable femme sage qui incarne par sa façon d'être tous ses principes.

A Nadjia dont la douceur et la compétence m'ont beaucoup aidé à Saint Laurent du Maroni.

A David mon ami irlandais.

A Emilie et Enzo dont les chemins ont croisé le mien à l'hôpital.

A Florian mon vieil ami avec lequel j'échange depuis toutes ces années.

A Tom qui a un cœur en or.

A Clément l'homme le plus drôle que je connaisse.

A David et Clément les nouveaux papas.

A Ornella ma coloc' adorée de Mamoudzou.

A Evrard, Vivian, Hugues & Co avec lesquels j'ai tant partagé à Saint Laurent du Maroni et Cayenne.

A Louise, Océane et Delphine qui ont été des amies géniales pendant l'externat à Bordeaux.

A mes collègues IDE et AS de Guyane, de Guadeloupe et de Mayotte qui m'ont soutenu et appris tellement de choses sur mon métier : Huguette, Gerty, Christelle, Salima, Manana, Samianty...

Aux médecins humains que j'ai rencontrés et qui m'ont montré un bel exemple vers lequel tendre : Christophe, Jean-Marie, Amaryllis, Philippe, Arnaud... Aux autres médecins que j'ai connus et qui m'ont montré la voie que je ne voulais pas suivre.

A tous ces enfants que j'ai croisés à l'AJD et qui m'ont donné de belles leçons de vie.

A tous les pèlerins que j'ai croisé sur le chemin de St Jacques : Sabine, Ross, Ken, Vittorio, Dave...

A toutes les femmes qui ont choisi de faire un bout de chemin avec moi.

A tou.t.e.s les thérapeutes qui m'aident à cheminer vers plus de clarté et de paix : Amélie, Stéphane, Véronique, Pascal, Didier, Nina, Marcel...

A toutes les Dominicaines qui ont accepté de me consacrer du temps et de partager tous ces moments avec moi.

A mes directeurs de thèse, Céline et Nicolas qui m'ont accompagné et guidé pendant ces longs mois et sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

## Table des matières

<b>Sommaire des tableaux et figures.....</b>	<b>10</b>
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>12</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>14</b>
<b>Partie I : contexte.....</b>	<b>15</b>
<b>A) Les TDS dans le monde.....</b>	<b>15</b>
1) Définitions .....	15
2) Un métier dangereux.....	17
3) Un accès aux soins difficile et une prévention complexe .....	19
<b>B) La République dominicaine : un paradis sexuel ? .....</b>	<b>20</b>
<b>C) La Guyane française, un territoire aux multiples facettes .....</b>	<b>22</b>
1) Présentation générale .....	22
2) L'offre de soin : une répartition inégale.....	23
3) Une terre de migration .....	26
4) L'orpailage : un monde reculé .....	26
5) Le Maroni : une frontière ouverte .....	28
<b>D) Les Travailleuses Du Sexe Dominicaines (TDSD) en Guyane française .....</b>	<b>28</b>
1) Parcours et histoire .....	28
2) Cadre légal et sociétal.....	29
3) Le TDS en Guyane.....	29
<b>E) Problématique .....</b>	<b>31</b>
➤ Hypothèses .....	32
➤ Questions de recherche.....	32
<b>Partie II : matériels et méthodes.....</b>	<b>33</b>
a. Type d'étude .....	33
b. Population d'étude.....	33
c. Critères d'inclusion .....	33
d. Critères de non-inclusion .....	33
e. Recrutement .....	33
f. Recueil des données et règlementaire .....	34
g. Données étudiées.....	34
h. Analyse des données.....	35
i. Objectifs .....	35
j. Bénéfices attendus.....	35
<b>Partie III : Résultats .....</b>	<b>36</b>
<b>A) Caractéristiques socio-démographiques des TDSD.....</b>	<b>36</b>
1) Caractéristiques générales des TDSD.....	36
2) Caractéristiques pré-migratoires des TDSD.....	37
<b>B) Parcours migratoire des TDSD .....</b>	<b>40</b>
<b>C) Situation des TDSD en Guyane française.....</b>	<b>41</b>
1) Situation relationnelle des TDSD .....	41
2) Droit au séjour des TDSD.....	42
4) Situation financière des TDSD .....	43
5) Isolement social des TDSD .....	43



6)	Habitat des TDSD.....	44
7)	Liens entre la République dominicaine et les TDSD .....	45
8)	Moyens de communication des TDSD.....	46
9)	Antécédent d'incarcération des TDSD.....	47
10)	Intégration des TDSD .....	47
11)	Sports et loisirs des TDSD.....	47
<b>D)</b>	<b>Consommation de drogues parmi les TDSD .....</b>	<b>48</b>
1)	Consommation d'alcool par les TDSD.....	48
2)	Consommation de tabac par les TDSD .....	49
3)	Consommation d'autres drogues par les TDSD.....	50
<b>E)</b>	<b>Violences vécues par les TDSD .....</b>	<b>50</b>
<b>F)</b>	<b>Etat de santé des TDSD.....</b>	<b>51</b>
1)	État de santé global des TDSD .....	51
2)	Etat de santé psychique des TDSD .....	53
<b>G)</b>	<b>Couverture maladie et recours aux soins des TDSD.....</b>	<b>54</b>
1)	Couverture maladie des TDSD.....	54
2)	Recours aux soins des TDSD .....	54
<b>H)</b>	<b>Santé sexuelle et reproductive et prévention chez les TDSD .....</b>	<b>58</b>
1)	TDSD et IST.....	58
2)	TDSD et contraception.....	59
3)	TDSD et IVG .....	60
4)	TDSD et vaccination.....	61
5)	TDSD et PrEP.....	62
6)	TDSD et TPE .....	63
7)	TDSD et dépistage des IST .....	63
8)	TDSD et prévention sexuelle.....	64
<b>I)</b>	<b>Exercice des TDSD.....</b>	<b>65</b>
1)	Conditions de travail des TDSD .....	65
2)	Vie intime et sexuelle des TDSD.....	68
3)	Risques du TDS.....	68
4)	Projets futurs des TDSD .....	70
<b>Partie IV : discussion.....</b>		<b>72</b>
<b>A)</b>	<b>TDSD et santé sexuelle.....</b>	<b>72</b>
1)	Un état de santé globalement correct.....	72
2)	Une prévention assez développée .....	73
3)	Une santé sexuelle plutôt bonne .....	75
4)	Une souffrance psychologique très peu prise en charge .....	76
<b>B)</b>	<b>TDSD et toxiques .....</b>	<b>77</b>
1)	Un usage nocif et à risque de l'alcool .....	77
2)	Pas d'addiction très marquée au tabac .....	78
3)	Une faible consommation d'autres drogues .....	79
<b>C)</b>	<b>TDSD et violence.....</b>	<b>79</b>
1)	Des violences physiques et psychiques régulières.....	79
2)	Des moyens insuffisants de lutte contre la violence .....	81
3)	Un soutien variable des proches, mais généralement présent .....	81
<b>D)</b>	<b>TDSD et parcours de soin .....</b>	<b>83</b>
1)	Une mauvaise connaissance du système de santé français .....	83

2) Des renoncements aux soins fréquents .....	83
3) Une « errance médicale » et des parcours médicaux complexes .....	84
4) La difficulté à effectuer des démarches .....	85
<b>E) Forces, biais et limites de l'étude .....</b>	<b>85</b>
<b>F) Bénéfices et perspectives.....</b>	<b>86</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>89</b>
<b>Serment d'Hippocrate.....</b>	<b>98</b>

## **Sommaire des tableaux et figures**

*Figure 1 : Carte simplifiée de la République dominicaine*

*Figure 2 : Carte de l'offre de soin en Guyane française*

*Tableau 1 : Données globales sur les interviews réalisées*

*Tableau 2 : Caractéristiques générales des TDSD*

*Tableau 3 : Caractéristiques pré-migratoires des TDSD*

*Tableau 4 : Sexualité des TDSD en République dominicaine*

*Tableau 5 : Parcours migratoire des TDSD*

*Tableau 6 : Situation relationnelle des TDSD*

*Tableau 7 : Droit au séjour des TDSD*

*Tableau 8 : Activité professionnelle hors TDS des TDSD*

*Tableau 9 : Situation financière des TDSD*

*Tableau 10 : Soutien social des TDSD*

*Tableau 11 : Lieu de vie et logement des TDSD*

*Tableau 12 : Liens des TDSD avec la République dominicaine*

*Tableau 13 : Moyens de communication des TDSD*

*Tableau 14 : Incarcération des TDSD*

*Tableau 15 : Niveau d'intégration des TDSD*

*Tableau 16 : Activités des TDSD*

*Tableau 17 : Consommation d'alcool parmi les TDSD*

*Tableau 18 : Consommation de tabac parmi les TDSD*

*Tableau 19 : Consommation d'autres drogues parmi les TDSD*

*Tableau 20 : Violences subies par les TDSD*

*Tableau 21 : Etat de santé global des TDSD*

*Tableau 22 : Santé psychique des TDSD*

*Tableau 23 : Couverture maladie des TDSD*

*Tableau 24 : Contacts entre le système de soins et les TDSD*

*Tableau 25 : TDSD et IST*

*Tableau 26 : TDSD et grossesse*

*Tableau 27 : TDSD et contraception*

*Tableau 28 : TDSD et IVG*

*Tableau 29 : TDSD et vaccination*

*Tableau 30 : TDSD et PrEP*

*Tableau 31 : TDSD et TPE*

*Tableau 32 : TDSD et dépistage des IST*

*Tableau 33 : TDSD et prévention sexuelle*

*Tableau 34 : Conditions d'exercice des TDSD*

*Tableau 35 : Vie intime et sexuelle des TDSD*

*Tableau 36 : TDSD et risques du métier*

*Tableau 37 : Projets des TDSD*

## Liste des abréviations

ADER : Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche

AME : Aide Médicale d'Etat

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BTP : Bâtiments Travaux Publics

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CARICOM : CARibbean COMmunity

CDI : Contrat à Durée Déterminée

CDD : Contrat à Durée Indéterminée

CDPS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIC : Centre d'Investigation Clinique

CHC : Centre Hospitalier de Cayenne

CHK : Centre Hospitalier de Kourou

CHOG : Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

COREVIH : COordination REgionale de la lutte contre l'infection due au VIH

COVID 19 : COronaVirus Disease (Maladie due au coronavirus SRAS-CoV-2)

CRF : Croix Rouge Française

CSAPA : Centre de Soins et d'AccomPagnement en Addictologie

CTG : Collectivité Territoriale de Guyane

DAAC : Développement, Accompagnement, Animation, Coopération

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DTPC : Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche

EMSPEC : Equipe Mobile de Santé Publique En Commune

EVASAN : EVAcuation SANitaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus (Papillomavirus humain)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IST : Infection Sexuellement Transmissible  
MPA : Maripasoula  
MZ : Medische Zending  
NSN : Nombre de Sujets Nécessaires  
OCS : Oiapoque Coopération Santé ou Oiapoque Cooperaçao Saude  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisation Non Gouvernementale  
ONU : Organisation des Nations Unies  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PHQ : Patient Health Questionnaire  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
POP : Pilule OestoProgestative  
PPI : Papaïchton  
PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis (Prophylaxie Pré-Exposition)  
PSP : Personne en Situation de Prostitution  
PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder (Syndrome de stress post-traumatique)  
ROR : Rougeole Oreillons Rubéole  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SLM : Saint Laurent du Maroni  
TDS : Travailleuses Du Sexe  
TPE : Traitement Post-Exposition  
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique (de dépistage du VIH-VHB-VHC ndlr)  
TSD : Travailleuses du Sexe Dominicaines  
UNICEF : United Nations International Childrens' Fund  
USA : United States of America (Etats-Unis d'Amérique)  
VHB : Virus de l'Hépatite B  
VHC : Virus de l'Hépatite C  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

Comme d'autres populations clés, les travailleuses du sexe (TDS) ou personnes en situation de prostitution (PSP) évoluent en marge des sociétés et ont des caractéristiques spécifiques. Elles font l'objet de représentations éloignées de la réalité. Elles sont souvent exclues d'une partie de la vie sociale et sont uniquement considérées à travers le rôle qu'elles sont censées remplir. Ceci a un impact de santé publique puisqu'il est difficile de les soigner correctement et de garantir leur accès et leur adhésion à la prévention sans connaître au préalable précisément leurs conditions de vie, les risques auxquels elles sont exposées, leurs habitudes quotidiennes, leurs pratiques de recours aux soins, leurs connaissances en santé, leurs représentations culturelles, et les freins existants.

En Guyane française, il existe plusieurs populations relevant de cette problématique et qui consultent régulièrement dans le système de soin : orpailleurs brésiliens, immigrés haïtiens, surinamais et guyaniens, et les travailleuses du sexe dominicaines et brésiliennes entre autres. Nous avons choisi de nous intéresser aux TDS originaires de République dominicaine et exerçant sur le fleuve transfrontalier avec le Suriname : le Maroni. Aucune étude spécifique n'avait encore été menée sur cette population et nous avons estimé qu'il serait intéressant d'avoir des données concrètes pour adapter l'offre de soin et de prévention sur le territoire. Nous avons axé notre étude sur la problématique de leurs déterminants sociaux, de leur état de santé et de leur parcours de soins dans le but d'obtenir des chiffres sur lesquels les différents acteurs de santé et de prévention en Guyane pourront s'appuyer pour effectuer des recherches plus approfondies ou bien mettre en place directement des actions ciblées.

## Partie I : contexte

### A) Les TDS dans le monde

#### 1) Définitions

La prostitution est définie par le dictionnaire Larousse comme la pratique d'actes sexuels en échange d'argent.

Le terme de travailleur ou travailleuse du sexe (TDS) est, quant à lui, largement utilisé aujourd'hui et désigne les personnes qui touchent une rémunération en échange de services d'ordre sexuel. Cette définition est très proche de celle de la prostitution, mais induit une notion supplémentaire de reconnaissance du statut de travailleur. Cette notion comporte aussi une dimension politique, avec la revendication d'avoir les mêmes droits et les mêmes garanties sociales que tout travailleur. Ce terme recouvre ainsi les personnes en situation de prostitution, mais aussi d'autres travailleurs de l'industrie du sexe (films pornographiques, lignes de téléphone érotique, etc.) (1).

Il a été utilisé pour la première fois par Carol Leigh en 1978, une ancienne TDS militante pour le droit des TDS afin de se démarquer du stigma porté par le terme prostitution. Il est depuis utilisé par de nombreuses institutions, agences et organisations dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à l'exception des organisations abolitionnistes qui ne reconnaissent pas ce terme car elles considèrent que la prostitution n'est en aucun cas un travail mais plutôt une situation subie. La Haute Autorité de Santé (HAS) en France a élaboré des recommandations en 2016 où elle a fait le choix d'une position intermédiaire en utilisant les deux termes : « personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe » (2).

Actuellement, un débat a lieu qui oppose :

- o d'une part les « **abolitionnistes** » qui estiment qu'il faut éradiquer la prostitution, car elle représente une activité indigne et une violence faite aux personnes

- o d'autre part, les « **réglementaristes** », plus enclins à la considérer comme une activité professionnelle qu'il convient d'accompagner, notamment dans une approche de réduction des risques (3).

Au niveau sémantique, il existe une forte division quant au terme à employer : prostitution ou travail du sexe ? Pour certains il faut parler de prostitution puisque c'est une forme extrême d'oppression et d'exploitation de la femme et que la seule solution est l'éradication. Par ailleurs, utiliser le mot « travail » aurait pour conséquence de minimiser dans les esprits la gravité du phénomène. Tandis que pour d'autres il faut parler de travail du sexe puisque le problème de fond réside dans l'illégitimité des rapports sexuels tarifés (qui serait à l'origine des violences et de la précarité) et non pas dans l'exercice de ce métier qui serait acceptable avec un encadrement législatif adéquat.



Nous avons choisi d'utiliser principalement le terme travail du sexe / travailleuses du sexe en résonance avec les termes anglophones sex work / workers souvent employés dans la littérature scientifique internationale.

Le travail du sexe est un phénomène polymorphe résultant très souvent de l'interaction entre de nombreux facteurs. Il va de la prostitution classique de rue en échange d'argent, aux transactions sexuelles plus complexes en échange de services et relevant de phénomènes plus récents (escorting, sugar daddy<sup>1</sup> etc). Il peut être occasionnel, régulier, en échange d'argent ou de services, auprès de clients de passage ou bien de clients réguliers, avec des inconnus ou bien parmi son entourage, etc (4). On distingue également la « prostitution indirecte » qui peut ne pas être perçue comme telle puisqu'elle correspond plutôt à une aide financière ponctuelle chez des personnes à faibles revenus sans pour autant être un travail régulier. Les limites peuvent être floues puisque certaines situations sont intriquées dans la complexité des relations humaines et les choix peuvent être faits de façon inconsciente (5).

Ainsi, à côté du travail du sexe à proprement parler (rapport sexuel en échange d'argent), il existe de nombreuses situations exposant au sexe transactionnel, c'est-à-dire l'échange ou l'acceptation de rapports sexuels en échange d'un soutien matériel (hébergement, nourriture, transport etc) ou d'une sécurité.

Si certaines filières sont très clairement des trafics d'êtres humains, d'autres ont des contours beaucoup moins nets et il est parfois difficile de percevoir s'il s'agit d'une filière organisée ou non. Les personnes victimes de ces trafics subissent bien souvent des pressions, des chantages qui dissuadent toute dénonciation. De plus, dans le pays d'accueil, la peur de la police et / ou de l'expulsion freine également les dépôts de plaintes (5).

Il est difficile de se faire une idée exacte du nombre de personnes qui exercent le travail du sexe dans le monde. En effet, cette activité est illégale dans de nombreux pays et il n'existe donc pas de données fiables, par ailleurs, cela dépend de la définition que l'on retient comme nous venons de le voir.

A l'échelle macro-économique, l'Organisation des Nations Unies situe entre 5 et 7 milliards de dollars le chiffre d'affaire annuel généré par le travail du sexe. Les montants en cause et le nombre de personnes concernées expliquent en partie la pérennité du phénomène. A l'échelle micro-économique, échanger des prestations sexuelles contre des avantages économiques représente souvent la manière la plus rapide de se procurer des moyens de subsistance. Les TDS sont majoritairement issues de milieux sociaux modestes et en situation de précarité (3).

Dans leur ensemble, les études montrent une grande diversité d'expériences dans le travail du sexe, allant de circonstances relevant de l'exploitation de femmes vulnérables, aux situations où les femmes revendiquent cette activité professionnelle. De plus, un certain nombre de TDS vivent des expériences de violence ou se sentent dégradées, tandis que d'autres ne décrivent pas ces phénomènes (6).

---

<sup>1</sup> Se dit d'un homme d'un certain âge, le plus souvent riche et solitaire, qui entretient financièrement une femme (ou un homme) beaucoup plus jeune que lui en échange de relations charnelles.

Il n'y a pas un profil type de TDS : il s'agit d'une population hétérogène qui évolue dans des communautés différentes, avec des environnements sociaux, culturels et économiques variables, et dans des contextes législatifs différents (3).

## 2) *Un métier dangereux*

Les TDS peuvent être quotidiennement exposées à différents risques (cumulables) que l'on peut attribuer à la nature de leur travail, mais aussi à leurs déterminants sociaux et à leurs conditions de vie (pauvreté, statut d'immigrant, catégorie sociale etc). Il convient de faire remarquer que le degré d'exposition varie en fonction des conditions et des lieux d'exercice. Parmi ces risques, on peut citer :

### -les infections sexuellement transmissibles (IST)

Dans l'imaginaire collectif, les TDS sont vues comme une source d'IST et font donc l'objet d'interventions et de mesures de contrôle pour réduire la transmission de ces maladies. Même s'il est vrai que les taux d'IST parmi les TDS sont globalement plus élevés que dans la population générale, cela diffère grandement selon les lieux et le type de travail du sexe pratiqué (7). Une prévalence des IST élevée parmi les TDS et une sexualité à risque favorisent la transmission de ces maladies : on parle de diffusion d'une épidémie concentrée dans la population générale.

Au niveau mondial, les TDS font partie des populations clés touchées par l'épidémie de VIH et d'IST. Une TDS a en moyenne 13 fois plus de risques d'être infectée par le VIH qu'une autre femme. En tout, 8% des nouvelles infections par le VIH dans le monde en 2019 ont eu lieu parmi les TDS (8). L'OMS parle de 30 fois plus de risque de contracter le VIH chez les TDS et d'une prévalence de 36% dans cette population en 2019. Par ailleurs la prévalence de la syphilis parmi les TDS est également très élevée et serait de 10,8% en 2020, ce qui est supérieur à celle observée dans la population générale. Il n'y a pas de base de données concernant les autres IST mais les études tendent à montrer une prévalence supérieure chez les TDS que dans le reste de la population.

Par ailleurs, les taux d'infection par les HPV oncogènes chez les TDS sont nettement plus élevés que chez les femmes en général, ce qui implique un risque augmenté de développer des lésions pré-cancéreuses voire cancéreuses du col utérin et justifie une prévention adaptée (9).

Le travail du sexe constitue un moteur important de ces épidémies compte tenu des déterminants sociaux qui rendent les TDS vulnérables aux IST, parmi lesquels le nombre important de partenaires sexuels, la précarité économique et sociale, les conditions de travail dangereuses et les rapports de force en jeu qui les empêchent d'exiger l'utilisation systématique du préservatif (violences, atteintes aux droits sexuels etc). De plus, les TDS ont souvent peu de prise sur ces facteurs du fait de leur marginalisation sociale et parce qu'elles pensent être passibles de sanctions pénales (10).

### -la consommation de produits psychoactifs

Plusieurs études objectivent un usage de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines etc) fréquent chez les TDS (11). Ceci s'explique par différents effets recherchés : diminution des barrières inhibitrices, réduction des émotions négatives, augmentation du temps de travail, vecteur de socialisation etc (12). Par exemple, la consommation massive de boissons alcoolisées (binge drinking<sup>2</sup>) est un phénomène très fréquent parmi les TDS ainsi que leurs clients, bien que sous-évalué. En plus des effets néfastes directs de l'alcool sur la santé, on observe une augmentation des prises de risques comportementaux, des violences et des troubles mentaux en lien avec ces consommations (13). Néanmoins, il semble qu'il y ait des freins à exercer après une consommation excessive de drogues (6).

### -les problèmes en santé sexuelle et reproductive

Les TDS ont une sexualité exposant à des risques. Elles sont donc particulièrement concernées par la santé sexuelle et reproductive : contraception, accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), dépistage du cancer du col utérin, prévention et dépistage des IST, etc (14).

Comme évoqué précédemment, le taux d'infection par le HPV et de Frottis Cervico-Utérin (FCU) anormaux est plus élevé chez les TDS que dans la population générale des femmes du même âge mais le recours aux étapes d'après le dépistage (colposcopie) est bien moindre. Ainsi l'accès aux moyens de dépistage, aux soins et à la prévention est un enjeu de santé publique parmi les TDS (15).

L'utilisation des préservatifs parmi les TDS, bien que commune, n'est pas systématique et ce pour plusieurs raisons. Certains clients paient plus cher pour ne pas en mettre, ou simplement imposent sa non-utilisation. Les relations intimes avec le partenaire habituel sont le plus souvent non protégées. Les rapports forcés sont fréquents. Il y a aussi un problème d'accès et de coût du fait de la marginalisation et du nombre élevé de rapports sexuels. Ceci les expose au risque de grossesses non désirées et justifie l'importance d'avoir accès à une méthode de contraception choisie, adaptée et efficace (16).

### -la souffrance psychologique

Les problèmes de santé mentale (dépression, risque suicidaire, syndrome de stress post traumatique, addictions, anxiété, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité etc.) semblent fortement prévalents parmi les TDS et en lien avec le cumul de toutes les situations adverses qu'elles subissent quotidiennement ainsi que de leurs parcours et histoires de vie (17). Il apparaît que les TDS ont moins souvent recours aux services d'aide psychologique et aux soins psychiatriques en raison de leur éloignement du système de santé, de leur exclusion sociale et de la peur de la stigmatisation. Par ailleurs, elles ont une santé mentale perçue moins bonne que celle de la population générale et des besoins dans ce domaine qui ne sont pas pris en compte (18). Les études épidémiologiques trouvent une corrélation

---

<sup>2</sup> On peut traduire ce terme Anglais par « hyperalcoolisation rapide »

positive entre les troubles psychiques chez les TDS et plusieurs facteurs dont l'appartenance à une minorité sexuelle (personnes trans, gay, lesbien.ne, bisexuel.le etc), l'utilisation de drogues, le vécu de traumatismes psychiques pendant l'enfance, l'exercice dans des lieux non protégés (la rue, espaces publics etc), la faiblesse du réseau social, etc (19). Les violences subies et le ressenti négatif des rapports tarifés sont non seulement pourvoyeurs de troubles psychologiques, mais aussi des freins à la prévention chez les TDS (20).

#### -l'exposition à de multiples formes de violences

La violence est fréquente dans le milieu du travail du sexe et elle peut revêtir de multiples formes : violences physiques, psychologiques ou sexuelles pouvant aller jusqu'au meurtre, en passant par les viols, les insultes, les moqueries, l'exploitation, la séquestration et l'atteinte aux droits, les discriminations, les chantages, les pressions financières etc. Elle peut avoir lieu pendant les heures et sur le lieu du travail, mais aussi en dehors, que ce soit au domicile ou dans des zones publiques. Bien que la violence faite aux personnes (et notamment aux femmes) soit de plus en plus reconnue comme un problème de santé publique majeur à travers le monde, il existe peu d'études qui abordent ce phénomène parmi les TDS. Par ailleurs, ces dernières gardent le plus souvent le silence à la suite de ce genre d'incidents, ayant peur de se présenter aux forces de l'ordre et aux services publics à cause des conséquences que cela pourrait avoir (chantage, maltraitance, arrestation, expulsion etc). Il en ressort que ces violences subies persistent et sont même parfois tolérées socialement. Elles peuvent être majorées dans les pays pénalisant le travail du sexe (21).

Suivant leurs positions morales, les pays disposent de lois pénalisant certains aspects du commerce du sexe. Dans de nombreux cas, les TDS sont souvent soumises au harcèlement et aux mauvais traitements de la part des forces de l'ordre. De plus en plus de voix s'élèvent qui demandent la dépénalisation du commerce du sexe et la fin de l'application injuste des lois et des règlements à l'encontre des TDS (22). D'autant plus que les politiques répressives vis-à-vis du travail du sexe semblent avoir un impact néfaste sur l'état de santé et la sécurité des TDS et conduisent à la précarisation, la marginalisation et à l'exercice clandestin chez ces populations déjà fragilisées, sans pour autant réussir à faire diminuer le niveau d'exercice du travail du sexe (23).

### *3) Un accès aux soins difficile et une prévention complexe*

On rapporte des pratiques discriminatoires et stigmatisantes envers les TDS qui majorent leurs difficultés d'accès aux soins primaires et à la prévention. Des actions de santé publique ont été ou sont mises en place dans le but de favoriser leur prise en charge médicale dans un cadre bienveillant et anonyme. Cependant il y a un phénomène « d'effet tunnel »<sup>3</sup> puisque la plupart des praticiens se focalisent sur le dépistage des IST et leur traitement, mettant de côté les autres besoins en santé des TDS (24).

---

<sup>3</sup> Qualifie le fait de se focaliser sur un objectif à tel point qu'on oublie tout ce qu'il y a autour

Les comportements, les connaissances et les pratiques des TDS sont en lien direct avec le degré de risque auquel elles sont exposées (3). Un faible niveau de connaissance contribue à accentuer les prises de risque, augmentant ainsi leur vulnérabilité (25), (21).

Ainsi en contribuant à une meilleure compréhension de la sexualité des TDS, les enquêtes auprès de populations ciblées montrent leur importance pour mener des actions de prévention adaptées aux réalités du terrain (3). Les études actuelles vont dans le sens d'interventions ciblées favorisant la capacité d'agir et l'autonomisation (« empowerment ») de ces populations.

La prévention des IST chez les TDS protège non seulement leur santé, mais contribue également au ralentissement de la diffusion de ces maladies dans la population générale (26).

## B) La République dominicaine : un paradis sexuel ?



Figure 1 : Carte simplifiée de la République dominicaine

Depuis plusieurs décennies, la République dominicaine est l'un des principaux pays d'origine des femmes dans le commerce sexuel international. On estime que plus de cent mille dominicaines exercent le travail du sexe, dont la moitié environ à l'étranger. Beaucoup exercent dans la région caraïbe, elles sont de plus en plus rencontrées en Europe et dans le monde. Le phénomène est tel qu'une partie des transferts de devises qui permettent d'équilibrer la balance des paiements du pays est le fruit des services sexuels que les femmes dominicaines vendent dans les pays riches. Certains acteurs féministes dénoncent l'existence d'entreprises transnationales du sexe qui recrutent dans les pays du tiers-monde, souvent avec la complicité rémunérée des autorités locales. Les autorités des pays récepteurs ne font pas barrage à cette réalité puisque les consulats continuent à délivrer des visas aux femmes dominicaines concernées.

En République dominicaine, le travail du sexe est légal même si les activités connexes telles que le proxénétisme et les maisons closes ne le sont pas. Cependant il apparaît que les lois sont rarement appliquées du fait d'un manque de moyens et / ou de volonté. On estime qu'il y a entre 60 000 et 100 000 TDS dans le pays, dont une partie est originaire de l'état voisin Haïti. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, la réalité se situant plutôt aux alentours de 250 000 si l'on prend en compte le travail du sexe dans son sens le plus large (pour une population de près de 11 millions d'habitants) (11).

En République dominicaine, la prostitution des mineurs est un phénomène fréquent et alarmant puisque l'UNICEF estime qu'il y a au moins 25 000 mineurs qui pratiquent cette activité. Ces enfants et adolescents sont le plus souvent livrés à eux-mêmes et vivent dans la rue dès leur plus jeune âge, ce qui les pousse à se tourner vers la mendicité, le vol, le trafic de drogue et le travail du sexe pour survivre. Il existe un manque de connaissance en santé sexuelle et reproductive, ce qui augmente les risques auxquels ils sont exposés (27).

Le boom touristique que connaît la République dominicaine s'est accompagné d'un fort développement du travail du sexe. Certains dépliants touristiques n'hésitent pas à vanter ce pays comme un « paradis sexuel » et des stations balnéaires sont réputées pour leur nombre important de TDS (hommes, femmes, et mineurs).

Ainsi, la République dominicaine est devenue une destination importante pour le « tourisme sexuel ». Cette pratique désigne une forme de voyage motivée par la possibilité d'avoir des rapports sexuels en échange d'argent et représenterait 20% des voyages internationaux. Il s'affiche clairement dans certaines villes mais touche tout le pays. Il existe même de grands complexes touristiques qui proposent des services de sexe tarifé et le racolage est un phénomène fréquent dans les lieux prisés par les étrangers. Les clients viennent le plus souvent du Canada et du Royaume-Uni même si on en retrouve de plus en plus venant d'Asie (28), (29).

Par ailleurs, la République dominicaine est classée au 4<sup>e</sup> rang des pays exportateurs de TDS dans le monde, d'après l'Organisation Internationale pour la Migration. Il est difficile de chiffrer cette émigration puisqu'elle est en grande partie clandestine mais il s'agit de plusieurs dizaines de milliers de femmes originaires de ce pays qui partent exercer le travail du sexe à travers le monde. Leur motivation est principalement économique et elles viennent généralement de milieux sociaux défavorisés. Elles s'y retrouvent impliquées soit de façon volontaire (bien que

tributaires de leur situation où elles ne voient pas d'autre alternative), soit en étant victime d'exploitation de la part de réseaux plus ou moins organisés (30).

En 2015, 12% de la population de la République dominicaine résidait à l'étranger, ce qui correspond à un peu plus d'1,2 million de personnes, les 3 premiers pays de résidence de cette diaspora étant les USA, Porto Rico et l'Espagne. On observe que le taux d'émigration s'est stabilisé à un niveau élevé depuis les années 1990, en réponse au chômage important, aux faibles salaires et aux inégalités sociales existantes dans le pays (31).

Il n'existe pas de données précises sur l'émigration de la République dominicaine vers la Guyane française (les chiffres publiés concernent la France de façon globale), mais on sait qu'en 2018 il y a eu 597 départs en avion de la République dominicaine vers le Suriname, 593 en 2019, 95 en 2020 et 377 en 2021 (32).

Les données de l'INSEE en 2019 estimaient à 1681 le nombre de ressortissants Dominicains en Guyane française, dont 73% de femmes, ce chiffre étant très probablement sous-estimé.

## C) La Guyane française, un territoire aux multiples facettes

### 1) *Présentation générale*

La Guyane est depuis 1946 un département français d'outre-mer (DOM) situé en Amérique du Sud dont la superficie est équivalente à 1/6 de la métropole. Unique région ultrapériphérique européenne continentale, elle est recouverte à 95% de forêt amazonienne et se situe juste au Nord de l'équateur, le climat y est donc de type équatorial. Située sur le "plateau des Guyanes", son territoire est compris entre le Suriname à l'Ouest, séparé par le fleuve Maroni, et le Brésil à l'Est avec lequel la France partage sa plus grande frontière (plus de 700 km) constituée par le fleuve Oyapock et les monts Tumuc Humac. Le Guyana peut être présenté comme l'un de ses très proches voisins. La Guyane est une des régions les moins densément peuplées de France et sa population, estimée à 294 436 habitants en janvier 2022, réside à plus de 90% sur la zone littorale. Les 10% restants, représentant environ 50 000 habitants, se distribuent dans ce que l'on appelle « l'intérieur du territoire »<sup>4</sup>, pour l'essentiel le long des fleuves transfrontaliers : le Maroni et l'Oyapock (33).

La population de la Guyane se caractérise par la diversité des communautés qui la composent. Cette diversité est importante à considérer, notamment dans le domaine de la santé car la connaissance de chaque culture permet d'être plus pertinent en termes de prévention et d'action en santé. De façon globale, parmi les communautés représentées sur le territoire guyanais, on distingue les Amérindiens, les Noirs-marrons, les Hmong, les Métropolitains, les Créoles guyanais, les Brésiliens, les Haïtiens, les Dominicains, les Surinamais, les Guyaniens, les Chinois, les Antillais et d'autres groupes moins nombreux. Certaines de ces populations sont arrivées il y a bien longtemps sur le territoire tandis que d'autres sont issues d'une immigration plus récente.

---

<sup>4</sup> Anciennement désigné par le terme « territoire de l'Inini »

Elle est la deuxième région française avec la plus forte croissance démographique, après Mayotte : la population a doublé en 20 ans (multipliée par 7,5 entre 1960 et 2010) et continue de progresser. C'est le solde naturel (différence entre les naissances et les décès sur le territoire guyanais, estimé par l'Insee à 2,4% par an entre 2009 et 2014) qui est le principal moteur de l'accroissement démographique, amplifié, dans une moindre mesure, par un solde apparent d'entrées-sorties positif (phénomène d'immigration). Du fait de la jeunesse de sa population (avec 1 personne sur 2 âgée de moins de 25 ans), la Guyane est la région française où la mortalité est la plus faible (34). Enfin, il faut noter que la croissance démographique est inégale sur le territoire : elle est importante à l'Ouest, sur le Maroni, et au sein de la communauté Noir-maronne qui y vit. Cette démographie dynamique des trois dernières décennies impacte l'accès à l'emploi et au logement tout comme aux infrastructures de santé et d'éducation (35).

## 2) L'offre de soin : une répartition inégale

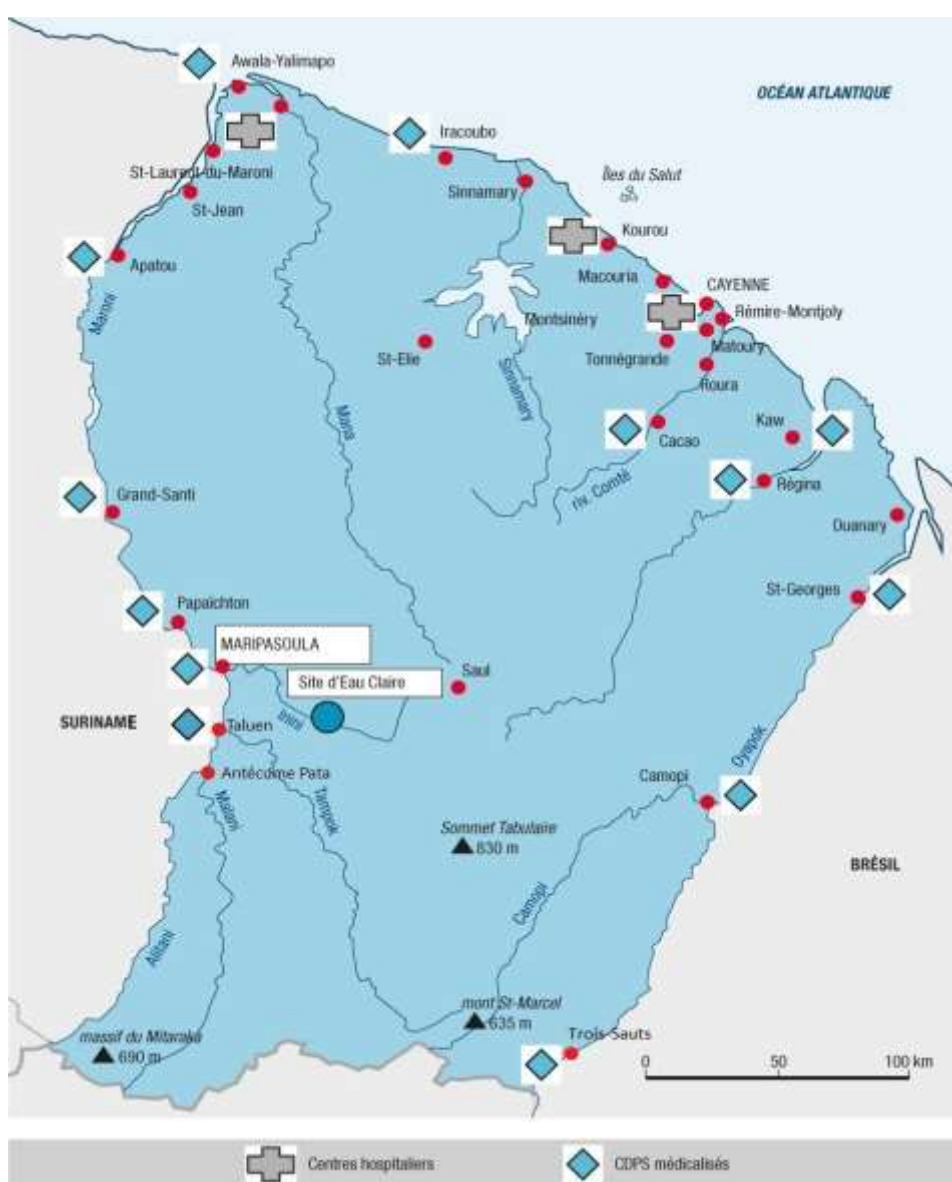


Figure 2 : Carte de l'offre de soins en Guyane française



La Guyane accuse un retard en termes d'offre de soins comparativement à la France hexagonale. On y observe également de fortes inégalités sociales de santé au sein même de son territoire. Cela se traduit par un manque de professionnels de santé, de moyens matériels et aussi des difficultés à avoir accès à certains examens complémentaires ainsi qu'à des consultations spécialisées, difficultés majeures auxquelles sont confrontées les populations de l'intérieur particulièrement isolées. Des mesures sont mises en œuvre pour pallier ces lacunes et améliorer ainsi les standards en santé mais elles se heurtent à la réalité du terrain.

Bien que l'offre de soin ait progressé, elle ne répond que partiellement aux besoins de la population en raison de personnels médicaux et paramédicaux en nombre insuffisant et pour une partie d'entre eux avec des qualifications insuffisantes. En 2021, 139 praticiens à diplôme hors UE (non encore qualifiés par l'ordre des médecins) exerçaient dans les hôpitaux guyanais (40% du total des praticiens). C'est le seul département français où cela est possible (en dehors de la possibilité d'exercer comme stagiaire associé dans l'hexagone, en lien avec l'université du pays d'origine, dans le cadre d'un contrat de 6 mois renouvelable deux fois) (36).

La bande côtière qui s'étend sur 378 km de long et 10 à 30 km de large concentre l'essentiel de la population, du réseau de transport et des activités de Guyane. La majorité de l'offre de soin se trouve aussi dans cette zone : les hôpitaux de Cayenne (CHC), Kourou (CHK) et Saint Laurent du Maroni (CHOG) rassemblés dans un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), ainsi que la majorité des médecins libéraux. La médecine de ville est fragilisée par une faible démographie et une forte demande et il en va de même pour les professions paramédicales. Beaucoup de soignants libéraux sont isolés et il peut être difficile d'être accepté dans un cabinet en tant que nouveau patient. Sur le plan hospitalier il existe des difficultés structurelles, organisationnelles et financières dont certaines perdurent malgré les efforts entrepris (modernisation des plateaux techniques, ouverture de nouveaux lits etc). Un projet de CHU d'ici l'horizon 2025 a été validé par le gouvernement et est en cours de réalisation, montrant une réelle volonté de renforcer l'offre de soin et de développer l'enseignement et la recherche dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, le nombre d'EVASAN pour motifs urgents ou programmés est aussi en augmentation, avec une origine multifactorielle : augmentation de la population, tentative de respecter les standards HAS en termes de santé et recours tardif aux soins ou défauts de prise en charge concernant certaines pathologies. Le coût pour la sécurité sociale se chiffre à plusieurs millions d'euros par an (36).

Alors qu'il est possible dans la plupart des cas de rejoindre les trois hôpitaux par la route depuis le littoral, l'intérieur du territoire, couvert d'une épaisse forêt et difficilement pénétrable, reste enclavé. On n'y circule qu'en pirogue sur des cours d'eau accidentés par des sauts, en avion (il existe plusieurs liaisons aériennes régulières assurées par Air Guyane) ou en hélicoptère (pour les urgences), ce qui rend les évacuations sanitaires parfois très compliquées à gérer et peut engendrer des pertes de chances notamment en cas de panne technique, d'intempérie ou de problèmes sur les vols réguliers.

Les structures de soins qui assurent le maillage territorial dans les communes de

l'intérieur sont les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) qui dépendent du CHC et sont déployés stratégiquement sur 17 communes dans l'ensemble du territoire. Les CDPS sont chargés d'assurer toutes les missions relevant du domaine de la santé auprès des populations locales, et ce de façon totalement gratuite pour les consultations et parfois les traitements. Ils fonctionnent comme un centre de consultation hebdomadaire de médecine générale avec des astreintes 24H/24 pour les urgences et sont en lien avec les hôpitaux guyanais en cas de besoin d'avis ou d'évacuation sanitaire.

Trois d'entre eux font office de centres de référence et vont devenir des hôpitaux de proximité à l'horizon 2023 : Maripasoula pour le Haut Maroni, Grand-Santi pour le Moyen Maroni et Saint Georges pour le Bas Oyapock. On y trouve des sages-femmes fixes s'occupant de la gynécologie-obstétrique, une équipe chargée d'effectuer des actions de prévention auprès des populations locales (l'Equipe Mobile de Santé Publique En Commune, EMSPEC) et des missions programmées de façon mensuelle assurant les consultations spécialisées (urologie, infectiologie, odontologie, ophtalmologie, pédiatrie etc). Ces CDPS ont aussi plusieurs lits de mise en observation pour les pathologies qui ne relèvent pas de l'ambulatoire (entre 5 et 10). Enfin, il est prévu qu'ils soient prochainement transformés en hôpitaux de proximité dans le cadre de la création du CHU.

Sur ces mêmes territoires on rencontre aussi les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui dépendent de la Collectivité Territoriale de Guyane (Département-Région) mais ne sont pas fonctionnels partout et une Hospitalisation A Domicile (HAD) privée à Maripasoula. On peut aussi citer la présence associative avec notamment la DAAC, ID Santé et le programme OCS<sup>5</sup> à Saint Georges ainsi que les antennes de AIDES à Maripasoula et Papaïchton. Il n'y a plus de cabinet de médecine générale libérale sur le Maroni au-delà d'Apatou, et sur l'Oyapock au-delà de Saint Georges. Seuls Maripasoula et Saint Georges possèdent une pharmacie privée, ailleurs ce sont les CDPS qui sont chargés de dispenser les médicaments prescrits. Des antennes de la sécurité sociale existent dans les principaux centres pour aider les consultants à ouvrir/mettre à jour leurs droits.

Les CDPS souffrent d'un manque de moyens matériels (biologie restreinte, pas de radiologie, locaux exigus etc) et peinent en raison de l'isolement notamment, à maintenir les équipes en nombre suffisant. Le turn-over rapide des soignants (de l'ordre de quelques mois) empêche la stabilisation d'équipes expérimentées et diminue la qualité globale des soins prodigués. La venue périodique de spécialistes sur sites est une tentative de compensation de la difficulté d'accès aux soins (36).

En Guyane les inégalités de santé sont présentes de façon globale, mais sont d'autant plus marquées chez les personnes migrantes. Une étude de 2016 retrouve un taux de renoncement aux soins avoisinant les 20% dans cette population (37). Les principales causes sont les raisons financières (30,9% en 2019), la distance et le manque de temps (24% en 2019), le tout aggravé par la faible densité en professionnels de santé et l'existence de pratiques discriminatoires (38).

---

<sup>5</sup> Programme entre la Guyane et l'Amapa (Etat du Brésil) dont le but est de stopper l'épidémie de VIH, prévenir les grossesses non désirées et les violences faites aux femmes

### 3) *Une terre de migration*

« Située en Amérique du Sud, mais territoire français, la Guyane possède dans les faits les caractéristiques d'un pays en voie de développement et se trouve dans une situation paradoxale » (39). Depuis les années 1960, c'est une terre d'accueil pour les migrants des pays limitrophes et de la zone caribéenne et c'est toujours le cas aujourd'hui (40). Au regard des pays et des régions avec lesquels elle partage ses frontières, elle fait figure de territoire privilégié par bien des aspects (niveau de salaire, accès à la santé, offre éducative, protection sociale, comportement des forces de l'ordre etc), ce qui la rend attractive y compris pour les migrants en situation irrégulière. Cette immigration contribue à fragiliser les équilibres internes de la société (35).

Façonnée par des périodes discontinues d'immigration importante, la population guyanaise est cosmopolite : en 2015, 1 habitant sur 3 est de nationalité étrangère. L'analyse des principales caractéristiques démographiques (croissance démographique, structure par âge, immigration, emploi et chômage, démarches administratives) révèle à quel point l'évolution et la structure de la société sont liées à l'immigration (35). La population immigrée est majoritairement composée de personnes originaires du Brésil, du Suriname et d'Haïti. Les personnes originaires de République dominicaine, bien que représentées, sont moins nombreuses.

Pour les pouvoirs publics et les forces politiques, la question de l'immigration en Guyane constitue à la fois un problème à résoudre, un enjeu de construction de société et un défi majeur à relever (39).

Les pays d'accueil des populations migrantes précaires n'offrent que très rarement des conditions d'installation acceptables, ce qui est le cas de la Guyane. Les personnes se retrouvent très souvent sans aucune ressource, sans titre de séjour, sans autorisation de travail, ce qui réduit fortement leurs chances de s'insérer sur le marché du travail « officiel ». Elles sont parfois contraintes de se tourner vers des solutions telles que le travail informel (les « jobs »<sup>6</sup>) ou le travail du sexe voire le trafic de drogues pour survivre et assurer les besoins de leur famille (3).

La santé n'est pas toujours une priorité face aux conditions de vie des personnes migrantes dans le pays d'accueil. De plus, les politiques publiques répressives ne permettent pas toujours d'assurer le suivi sanitaire de ces populations (41).

### 4) *L'orpaillage : un monde reculé*

Le phénomène de l'orpaillage illégal est une problématique commune à la quasi-totalité des zones aurifères sud-américaines. Une partie de l'économie de ces territoires s'est ancrée dans l'informel et de nombreuses populations dépendent de l'exploitation non durable de ce minerai (42).

Depuis plusieurs décennies, la Guyane subit une ruée vers l'or incontrôlée du fait de la hausse du cours de l'or. Ce phénomène se traduit par des exploitations illégales disséminées sur de larges parties du territoire (souvent en forêt profonde),

---

<sup>6</sup> Correspond à un travail ponctuel et non déclaré, fréquent en Guyane française

et actuellement, rares sont les fleuves qui ne sont pas touchés car ils représentent des voies de transit et de pompage. Un constat demeure : après dix ans de lutte contre l'orpaillage illégal (opérations militaires françaises Anaconda, puis Harpie depuis 2008) les impacts subis par les populations locales et par les écosystèmes dont elles dépendent demeurent extrêmement importants (42).

L'orpaillage (légal et illégal) impacte l'environnement à savoir la faune, la flore ou encore la ressource en eau. Certaines de ces conséquences sont mesurables comme la déforestation, la turbidité de l'eau ou le rejet de mercure tandis que d'autres ne le sont pas (chasse/pêche à outrance, insécurité etc) (43).

En Guyane, les orpailleurs sont essentiellement originaires du Nord du Brésil (Amapà, Parà, Amazonas, Maranhao), appartiennent à des communautés pauvres et sont très mobiles que ce soit à l'intérieur du territoire, ou bien au-delà des frontières. Les conditions de vie et de travail sur les sites d'orpaillage clandestins sont très rudes et l'accès aux soins y est particulièrement difficile, du fait de l'isolement géographique, mais également de la stigmatisation (44). Ceci a pour conséquence le développement de maladies infectieuses dans ce groupe, plus ou moins bien prises en charge, avec le risque subséquent de dissémination à la population générale (45).

Les orpailleurs entrent le plus souvent dans le système de santé par le biais des CDPS côté français ou des dispensaires MZ<sup>7</sup> côté surinamais. Il arrive aussi qu'ils se rendent directement dans les hôpitaux à Saint Laurent du Maroni voire à Paramaribo par leurs propres moyens, parfois après plusieurs jours de marche en forêt et / ou de pirogue. Ainsi ils peuvent présenter des pathologies à des stades avancés telles que l'on ne les rencontre que rarement de nos jours dans les pays à haut niveau de revenus.

Toute cette sphère autour de l'orpaillage échappe en grande partie à la prévention (accès aux préservatifs difficile, moyens de dépistage inexistant etc), et le déficit d'interventions entraîne une vulnérabilité accrue, en particulier vis-à-vis des IST. Une étude menée dans cette population majoritairement masculine en 2019 a trouvé une prévalence de 1,4% pour le VIH, de 4,6% pour le VHB, de 0,7% pour le VHC et de 11,5% pour la syphilis. (46) On sait par ailleurs que le travail du sexe est très lié à l'orpaillage : 75% des TDS interrogées dans une précédente enquête ont déjà travaillé sur un camp d'orpaillage (3).

Il existe des « bases arrière » jouant un rôle stratégique pour l'orpaillage clandestin : souvent situées au bord du fleuve côté surinamais (où les lois sont moins répressives que du côté français), ces véritables villes se sont développées dans l'optique de fournir aux chercheurs d'or tout ce dont ils ont besoin en termes de matériel et de services, ainsi que des activités de loisir lorsqu'ils décident de prendre quelques jours de repos. Une gigantesque logistique s'est bâtie autour du fleuve pour alimenter tous ces commerces en matières premières et fait vivre de nombreuses personnes que ce soit de façon directe ou indirecte.

---

<sup>7</sup> Medische Zending ou « mission médicale » qui est l'organisme en charge de la santé des habitants des territoires de l'intérieur du Suriname

### 5) *Le Maroni : une frontière ouverte*

Le Maroni se situe à l'ouest de la Guyane et il représente une frontière naturelle avec le Suriname qui s'étend sur 520 km. Il est aussi un axe indispensable pour les mouvements des populations et des marchandises et permet de relier le littoral à certaines zones isolées de l'intérieur du territoire. Les noirs-marrons ainsi que les amérindiens sont les deux principales populations qui peuplent le fleuve du Maroni. Ils sont divisés en plusieurs ethnies qui résident dans des zones bien définies du territoire et ont leur propre chef coutumier ainsi que des traditions anciennes vivaces. Dans les principaux villages, on retrouve aussi des immigrants de diverses origines qui se sont installés et participent à la vie locale.

On estime qu'un peu plus de 120 000 personnes vivent le long du Maroni (côté français et surinamais). Il faut ajouter les orpailleurs clandestins qui constituent un ensemble composite d'approximativement 10 000 personnes (47). Ces populations vivent souvent en situation de précarité et présentent des spécificités culturelles, un mode de vie transfrontalier entre les berges du fleuve, ainsi qu'un recours commun à des médecines traditionnelles qu'il convient de connaître (48), (49).

Les déplacements se font principalement à l'aide de pirogues à moteur, mais on peut aussi prendre l'avion pour rejoindre les principaux villages du Maroni à partir de Cayenne, St Laurent du Maroni et Paramaribo. Il existe de nombreux sentiers dans la forêt, dont certains sont empruntables en quad, mais seulement deux routes sont carrossables : celle entre St Laurent du Maroni et Apatou et celle entre Papaïchton et Maripasoula.

Ici la notion de migration ne correspond pas à sa définition académique reposant sur le franchissement des frontières d'un État. En effet, les communautés d'amérindiens et de noir-marrons vivent de fait sur la frontière et, passant quotidiennement de part et d'autre du fleuve, elles en défient l'existence même. Par ailleurs, ces peuples sont souverains sur une partie du territoire franco-guyanais où la loi française ne s'applique pas en première intention dans les faits si non en droit. Ensuite, plus de 15000 noirs-marrons se sont installés du côté français de la frontière entre 1982 et 1990 à la suite de la guerre civile au Surinam, y ont fondé une famille et ne sont jamais retournés dans leur pays d'origine : leurs enfants aujourd'hui sont français. Enfin, une partie de la population du fleuve ne possède ni nationalité ni même identité civile, n'ayant pas été enregistrée à l'état civil de l'un ou de l'autre des pays (41).

## **D) Les Travailleuses Du Sexe Dominicaines (TDSD) en Guyane française**

### 1) *Parcours et histoire*

Il existe peu de données sur les femmes dominicaines en Guyane. Un article paru le 23/02/2022 dans le journal Guyane la Première estime à 20 000 le nombre de ressortissants dominicains dans le département. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire bien que majoritaires dans les grandes villes du littoral.

Le Suriname est reconnu comme pays de transit pour des ressortissantes de la République dominicaine victimes de la traite sexuelle et de travaux forcés. Ces

dernières sont exploitées soit directement dans des maisons closes (Paramaribo, Nickerie, Albina etc) soit envoyées/incitées à se rendre dans les camps d'orpaillage au Suriname ou en Guyane pour y exercer le travail du sexe sous contrainte (50). Il semble qu'une partie de cette population soit relativement libre de ses mouvements et peut choisir où exercer mais qu'elle est contrainte par la pression financière à se prostituer.

## 2) *Cadre légal et sociétal*

En France, la définition de la prostitution a été établie dans un décret du 5 novembre 1947 : c'est « l'activité d'une personne qui consent habituellement à des rapports sexuels avec un nombre indéterminé d'individus moyennant rémunération ». La France se situe parmi les pays abolitionnistes comme l'attestent certaines lois dont celle du 30 juillet 1960 qui reconnaît la prostitution comme étant « incompatible avec la dignité et la valeur de la personne humaine ». Toute forme de proxénétisme y est illégale et punie par une amende pouvant aller jusqu'à 150 000 euros et 7 ans d'emprisonnement. Mais le fait de se prostituer n'est théoriquement pas poursuivi, même si des lois ont tenté d'établir la pénalisation du racolage.

La dernière loi qui date de 2016 s'axe plutôt sur l'aide aux TDS avec la mise en place d'actions concrètes pour favoriser leur protection et leur réinsertion (aide au logement, revenu de substitution, parcours de sortie etc) et cherche à lutter contre le travail du sexe en inversant la pénalisation dorénavant centrée sur le client (51). Certaines organisations ont dénoncé ce dernier volet qui risquerait de pousser à la clandestinité et de précariser davantage les TDS, en rendant leur travail encore plus difficile et dangereux.

En résumé, en France le fait de se prostituer n'est pas puni mais « le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle d'une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe (soit 1500 euros) » et dans certains départements d'un stage de citoyenneté obligatoire.

En Guyane, le recours au travail du sexe n'est pas verbalisé. C'est même un phénomène relativement fréquent et qui semble bien accepté par la société. Il existe des lieux publics connus de la population où s'exerce le racolage et d'autres endroits privés (bars, boîtes etc) où les clients viennent passer un moment avec la possibilité d'avoir des relations sexuelles tarifées. De même le tourisme sexuel est facilité par la possibilité de traverser les deux frontières pour se rendre dans les pays voisins où les prestations sexuelles sont moins chères.

## 3) *Le TDS en Guyane*

Malgré l'importance du travail du sexe en tant qu'activité économique en Guyane, très peu d'éléments chiffrés existent et peu d'études ont été menées pour décrire le phénomène. Le travail du sexe en Guyane varie en fonction des sites où il est exercé, mais schématiquement, trois principaux modes non exclusifs sont distingués :

- la prostitution de rue (ou de bar) dite « classique » plutôt rencontré sur le littoral (Cayenne, Kourou, Saint Laurent du Maroni).
- la prostitution liée à l'orpaillage qui correspond géographiquement à l'intérieur et aux frontières (fleuves Maroni et Oyapock) et implique les pays frontaliers (Suriname et le Brésil).
- la prostitution en échange de services et / ou de biens qui est un phénomène relativement récemment décrit.

Les TDS sont majoritairement des migrantes de la région Caribéenne et des pays limitrophes, résidant en Guyane depuis plusieurs années. Elles effectuent pour la plupart des migrations pendulaires et sont le plus souvent en situation irrégulière sur le territoire. Il y a une dizaine d'années, on estimait qu'entre 1000 et 1500 TDS exerçaient sur le littoral et au moins 1000 dans les zones de l'intérieur, ce qui semble désormais en deçà de la réalité (41).

En Guyane quatre associations travaillent plus spécifiquement avec les TDS : Entr'Aides à Cayenne, Action pour le Développement l'Education et la Recherche (ADER) à Kourou, AIDES et la Croix Rouge Française (CRF) à Saint-Laurent-du-Maroni, et AIDES à Maripasoula et Papaïchton. Elles possèdent des locaux où les TDS peuvent aller consulter et se faire dépister, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, de façon anonyme et sans stigmatisation. Elles proposent aussi des actions ciblées au plus près des populations concernées (groupes de parole, « maraudes » à la rencontre des TDS sur leurs lieux de travail, dépistage rapide du VIH par Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), séances d'éducation en santé sexuelle etc.

La CRF se démarque des autres par le fait qu'elle propose une offre plus étoffée : en plus d'une offre de santé sexuelle et reproductive exhaustive (activité CeGIDD), elle s'occupe des rattrapages vaccinaux chez les primo-arrivants, de la lutte anti-tuberculeuse et dispense même certains traitements curatifs. Il y a aussi d'autres acteurs qui interviennent plus largement auprès des populations en situation de précarité et / ou de vulnérabilité, dont font partie les TDS, comme Médecins du Monde, ainsi que de plus en plus d'intervenants sociaux qui aident ces personnes fragiles à effectuer les démarches administratives afin de recevoir les aides adéquates et de s'intégrer.

Il est admis que les TDS sont marginalisées sur le plan social et économique et que cette vulnérabilité est accrue par leur position d'immigrées sur un territoire étranger (52). La majorité des TDS sont sans titre de séjour en Guyane : « cette précarité administrative place les individus dans une situation d'isolement social et administratif, de précarité matérielle et de méfiance constante. Pour cause, la majorité des arrestations parmi les TDS étaient en lien avec leur statut de résidence. Ce problème les coupe également du marché du travail légal. 44% des TDS sont aussi sans couverture maladie à jour « limitant ainsi leur accès aux soins et à la prévention, entraînant une grande vulnérabilité » (3). Derrière les résultats des études se dessine une précarité multidimensionnelle (financière, sociale, culturelle, administrative etc) qui est reconnue comme un facteur important de vulnérabilité sexuelle, face aux violences subies, aux IST et à l'accès aux soins et à la prévention (53).

Les TDS font rarement état de trafics humains à visée prostitutionnelle en Guyane, ce qui ne signifie pas qu'ils n'existent pas. De même, elles font très peu allusion au proxénétisme. Il semble que la majorité des TDS en Guyane se prostituent « à leur compte », même si cela n'exclut pas certaines situations floues, notamment lorsque l'argent est partagé avec le conjoint (3).

Du côté des IST, même si on note une amélioration globale au fil des années précédentes, la situation épidémique en Guyane est préoccupante. L'épidémie à VIH, dont la transmission est essentiellement sexuelle, y est à son plus haut niveau d'activité en France. Les infections par le Virus de l'Hépatite B (VHB), sont parmi les plus fréquentes et une progression du nombre de cas de syphilis et de gonococcies est rapportée. De même, des études de prévalence mettent en lumière la fréquence des infections par le papillomavirus humain (HPV) et par *Chlamydiae trachomatis* (10).

Ainsi, la Guyane est le département français le plus touché par le VIH et le travail du sexe semble être un des vecteurs de cette épidémie. (54) Les rapports hétérosexuels constituent le principal mode de contamination et le fait que les clients des TDS soient souvent en couple et aient des relations non protégées avec leur partenaire habituel est une des clefs de dissémination des IST vers la population générale. Bien que la Guyane soit souvent décrite comme connaissant une épidémie généralisée de VIH, il semblerait que l'on se situe plus dans le cas d'une épidémie concentrée où certains groupes vulnérables sont plus touchés, dont font partie les migrants (55).

Une étude de 2012 suggère que 45% des cas de VIH parmi la population des hommes séropositifs et 11% des cas de VIH parmi les femmes séropositives étaient attribuables au sexe transactionnel. La prévalence du VIH parmi les TDS suivies par l'association Entr'Aides à Cayenne était estimée à 8% pour cette même année (56).

Il existe peu de données au sujet des hépatites virales sur le Maroni, ce qui a motivé la naissance de l'étude MaHeVi qui vise à estimer le poids des infections à VHB, VHC, VHD et VIH auprès des populations locales, dont font partie les TDS dominicaines. Les analyses sont en cours.

Enfin, il ressort de l'étude CAP réalisée en 2012 en Guyane que la consommation de drogues augmente nettement l'adoption de comportements sexuels à risque, notamment chez les TDS, ce qui les expose d'autant plus aux violences et aux IST (3).

## **E) Problématique**

*Pour plus de clarté, nous emploierons le terme TDSD pour nous référer aux TDS Dominicaines exerçant sur le fleuve Maroni.*

Les TDSD sont une population méconnue et en retrait de la société guyanaise. Une meilleure connaissance du parcours migratoire, des déterminants sociaux, du mode de vie, des expositions à risque et de l'accès aux soins et à la prévention est nécessaire pour travailler sur des réponses adaptées. Par ailleurs, une évaluation des connaissances et



des croyances sur les IST et la santé sexuelle permet d'analyser les comportements et de déployer des stratégies préventives adaptées. Nous sommes partis d'hypothèses classiquement formulées au sujet des TDSD qui nous semblaient plausibles et pertinentes à investiguer.

➤ Hypothèses

- Les TDSD ont une consommation excessive d'alcool et de drogues en lien avec l'environnement festif dans lequel elles évoluent et pour faire face à leur sexualité dans le travail
- Du fait de leur relatif isolement social et de l'enclavement de leurs lieux d'exercice, les TDSD sont victimes de violences physiques, psychiques et sexuelles dans l'exercice de leur travail
- Les TDSD connaissent mal le système de santé et renoncement fréquemment aux soins
- Les TDSD ont une connaissance et un accès restreints à la prévention, aux outils de la réduction des risques sexuels et aux soins

➤ Questions de recherche

- Quelle proportion des TDSD ont un usage nocif d'alcool et de drogues ?
- Quelle est la fréquence des violences physiques, psychiques et sexuelles subies par les TDSD ?
- Quel est le niveau de recours et de renoncements aux soins des TDSD ?
- Quel est le niveau de recours à la prévention en matière de santé sexuelle des TDSD ?

## Partie II : matériels et méthodes

### a. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale, descriptive et analytique.

### b. Population d'étude

La population d'étude sont les TDS dominicaines exerçant le long du fleuve Maroni en Guyane française.

### c. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- être de nationalité Dominicaine,
- déclarer avoir déjà exercé le travail du sexe, actuellement et / ou dans le passé,
- être âgée de 18 ans ou plus,
- exercer ou avoir exercé sur le fleuve Maroni,
- être non opposée à sa participation à l'enquête après en avoir été informée.

### d. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion sont :

- être âgée de moins de 18 ans,
- ne jamais avoir exercé le travail du sexe,
- TDS non Dominicaine,
- exercer en dehors du fleuve Maroni,
- refus de participer à l'enquête.

### e. Recrutement

Le recrutement a eu lieu dans les villages le long du Maroni où réside la population d'étude (villes de Saint Laurent du Maroni, Mana, Apatou, Papaïchton, et Maripasoula) en lien avec les soignants des Centre Délocalisés de Prévention et de Soins, de l'association AIDES et de la Croix Rouge Française. Un recrutement au sein des structures de santé et dans les lieux d'exercice des TDSD a été effectué après avoir été introduit par les partenaires associatifs. Une attention particulière a été portée au choix des lieux et de l'heure, après discussion avec les associations et les médiateurs pairs, dans le respect du lieu de vie et d'exercice. Un seul enquêteur, interne en médecine générale et qui parle l'espagnol couramment a inclus les participantes à l'étude.

*Nombre de Sujets Nécessaires et échantillonnage* : le recrutement d'au moins 100 femmes dominicaines TDS était souhaité pour garantir une puissance suffisante des analyses uni et multivariées. Une approche par échantillonnage n'a pas été retenue et le recrutement a été le plus exhaustif possible, au sein de tous les villages sus-cités, sur une période de 12 mois.

f. Recueil des données et règlementaire

Le recueil des données s'est fait par l'intermédiaire d'un questionnaire papier individuel sur le terrain, hétéro-administré, par un seul enquêteur, en langue espagnole (questionnaire traduit préalablement) avec respect de l'anonymat des données recueillies. La notice d'information papier a été lue au préalable, expliquant les droits des enquêtés et le but de l'étude. La non-opposition a été systématiquement recueillie. Les personnes interrogées se sont vu attribuer un numéro d'anonymat généré de façon aléatoire qui leur a été communiqué lors de la passation du questionnaire afin de pouvoir exercer leur droit de modification / rétractation des données.

La saisie des questionnaires a été faite dans une base de données Excel, protégée, élaborée avec les directeurs de thèse, sécurisée et stockée au Centre hospitalier de Cayenne, conformément à la réglementation en vigueur. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Stata 15.1. Le stockage des données a été fait localement. L'analyse des données a été réalisée localement, au sein du Centre d'Investigation Clinique du Centre Hospitalier de Cayenne avec l'aide du directeur de thèse.

*Règlementaire* : Le projet a fait l'objet d'un accompagnement par la cellule promotion du Centre d'investigation clinique Antilles Guyane, CIC Inserm 1424, du Centre Hospitalier de Cayenne qui a effectué les démarches réglementaires. La base de données a été validée par le délégué à la protection des données du Centre hospitalier de Cayenne.

g. Données étudiées

Cette étude mobilise des données quantitatives. Il n'y a pas de données directement identifiantes.

**Les principales variables d'intérêt sont :**

- Les caractéristiques socio-économiques de la population étudiée (tranche d'âge, fratrie, lieu de provenance, niveau d'études etc)
- La consommation d'alcool (score AUDIT-C) et de drogues
- Les violences physiques, psychiques et sexuelles subies au cours de la vie
- Le recours et le renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois
- Les connaissances et l'utilisation des moyens de prévention (dépistages, vaccinations, prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), traitement post exposition (TPE) etc)
- Les troubles anxieux et dépressifs (score PHQ4)
- L'impact de la COVID 19 sur les conditions de vie

**Les autres co-variables recueillies sont :**

- La situation pré-migratoire en République dominicaine
- Les mouvements migratoires
- Les conditions de vie en Guyane française et au Suriname (type d'habitat, droit au séjour, couverture maladie etc)
- Les conditions d'exercice
- Le soutien social
- Les projets futurs envisagés

#### h. Analyse des données

L'analyse et l'interprétation des données ont été faites en collaboration avec les directeurs de thèse et avec l'accompagnement du CIC Antilles Guyane. Les données manquantes et les refus de répondre au questionnaire ont été quantifiés. Les variables quantitatives sont exprimées avec la médiane et l'intervalle interquartile ou la moyenne et l'écart-type selon leur distribution. Les variables qualitatives sont exprimées sous forme de pourcentage et les différences testées à l'aide d'un test de Chi deux quand approprié. Un degré de significativité à 5% a été retenu pour considérer une association significative.

#### i. Objectifs

- Mesurer la fréquence de l'usage nocif de l'alcool et des drogues chez les TDSD
- Estimer la fréquence des événements négatifs dont sont victimes les TDSD : violences physiques, psychiques et sexuelles
- Évaluer le recours et le renoncement aux soins parmi les TDSD
- Déterminer le niveau de recours aux moyens de prévention en santé sexuelle des TDSD

#### j. Bénéfices attendus

- Utiliser les connaissances produites sur l'état de santé, le recours aux soins et le parcours de soins des TDSD afin d'ajuster et de développer l'offre de santé et de prévention des CDPS
- Faire un état des lieux sur les violences vécues au quotidien par les TDSD pour améliorer leur prévention et leur prise en charge médico-psychosociale (en lien avec les initiatives en cours sur le fleuve Oyapock)
- Mieux cibler les messages et les actions de promotion de la santé envers ce public spécifique. Diffuser les informations recueillies auprès des différents acteurs guyanais concernés
- Sensibiliser les soignants aux thématiques de santé propres aux TDSD des CDPS sur le Maroni

La version complète du questionnaire peut être consultée en ligne en suivant le lien suivant : [file:///C:/Users/N'jello/Desktop/Questionnaire\\_TDSD\\_Maroni-Th%C3%A8se.htm](file:///C:/Users/N'jello/Desktop/Questionnaire_TDSD_Maroni-Th%C3%A8se.htm)

## Partie III : Résultats

Au total 148 entretiens individuels d'une durée comprise entre 1 et 2 heures ont été menés en langue espagnole entre juin 2021 et juin 2022 auprès de TDSD<sup>8</sup> résidant le long du fleuve Maroni, côté Guyane française.

	n (%)
<b>Total</b>	N=148 (100%)
<b>Ville de recrutement</b>	
Saint Laurent du Maroni	74 (50,0%)
Maripasoula	37 (25,0%)
Papaïchton	29 (19,6%)
Mana	7 (4,7%)
Apatou	1 (0,7%)
<b>Lieu de l'interview</b>	
Domicile	92 (62,2%)
Bar ou cabaret	53 (35,8%)
Autre	3 (2,0%)
<b>Activité de TDS</b>	
En cours	98 (66,2%)
Cessée	50 (33,8%)

Tableau 1 : Données globales sur les interviews réalisées

La moitié des participantes a été recrutée à Saint Laurent du Maroni, tandis que l'autre moitié l'a été dans les communes du fleuve. Les interviews ont été réalisées au domicile de la TDSD pour 62,2% des participantes et dans le bar où exerce la TDSD pour 35,8% d'entre elles.

Parmi les personnes interviewées, 66,2% sont encore en cours d'exercice du travail du sexe, tandis que 33,8% ont cessé d'exercer. Parmi les 50 TDSD ayant cessé d'exercer et ayant répondu à la question, l'arrêt d'exercice remonte à 18 mois en médiane (intervalle interquartile -IIQ- [12-36] mois). Certaines viennent d'arrêter tandis que d'autres ont cessé l'exercice sur le Maroni il y a plusieurs années et sont par la suite restées vivre en Guyane (comme c'est le cas pour plusieurs TDSD à Papaïchton). D'autres encore pratiquent le TDS par intermittence.

### A) Caractéristiques socio-démographiques des TDSD

#### 1) Caractéristiques générales des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148 (100%)
<b>Villes d'origine</b>	
Santo Domingo	78 (52,7%)
San Juan de la Maguana	53 (35,7%)
Autres	17 (11,6%)
<b>Âge moyen</b>	32,8 années
<b>Fratrie moyenne</b>	5

<sup>8</sup> Pour mémoire, nous emploierons le terme TDSD pour nous référer aux TDS dominicaines exerçant ou ayant exercé le long du fleuve Maroni.

<b>Langues parlées</b>	
Espagnol	148 (100,0%)
Portugais	52 (35,1%)
Sranan-tongo	51 (34,5%)
Anglais	9 (6,1%)
Créole Haïtien	7 (4,7%)
Autres	3 (2,0%)
<b>Langue française</b>	
Comprendre	13 (8,8%)
Parler	5 (3,4%)
Lire	4 (2,7%)
Ecrire	3 (2,0%)
Vouloir apprendre	123 (83,2%)
Commencer à apprendre	20 (13,5%)

Tableau 2 : Caractéristiques générales des TDSD

Les TDSD participantes sont originaires de Santo Domingo<sup>9</sup> pour 52,7% d'entre elles et de San Juan de la Maguana pour 35,7% d'entre elles.

La moyenne d'âge des TDSD interrogées est de 32,8 années avec un écart-type de 8 années. L'âge minimal est de 20 ans et l'âge maximal de 55 ans.

Les TDSD participantes ont en médiane 5 frères et sœurs, IIQ [4-8]. Seule une participante est enfant unique.

Toutes les TDSD participantes parlent l'espagnol (langue maternelle), 35,1% le Portugais du Brésil et 34,5% le Nengue Tongo. Peu d'entre elles parlent d'autres langues dont l'anglais et le français. Certaines ne parlent qu'une seule langue tandis que d'autres en maîtrisent plusieurs. Seules 8,8% des TDSD participantes comprennent le français et 3,4% le parlent. A l'opposé, plus de 83,2% d'entre elles souhaitent apprendre à parler français bien que peu aient réellement commencé à le faire.

## 2) Caractéristiques pré-migratoires des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Niveau d'étude</b>	
Maternelle-primaire	2 (1,4%)
Collège	22 (14,9%)
Lycée	89 (60,1%)
Supérieures	35 (23,7%)
<b>Activité en République dominicaine</b>	
Active	122 (82,4%)
Étudiante	32 (21,6%)
Femme au foyer	31 (21,0%)
Inactive	3 (2,0%)
<i>Si en activité, précisez</i>	
Contrat à Durée Indéterminée (CDI)	62 (41,9%)
Contrat à Durée Déterminée (CDD)	11 (7,4%)

<sup>9</sup> Il arrive que la République dominicaine soit désignée par le nom de sa capitale, Saint Domingue

Travail non déclaré permanent	15 (10,1%)
Jobs ponctuels non déclarés	8 (5,4%)
Indépendant/à son compte	40 (27,0%)
<b>Secteur d'activité</b>	
Travail du sexe	4 (2,7%)
Fonctionnaire	2 (1,4%)
Salarié / employé	79 (53,4%)
Artisanat / commerce	39 (26,4%)
Jobs	10 (6,8%)
Sans emploi	20 (13,5%)
Études	18 (12,2%)
<b>Sources de revenu en République dominicaine</b>	
Travail du sexe	4 (2,7%)
Activité salariée/libérale	22 (22,3%)
Jobs	8 (5,4%)
Famille	33 (22,3%)
Partenaire	62 (41,9%)
<b>Motifs du départ de République dominicaine</b>	
Économique	125 (84,5%)
Voyage	22 (14,9%)
Menace/danger	10 (6,8%)
Pression familiale	4 (2,7%)
Autre (fuir les problèmes, quitter la maison)	2 (1,4%)
<b>Situation financière en République dominicaine au moment du départ</b>	N=146
Pas assez d'argent pour vivre	52 (35,1%)
Juste ce qu'il faut, mais on se privait beaucoup	25 (16,9%)
Suffisante, en faisant attention	38 (25,7%)
Vous étiez à l'aise	31 (21,0%)

Tableau 3 : Caractéristiques pré-migratoires des TDSD

La majorité des TDSD interrogées sont allées à l'école : 23,7% ont fait des études supérieures et 60,1% ont un niveau lycée. Seules deux d'entre elles n'ont pas dépassé l'école primaire.

Sur le plan professionnel, dans leur pays d'origine, 82,4% des TDSD participantes étaient actives tandis que 21,6% étaient en études et 21,0% femmes au foyer (sachant qu'elles pouvaient cumuler plusieurs catégories).

Parmi les TDSD ayant déclaré être actives en République dominicaine on retrouve en première position des catégories de travail les activités salariées en CDI (41,9%), en deuxième position les activités indépendantes/à leur compte (27,0%) et en troisième position les « jobs » non déclarés qu'ils soient ponctuels ou réguliers.

Concernant le type d'activités des TDSD dans leur pays d'origine, 53,4% étaient salariées/employées, 26,4% artisanes/commerçantes et 13,5% sans emploi. Seules 4 femmes ont déclaré pratiquer le TDS dans leur pays d'origine.

Parmi les participantes ayant déclaré être étudiantes en République dominicaine, leurs disciplines d'études étaient l'agriculture, l'architecture, le commerce, le droit, les sciences de l'éducation, les soins infirmiers, l'informatique, l'ingénierie, la médecine, la pharmacie ou la psychologie.

Les principales sources de revenu des TDSD dans leur pays d'origine étaient le soutien du partenaire à 41,9%, le soutien familial à 22,3% et une activité salariée ou libérale à 22,3% sachant qu'elles pouvaient cumuler plusieurs catégories.

Le principal motif de départ de République dominicaine des TDSD interrogées est économique (84,5%), suivi du désir de voyager (14,9%). Elles ont entendu parler de la Guyane française le plus souvent par des connaissances ou ami (58,8%) ou par la famille (31,8%).

La situation financière des TDSD participantes dans leur pays d'origine était variable puisque 35,1% estimaient ne pas avoir assez d'argent pour vivre, 16,9% avoir juste ce qu'il faut en se privant beaucoup tandis que 27,5% estimaient avoir suffisamment d'argent en faisant attention et 21,0% être à l'aise financièrement.

Avant leur départ, près de la moitié des femmes savaient ou suspectaient qu'elles allaient exercer le travail du sexe (n=71, 48,0%), l'autre moitié ne sachant pas (n=75, 50,7%). Parmi les 34 femmes qui ne savaient pas et qui ont répondu à la question, on leur avait parlé d'un travail « normal » (n=7), de travail dans un bar/restaurant (n=6), dans une boutique (n=5), dans un salon d'esthétique ou de coiffure (n=5), de garde d'enfant (n=1), de ménage (n=1), de petits jobs (n=3), de travail dans les mines (n=1) ou elles ont dit avoir été « illusionnées » (n=1) ou penser aller en Espagne (n=1) ou travailler comme styliste (n=1).

	n (%) ou moyenne
<b>Total</b>	N=148
<b>Conjoint ou petit ami en République dominicaine</b>	96 (64,9%)
<b>Utilisation d'un moyen de contraception en République dominicaine</b>	102 (68,9%)
<i>si avait un conjoint ou petit ami</i>	68/96 (70,8%)
<b>Type de moyen de contraception ou de stérilisation utilisé</b>	N=102
Pilule oestro-progestative	42 (41,2%)
Injection hormonale (Dépo-Provera)	24 (23,5%)
Ligature des trompes	14 (13,7%)
Implant contraceptif	13 (12,8%)
Dispositif Intra-Utérin (DIU)	5 (4,9%)
Préservatif	4 (3,9%)
<b>Age au premier rapport</b>	
Moyenne, IC95% (N=138)	15,4 ans, (12-20)
Ne sait pas	10 (6,8%)
<b>Premier rapport</b>	
Souhaité	118 (79,7%)
Accepté	10 (12,8%)
Forcé	10 (6,8%)

Tableau 4 : Sexualité des TDSD en République dominicaine

Les deux tiers (64,9%) des TDSD participantes avaient un conjoint stable en République dominicaine avant leur départ.

En tout, 68,9% des TDSD participantes utilisaient un moyen de contraception en République dominicaine et parmi elles, la pilule oestro-progestative était la plus utilisée (41,2%) suivie de l'injection hormonale longue durée (23,5%) et de la ligature des trompes (13,7%). Ce pourcentage était similaire parmi celles ayant déclaré avoir un petit ami (70,8%) et ne différait pas en fonction de l'âge ( $p=0.34$ ).



L'âge moyen du premier rapport sexuel parmi les TDSD participantes répondantes est de 15,4 ans, 10 d'entre elles ayant déclaré ne pas savoir. Ce premier rapport était quelque chose de souhaité pour 79,7% d'entre elles, tandis que 6,8% ont déclaré avoir été forcées et 12,8% avoir accepté sans vraiment le vouloir.

#### B) Parcours migratoire des TDSD

	n (%) ou médiane [IQR]
<b>Total</b>	N=148
<b>Pays traversés</b>	
Saint Martin	4 (2,7%)
Trinidad et Tobago	15 (10,1%)
Aruba	55 (37,2%)
Curaçao	83 (56,1%)
Panama	15 (10,2%)
Colombie	2 (1,4%)
Guyana	16 (10,8%)
Suriname	147 (99,3%)
Brésil	0 (0%)
<b>Mode de déplacement</b>	
Avion	148 (100%)
Bus/taxico	148 (100%)
Bateau/pirogue	148 (100%)
<b>Durée du voyage</b>	
Médiane [IQR] (étendue), en jours	1 [1-1] (1-10)
<b>Destination initiale</b>	
Suriname	121 (81,8%)
Guyane française	23 (15,5%)
Guyana	2 (1,4%)
NA	2 (1,4%)
<b>Durée du séjour au Suriname</b>	
0 jours	5 (3,4%)
<1 an	60 (40,5%)
1 à 2 ans	18 (12,2%)
> 2 ans	25 (16,9%)
Y réside toujours	37 (25,0%)
Y réside par intermittence	3 (2,0%)
NA	2 (1,4%)

Tableau 5 : Parcours migratoire des TDSD

Les TDSD interrogées ont quitté la République dominicaine en 2017 en médiane, IQR [2016-2019], étendue de 1989 à 2021. Le voyage a le plus souvent été organisé par une tierce personne (75%), plus rarement par elle-même (22,3%) et presque jamais par la famille (1,4%).

Le coût médian du voyage est de 1464 euros, IQR [976-2000], étendue 488-4880 euros. Seules 19,7% n'ont pas eu besoin d'emprunter pour payer cette somme, là où 31,3% ont dû emprunter à un particulier, 23,1% à la famille et 18,4% à une banque.

Concernant le voyage, 25 (16,9%) ont déclaré avoir été en danger à cette occasion. Quand on leur demande de préciser, elles citent la « première fois » et la peur en avion (20), un problème technique sur l'avion (1), la peur de l'eau (1), d'avoir été arrêtée par la police colombienne (1), par la police à Curaçao (1) ou d'avoir rencontré des gens « bizarres » (1).

La quasi-totalité (99,3%) des TDSD sont passées par le Suriname lors de leur migration, 56,1% ont fait escale à Curaçao et 37,2% à Aruba. 10,8% sont passées par le Guyana, 10,2% par le Panama et 10,2% par Trinidad & Tobago, aucune n'est passée par le Brésil. Toutes les TDSD ont eu comme moyens de transport l'avion, le taxico<sup>10</sup> et la pirogue.

Le voyage migratoire a duré 1 jour en médiane, la destination initiale étant le Suriname dans 81,8% des cas suivie de la Guyane française dans 15,5% des cas. La durée du séjour au Suriname est très variable : inférieure à 1 an dans 43,9% des cas et supérieure à 1 an dans 56,1% des cas. Certaines TDSD résident au Suriname lors de l'enquête, que ce soit de façon pérenne ou ponctuelle.

La ville d'entrée en Guyane française est Saint Laurent du Maroni (58,8%), Maripasoula (19,6%), Papaïchton (18,2%), Grand Santi (2,0%), Talhuen (0,7%) ou Cayenne (0,7%).

### C) Situation des TDSD en Guyane française

#### 1) Situation relationnelle des TDSD

	n (%)		
<b>Total</b>	N=148		
<b>Situation familiale actuelle</b>			
Célibataire	83 (56,1%)		
<i>Dont avec un petit ami</i>	17 (11,5%)		
Concubinage	41 (27,7%)		
Mariée	14 (9,5%)		
Divorcée	4 (2,7%)		
Veuve	5 (3,4%)		
Séparée	1 (0,7%)		
<b>Lieu de vie du conjoint/compagnon</b>	N=72		
Avec elle	28 (38,9%)		
En Guyane française	22 (30,6%)		
Au Suriname	15 (20,8%)		
Dans un autre pays	1 (1,4%)		
<b>Nombre d'enfants à charge</b>	Aucun	Un à deux	Trois ou plus
<i>En République dominicaine</i>	28 (18,9%)	71 (48,0%)	49 (33,1%)
<i>Ailleurs</i>	123 (83,1%)	16 (10,8%)	9 (6,1%)

Tableau 6 : Situation relationnelle des TDSD

Au moment de l'étude, 56,1% des TDSD sont célibataires (dont 11,5% avec un petit ami), 27,7% en concubinage, 9,5% mariées, 2,7% divorcées et 3,4% veuves. Pour 38,9% d'entre

<sup>10</sup> Taxis collectifs qui sont très utilisés notamment au Suriname

elles leur compagnon vit à leur côté tandis que pour 30,6% il vit en Guyane française et pour 20,8% au Suriname.

81,1% des TDSD ont au moins un enfant à charge en République dominicaine et 16,9% d'entre elles en ont au moins un dans un autre pays.

Le nombre de grossesses moyen déclarées est de 3,6 par femmes (étendue 0 à 9) et leur parité de 2,5 par femmes (étendue 0 à 7). Seules 3 femmes n'ont jamais été enceintes et 7 n'ont pas d'enfants.

L'âge de leurs enfants le plus grand et le plus petit est respectivement de 14 ans en médiane [IQR : 8,5-20] et de 7,5 ans [3-12], étendue de 1 à 33 ans.

## 2) Droit au séjour des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Situation légale en France</b>	
N'a jamais eu de papiers	139 (93,9%)
En fin de droits	1 (0,7%)
Récépissé de demande de titre	2 (1,4%)
Attestation demande d'asile	4 (2,7%)
Titre de séjour	2 (1,4%)
<b>Situation légale au Suriname</b>	
En règle	48 (32,4%)
Demande en cours	13 (8,8%)
Sans papiers	79 (53,4%)
N'a pas souhaité s'exprimer	8 (5,4%)

Tableau 7 : Droit au séjour des TDSD

La grande majorité 139/148 (93,9%) des TDSD n'ont jamais eu de papiers en France, 1 est en fin de droits (0,7%), 2 (1,4%) ont un récépissé de demande de titre de séjour, 4 (2,7%) une attestation de demande d'asile et 2 (1,4%) un titre de séjour d'un à trois ans.

Au Suriname, 48 TDSD (32,4%) ont des papiers à jour, 13 (8,8%) ont une demande en cours, 79 (53,4%) n'ont pas de papier et 8 (5,4%) ne se sont pas exprimées.

## 3) Activité professionnelle hors TDS des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Autre travail que le TDS</b>	
Oui	54 (36,5%)
Non	94 (63,5%)
<b>Type de travail</b>	
N=54	
Serveuse	22 (40,7%)
Dont vendeuse de billets de loterie	4
Dont vendeuse sur camp d'orpaillage	2
Cuisinière	13 (24,1%)
Femme de ménage	10 (18,5%)
Garde d'enfants	4 (7,4%)

Esthéticienne	13 (24,1%)
Masseuse	1 (1,9%)
Tenancière	8 (14,8%)

Tableau 8 : Activité professionnelle hors TDS des TDSD

54/148 (36,5%) femmes ont déclaré avoir un autre travail que le TDS, plus souvent les TDS ayant cessé leur activité (35/50 ; 70%) que celles en activité (19/98 ; 19,4%,  $p < 0,001$ ). Ce travail est un travail de serveuse (22 ; 40,7%) dont 4 vendeuses de billets de loterie clandestine et 2 vendeuses sur camps d'orpaillage, de cuisinière (13 ; 24,1%), de femme de ménage (10 ; 18,5%), de garde d'enfants (4 ; 7,4%), d'esthéticienne (13 ; 24,1%), de masseuse (1 ; 1,9%) de tenancière de bar/logement/cabaret (8 ; 14,8%).

#### 4) Situation financière des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où vous n'avez pas eu assez à manger ?</b>	
Souvent	14 (9,5%)
Parfois	7 (4,7%)
Rarement	9 (6,1%)
Jamais	117 (79,1%)
NR	1 (0,7%)
<b>La pandémie de COVID 19 a-t-elle engendré des difficultés financières pour vous ?</b>	
Importantes	91 (61,5%)
Modérées	20 (13,5%)
Peu	5 (3,4%)
Pas du tout	29 (19,6%)
NR	3 (2,0%)

Tableau 9 : Situation financière des TDSD

La majorité des TDSD ont été impactées par la pandémie de COVID 19 puisque 75,0% d'entre elles ont décrit des difficultés financières modérées à importantes par la suite. 20,3% des TDSD se sont retrouvées dans une situation où elles n'ont pas eu assez à manger au cours des 12 derniers mois.

#### 5) Isolement social des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Dispose de quelqu'un avec qui parler de ces problèmes personnels</b>	
Oui, en Guyane française	77 (52,0%)
Oui, au Suriname	42 (28,4%)
Oui, en République dominicaine	123 (83,1%)
Oui, en Italie et en Allemagne	1 (0,7%)

Non	13 (8,8%)
<b>Se sent</b>	
Très isolée	32 (21,6%)
Plutôt isolée	14 (9,5%)
Entre les deux	26 (17,8%)
Plutôt entourée	12 (8,1%)
Bien entourée	61 (41,2%)
NR	3 (2,0%)
<b>Dispose d'une personne ressource</b>	
Oui	73 (49,3%)
Non	41 (27,7%)
NSP	34 (23,0%)
<b>A de la famille en Guyane française ou au Suriname</b>	
Oui, en Guyane française	34 (23,0%)
Oui, au Suriname	39 (26,4%)
Les deux	10 (6,7%)
Non	64 (43,2%)
NR	1 (0,7%)

Tableau 10 : Soutien social des TDSD

La majorité (83,1%) des TDSD ont un proche avec lequel parler de leurs problèmes en République dominicaine, 52,0% en Guyane française et 28,4% au Suriname. 8,8% d'entre elles ne disposent pas d'une telle ressource humaine.

49,3% des TDSD se sentent entourées tandis que 31,1% d'entre elles se sentent isolées et 17,8% sont entre les deux. 49,3% ont déclaré avoir une personne ressource, 27,7% ne pas en avoir et 23,0% ne pas savoir.

26,4% des TDSD ont de la famille au Suriname, 23,0% en Guyane française et 6,7% dans les deux endroits. 43,2% n'ont pas de famille proche d'elles.

#### 6) Habitat des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Pays de résidence actuel</b>	
Guyane française	96 (64,9%)
Suriname	51 (34,5%)
République dominicaine	1 (0,7%)
<b>Commune logement principal</b>	
Saint Laurent du Maroni ou Apatou	54 (36,5%)
Maripasoula ou Papaïchton	40 (20,9%)
Antonio do Brinco	18 (12,2%)
Mana (Charvein)	2 (1,4%)
Paramaribo	30 (20,3%)
Autre (Albina, Bendzorp, Garimp etc)	4 (2,7%)
<b>Type de logement</b>	
Locataire	124 (83,8%)
Hébergement gratuit	20 (13,5%)
Habitat spontané	2 (1,4%)
Propriétaire	2 (1,4%)

<b>Nombre de personnes dans le logement</b>	
Médiane, IQR	2 [1-2]
<b>Coût du loyer si locataire</b>	N=99
Médiane, IQR	245 euros, [196-294]
<b>Dispose de l'eau courante</b>	N=148
Oui	73 (49,3%)
Non	75 (50,7%)
<b>Autres sources d'eau si n'a pas l'eau courante</b>	N=75
Bornes / rampes	22 (29,3%)
Robinet chez un tiers	7 (9,3%)
Utilise des bouteilles	72 (96,0%)
Eau du puit	56 (74,7%)
Récupère l'eau de pluie	44 (58,7%)
Utilise l'eau du fleuve	17 (22,7%)
<b>Dispose de toilettes</b>	
Oui, privées intérieures	88 (59,5%)
Oui, partagées	57 (38,5%)
Autre (extérieure, pot de chambre)	2 (1,4%)
Non	1 (0,7%)
<b>Dispose d'un logement secondaire</b>	
Oui	34 (23,0%)
Non	114 (77,0%)

Tableau 11 : Lieu de vie et logement des TDSD

64,9% des TDSD résident en Guyane française et 34,5% au Suriname. Parmi les communes de résidence, on retrouve Saint Laurent du Maroni-Apatou à 36,5%, Maripasoula-Papaïchton à 20,9%, Paramaribo à 20,3% et Antonio do Brinco-Ronaldo à 12,2%.

La grande majorité (83,8%) des TDSD sont locataires, 13,5% en hébergement gratuit et seulement 2 sont propriétaires et 2 autres dans un habitat spontané. La médiane du nombre de personnes dans le logement est de 2 et celle du loyer mensuel de 245 euros.

La moitié des logements (50,7%) ne disposent pas d'eau courante : elles s'approvisionnent à l'aide de l'eau en bouteilles (96,0%), de l'eau de puits (74,7%), de l'eau de pluie (58,7%), de bornes d'eau (29,3%), de l'eau du fleuve (22,7%) ou de robinets chez un tiers (9,3%)

59,5% des logements ont des toilettes privées à l'intérieur et 38,5% des toilettes partagées. 23,0% des TDSD ont un logement secondaire.

#### 7) Liens entre la République dominicaine et les TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Communique avec sa famille</b>	
Tous les jours	135 (91,2%)
Toutes les semaines	11 (7,4%)
Tous les mois	1 (0,7%)
Au moins une fois par an	0 (0%)
Jamais	0 (0%)
NR	1 (0,7%)
<b>Est déjà retournée en République dominicaine</b>	

Oui	48 (32,4%)
Non	100 (67,6%)
<b>Nombre de fois</b>	
Médiane, IQR	2 [1-4]
<b>Motifs</b>	N=48
Vacances	40 (83,3%)
Raison familiale	9 (18,8%)
Maladie	1 (2,1%)
Vit en République dominicaine	1 (2,1%)
Voulait arrêter le TDS	1 (2,1%)
<b>A la possibilité de rejoindre sa famille en République dominicaine en cas de besoin</b>	
Oui, je peux rentrer définitivement si je le décide	104 (70,3%)
Oui, mais seulement pour une durée limitée	3 (2,0%)
Sous conditions	36 (24,3%)
<i>D'avoir de l'argent</i>	25 (16,2%)
<i>D'avoir des papiers</i>	9 (6,9%)
<i>COVID 19</i>	4 (2,7%)
<i>Danger avec son ex-mari</i>	1 (0,7%)
Non	4 (2,7%)
NR	1 (0,7%)

Tableau 12 : Liens des TDSD avec la République dominicaine

La vaste majorité (91,2%) des TDSD communiquent avec leur famille tous les jours mais seulement 32,4% d'entre elles sont déjà retournées en République dominicaine depuis leur migration (2 fois en médiane). Les motifs du retour sont des vacances dans 83,3% des cas et des raisons familiales dans 18,8% des cas.

70,3% des TDSD ont déclaré pouvoir rentrer définitivement dans leur pays d'origine si elles le souhaitent, 24,3% pouvoir rentrer sous conditions. 4 ont déclaré ne pas pouvoir rentrer et 3 pouvoir le faire mais pour une durée limitée.

#### 8) Moyens de communication des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>De quel.s moyen.s de communication disposez-vous ?</b>	
Téléphone avec appel/sms sur réseau téléphonique	64 (43,2%)
Messagerie de type What's app/Messenger	147 (99,3%)
Email	1 (0,68%)

Tableau 13 : Moyens de communication des TDSD

La quasi-totalité des TDSD (99,3%) utilisent des applications de messagerie instantanée pour communiquer avec leurs proches tandis que 43,2% utilisent le réseau téléphonique classique.

## 9) Antécédent d'incarcération des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>A déjà été incarcérée</b>	
Oui, en République dominicaine	11 (7,4%)
Oui, au Suriname	7 (4,7%)
Oui, en Guyane française	7 (4,7%)
Oui, autre (Antilles Françaises, Curaçao, Porto Rico, Saint Martin, Sainte Lucie, Trinidad & Tobago, Îles Turks et Caïques)	7 (4,7%)
Non	119 (80,4%)

Tableau 14 : Incarcération des TDSD

La majorité des TDSD (80,4%) ont déclaré ne jamais avoir été incarcérées. Une faible proportion l'a été que ce soit dans leur pays d'origine ou lors de leur migration.

## 10) Intégration des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Concernant votre intégration, vous diriez que vous vous êtes ... ?</b>	
Bien intégrée	87 (58,8%)
Assez bien intégrée	14 (9,5%)
Mitigée	13 (8,8%)
Pas très bien intégrée	13 (8,8%)
Pas du tout intégrée	18 (12,2%)
NSP	3 (2,0%)
<b>A l'impression qu'on lui manque de respect</b>	
Jamais	86 (58,1%)
Rarement	32 (21,6%)
Parfois	5 (3,4%)
Souvent	15 (10,1%)
Tout le temps	7 (4,7%)
NSP	3 (2,0%)

Tableau 15 : Niveau d'intégration des TDSD

21,0% des TDSD ne se sentent pas intégrées à la société guyanaise tandis que 68,3% d'entre elles se sentent intégrées et 8,8% entre les deux. 58,1% n'ont jamais eu l'impression de subir un manque de respect tandis que 39,8% l'ont déjà vécu à des degrés variables.

## 11) Sports et loisirs des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Pratique sportive régulière</b>	



Oui	38 (25,7%)
Non	110 (74,3%)
<b>Loisirs</b>	
Oui	105 (71,0%)
Non	43 (29,0%)

Tableau 16 : Activités des TDSD

25,7% des TDSD ont une activité physique régulière : les sports pratiqués vont de la marche (23/37) à la course à pied (4/37), en passant par la danse (2/37) et la gymnastique (7/37).

A l'inverse, 71,0% des TDSD ont déclaré avoir des loisirs : ceux-ci comprennent les soirées et dîners (32/88), les weekends et sorties à Paramaribo (12), les balades (4), la danse (2), jouer aux dominos (2), discuter (1), les jeux d'argent (1), passer du temps entre amies (1) ou son conjoint (2), le repos du dimanche (5), la lecture (1), la musique (1), la télé (1), le shopping (1).

#### D) Consommation de drogues parmi les TDSD

##### 1) Consommation d'alcool par les TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Consommation d'alcool</b>	
Jamais	7 (4,7%)
1 fois par mois ou moins	30 (20,3%)
2 à 4 fois par mois	28 (18,9%)
2 à 3 fois par semaine	42 (28,4%)
≥ 4 par semaine	41 (27,7%)
<b>Type d'alcool consommé</b>	N=142
Tout type	17 (12,0%)
Bière	122 (85,9%)
Vin	3 (2,1%)
Alcool forts	24 (16,9%)
Cocktail	3 (2,1%)
Champagne	1 (0,7%)
<b>Nombre de verres contenant de l'alcool ou d'équivalent unité d'alcool consommés un jour typique de consommation</b>	N=141
1 à 2	36 (25,5%)
3 à 4	20 (14,2%)
5 à 6	22 (15,6%)
7 à 8	6 (4,3%)
9 à 10	4 (2,8%)
> 10	53 (37,6%)
<b>Fréquence de consommation de six verres ou davantage lors d'une occasion particulière</b>	N=148
Jamais	48 (32,4%)
Moins d'une fois par mois	26 (17,6%)
Plus d'une fois par mois	18 (12,2%)
Plus d'une fois par semaine	33 (15,5%)
Presque tous les jours	23 (15,5%)

<b>Fréquence de consommation de plus de 4 verres d'affilé avant d'aller travailler</b>	N=148
Jamais	137 (91,6%)
1 fois par semaine	8 (5,4%)
2 à 3 fois par semaine	1 (0,7%)
4 à 7 fois par semaine	2 (1,4%)
<b>A besoin de consommer de l'alcool pour pouvoir travailler</b>	N=148
Oui	5 (3,4%)
De temps en temps	5 (3,4%)
Non	135 (91,2%)
NA	3 (2,0%)
<b>Score AUDIT-C</b>	N=148
Normal	29 (19,6%)
Mésusage	80 (54,1%)
Dépendance	39 (26,4%)

Tableau 17 : Consommation d'alcool parmi les TDS

Sur les 148 TDS interrogées, seules 7 ont déclaré ne jamais consommer d'alcool. Le principal type d'alcool consommé est la bière pour 85,9% des buveuses, suivi des alcools forts à 16,9%.

37,6% d'entre elles ont déclaré consommer plus de 10 unités d'alcool lors d'une journée typique de consommation et seulement 32,4% ont déclaré ne jamais consommer plus de 6 verres lors d'une occasion particulière.

Rares sont celles (7,4%) qui consomment plus de 4 verres avant d'exercer le TDS et la plupart (91,2%) disent ne pas avoir besoin de s'alcooliser pour le faire.

Le score Audit-C calculé met en évidence un mésusage de l'alcool pour 54,1% des participantes à l'enquête et une dépendance pour 26,4% d'entre elles. Seules 19,6% ont un usage normal.

## 2) Consommation de tabac par les TDS

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Fumeuse de tabac</b>	35 (23,6%)
<b>Délai première cigarette après le réveil</b>	N=34
<5 min	1 (2,9%)
6-30 min	1 (2,9%)
31-60 min	1 (2,9%)
>60 min	19 (55,9%)
Cela dépend	12 (35,3%)
<b>Nombre de cigarettes par jour</b>	N=33
<10	26 (78,8%)
11-20	3 (9,1%)
21-30	0 (0%)
>30 min	1 (3,0%)
Cela dépend	3 (9,1%)

Tableau 18 : Consommation de tabac parmi les TDS

Parmi les TDSD interrogées, 35 ont déclaré consommer du tabac. La majorité d'entre elles (78,8%) fument moins de 10 cigarettes par jour et le délai entre le réveil et la première cigarette est supérieur à 60 minutes pour 55,9% des fumeuses.

Seules deux femmes ont une consommation estimée à plus de 10 paquets années.

### 3) Consommation d'autres drogues par les TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>A déjà consommé/expérimenté :</b>	
Cannabis	25 (16,9%)
Cocaïne	7 (4,7%)
Ecstasy	2 (1,4%)
Crack	1 (0,7%)
Aucune	120 (81,1%)
<b>Consommation régulière</b>	
Cannabis	8 (5,4%)
<i>Quotidienne</i>	2
<i>Hebdomadaire</i>	1
<i>A l'occasion</i>	6
Cocaïne ( <i>à l'occasion</i> )	1 (0,7%)
Ecstasy	0
Crack	0
Aucune	139 (93,9%)

Tableau 19 : Consommation d'autres drogues parmi les TDSD

16,9% des TDSD ont déclaré avoir déjà expérimenté le cannabis et 4,7% la cocaïne. Seulement 8 d'entre elles ont déclaré consommer régulièrement du cannabis. La prise d'autres drogues est négligeable.

### E) Violences vécues par les TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Violences physiques</b>	78 (52,7%)
République dominicaine	62 (41,9%)
Parcours migratoire	0 (0%)
Suriname	12 (8,1%)
Guyane française	12 (8,1%)
Client	11 (7,4%)
<b>Violences psychiques</b>	78 (52,7%)
République dominicaine	55 (37,2%)
Parcours migratoire	0 (0%)
Suriname	17 (11,5%)
Guyane française	15 (10,1%)
Client	16 (10,8%)

<b>Agression sexuelle</b>	64 (43,2%)
République dominicaine	29 (19,6%)
Parcours migratoire	0 (0%)
Suriname	12 (8,1%)
Guyane française	10 (6,8%)
Client	23 (15,5%)
<b>Viol ou tentative</b>	37 (25,0%)
République dominicaine	29 (19,6%)
Parcours migratoire	0 (0%)
Suriname	3 (2,0%)
Guyane française	3 (2,0%)
Client	4 (2,7%)
<b>A déjà été forcée à avoir un rapport sexuel avec un client (parmi les TDSB actives)</b>	19/97 (19,6%)
<b>A déjà été témoin de violences</b>	37 (25,0%)
Oui, d'un meurtre ou d'un féminicide	3 (2,0%)
Oui, de violences sexuelles	7 (4,7%)
Oui, de violences physiques	77 (52,0%)
Jamais	67 (45,3%)

Tableau 20 : Violences subies par les TDSB

52,7% des femmes répondantes ont été victimes de violences physiques et 52,7% de violences psychiques. 43,2% ont subi une agression sexuelle au cours de leur vie et un quart d'entre elles ont été victimes de viol ou tentative de viol.

Pour une majorité d'entre elles, ces événements ont eu lieu en République dominicaine. Aucun incident de ce type n'a été rapporté au cours de leur trajet migratoire.

Parmi les TDSB actives, 19,6% d'entre elles ont déjà été forcées à avoir un rapport sexuel avec un client.

52,0% des TDSB ont déjà été témoin de violences physiques sur d'autres femmes, 4,7% de violences sexuelles et 3 ont déjà assisté à un féminicide.

## F) Etat de santé des TDSB

### 1) État de santé global des TDSB

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>État de santé perçu</b>	
Très bon	44 (29,7%)
Bon	70 (47,3%)
Moyen	24 (16,2%)
Mauvais	7 (4,7%)
Très mauvais	3 (2,0%)
<b>État de santé en comparaison à l'année précédente</b>	
Mieux	36 (24,3%)
Similaire	91 (61,5%)
Moins bon	21 (14,2%)
<b>Est atteint d'une maladie chronique</b>	
Oui	62 (41,9%)

Non	86 (58,1%)
<b>Limitations fonctionnelles</b>	
Fortement	3 (2,0%)
Modérément	30 (20,3%)
Aucune	114 (77,0%)
NR	1 (0,7%)
<b>Souffre actuellement d'une pathologie</b>	
Oui	47 (31,8%)
Non	101 (68,2%)
<b>Prend actuellement des médicaments</b>	
Oui	128 (86,5%)
Non	20 (13,5%)
<b>Fréquence de prise des médicaments</b>	
Quotidienne	22 (14,9%)
Hebdomadaire	16 (10,8%)
Mensuelle	27 (18,2%)
Annuelle	13 (8,8%)
Cela dépend	52 (35,1%)
Non concernée	18 (12,2%)
<b>Motif de non prise des traitements de manière régulière (si concernée)</b>	N=113
Lassitude	2 (1,8%)
Le besoin était ponctuel	105 (92,9%)
Peur des effets indésirables	1 (0,9%)

Tableau 21 : Etat de santé global des TDSD

La majorité des TDSD interviewées (77,0%) considèrent avoir un bon état de santé tandis que 10 d'entre elles estiment qu'il est mauvais et 16,2% le qualifient de moyen. Pour 24,3% des TDSD il s'est amélioré et pour 14,2% il s'est dégradé.

41,9% des participantes ont une maladie chronique (13 HTA, 4 céphalées chroniques, 4 dysthyroïdies, 4 asthme, 4 traits drépanocytaires, 3 lombalgies, 3 amygdalites, 3 fibromes, 3 allergies, 3 gastrites, 2 hypercholestérolémies, 2 hernies discales, 2 VHB, 2 lithiases biliaires, 2 HTA gravidiques, 2 diabètes, 2 sinusites, 2 anémies, 1 kyste, 1 gonarthrose, 1 pathologie hémorroïdaire, 1 constipation chronique, 1 dyspareunie, 1 infection urinaire à répétition, 1 tachycardie, 1 stress, 1 rhumatisme, 1 post-COVID 19, 1 pré-éclampsie, 1 scoliose, 1 colique néphrétique à répétition, 1 douleur pelvienne chronique).

22,3% des participantes ont déclaré avoir une limitation fonctionnelle modérée à forte.

31,8% des participantes souffrent d'une pathologie actuelle (13 douleurs dont 1 douleur abdominale et 1 gonalgie, 5 céphalées, 2 stress, 2 dermatoses, 2 dysthyroïdies, 2 crampes, 2 allergies cutanées, 2 épigastalgies, 1 colique hépatique, 1 acouphène, 1 hypoacousie, 1 HTA, 1 asthme, 1 violence conjugale, 1 tuméfaction, 1 entorse du genou, 1 problème post-opératoire, 1 lombalgie, 1 implant « bloqué », 1 mycose vaginale, 1 tachycardie, 1 rhume).

86,5% des participantes prennent un traitement plus ou moins régulièrement (69 paracétamol, 23 antalgiques divers, 17 antibiotiques divers, 12 AINS, 10 anti-HTA, 7 ovules divers, 7 vitamines, 5 IPP, 5 anti-histaminiques, 5 crèmes diverses, 4 contraceptions, 4 PrEP, 2 ADO, 2 broncho-dilatateurs, 2 fers, 2 anxiolytiques, 2 aspirines, 2 acétaminofène, 1 corticoïde, 1 bêta-bloqueur, 1 anti-rhume).

Parmi celles-ci, la majorité (35,1%) prennent le traitement de façon irrégulière car le besoin est ponctuel (92,9%).

## 2) Etat de santé psychique des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous sentie nerveuse, anxieuse ou « à bout » ?</b>	
Presque tous les jours	21 (14,2%)
Plus de la moitié du temps	1 (0,7%)
Quelques jours	46 (31,1%)
Jamais	80 (54,1%)
<b>Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous sentie incapable d'arrêter ou de contrôler un moment de stress ?</b>	
Presque tous les jours	5 (3,4%)
Plus de la moitié du temps	5 (3,4%)
Quelques jours	39 (26,4%)
Jamais	99 (66,9%)
<b>Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous sentie déprimée, sans espoir, d'humeur maussade ?</b>	
Presque tous les jours	30 (20,3%)
Plus de la moitié du temps	11 (7,4%)
Quelques jours	77 (52,0%)
Jamais	30 (20,3%)
<b>Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous ressenti une perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?</b>	
Presque tous les jours	17 (11,5%)
Plus de la moitié du temps	10 (6,8%)
Quelques jours	59 (39,9%)
Jamais	62 (41,9%)
<b>Sous échelle GAD-2 (Anxiété)</b>	
Possible syndrome anxieux (score $\geq$ 3/6)	26 (17,6%)
Pas de syndrome anxieux	122 (82,4%)
<b>Sous échelle PHQ-2 (Dépression)</b>	
Possible syndrome dépressif (score $\geq$ 3/6)	45 (30,4%)
Pas de syndrome dépressif	103 (69,6%)
<b>Score PHQ4 (Détresse psychologique)</b>	
Normal (score 0-2/12)	71 (48,0%)
Légère (score 3-5/12)	43 (29,1%)
Modérée (score 6-8/12)	25 (16,9%)
Sévère (score 9-12/12)	9 (6,1%)

Tableau 22 : Santé psychique des TDSD

Les scores calculés parmi les TDSD montrent un possible syndrome anxieux pour 17,6% d'entre elles et un possible syndrome dépressif pour 30,4% d'entre elles. Le PHQ4 met en évidence une détresse psychologique légère dans 29,1% des cas, modérée dans 16,9% des cas et sévère dans 6,1% des cas.

## G) Couverture maladie et recours aux soins des TDSD

## 1) Couverture maladie des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Couverture maladie</b>	
Aucune	89 (60,1%)
En cours	22 (14,9%)
Oui	37 (25,0%)
<b>Lieu de couverture maladie</b>	
Aucune	104 (70,2%)
En France	44 (29,7%)
Suriname	16 (10,8%)
<b>Couverture maladie en France</b>	
Aucune	104 (70,2%)
Complémentaire santé solidaire	1 (0,7%)
Aide Médicale d'Etat (AME)	43 (29,1%)

Tableau 23 : Couverture maladie des TDSD

60,1% des TDSD n'ont aucune couverture maladie à jour et 14,9% d'entre elles sont en cours d'obtention. 29,7% ont une couverture maladie française (AME à 29,1%) et 10,8% en ont une surinamaïse.

« Il apparaît que les TDSD vivent au jour le jour et que les résolutions qui ont été prises la veille n'ont plus de valeur le lendemain face au poids des contraintes quotidiennes. Ainsi, elles ont beaucoup de mal à se motiver pour honorer les RDV et rapporter les dossiers complets dans les structures administratives adéquates. »

## 2) Recours aux soins des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>A consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois</b>	N=113
Oui	114 (77,0%)
Non	89 (23,0%)
<b>Lieu de consultation du médecin généraliste</b>	N=113
En Guyane française	99 (87,6%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	2, [2-6]
Au Suriname	15 (13,3%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	2, [1-3]
En République dominicaine	7 (6,2%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1, [1-2]
<b>A consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois</b>	N=148
Oui	51 (34,5%)
Non	97 (63,5%)
<b>Lieu de consultation du médecin spécialiste</b>	N=51
En Guyane française	29 (56,9%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	NA

Au Suriname	13 (25,5%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1 [1-2]
En République dominicaine	7 (6,2%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1, [1-2]
<b>A consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois</b>	N=148
Oui	39 (26,4%)
Non	109 (73,7%)
<b>Lieu de consultation du dentiste</b>	N=51
En Guyane française	7 (18,0%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1 [1-2]
Au Suriname	20 (51,3%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	2 [2-2]
En République dominicaine	10 (25,6%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1 [1-2]
<b>A été hospitalisée au cours des 12 derniers mois</b>	N=148
Oui	29 (19,6%)
Non	119 (80,4%)
<b>Lieu d'hospitalisation</b>	N=29
En Guyane française	21 (72,4%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1 [1-1]
Au Suriname	5 (17,2%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1 [1-1]
En République dominicaine	2 (6,9%)
Nbre de fois (médiane, IIQ)	1 [1-1]
<b>A été consulter dans un service d'accueil des urgences</b>	N=148
Oui	55 (37,4%)
Non	87 (59,2%)
NR	5 (3,4%)
<b>Considère que se soigner en Guyane française est :</b>	N=148
Très facile	56 (37,8%)
Plutôt facile	21 (14,2%)
Plutôt compliqué	16 (10,8%)
Très compliqué	16 (10,8%)
Mitigé	16 (10,8%)
NSP	23 (15,5%)
<b>Difficultés rencontrées pour se soigner en Guyane française</b>	N=148
Barrière de la langue	21 (21,0%)
L'attente	10 (13,5%)
Absence de couverture maladie	7 (4,7%)
Peu de personnels de santé	3 (2,0%)
Horaires	1 (0,7%)
Financière	2 (1,4%)
Accès	2 (1,4%)
Absence de papiers d'identité	2 (1,4%)
N'aime pas aller consulter	1 (0,7%)
Autre	14 (9,5%)
<i>Commérages</i>	2 (1,4%)
<i>Discrimination au sein du dispensaire</i>	5 (3,4%)
<i>Désorganisation du dispensaire</i>	2 (1,4%)
<i>Incompétence des soignants</i>	2 (1,4%)
<i>Manque d'attention des soignants</i>	2 (1,4%)
<i>Mauvais traitement au dispensaire</i>	1 (0,7%)



<i>Peur de la police</i>	1 (0,7%)
Aucune	61 (71,8%)
NSP	24 (28,2%)
<b>Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois</b>	N=148
Oui	70 (47,3%)
Non	77 (52,0%)
NR	1 (0,7%)
<b>Motif de renoncement aux soins</b>	N=70
Était endormie	15 (21,4%)
Délai de rendez vous	10 (14,3%)
Peur de la police/d'être arrêtée	7 (10,0%)
Du fait de la pandémie de COVID 19	6 (8,6%)
Peur d'être mal accueillie, discriminée	5 (7,1%)
Barrière de la langue	3 (4,3%)
Financier	2 (2,9%)
Absence de couverture maladie	2 (2,9%)
Difficultés de transport	3 (4,3%)
Autre raison	28 (40,0%)
<i>Paresse/fatigue</i>	8 (11,4%)
<i>Était au travail/horaire</i>	3 (4,3%)
<i>Incompétence des soignants/soins de mauvaise qualité</i>	3 (4,3%)
<i>Manque de confidentialité</i>	1 (1,4%)
<i>Manque de temps</i>	3 (4,3%)
<i>Mauvaise organisation</i>	1 (1,4%)
<i>N'aime pas les personnels de santé</i>	1 (1,4%)
<i>Oubli</i>	1 (1,4%)
<i>Partie au garimpo/camps d'orpaillage</i>	4 (5,7%)
<i>Peur (dont une peur d'une FOGD)</i>	3 (4,3%)
NR	1 (1,4%)
<b>Si vous tombez malade, où souhaiteriez-vous être traitée ?</b>	N=148
Guyane française	96 (64,9%)
Suriname	2 (1,4%)
République dominicaine	39 (26,4%)
Là où je suis	25 (16,9%)
NSP	1 (0,7%)
<b>Avez-vous déjà été aidée par un.e médiateur.e en santé ?</b>	N=148
Non	84 (56,8%)
Oui	64 (43,2%)
<i>Structure du médiateur</i>	
<i>De l'hôpital</i>	6 (9,4%)
<i>De l'association AIDES</i>	37 (57,8%)
<i>De la Croix Rouge Française</i>	16 (25,0%)
<i>Du Café Latino</i>	5 (7,8%)
<i>NSP</i>	2 (3,1%)
<i>Lieu de la structure</i>	
<i>De Saint Laurent du Maroni</i>	24 (37,5%)
<i>De Maripasoula</i>	17 (26,6%)
<i>De Papaichton</i>	14 (21,9%)
<i>De Paramaribo</i>	8 (12,5%)
<i>De Cayenne</i>	1 (1,6%)
<b>Avez-vous déjà été aidée par une association ?</b>	N=148
Non	44 (29,7%)
Oui	104 (70,3%)

<i>Structure associative</i>	
<i>AIDES</i>	58 (55,8%)
<i>Croix Rouge Française</i>	41 (39,4%)
<i>Café Latino</i>	3 (2,9%)
<i>Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)</i>	1 (1,0%)
<i>De Saint Laurent du Maroni</i>	4 (3,8%)
<i>NSP</i>	1
<i>Lieu de l'association</i>	N=100
<i>De Saint Laurent du Maroni</i>	43 (43,0%)
<i>De Maripasoula</i>	30 (26,6%)
<i>De Papaïchton</i>	21 (21,0%)
<i>De Paramaribo</i>	4 (4,0%)
<i>De Cayenne</i>	2 (2,0%)
<b>Avez-vous déjà été aidée par un.e assistant.e social.e ?</b>	N=148
Non	133 (89,2%)
Oui	15 (10,1%)
<i>Structure</i>	
<i>Hôpital</i>	8 (53,3%)
<i>Structure d'accompagnement des demandeurs d'asile</i>	1 (6,7%)
<i>Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Saint Laurent du Maroni</i>	1 (6,7%)
<i>Mairie de Grand Santi</i>	1 (6,7%)
<i>Mairie de Papaïchton</i>	1 (6,7%)
<i>Protection maternelle et infantile</i>	1 (6,7%)
<i>Paramaribo</i>	2 (13,3%)

Tableau 24 : *Contacts entre le système de soins et les TDSD*

La majorité (77,0%) des TDSD ont consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Parmi celles-ci 87,6% l'ont fait en Guyane française, 13,3% au Suriname et 6,2% en République dominicaine.

34,5% des TDSD ont consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Parmi celles-ci 56,9% l'ont fait en Guyane française, 25,5% au Suriname et 6,2% en République dominicaine.

Les spécialistes le plus souvent consultés sont le gynécologue (13/32 ; 40,6%), le cardiologue (5 ; 15,6%), l'infectiologue (4 ; 12,5%) ou l'endocrinologue (2 ; 6,3%).

26,4% des TDSD ont consulté un dentiste au cours des 12 mois écoulés. Parmi celles-ci 51,3% l'ont fait au Suriname, 25,6% en République dominicaine et 18,0% en Guyane française.

19,6% des TDSD ont été hospitalisées au cours des 12 derniers mois. Parmi celles-ci, 72,4% l'ont été en Guyane française, 17,2% au Suriname et 6,9% en République dominicaine.

37,4% des TDSD ont consulté dans un service d'urgences au cours des 12 dernier mois.

52,0% des TDSD considèrent qu'il est facile de se faire soigner en Guyane française, 21,6% que c'est compliqué et 10,8% entre les deux.

Les principales difficultés rencontrées par les TDSD pour se faire soigner en Guyane française sont la barrière de la langue (21,0%) et l'attente (13,5%), bien que la majorité d'entre elles considèrent qu'il n'y en a aucune (71,8%).

47,3% des TDSD ont vécu une situation de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois, les principaux motifs étant le fait qu'elles ne se soient pas réveillées (21,4%), le délai d'attente (14,3%), la paresse/fatigue (11,4%), la peur des forces de l'ordre (10,0%), la pandémie de COVID 19 (8,6%) et la peur d'être mal accueillie (7,1%).

Si elles tombent malades, 64,9% des TDSD souhaitent être traitées en Guyane française, 26,4% en République dominicaine et seulement 2 au Suriname.

43,2% des TDSD ont déjà été aidées par un médiateur en santé : 57,8% à AIDES, 25,0% à la Croix-Rouge Française, 9,4% dans une structure hospitalière (principalement à Saint Laurent du Maroni, Maripasoula et Papaïchton) et 7,8% au Café Latino à Paramaribo.

La majorité (70,3%) des TDSD ont déjà été aidées par une association : 55,8% par AIDES et 39,4% par la Croix-Rouge Française (principalement à Saint Laurent du Maroni, Maripasoula et Papaïchton).

Seulement 10,1% des TDSD ont déjà été aidées par une assistante sociale, à l'hôpital pour 53,3% d'entre elles.

On observe aussi un phénomène de « bouche à oreille » : quand une TDSD a découvert une structure ou un praticien la prenant correctement en charge, elle passe l'information aux autres TDSD de son lieu de travail qui viennent à leur tour consulter.

## H) Santé sexuelle et reproductive et prévention chez les TDSD

### 1) TDSD et IST

	n (%)
<b>Total</b>	N=148 (100%)
<b>A déjà eu une Infection Sexuellement Transmissible (IST) par le passé ?</b>	
Oui	17 (11,5%)
Non	131 (88,5%)
<b>Type d'IST</b>	N=17
Syphilis	4 (23,5%)
Gonocoque	5 (29,4%)
Chlamydiae trachomatis	5 (29,4%)
Condylomes	1 (5,9%)
HPV	1 (5,9%)
NSP	1 (5,9%)
<b>Année de survenue</b>	N=14
1997	1
2012	1
2014	1
2019	4
2020	7
<b>A déjà reçu une injection intramusculaire</b>	
Oui	125 (84,5%)
Non	21 (14,2%)
NSP	1 (0,7%)
NR	1 (0,7%)
<b>Indication de l'injection intramusculaire</b>	N=125

Syphilis	3 (2,4%)
Gonocoque	1 (0,8%)
Amygdalite	33 (26,4%)
Douleur	30 (24,0%)
Fièvre/infection	19 (15,2%)
Vitamines	9 (7,2%)
Grossesse	6 (4,8%)
Contraception	6 (4,8%)
Anémie par carence martiale	3
Leishmaniose	2 (1,6%)
Grossesse extra-utérine	1 (0,8%)
Paludisme	1 (0,8%)
Vaccination	1 (0,8%)
Anti-hypertenseur	1 (0,8%)
NSP	15 (12,0%)
<b>Vous sentez-vous à risque de contracter une IST ?</b>	
Tout à fait d'accord	81 (54,7%)
Plutôt d'accord	17 (11,5%)
Pas du tout d'accord	6 (4,1%)
Pas du tout d'accord	39 (26,4%)
NSP	2 (1,4%)
NR	3 (2,0%)

Tableau 25 : TDSD et IST

Seulement 11,5% des TDSD interrogées ont déclaré avoir déjà eu une IST (5 chlamydioses, 5 gonococcies, 4 syphilis, 1 condylomatose, 1 HPV, 1 inconnue).

Les 7 IST déclarées en 2020 sont 3 infections à *Chlamydiae trachomatis*, 3 infections à *Gonocoque* et 1 condylomatose. 4 IST ont été dénombrées en 2019.

La majorité des TDSD (84,5%) ont déjà reçu une injection intramusculaire avec comme principales indications : amygdalite (26,4%), douleur (24,0%), fièvre/infection (15,2%) et cure de vitamines (7,2%).

66,2% d'entre elles se sentent à risque de contracter une IST au moment de l'enquête.

## 2) TDSD et contraception

	n (%)
<b>Total</b>	N=148 (100%)
<b>Enceinte</b>	1 (0,7%)
<b>Désir de grossesse</b>	
Oui	35 (23,8%)
Peut être	7 (4,8%)
Non	105 (71,4%)

Tableau 26 : TDSD et grossesse

Parmi les TDSD interrogées, 1 seule est enceinte et 23,8% manifestent un désir de le devenir.

	n (%)	Femmes déclarant ne pas souhaiter d'enfant actuellement
<b>Total</b>	N=148 (100%)	N=105 (100%)
<b>Contraception actuelle</b>		
Oui	124 (83,8%)	93 (88,6%)
Non	22 (14,9%)	10 (9,5%)
Ménopausée	2 (1,4%)	2 (1,4%)
<b>Moyen de contraception</b>	N=124	N=93
Implant	9 (7,3%)	4 (4,3%)
Dispositif Intra-Utérin	3 (2,4%)	3 (3,2%)
Pilule OestroProgestative	27 (21,8%)	23 (24,7%)
Injection	11 (8,9%)	9 (9,7%)
Ligature	32 (25,8%)	24 (25,8%)
Préservatif	41 (33,1%)	29 (31,2%)
Hystérectomie	1 (0,8%)	1 (1,1%)
<b>Souhaiteriez-vous en changer ?</b>	N=125	N=94
Oui	23 (18,4%)	17 (18,1%)

Tableau 27 : TDSD et contraception

La majorité des TDSD interrogées (83,8%) ont un moyen de contraception au moment de l'enquête. Les principaux sont : le préservatif (33,1%), la ligature des trompes (25,8%), la POP (21,8%), l'injection hormonale (8,9%) et l'implant (7,3%).

Seulement 2 TDSD sont ménopausées. 18,4% d'entre elles souhaitent changer de contraception. Ces pourcentages ne diffèrent pas beaucoup dans le groupe des 105 femmes ne souhaitant pas d'enfant.

Les femmes ayant déclaré souhaiter changer de moyen de contraception sont respectivement sous implant (N=3), DIU (1), pilule (4), injections (3), ligaturée (3) ou utilisatrices de préservatif (9), dans des proportions ayant tendance à être plus importantes pour l'implant et le préservatif en comparaison à celles ne désirant pas en changer (3/23, 13,0% vs 5/99, 5,1%,  $p=0,16$ ) et (9/23, 39,1% vs 32/99, 32,3%,  $p=0,51$ ) respectivement.

Les femmes souhaitant changer de moyen de contraception choisissent alors l'implant (n=1 femme utilisant actuellement le préservatif), la pilule (2 femmes utilisant le préservatif ou sans contraception), l'injection (6 pour 4 femmes utilisant le préservatif, 1 l'implant et 1 la pilule), la ligature (2 femmes utilisant le préservatif), le préservatif (1 femmes utilisant l'implant et 1 l'injection), une « pilule mensuelle » (1 femme utilisant la pilule), la ré-opération pour 2 femmes ligaturées, et aucune contraception pour 1 femme sous DIU.

### 3) TDSD et IVG

	n (%)
<b>Total</b>	N=148 (100%)
<b>A déjà réalisé une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)</b>	
Oui	38 (25,7%)
Non	110 (74,3%)

<b>Nombre d'IVG au cours de la vie</b>	N=37
1	24 (64,9%)
2	7 (18,9%)
3+	6 (16,2%)
<b>Méthode d'IVG</b>	N=38
Médicamenteuse	19 (50,0%)
Chirurgicale	4 (10,5%)
En dehors du système de santé	10 (26,3%)
<b>Lieu de réalisation de l'IVG</b>	N=39
En Guyane française	12 (30,8%)
Au Suriname	7 (18,0%)
En République dominicaine	20 (51,3%)
A Haïti	1 (2,6%)

Tableau 28 : TDSD et IVG

25,7% des TDSD interrogées ont déclaré avoir déjà fait au moins une IVG au cours de leur vie : la moitié (50,0%) de façon médicamenteuse, 26,3% en dehors du système de santé et 10,5% avec la méthode chirurgicale. Les IVG ont principalement été réalisées en République dominicaine (51,3%) contre 30,8% en Guyane française et 18,0% au Suriname.

Une seule femme (0,7%) a voulu avoir recours à une IVG depuis son arrivée en Guyane sans pouvoir la réaliser. La raison est le délai légal dépassé.

#### 4) TDSD et vaccination

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Pense être à jour de ses vaccinations</b>	
Oui avec certitude	65 (43,9%)
Je pense	38 (25,7%)
Je ne crois pas	9 (6,1%)
Je sais que non	12 (8,1%)
En cours	5 (3,4%)
NSP	19 (12,8%)
<b>Ancienneté dernière vaccination</b>	
<1 an	26 (17,6%)
1-5 ans	97 (65,5%)
6-10 ans	10 (6,8%)
>10 ans	2 (1,4%)
NSP	13 (8,8%)
<b>Dernière vaccination reçue</b>	N=130
Fièvre Jaune	77 (59,2%)
Hépatite B	21 (23,9%)
dTPca	5 (3,9%)
ROR	3 (2,3%)
COVID 19	5 (3,8%)
Grippe	1 (0,8%)
NSP	8 (6,2%)
<b>Lieu de vaccination</b>	N=136
CDPS	28 (20,6%)
Croix Rouge Française (CRF)	43 (31,6%)

Hôpital	8 (5,9%)
Au Guyana	2 (1,5%)
Au Suriname	7 (5,1%)
En République dominicaine	52 (38,2%)

Tableau 29 : TDSD et vaccination

43,9% des TDSD interrogées sont sûres d'être à jour de leurs vaccinations et 25,7% pensent l'être. La dernière vaccination remonte à 1-5 ans pour 65,5% d'entre elles et c'est celle contre la fièvre jaune qui arrive en tête (59,2%) suivie de celle contre l'hépatite B (23,9%). Les vaccinations ont principalement eu lieu en République dominicaine (38,2%) à la Croix-Rouge Française (31,6%) ou dans un CDPS (20,6%).

#### 5) TDSD et PrEP

	n (%)
<b>Total</b>	N=148 (100%)
<b>La PrEP</b>	
Connaît	81 (54,7%)
Ne connaît pas	67 (45,3%)
<b>La PrEP</b>	
A déjà eu	19 (12,8%)
N'a jamais eu	129 (87,2%)
<b>La PrEP</b>	
Intéressée	79 (53,4%)
Pas intéressée	65 (43,9%)
En réflexion	3 (2,0%)
Ne sait pas	1 (0,7%)
<b>La PrEP</b>	
Sait où aller	65 (43,9%)
Ne sait pas où aller	81 (54,7%)
Pas de réponse	2 (1,4%)
<b>TDS ayant eu la PrEP</b>	n=19
CRF à Saint Laurent du Maroni	8 (42,1%)
Centre Hospitalier de Cayenne (CHC)	1 (5,3%)
CDPS Papaïchton	7 (36,8%)
CDPS Maripasoula	3 (15,8%)
<b>Durée de la PrEP</b>	n=19
Jamais prise	1 (5,3%)
1 jour	1 (5,3%)
1 mois	5 (26,3%)
2 mois	2 (10,5%)
3 mois	1 (5,3%)
6 mois	1 (5,3%)
1 an	5 (26,3%)
2 ans	3 (15,8%)

Tableau 30 : TDSD et PrEP

Sur les 148 TSDS interviewées, 54,7% connaissent la PrEP, 12,8% ont déjà eu recours à la PrEP, 53,4% sont intéressées pour essayer la PrEP et enfin 54,7% ne savent pas où aller pour prendre la PrEP.

Sur les 19 PrEP prescrites auprès des TSDS, 8 l'ont été à la Croix Rouge Française à Saint Laurent du Maroni, 7 au CDPS de Papaïchton, 3 au CDPS de Maripasoula et 1 au CHC.

Sur les 19 TSDS ayant eu recours à la PrEP, 10 l'ont prise pendant 3 mois tout au plus et 9 pendant plus de 6 mois.

Nos chiffres montrent que l'intérêt pour la PrEP est élevé chez les TSDS actives (75,5%) et faible chez celles ayant arrêté (10,0%) ( $p < 0,001$ ).

## 6) TSDS et TPE

	n (%)
<b>Total</b>	N=148 (100%)
<b>Connaît le Traitement Post-Exposition (TPE) à un risque d'infection par le VIH</b>	
Oui	97 (65,5%)
Non	47 (31,8%)
NR	4 (2,7%)
<b>A déjà pris le TPE</b>	
Plusieurs fois	11 (7,4%)
Une fois	31 (21,0%)
Jamais	102 (68,9%)
NR	4 (2,7%)

Tableau 31 : TSDS et TPE

65,5% des TSDS interrogées connaissent le TPE et 28,4% d'entre elles l'ont déjà pris au moins une fois.

## 7) TSDS et dépistage des IST

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>A déjà bénéficié d'un bilan de santé</b>	
Non	6 (4,1%)
Oui	142 (96,0%)
<b>Lieu de réalisation</b>	
<i>République dominicaine</i>	120 (84,5%)
<i>Guyane française</i>	109 (76,8%)
<i>Suriname</i>	34 (23,9%)
<i>Chili</i>	2 (1,4%)
<i>Argentine</i>	1 (0,7%)
<i>Îles Turks et Caïques</i>	1 (0,7%)
<b>Fréquence de réalisation</b>	
3 mois	16 (11,3%)
6 mois	25 (17,6%)
12 mois	38 (26,8%)



<i>Irrégulier</i>	35 (24,7%)
<i>NSP</i>	4 (2,8%)
<i>Pas de réponse</i>	24 (16,9%)
<b>A déjà réalisé un dépistage du VIH</b>	
Non	1 (0,7%)
Oui	147 (99,3%)
<i>Lieu de réalisation</i>	
<i>République dominicaine</i>	125 (85,0%)
<i>Guyane française</i>	121 (82,3%)
<i>Suriname</i>	37 (25,2%)
<i>Chili</i>	2 (1,4%)
<i>Argentine</i>	1 (0,7%)
<i>Îles Turks et Caïques</i>	1 (0,7%)
<i>Ancienneté du dernier dépistage VIH</i>	
<1 an	117 (79,6%)
1 à 3 ans	23 (15,7%)
3 à 5 ans	4 (2,7%)
>5 ans	3 (2,0%)
<b>A déjà réalisé un dépistage des hépatites virales B et C</b>	
Non ou NSP	8 (5,3%)
Oui	140 (94,6%)
<i>Lieu de réalisation</i>	
<i>République dominicaine</i>	106 (75,7%)
<i>Guyane française</i>	113 (80,7%)
<i>Suriname</i>	28 (20,0%)
<i>Chili</i>	2 (1,4%)
<i>Argentine</i>	1 (0,7%)
<i>Îles Turks et Caïques</i>	1 (0,7%)

Tableau 32 : TDSD et dépistage des IST

L'écrasante majorité des TDSD (96,0%) ont déjà eu au moins 1 bilan de santé au cours de leur vie (84,5% en République dominicaine, 76,8% en Guyane française et 23,9% au Suriname). Elles le font de façon irrégulière pour 24,7% d'entre elles, annuellement pour 26,8% et plus régulièrement pour 29,1%.

La quasi-totalité des TDSD (99,3%) ont déjà eu un test de dépistage du VIH (85,0% en République dominicaine, 82,3% en Guyane française et 25,2% au Suriname). Pour 79,6% le dernier test remonte à moins d'un an et seules 3 femmes l'ont fait il y a plus de 5 ans.

94,6% d'entre elles ont déjà eu un test de dépistage des hépatites B et C (75,7% en République dominicaine, 80,7% en Guyane française et 20,0% au Suriname).

#### 8) TDSD et prévention sexuelle

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>A entendu parler du Human PapillomaVirus (HPV)</b>	
Oui	114 (77,0%)
Ne connaît pas	11 (7,4%)
NR	23 (15,5%)
<b>A entendu parler du vaccin contre le HPV</b>	

Oui	40 (27,0%)
Ne connaît pas	80 (54,1%)
NR	28 (18,9%)
<b>Avez-vous réalisé un frottis cervico-utérin (ou test HPV) ?</b>	
Oui, il y a moins d'un an	69 (46,6%)
Oui, il y a moins de 3 ans	50 (33,8%)
Oui, il y a moins de 5 ans	17 (11,5%)
Oui, il y a plus de 5 ans	7 (4,7%)
Jamais	5 (3,4%)
<b>Par quel professionnel de santé ?</b>	
Gynécologue	66 (44,6%)
Généraliste	19 (12,8%)
Sage-femme	57 (38,5%)
Biologiste médical	1 (0,7%)
Ne sait pas	1 (0,7%)
Non concerné	4 (2,7%)
<b>Lieu de réalisation</b>	
CDPS (MPA 18, PPI 19, GDS 2, APA 3)	39 (26,4%)
Hôpital (Santo Domingo 37, Paramaribo 9, CHOG 3, NSP 1)	49 (33,1%)
Structure de soins (CRF de SLM 29, Laboratoire 1)	34 (23,0%)
Libéral	22 (14,9%)
Non concernée	4 (2,7%)
<b>Pays de réalisation ?</b>	
Guyane française	81 (54,7%)
Suriname	17 (11,5%)
République dominicaine	46 (31,1%)
Non concernée	4 (2,7%)

Tableau 33 : TDSD et prévention sexuelle

La majorité des TDSD interrogées (77,0%) ont déjà entendu parler du HPV mais seulement 27,0% savent qu'il existe un vaccin pour s'en prémunir. 80,4% d'entre elles ont réalisé un FCU il y a moins de 3 ans et 5 femmes n'en ont jamais fait.

Elles ont eu recours au gynécologue (44,6%), à la sage-femme (38,5%) ou au médecin généraliste (12,8%) pour effectuer le FCU. Elles l'ont fait à l'hôpital (33,1%), dans un CDPS (26,4%), dans une structure de soin (23,0%) ou dans un cabinet libéral (14,9%). Le pays de réalisation est la Guyane française (54,7%) la République dominicaine (31,1%) ou le Suriname (11,5%).

## I) Exercice des TDSD

### 1) Conditions de travail des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Motif d'exercice du TDS</b>	
Pour l'argent	134 (90,5%)
N'a pas le choix	73 (49,3%)
Pour quitter la République dominicaine	2 (1,4%)

Pour essayer	1 (0,7%)
Rejet par la famille	1 (0,7%)
<b>Lieu d'exercice des TDS actives</b>	N=101
Guyane française	56 (55,5%)
Suriname	17 (16,8%)
Les deux	28 (27,7%)
<b>Type de lieu d'exercice</b>	N=101
En ville ou au village	65 (64,4%)
En ville ou au village et sur un site d'orpaillage	36 (35,6%)
<b>Caractéristique du lieu d'exercice</b>	N=95
Chez elle	51 (53,7%)
Chez le client	8 (8,4%)
A l'hôtel	3 (3,2%)
N'importe où	40 (42,1%)
<b>Fréquence d'exercice</b>	N=97
Quotidiennement	10 (10,3%)
Quasiment tous les jours	77 (79,4%)
Deux à trois fois par semaine	6 (6,2%)
Occasionnellement	4 (4,1%)
<b>Horaire d'exercice</b>	N=97
La journée	2 (2,2%)
La nuit	40 (43,5%)
Jour et nuit	28 (30,4%)
Quand elle est réveillée	8 (8,7%)
À tout moment	14 (15,2%)
<b>Incidents</b>	N=97
Souvent	2 (2,1%)
Parfois	41 (42,3%)
Rarement	10 (10,3%)
Jamais	9 (9,3%)
Non réponse	35 (36,1%)

Tableau 34 : Conditions d'exercice des TDSD

La grande majorité (90,5%) des TDSD interrogées ont commencé à exercer le travail du sexe pour des raisons économiques et une partie (49,3%) parce qu'elles n'ont plus le choix.

Les TDSD actives exercent en Guyane française à 55,5%, au Suriname à 16,8% et dans les 2 pays à 27,7%. Elles le font en ville/au village à 64,4% et sur les sites d'orpaillage clandestin à 35,6%. Elles exercent chez elles (53,7%), chez le client (8,4%), à l'hôtel (3,2%) ou n'importe où (42,1%).

La fréquence d'exercice est quasi quotidienne pour 79,4% d'entre elles, quotidienne pour 10,3%, hebdomadaire pour 6,2% et occasionnelle pour 4,1%. Les horaires d'exercice sont la nuit à 43,5%, le jour et la nuit à 30,4% et lorsqu'elles ne dorment pas à 8,7%. Seules 9 d'entre elles n'ont jamais vécu d'incident au cours de leur travail.

En moyenne, elles ont débuté le TDS à l'âge de 28 ans (Étendue 15-45), moins de 5% ont commencé quand elles étaient encore mineures.

En tout, 50/148 (33,8%) des femmes interrogées ont cessé d'exercer le TDS, depuis 15 mois en médiane, IIQ [9-36], ET (0-240). La majorité (100/101) des TDS actives travaillent à leur compte. Une seule travaille pour un tiers.

Les TDS actives répondantes (n=91) rapportent en médiane 3 clients par jour, IIQ [2-4], ET (1-10). La majorité des répondantes déclarent avoir des clients appartenant à toutes les communautés (70/73, 95,9%).

La peur des camps d'orpaillage est rapportée par 71/98 (72,5%) des TDS actives. Les motifs sont la peur de la faune (64,8%), la peur des orpailleurs (25,4%), la peur de la pirogue (12,7%), la peur des maladies (7,0%), la peur des gendarmes/de l'armée (8,4%), la peur de l'isolement (1,4%), la peur de la magie (1,4%), le mode de vie rustique (2,8%) et des rumeurs (1,4%).

L'ensemble des TDS actives (98/98) ont déjà refusé un client. Cependant, 19/97 (19,6%) déclarent avoir déjà été forcées à avoir un rapport sexuel avec un client, le plus souvent (11/15) cela n'est arrivé qu'une seule fois (autres 2, 3, 4 et 8 fois). Pour l'éviter, la majorité (87/98, 88,8%) bénéficient d'une protection par les autres TDS (32 ; 32,7%), les gens ou le propriétaire du cabaret (29 ; 29,6%), se protéger elle-même (8, 8,1%), par un piroguier (1 ; 1,0%), un agent de sécurité (1 ; 1,0%), un voisin (2 ; 2,0%) ou évoquaient la protection de Dieu (22 ; 22,4%).

Leur revenu médian quotidien en euros (n=95) est estimé à 100 euros, IIQ [71-150], ET (5-250). Peu de femmes (n=10) ont répondu sur leurs tarifs qui sont de l'ordre de 30 à 50 euros ou de 1 à 4 grammes d'or la passe. Nos estimations des salaires mensuels sont très variables : de 1000 à plus de 5000 euros.

Quand on leur demande leur ressenti en tant que femme, plusieurs discours sont tenus, où l'on retrouve notamment la notion d'absence de choix : « Je le fais par obligation » « Il n'y a pas d'autre moyen de s'en sortir »

Certains propos soulignent le ressenti négatif par rapport à l'acte sexuel tarifé, la tentative de mise à distance et le besoin viscéral qu'il finisse le plus vite possible : « Je me sens comme si je mourrais à l'intérieur et 'sale' » « On s'habitue à tout mais on ne peut pas oublier ce qu'on a fait, ça laisse une trace. 'Soy basura' <sup>11</sup> » « Elle en a marre de ce job, pleure tous les jours et veut rentrer chez elle » « Elle a honte de ce qu'elle fait » « Elle a gardé un trauma psychologique » « Elle a fait une dépression pendant 6 mois lors de ses débuts dans la prostitution ».

Garder en tête son but est aussi un moyen de tenir le coup et permet de prendre sur soi : « Elle pense à ses enfants » « Il faut penser à l'argent et au futur de l'enfant. Ça ne dure qu'un moment puis c'est fini » « Elle veut vite finir sa passe et empocher l'argent »

Certaines relativisent la pratique au regard des difficultés de la vie : « Rien n'est vraiment difficile quand c'est une question de survie » « Cela m'a rendue plus forte »

Diverses techniques peuvent être utilisées pour supporter l'acte : « Il ne faut pas y penser » « Il faut détourner son attention de ce que l'on fait » « L'alcool et la drogue aident à exercer la prostitution » « Il faut se préparer mentalement avant de sortir travailler » « Il faut habituer son corps et son esprit au travail » « Tout est psychologique, il faut contrôler les émotions pour surmonter ce genre de choses » « Elle a réussi à séparer son travail avec son corps de ses émotions et de sa vie affective » « Elle a tenu grâce au soutien des autres TDS »

Nous avons schématiquement pu observer à plusieurs reprises un accord tacite entre les clients et les TDS qui commence par une première étape de « rencontre » où l'alcool joue un rôle primordial de désinhibition puis une deuxième étape « d'approche » où le client choisit la TDS qui lui plaît et enfin une troisième étape de « conclusion » consistant en l'acte sexuel en

<sup>11</sup> Traduction mot à mot : « je suis des ordures » que l'on peut retranscrire en Français par : « je ne vaux rien »

lui-même. Ce schéma reste théorique et ne représente bien sûr pas la totalité des interactions possibles entre un client et une TDS.

## 2) Vie intime et sexuelle des TDSD

	n (%) ou moyenne
<b>Total</b>	N=148
<b>Nombre de partenaires au cours de 12 derniers mois (en dehors du TDS)</b>	
Aucun	42 (28,4%)
Un seul	93 (62,8%)
2	10 (6,8%)
3 ou +	3 (2,0%)
<b>Usage du préservatif avec le.s partenaire.s</b>	N=103
Toujours	25 (24,3%)
Parfois ou presque toujours	11 (10,6%)
Jamais	67 (65,1%)
<b>Confiance dans le couple</b>	N=85
Oui	62 (72,9%)
Non	18 (21,2%)
Cela dépend	5 (5,9%)
<b>Ce ou ces partenaires vous aident-ils financièrement ?</b>	N=104
Oui	87 (83,7%)
Non	16 (15,4%)
NR	1 (1,0%)

Tableau 35 : Vie intime et sexuelle des TDSD

Parmi les TDSD actives et ayant répondu à la question (n=94), 50 (53%) ont déclaré s'être déjà attachées ou avoir éprouvé des sentiments pour un client.

62,8% des TDSD interrogées ont eu un seul partenaire au cours des 12 derniers mois et 28,4% aucun. 65,1% n'utilisent jamais de préservatif avec leur partenaire et 24,3% le mettent à chaque rapport.

Les motifs de non-utilisation du préservatif avec le partenaire actuel (hors TDS) sont par choix 70/78 (89,7%), en raison d'un désir de grossesse 9/78 (11,5%), à la demande du partenaire 1/78 (1,3%) ou car ils ont fait les tests 1/78 (1,3%).

72,9% des TDSD ont confiance dans leur couple et 83,7% reçoivent une aide financière de la part de leur partenaire.

## 3) Risques du TDS

	n (%)
<b>Total</b>	N=96
<b>Vous arrive-t-il qu'on vous propose plus d'argent pour le faire sans préservatif ?</b>	
Souvent	61 (63,5%)
Parfois	20 (20,8%)
Rarement	6 (6,3%)

Jamais	9 (9,4%)
<b>Y a-t-il des clients qui essaient d'enlever le préservatif en cachette ?</b>	
Souvent	33 (34,4%)
Parfois	42 (43,8%)
Rarement	13 (13,5%)
Jamais	8 (8,3%)
<b>Rupture de préservatif</b>	
Souvent	10 (10,4%)
Parfois	31 (32,3%)
Rarement	50 (52,1%)
Jamais	5 (5,2%)
<b>Motifs de rupture de préservatif</b>	N=78
Sécheresse vaginale	45 (57,7%)
Échauffement vaginal	14 (18,0%)
Mauvaise qualité du préservatif	12 (16,7%)
Préservatif périmé	12 (15,4%)
Brutalité du rapport sexuel	9 (11,5%)
Coup d'ongle	6 (7,7%)
Présence de bulles d'air	4 (5,1%)
Force du rapport sexuel	3 (3,9%)
Présence de « bouglous » <sup>12</sup>	3 (3,9%)
Position du rapport sexuel	2 (2,6%)
J'étais débutante / manque d'expérience	2 (2,6%)
Il était mal mis	1 (1,3%)
Vitesse du rapport sexuel	1 (1,3%)
Taille du préservatif	1 (1,3%)
<b>Lieu d'approvisionnement en préservatif</b>	N=96
Achat	54 (56,3%)
Structures de santé	11 (11,5%)
Associations	68 (70,8%)
Donnés	2 (2,1%)
Laboratoire	1 (1,0%)
Mairie	1 (1,0%)

Tableau 36 : TDSD et risques du métier

L'utilisation du préservatif avec leurs clients est systématique pour 100% des 98 TDSD actives répondantes, pour tous les types de rapport : vaginal, anal et oral. Malgré cette précaution, les risques restent bel et bien présents.

La majorité (90,6%) des TDSD interrogées ont déjà eu au moins une proposition d'être mieux payées pour réaliser un acte sexuel sans préservatif.

La majorité (91,7%) des TDSD interrogées ont déjà eu au moins un client qui a essayé d'enlever le préservatif en cachette.

La majorité (94,8%) des TDSD interrogées ont déjà eu au moins une rupture de préservatif avec un client. Les principales causes sont : sécheresse vaginale à 57,7%, échauffement

<sup>12</sup> Petites billes, généralement en matière plastique, que les hommes s'insèrent dans la peau du pénis pour donner plus de plaisir. C'est une pratique répandue sur le fleuve Maroni

vaginal à 18,0%, mauvaise qualité du préservatif à 16,7%, préservatif périmé à 15,4% et brutalité du rapport sexuel à 15,4%.

Les TDSD s'approvisionnent en préservatif principalement auprès des associations (70,8%), dans les magasins (56,3%) ou les structures de santé (11,5%).

La majorité (52/54) des TDSD actives ayant répondu à la question pratiquent une hygiène intime entre chaque client. La majorité (69/95, 72,6%) ne pratiquent pas quand elles ont leurs règles, 11 (11,6%) le font quand même, pour 6 (6,3%) cela dépend et 9 n'ont pas souhaité répondre.

Seules 37 femmes ont répondu à la question sur les rapports pratiqués, vaginal pour toutes (100%), oral pour 17 (46,0%) et exceptionnellement anal (n=4, 10,8%).

« Certains refusent de payer la somme déterminée à l'avance car ils n'ont pas encore éjaculé bien que le temps imparti soit écoulé et d'autres essaient de diminuer le prix de la passe en négociant longtemps avec ces femmes dans le besoin. »

#### 4) Projets futurs des TDSD

	n (%)
<b>Total</b>	N=148
<b>Famille au courant qu'elles exercent le TDS ?</b>	
Non	63 (42,6%)
Oui	31 (21,0%)
En partie	39 (26,4%)
Ils se doutent	3 (2,0%)
NR	12 (8,1%)
<b>Envoi d'argent en République dominicaine</b>	
Jamais	6 (4,1%)
Hebdomadaire	6 (4,1%)
Mensuel	105 (71,0%)
Annuel	8 (5,4%)
Dès que possible	20 (13,5%)
NR	3 (2,0%)
<b>Souhaite sortir du TDS à long terme</b>	
Oui	144 (97,3%)
Non	3 (2,0%)
NR	1 (0,7%)
<b>Si vous pouviez revenir en arrière, reviendriez-vous en Guyane ou au Suriname ?</b>	
Oui	40 (27,0%)
Non	96 (64,5%)
A réfléchir	9 (6,1%)
NSP	3 (2,0%)
<b>Avez-vous réussi à mettre de l'argent de côté pendant votre séjour ?</b>	
Oui	113 (76,4%)
Non	35 (23,7%)
<b>Avez-vous un projet pour le futur ?</b>	
Oui	143 (96,6%)
Non	2 (1,4%)
NSP	2 (1,4%)

NR	1 (0,7%)
<b>Souhaitez-vous repartir en République dominicaine dès que possible ?</b>	
Oui	125 (84,5%)
Non	18 (12,2%)
NSP	5 (3,4%)

*Tableau 37 : Projets des TDSD*

Seulement 21,0% des TDSD interrogées ont dit à leurs proches ce qu'elles font précisément. 71,0% envoient de l'argent à leur famille mensuellement.

La quasi-totalité (97,3%) des TDSD souhaitent sortir du travail du sexe à long terme. 64,5% d'entre elles ne reviendraient pas en Guyane française si elles pouvaient retourner en arrière et choisir à nouveau.

76,4% ont déclaré avoir réussi à mettre de l'argent de côté pendant leur séjour et 96,6% avoir un projet pour le futur. 84,5% souhaitent repartir dès que possible en République dominicaine. Parmi les projets futurs on retrouve le plus souvent : acheter une maison, ouvrir un commerce, payer l'éducation et la scolarité aux enfants, aider les proches.



## Partie IV : discussion

*La majorité des hypothèses émises ont été confortées par les résultats de l'enquête.*

### A) TDS et santé sexuelle

#### 1) Un état de santé globalement correct

Nos résultats montrent que les TDS se sentent majoritairement en bonne santé physique et le restent après leur arrivée en Guyane, bien qu'une femme sur quatre présente une maladie chronique. A contrario, leur santé psychique est souvent dégradée et le vécu du TDS semble également peser sur la santé mentale.

Les pathologies aiguës et / ou de limitations fonctionnelles sont fréquentes, la douleur étant la plainte qui revient le plus souvent.

Le recours à des traitements symptomatiques est commun, généralement de façon ponctuelle, les antalgiques étant les médicaments les plus consommés. L'auto-médication semble être un phénomène fréquent parmi les TDS puisqu'à plusieurs reprises nous avons constaté qu'elles achètent des médicaments en vente libre au Suriname ou font venir des traitements de République dominicaine et les utilisent sans avoir consulté au préalable. Les antibiotiques sont souvent utilisés, notamment l'ampicilline qu'elles prennent par exemple en cas de maux de gorge ou après leurs règles « pour nettoyer tout ça ». Nous supposons qu'il existe chez ces femmes comme dans chaque société une participation culturelle et des croyances qui façonnent leur rapport à la prise de ces traitements.

Les études mondiales montrent de grandes variations de l'état de santé des TDS en fonction des régions, ainsi qu'un relatif manque de données quant à leur santé globale (i.e. autre que la santé sexuelle et reproductive) (57). Le fait est que la communauté médicale scientifique s'est moins penchée sur les pathologies chroniques et quotidiennes dont souffrent ces femmes que sur les problèmes de santé liés au travail du sexe (58).

Une enquête réalisée au Brésil en 2016 a mis en évidence une vulnérabilité accrue des TDS exerçant dans le Nord et le Nord-Est du pays, avec des conséquences sur leur état de santé (59). Un article paru dans *The Lancet* en 2016 lance un appel à agir en ce qui concerne la santé des TDS enceintes et de leurs enfants. Dans certaines parties du monde comme l'Afrique Sub-Saharienne, l'Amérique Centrale et l'Asie du Sud-Est, elles sont victimes de stigmatisation et ne reçoivent pas les soins nécessaires, ce qui engendre une forte morbi-mortalité (60). Une étude sénégalaise de 2018 montre que l'état de santé des TDS officiellement déclarées est meilleur mais que leur bien-être ressenti est moindre que pour celles qui évoluent dans la clandestinité, ce qui peut paraître paradoxal (61).

Une hypothèse que nous avançons pour expliquer la bonne santé déclarée des TDS est leur niveau d'éducation : elles sont quasiment toutes allées à l'école et une majorité a fini le lycée. De plus, les politiques de santé publique mises en place en République dominicaine ont parmi leurs objectifs l'éducation sanitaire de la population générale pour améliorer son état de santé global. Ainsi, on peut supposer qu'elles ont une meilleure littératie en santé et sont conscientes des risques auxquels elles sont exposées.

La cinétique de groupe est aussi un élément à prendre en compte, notamment dans le cadre communautaire avec les anciennes TDSD qui jouent le rôle de « femmes paires éducatrices » auprès des nouvelles arrivantes parfois désemparées. Cette solidarité dans l'adversité permet à certaines d'entre elles de ne pas sombrer dans l'isolement et le désespoir. Le rôle des associations est aussi un facteur à prendre en compte puisque de nombreux acteurs de terrain oeuvrent pour promouvoir l'éducation à la santé, « l'empowerment » et le soutien psychosocial de ces femmes en organisant régulièrement des sessions de partage, de formation et de sensibilisation. Elles ont en outre la possibilité de bénéficier d'un dépistage anonyme et gratuit ainsi que de consultations et d'un accompagnement pour les démarches sociales. Enfin le jeune âge de ces femmes fait qu'elles ont généralement peu d'antécédents lorsqu'elles arrivent en Guyane.

## 2) Une prévention assez développée

Il ressort de notre étude que les TDSD sont partie prenante de leur prévention et qu'elles ne la négligent pas. Elles connaissent relativement bien les outils existants et savent les utiliser à bon escient.

L'accès à la contraception, au dépistage des IST et du cancer du col de l'utérus, et à l'IVG semble bon pour les TDSD et elles sont globalement bien accueillies et orientées dans les structures dédiées. Cependant bon nombre d'entre elles effectuent ces démarches en République dominicaine, y compris pour les IVG pourtant formellement interdites dans ce pays dont la religion d'état est officiellement le catholicisme, ce qui pose question sur l'accès réel en Guyane.

Premièrement, il est possible que la peur de la discrimination joue un rôle important et incite certaines TDSD à ne pas entreprendre de démarches : se sentir jugée lorsqu'on va dans un établissement sanitaire ou une institution peut être vécu comme un événement traumatisant. Ensuite, la barrière de la langue est aussi à prendre en compte puisqu'il est extrêmement compliqué d'effectuer des formalités administratives lorsqu'on ne comprend pas ce qui est demandé et qu'il est impossible de communiquer pour aller chercher de l'aide. Enfin, la facilité pour retourner dans leur pays d'origine peut aussi être un argument supplémentaire qui fait qu'elles préfèrent attendre de rentrer chez elles pour s'occuper de leur santé, dans un environnement sécurisé et familial.

A plusieurs reprises des TDSD nous ont dit ne pas avoir confiance dans les soignants de Guyane française : elles trouvent qu'ils manquent de compétence par rapport aux professionnels qu'elles vont consulter dans leur pays. Une hypothèse avancée est le fait qu'elles vont souvent voir des spécialistes chez elles alors qu'une fois sur le Maroni elles n'ont pas d'autre choix que d'aller en centre de santé où on trouve généralement des médecins généralistes. Ou bien elles ne retrouvent pas la même façon de pratiquer la médecine et de répondre à la demande des patients entre la République dominicaine et la Guyane française, ce qui leur donne la sensation d'être mal prise en charge.

L'usage du préservatif est minoritaire sur le Maroni dans la population générale (56) contrairement aux TDSD qui déclarent toutes l'utiliser. Les risques d'AEV sont bien intégrés par ces femmes et représentent une peur importante, mais la conduite à tenir n'est pas toujours bien connue ni comprise. Les TDSD qui ont peur de subir un AEV auprès des hommes qui viennent demander leurs services.

Nos résultats montrent que les TSD ont systématiquement recours au port du préservatif avec leurs clients et ont une conscience aiguë du risque de contracter des IST. Beaucoup d'hommes sont demandeurs d'actes sexuels non protégés, ce qu'elles refusent systématiquement (bien qu'ils leur proposent de les payer plus cher). En revanche, avec leur partenaire intime régulier ou leur conjoint, la situation est différente : les trois quarts des TSD interrogées ont déclaré avoir confiance dans leur couple et ne pas utiliser systématiquement de préservatif. Cependant elles exigent généralement un dépistage des IST avant d'avoir des rapports sexuels non protégés.

Ceci est concordant avec les données régionales de l'étude de Parriault et al parue en 2015 : seules 1% des TDS interrogées en Guyane n'avaient pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client, 3% à Oiapoque (3). Le mésusage décrit sur l'Oyapock avec l'utilisation de double préservatif ou l'utilisation d'un même préservatif féminin pour plusieurs partenaires n'a pas été retrouvé dans notre étude sur le Maroni. Dans cette même enquête, l'utilisation du préservatif avec le partenaire intime est moins observée que dans le cadre du TDS. Toutefois elle est plus élevée chez les TDS que parmi les femmes de la population générale guyanaise (3).

Une autre étude de la même autrice de 2016 en Guyane a montré que bien que les TDS soient régulièrement informées, elles continuent d'avoir des conduites à risque, notamment le fait de ne pas utiliser de préservatif avec leur partenaire intime de « confiance » ou leurs partenaires occasionnels (54). Ceci est concordant avec nos résultats.

Concernant la PrEP, le bilan est mitigé : bien qu'une majorité de ces femmes connaissent ce mode de prévention du VIH, une minorité y ont recours et des problèmes de suivi se posent. Un des freins identifiés est qu'elles ne savent pas où s'adresser pour débiter le traitement ni qu'il est gratuitement mis à leur disposition. Les effets secondaires sont évoqués comme cause d'arrêt de ces thérapies et il ressort des discussions un manque d'information quant à l'importance de bien suivre le schéma de prise pour avoir un effet réel.

Nos chiffres dénotent avec ceux retrouvés par le COREVIH dans leur rapport 2021 sur la PrEP en Guyane qui montre que ce sont majoritairement de jeunes femmes Dominicaines TDS originaires de Cayenne qui la prennent (62). Beaucoup d'efforts conjoints sont faits pour faciliter l'accès à la PrEP aux TDS guyanaises, dans un but de juguler l'endémie de VIH sur le territoire.

Pour ce qui est du TPE, la plupart des TSD en ont entendu parler mais une minorité d'entre elles y a déjà eu recours que ce soit une ou plusieurs fois. Les raisons évoquées pour cette faible utilisation sont l'existence d'un délai maximal pour débiter le traitement (48 heures), la nécessité d'un suivi contraignant pendant 1 mois et le risque d'effets secondaires rendant le travail du sexe plus difficile à pratiquer.

Au Brésil, une étude de 2016 a montré de fortes disparités au sein de la population des TDS : on retrouve une corrélation positive entre la qualité de la prévention et le niveau d'éducation, le fait de travailler dans la rue ainsi que l'âge de début (59). Ceci va dans le sens de notre étude : les TSD les plus soucieuses de leur santé semblent être celles qui sont le plus éduquées et évoluent dans des conditions de travail plutôt décentes, bien qu'aucune donnée chiffrée puisse le montrer directement.

Une autre enquête menée au Brésil en 2016 a retrouvé une santé bucco-dentaire variable chez les TDS, corrélée à l'hygiène et aux habitudes des participantes. Il a été aussi montré que la prévention chez ces femmes se trouve stimulée par le contact avec les travailleurs sociaux qui favorisent l'accès aux services publics (63).

Au niveau mondial, on retrouve tout un panel de possibilités entre deux extrêmes. Il existe des pays où les TDS sont bien suivies sur le plan de la santé sexuelle et bénéficient de dépistages organisés et réguliers comme les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande par exemple (64). Et d'autres où elles sont laissées pour compte et doivent se débrouiller seules pour veiller sur leur santé, parfois dans un environnement carrément hostile (65). C'est le cas en Thaïlande où les lois à l'encontre des TDS sont extrêmement punitives (fortes amendes, peines d'emprisonnement), ce qui peut paraître paradoxal dans ce pays mondialement connu pour être une destination de tourisme sexuel.

Nous estimons que les TDSD en Guyane se trouvent dans une situation intermédiaire. Elles subissent une stigmatisation et une exclusion importante de la part de la population mais bénéficient de l'accès gratuit et universel aux soins au sein des CDPS. Leur présence, dans ces zones transfrontalières est tolérée par les forces de l'ordre, ce qui leur permet de s'intégrer un minimum.

### 3) Une santé sexuelle plutôt bonne

Les TDSD présentent une bonne santé sexuelle déclarée. Elles ne rapportent que peu d'IST (dont aucun VIH), font des dépistages fréquents de ces pathologies, effectuent régulièrement des FCU, ont généralement une contraception efficace et savent comment réaliser une IVG si nécessaire. La vaccination contre le HPV est en revanche mal connue : une majorité d'entre elles ont des notions sur ce virus mais peu sont au courant de l'existence d'un vaccin protecteur à condition qu'il soit administré précocement par rapport au début de l'activité sexuelle.

Les connaissances des TDSD en matière d'IST sont relativement bonnes. Néanmoins, on retrouve de nombreuses croyances pouvant engendrer des prises de risque : par exemple en cas d'AEV, plusieurs d'entre elles nous ont affirmé qu'il fallait s'enduire le vagin de dentifrice et / ou de Coca-Cola pour éviter la transmission du VIH. Lorsqu'on les interroge, elles n'ont pas conscience du risque majoré de contracter une IST du fait de l'érosion des muqueuses engendrée par cette manipulation, et elles sont convaincues de l'efficacité de leur méthode. Nous nous sommes aussi rendu compte que les TDSD ne vont pas systématiquement consulter dans une structure de santé à la suite d'une rupture de préservatif ou qu'elles y vont à l'occasion sans se soucier des délais à respecter pour le TPE et la pilule du lendemain. Elles ne savent pas que plus elles prennent le TPE précocement à la suite d'un AEV, plus son efficacité est grande ni qu'il existe une limite au de laquelle cela ne sert plus à rien de le prendre.

Ceci est à mettre en parallèle avec les études réalisées en Guyane et à Oïapoque où les lacunes identifiées dans les connaissances des TDS concernent principalement les modes de transmission (3). Plusieurs TDSD dans notre étude pensent que le VIH peut se transmettre par la salive. Par ailleurs, aucune ne connaissait l'absence de transmission aux seins des couples sérodiscordants lorsque le partenaire séropositif est bien contrôlé sur le plan immuno-virologique

Les TDSD semblent globalement être plus impliquées dans leur santé sexuelle et avoir moins de lacunes dans ce domaine qu'une partie des TDS dans le monde, notamment dans les pays où elles sont fortement marginalisées. Par exemple, en Chine, des milliers d'entre elles sont incarcérées chaque année dans des centres de rééducation morale par l'intermédiaire du travail, sans qu'il y ait pour autant de programme d'éducation à la santé. Ceci les marginalise

encore plus, d'autant que les lois pour le dépistage et la protection des TDS ne sont pas systématiquement appliquées dans le pays (66).

Cependant, la condition des TDS de certains pays tel que les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Pays de Galles ou la Belgique (64), (67) se rapprochent de celle de la Guyane dans notre étude, avec comme points communs une faible criminalisation et des politiques de santé publiques dotées de moyens.

Au Brésil, une étude multicentrique de 2016 a retrouvé de grandes disparités quant à la santé sexuelle et reproductive chez les TDS, avec des régions où elles sont plus vulnérables que d'autres. Des barrières à l'accès aux soins ont été identifiées dont les deux principales sont la stigmatisation et la discrimination en lien avec leur profession (59). Une autre enquête multicentrique brésilienne de 2021 a confirmé que les TDS ont des besoins en santé sexuelle et reproductive plus importants que ceux de la population générale du fait de la nature même de leur travail. Les principaux problèmes qu'elles rencontrent sont les IVG, les grossesses non désirées, la santé materno-fœtale et les IST. Il est prouvé que le fait d'avoir un lieu habituel pour se soigner est associé à une meilleure santé, ce qui n'est pas le cas pour ces populations vulnérables (68).

Une méta-analyse montre qu'il existe un lien direct entre la criminalisation du travail du sexe et la violence physique et sexuelle que subissent les TDS ainsi que leur état de santé global. La peur de la répression des forces de l'ordre les pousse à s'isoler, majore l'exposition aux risques et diminue leurs capacités d'entraide. Cela limite aussi fortement l'engagement de poursuites et le dépôt de plainte en cas d'abus commis par les clients. De nombreuses voix s'élèvent partout dans le monde exigeant des réformes de dépénalisation dans le but de protéger ces populations vulnérables, ce qui se heurte souvent aux principes et croyances de nombreux pays (23).

#### 4) Une souffrance psychologique très peu prise en charge

Nos résultats mettent en évidence que les TDSD sont en grande souffrance psychologique et que cela est rarement verbalisé et encore moins souvent pris en charge (très peu d'entre elles ont un suivi psychologique régulier). L'utilisation d'échelles validées nous a permis de dépister de nombreux cas de syndromes anxieux et dépressifs. Ceci est concordant avec les autres études effectuées dans le monde auprès de ces populations.

Lors de nos échanges, le fait de prendre le temps et d'être hispanophone a sans doute mis les TDSD en confiance et favorisé leurs confidences : certaines d'entre elles nous ont livré une partie de leur histoire de vie, de leur souffrance et nous ont parlé du vécu difficile de leur quotidien. Adopter une attitude similaire, dans la mesure du possible, pourrait être utile pour améliorer le suivi psychologique de ces femmes par les médecins et les IDE des CDPS.

Elles se doivent d'être joviales lorsqu'elles sont au bar ou dans la rue, au risque de ne pas avoir de clients voire de se faire réprimander par le ou la propriétaire. Ceci contraste avec leur vécu intérieur de la situation qui engendre bien souvent une grande tristesse qu'elles gardent pour elles-mêmes « parce qu'il faut être forte » pour tenir dans ces conditions, il n'y a pas de place pour la faiblesse dans le milieu dans lequel elles évoluent.

Par ailleurs, le soutien joue un rôle primordial dans l'état de santé psychique des TDSD (69) et on observe des situations très variables : bien que la quasi-totalité d'entre elles soient en contact téléphonique régulier avec leur famille (généralement en République dominicaine ou

au Suriname), certaines TDS sont plus isolées que d'autres et n'ont que très peu de contacts sociaux tandis que d'autres ont un cercle de connaissances étendu voire ont fondé une famille en Guyane ou au Suriname et ont des parents proches géographiquement. Il semble que les secondes ont dans l'ensemble une meilleure santé mentale que les premières, même si aucun de nos résultats ne permet de le montrer directement.

Une étude de 2021 menée au Malawi a mis en avant qu'une TDS sur deux se trouve en situation d'isolement social et / ou familial du fait de la nature même de son travail (70). Une autre enquête de 2015 menée au Mexique montre l'importance des liens informels que les TDS entretiennent entre elles : bien qu'il existe des relations de compétition, ce sont les interactions sociales basées sur la coopération qui vont dans le sens de « l'empowerment » nécessaire à la bonne santé de ces femmes (71).

En Guyane et d'autant plus sur le Maroni, l'offre de soin en santé mentale est déficitaire : Il n'existe qu'un CMP à Maripasoula avec une équipe composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un IDE et d'un médiateur en santé. Il est ainsi très difficile d'avoir accès à une consultation et / ou un suivi lorsqu'on réside ailleurs sur le fleuve, même s'il existe quelques missions délocalisées. La médiation en santé permet une meilleure approche transculturelle, mais ne lève pas totalement les barrières soignants-soignés tant sur le plan linguistique qu'ethnopsychiatrique. La prise en charge en santé mentale reste très stigmatisée dans la population du Maroni. Aller consulter « le psy » peut être considéré comme renvoyant une image négative avec une crainte du jugement d'autrui et cela suppose que la personne ait accepté son mal-être et fait la démarche d'aller demander de l'aide, ce qui n'est pas évident dans le contexte du TDS.

Partout ailleurs dans le monde, les données de la littérature retrouvent des taux élevés de troubles mentaux divers chez les TDS, que l'on attribue volontiers à la violence subie et aux traumatismes répétés vécus, ainsi qu'une prise en charge bien en deçà des nécessités (72), (73), (74). Les raisons évoquées pour expliquer ce faible recours aux soins sont la discrimination dont elles sont victimes dans la plupart des sociétés et un manque de conscience quant aux troubles mentaux dont elles souffrent (75), (76). Ces multiples observations font état de la nécessité de développer une offre psychologique adaptée à cette population en mettant en place des réseaux bienveillants ayant pour objectif d'aller à la rencontre, de sensibiliser, de dépister et d'accueillir les TDS dans le besoin.

## B) TDS et toxiques

### 1) Un usage nocif et à risque de l'alcool

Nos résultats montrent que les TDS présentent un usage nocif et à risque de l'alcool, intimement lié à l'exercice de leur travail. Le score AUDIT-C est alarmant avec seulement minorité de femmes ayant une consommation raisonnée de cette substance. Par ailleurs, il ne ressort pas une forte conscience parmi elles des dangers de l'alcool à court, moyen et long termes.

Ceci est concordant avec les données publiées qui mettent en évidence une consommation à risque de la part des TDS comme de leurs clients. Plusieurs contextes ont été identifiés : dans le cadre festif du travail, comme aide pour avoir des relations sexuelles tarifées, en tant que moyen pour calmer les angoisses et le mal être (13). Les études ne sont pas toutes

concluantes quant à la l'association entre la prise d'alcool et le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées ou le risque de contracter une IST. Il semble cependant qu'il y ait un lien avec les autres drogues et le vécu de violences (77), (78), (79).

Bien que très présents chez les TDS, la consommation d'alcool et/ou d'autres drogues ne semblent que rarement être la porte d'entrée dans l'activité de sexe tarifé mais plutôt la conséquence. « Vendre son corps » dans un échange sexuel tarifé constitue une expérience tellement traumatisante que la grande majorité des TDS ne peuvent faire autrement que d'avoir « recours à des substances afin de faire face aux émotions accablantes ressenties lorsqu'elles ont un client » (80).

Le fait est que l'alcool joue un rôle central dans les endroits où exercent les TDS : se faire offrir un verre est souvent la porte d'entrée de ce « jeu social » qui aboutira (ou pas) à une relation sexuelle tarifée. La première chose que font les TDSD quand un nouveau client arrive après l'avoir salué est généralement de lui demander de leur acheter une bière (« comprame una Heineken »<sup>13</sup>) avant d'engager la conversation.

On retrouve en Guyane comme partout ailleurs sur la planète le phénomène des « entraîneuses » dont le but est de faire consommer le client pour que cela rapporte au gérant du bar, avant une éventuelle relation sexuelle tarifée. Cela peut même faire partie du contrat entre la TDS et le ou la propriétaire avec un pourcentage de bénéfice proportionnel au nombre de verres consommés.

Ainsi on comprend aisément pourquoi les TDSD consomment bien plus que les limites préconisées par l'OMS en termes d'unités d'alcool quotidiennes. Certaines emploient des techniques pour ne pas trop boire comme de commander un soft ou alors jeter une partie du verre qui leur a été offert, mais cela reste marginal. Le fait est qu'il existe une forte pression sociale et environnementale qui les pousse à boire pendant qu'elles exercent et qu'il est difficile de s'en extraire (81).

## 2) Pas d'addiction très marquée au tabac

Nous n'avons pas mis en évidence chez les TDSD une consommation excessive de tabac que ce soit dans la durée ou dans la quantité. Seules 2 TDSD ont eu une estimation supérieure à 10 PA.

Ceci qui est discordant avec les résultats trouvés dans la littérature puisque beaucoup de TDS dans le monde fument. Par exemple au Brésil, une étude déclarative publiée en 2017 retrouvait une consommation de tabac (d'alcool et de drogues aussi) chez les TDS supérieure à celle de la population générale des femmes brésiliennes avec un taux de dépendance à la nicotine plus élevé (82). Les études menées dans d'autres pays ont des résultats qui vont dans le même sens, ce qui ne corrobore pas nos données (83).

Nous avançons comme hypothèse la lutte contre le tabac en République dominicaine qui a lieu depuis plusieurs décennies ainsi que le prix élevé du tabac en Guyane qui peut être un argument dissuasif.

---

<sup>13</sup> Traduction : « Achète-moi une Heineken »

En République dominicaine on constate un déclin du nombre de fumeurs depuis les années 1990 en parallèle à l'augmentation du prix du tabac décidée par le gouvernement comme mesure dissuasive (84), (85).

Parallèlement, en Guyane, la prévalence de la consommation de tabac parmi les femmes est trois fois moindre qu'en métropole : 8% contre 24% respectivement (86).

### 3) Une faible consommation d'autres drogues

Dans notre étude, très peu de TSD ont déclaré consommer ou avoir consommé des substances telles que la cocaïne, l'héroïne, le crack etc. Il ressort qu'un petit nombre d'entre elles fument du cannabis de façon plus ou moins irrégulière, parfois au contact des clients qui sont assez enclins à utiliser cette drogue sur le Maroni comparativement au reste de la Guyane où la consommation est globalement deux fois moins élevée qu'en métropole (86).

Sur le plan régional, les chiffres sont concordants puisqu'une étude de 2015 auprès de TDS montre qu'en Guyane, la consommation de drogues, hors marijuana, semble assez marginale. Une sous-estimation est possible du fait de la nature déclarative de l'enquête (biais de mesure potentiel) (3). Une autre enquête de type CAP menée en 2012 auprès des usagers de crack montre que parmi les 107 personnes interrogées, 13 ont été payées avec de l'argent ou de la drogue en échange d'un rapport sexuel au cours du mois passé.

Les données mondiales existantes montrent que les TDS ont une consommation de drogues illégales supérieure aux moyennes nationales, ce qui ne va pas le sens de nos résultats (83), (87). Une étude brésilienne publiée en 2020 objective des taux de recours aux substances illicites par les TDS bien supérieurs à ceux de la moyenne nationale et de notre enquête (88).

Une hypothèse avancée pour expliquer cette différence est le fait que la consommation de telles substances soit très mal vue en République dominicaine du fait de l'éducation religieuse reçue (le catholicisme y a une grande influence). Cette forte pression sociale pourrait être encore très prégnante chez les TSD du Maroni qui vivent souvent en communautés.

Une nuance est à apporter du fait du biais de déclaration : il est fort probable qu'une partie des femmes interrogées aient diminué voire occulté leur consommation de drogue, de crainte d'être jugées. Nous avons eu à plusieurs reprises des informations allant dans le sens d'une sous-déclaration de la prise de substances illicites, ce qui est cohérent avec l'attitude générale de la population face à un tel questionnement.

## C) TSD et violence

### 1) Des violences physiques et psychiques régulières

Notre enquête montre que les TSD sont exposées à de multiples formes de violences quotidiennes, qui peuvent même passer inaperçues lorsque cela émane de comportements inconscients et collectifs. Cela a lieu en majorité sur leur lieu de travail mais aussi dans les endroits publics ou privés, notamment en ce qui concerne les pratiques discriminatoires.



Il est intéressant de noter que la majeure partie des violences qu'elles ont subies ont eu lieu en République dominicaine et le plus souvent de la part de leur conjoint. Il semble que la violence conjugale soit un problème de santé publique dans leur pays où des femmes meurent régulièrement sous les coups de leurs maris (89). Il existe même une chanson de Bachata intitulée « no la mates »<sup>14</sup> où l'artiste fait un réquisitoire expliquant à l'homme les raisons pour lesquelles il ne devrait pas tuer sa femme lorsqu'elle le trompe.

Un rapport du sénat de 2019-2020 fait état de violences contre les femmes et les filles « plus fréquentes et plus graves dans les DROM qu'en métropole, même s'il existe des différences d'un territoire à l'autre » et qu'on déplore un manque de statistiques. L'explication de ce phénomène est multifactorielle : responsabilité des stéréotypes sexistes et de l'éducation des garçons, poids des coutumes et des traditions, silence et déni des victimes et de leurs familles, impact des réalités géographiques, manque d'autonomie et d'émancipation des femmes, défaillances de la chaîne judiciaire, insuffisance des moyens de lutte etc (90).

N'ayant pas de souteneur, les TDS peuvent normalement choisir avec qui elles travaillent, mais refuser un client peut s'avérer être une situation délicate puisque ce dernier ne comprend pas toujours et peut se mettre en colère. Ainsi elles trouvent souvent une excuse fautive (comme être malade, ne pas travailler, avoir ses règles etc) pour ne pas accéder à la demande sans pour autant froisser leur interlocuteur.

Nous avons recueilli, lors de nos entretiens, de nombreux témoignages de clients essayant de ne pas payer la passe ou voulant être remboursés pour diverses raisons. Certains utilisent la violence psychique et / ou physique lorsqu'ils se voient refuser leur demande par la TDS, ce qui est favorisé par le fait qu'ils soient seuls dans une pièce fermée. L'intervention d'une tierce personne, lorsqu'elle est possible, met souvent fin à cette crise mais il arrive que la TDS soit contrainte de céder devant un client trop agressif, pour ne pas se mettre en danger.

Les rapports forcés existent comme pour les autres TDS dans le monde et de nombreuses TDS en ont été victimes, notamment avec des clients qui ont senti avoir l'ascendant. Les tentatives de retrait de préservatif en cachette (appelées *stealth* en Anglais ou *furtivage* en Français, ce qui est reconnu comme une forme d'agression sexuelle) sont nombreuses et une vigilance constante s'impose pour ne pas risquer de contracter une IST ou de tomber enceinte, ce qui engendre un stress supplémentaire.

Parmi les facteurs aggravants, on peut citer la position de faiblesse dans laquelle se trouvent la plupart des TDS qui sont immigrées, en situation irrégulière sur le territoire et isolées dans un pays étranger : certains citoyens en sont bien conscients et peuvent être tentés d'en tirer avantage.

Une étude de 2015 monte qu'à Oiapoque, comme en Guyane, un tiers des TDS ont déclaré avoir subi des violences de la part de leurs clients, et un quart ont déjà vécu un rapport forcé. Ces chiffres inquiétants traduisent clairement la vulnérabilité des TDS face à leurs clients. Ils mettent également en relief les risques de diffusion de l'épidémie en population générale, d'autant plus que les clients vivent souvent en situation maritale (peu d'utilisation du préservatif avec leur partenaire habituelle) et que beaucoup d'entre eux viennent de l'autre côté de la frontière. Ainsi on observe une convergence des risques dans cet espace transfrontalier, ce qui est probablement aussi le cas sur le Maroni (3).

Une étude menée dans différentes villes du Brésil en 2017 retrouvait des taux de violences similaires aux nôtres (91). Au niveau mondial, il est clairement établi que cette violence quotidienne a un impact sur la santé des TDS, tant sur le plan physique (dont le risque de

---

<sup>14</sup> Traduction : « ne la tue pas »

transmission du VIH) que psychique et que la criminalisation du travail du sexe en est un des déterminants majeurs (21). Une étude Thaïlandaise de 2009 distingue 3 catégories de violences dont sont victimes les TDS : menace quant à leur santé, menace quant à leur sécurité financière et menace quant à leurs droits humains (92).

Par ailleurs, les politiques répressives n'ont pas montré leur efficacité quant à la diminution du TDS et elles ont même fait empirer les conditions d'exercice avec un impact négatif sur la santé (93).

## 2) Des moyens insuffisants de lutte contre la violence

Il ressort de notre étude que les TDSD ont peu de moyens de se défendre si ce n'est de se « fédérer » entre elles ou d'être protégées par des personnes attirées, comme les conjoints ou les gérants des bars/hôtels, voire par les personnes présentes sur les lieux. On a pu observer de rares pratiques de communication non violente envers les clients, mais la plupart du temps, face à un conflit, une escalade de violence a lieu et l'un des deux protagonistes doit finir par se soumettre à l'autre pour pouvoir sortir de cette situation.

Certaines TDSD possèdent une arme blanche dans leur chambre pour dissuader les clients violents, mais cela peut se retourner contre elles. Généralement, lorsqu'une TDS est en train de faire une passe, ses « voisines » sont au courant et surveillent qu'elle soit bien ressortie au bout du temps imparti, n'hésitant pas à intervenir en cas de besoin (solidarité réciproque oblige). La situation la plus à risque étant lorsque les TDS vont passer la nuit chez un client et se retrouvent isolées hors de leur « zone de confort », raison pour laquelle certaines refusent de le faire si elles n'ont pas déjà une certaine confiance en la personne demandeuse.

Les clients des TDSD peuvent eux aussi être victimes d'agression à but pécunier de la part de délinquants de proximité en entrant ou en sortant des lieux où exercent les TDS, ce qui engendre une difficulté supplémentaire et peut raréfier la demande.

Le sous-effectif des forces de l'ordre impose une certaine autorégulation au sein des quartiers dits « ghettos » où résident beaucoup de personnes en situation irrégulière, notamment à Saint Laurent du Maroni. Ainsi les résidents sont contraints de faire justice eux-mêmes et porter plainte auprès de la gendarmerie peut s'avérer être un véritable parcours du combattant.

On retrouve cet état de fait un peu partout dans le monde où les TDS sont marginalisées et livrées à elles-mêmes pour assurer leur protection (94). Dans certains pays, les TDS ont développé des stratégies pour assurer leur sécurité comme le dépistage des IST chez les clients ou la rémunération des forces de l'ordre (95). L'étude brésilienne de 2017 déjà évoquée montre que la violence est enracinée dans les inégalités sociales et les représentations collectives, ce qui limite le champ d'action des TDS pour se protéger (91).

## 3) Un soutien variable des proches, mais généralement présent

Notre étude montre que les TDSD semblent être relativement bien entourées, même si cela reste variable. On peut différencier le soutien à distance qui se manifeste par des échanges téléphoniques réguliers avec les membres de la famille (généralement en République dominicaine ou au Suriname) et le soutien de proximité qui est constitué par les interactions

avec les diverses personnes côtoyées quotidiennement (amies, collègues, médiateurs, animateurs associatifs, paires-éducatrices etc) et les possibilités d'entraide subséquente.

La communication passe principalement par les applications mobiles de messagerie instantanée et nécessite donc un forfait avec connexion internet. Toutes les TDSD interrogées possèdent un smartphone et utilisent ce type d'applications (comme Whatsapp, Messenger etc) quotidiennement.

Concernant leur intégration dans la société guyanaise, le constat est mitigé : bien qu'une majorité se sentent à l'aise et respectées, on observe une certaine exclusion de ces femmes faisant écho aux conditions de vie des immigrés en Guyane française. Plusieurs TDSD se sont plaintes que certaines secrétaires dans les CDPS leur parlaient de façon méprisante ou faisaient passer leurs dossiers après ceux des locaux, bien qu'elles soient arrivées avant.

La majorité des femmes interrogées ont ou ont eu récemment un petit ami dont la plupart leur procure une aide matérielle en plus du soutien moral. Mais cela peut être à l'origine de tensions dans le couple notamment lorsque le conjoint ne supporte pas que la TDSD ait des relations sexuelles avec d'autres hommes et qu'il exige la cessation du TDS alors qu'elle n'a pas encore atteint son objectif.

Ce soutien diversifié de l'entourage est primordial puisqu'il permet aux TDS de se sentir en sécurité et de savoir sur qui compter en cas d'évènement imprévu. S'il est absent, elles se retrouvent en situation de stress et de peur dont peuvent profiter les clients et les collègues. A l'inverse, quelques TDS se décrivent comme très isolées et en grande insécurité, ce qui peut engendrer une réelle détresse chez ces femmes et à terme être à l'origine de troubles psychiques. Nous avons rencontré plusieurs TDSD dans ce cas dont certaines d'entre elles ont formulé la tentation de se tourner vers les drogues comme moyen de réduction de l'anxiété, bien conscientes des conséquences néfastes que cela entraîne.

Une partie d'entre elles ont eu l'occasion de revenir au moins une fois dans leur pays d'origine, généralement pour des vacances, et la majorité affirment pouvoir y retourner facilement en cas de besoin. Ceci est rendu possible grâce aux mesures de libre circulation mises en place au sein de la CARICOM dont fait partie le Suriname et avec laquelle la République dominicaine a passé des accords (96). A l'opposé, on observe qu'en métropole certaines communautés dont sont issues de nombreuses TDS (Chine, Nigéria etc) sont condamnées à rester sur le territoire du fait de leur absence de statut administratif légal (97).

Dans le reste du monde, les études tendent à montrer l'isolement dans lequel se trouvent la plupart des TDS, ce qui est à l'origine d'une détresse qui favorise la prise de drogues et donc la dégradation de leur état de santé (98). A contrario il est prouvé que la qualité des liens sociaux et du support communautaire diminue la prise de risque sexuel et la consommation de drogues (99). Une étude menée en République dominicaine met en exergue l'importance du réseau social qui peut avoir un effet protecteur s'il est bienveillant mais aussi destructeur s'il est malveillant (100).

## D) TDSD et parcours de soin

### 1) Une mauvaise connaissance du système de santé français

Notre étude montre qu'une minorité des TDSD ont une couverture sociale française à jour en Guyane. Certaines ont une sécurité sociale Surinamaïse qui semble plus simple à obtenir puisqu'il est relativement aisé d'avoir le permis de résidence dans ce pays et donc de constituer le dossier de demande.

Peu de TDSD connaissent leurs droits en termes de santé sur le territoire français. Les démarches administratives pour obtenir l'AME sont régulièrement un obstacle à leur bonne prise en charge médicale, même si les soins sont gratuits dans certaines structures comme les CDPS ou la croix rouge. La plupart d'entre elles ne savent pas où aller chercher l'information et font face à la barrière de la langue. Les stratégies qu'elles mettent en place font souvent appel à la délégation des tâches administratives à une tierce personne moyennant rémunération.

Ceci fait écho aux difficultés chroniques structurelles d'accès aux soins sur le Maroni dont nous avons parlé dans la première partie : l'ensemble de la population du Maroni fait face aux mêmes problématiques d'accès aux droits et aux soins.

Plusieurs structures (CRF, AIDES etc) ont mis en place des travailleurs sociaux, des animateurs de prévention et des médiateurs en santé pour accompagner les personnes éloignées du soin, dont font partie les TDSD.

D'autres études au niveau mondial vont dans le même sens : les TDS ont beaucoup de mal à s'intégrer seules au système de santé du pays dans lequel elles exercent. Mais lorsque des programmes d'aide sont mis en place, on observe un changement radical et une amélioration de leur état de santé (101), qui bénéficie à l'ensemble de la population, en termes de santé publique (102).

Les mesures restrictives mises en place par les gouvernements pour lutter contre la pandémie de COVID 19 ont par ailleurs temporairement accentué les inégalités de santé et rendu l'accès au soin des TDS plus difficile. En effet, l'entrave à la liberté de mouvement a fait que de nombreuses femmes ont dû renoncer à aller consulter et que les clients n'ont plus pu se rendre dans les lieux où exercent les TDS. La distanciation sociale a notablement diminué le nombre de clients, fait rallonger les délais de prise en charge dans les structures des soins et empêché les groupes de parole et de soutien d'avoir lieu (103).

### 2) Des renoncements aux soins fréquents

Près de la moitié des TDSD ont vécu au moins une situation de renoncement aux soins au cours de l'année écoulée, qui semble souvent d'origine plurifactorielle. L'éloignement géographique et le manque de moyens de transport, la peur des contrôles par les forces de l'ordre, la méconnaissance du système de santé guyanais, le peu de ressources financières etc, sont autant de raisons poussant les TDSD à rester chez elles lorsqu'elles ont un souci de santé non urgent. Plusieurs TDSD nous ont fait part du mauvais accueil dont elles ont été

victimes en allant dans les structures de soins disponibles sur le Maroni, ce qui laisse à penser que la discrimination y est présente.

Leur mode de vie peut aussi être un frein à l'accès aux soins : par exemple les créneaux horaires de consultation le matin ne conviennent pas à ces femmes qui se couchent et se réveillent généralement très tard.

Ce renoncement n'est pas systématique puisqu'elles vont tout de même consulter les structures de soins primaires mais beaucoup moins accèdent aux spécialistes. Les missions délocalisées d'infectiologie sur le fleuve Maroni permettent d'aller au plus près des TDS en leur fournissant des consultations dédiées : format horaire adapté, accompagnement par un médiateur en santé, discussion autour de la prévention et promotion de la santé globale.

Ce phénomène est mis en évidence par d'autres études menées auprès des TDS à travers le monde et ce sont les mêmes raisons de renoncement qui sont évoquées (18). Certaines enquêtes montrent que l'attitude des soignants est un déterminant majeur de l'accès aux soins des TDS : une stigmatisation à leur égard engendra des renoncements tandis qu'une bienveillance aura l'effet contraire (104). Une autre barrière identifiée est le potentiel risque de sanctions légales lorsque les TDS cherchent à se faire soigner dans les pays répressif (102). On peut retenir que les discriminations dont sont victimes les TDS sont un obstacle majeur à leur entrée dans le système de soins et donc à leur bonne santé (105).

### 3) Une « errance médicale » et des parcours médicaux complexes

On constate que les TDS consultent à la fois en Guyane française, au Suriname et en République dominicaine, ce qui rend les suivis parfois difficiles. Généralement les urgences et les hospitalisations suivent la logique de la proximité, mais pour les consultations programmées, les TDS montrent une certaine réticence à passer par le système des CDPS.

Notre étude met ainsi en évidence que de nombreuses TDS préfèrent attendre de rentrer en République dominicaine ou au Suriname et payer de leur poche pour effectuer certains soins non urgents : consultation dentaire, consultation gynécologique, consultation ophtalmologique, bilan biologique etc. Ceci peut être expliqué par une certaine défiance vis-à-vis du système de santé guyanais (certaines ont formulé que la qualité médicale y est moindre que dans leur pays d'origine), le manque de spécialistes sur le territoire qui rend la prise de RDV compliquée et les attitudes discriminatoires dont elles peuvent être victimes.

Des études retrouvent des attitudes similaires ailleurs, notamment le fait que les TDS aillent consulter loin des communautés où elles évoluent pour garder l'anonymat (106). Si elles ont les moyens, certaines préfèrent consulter dans les structures privées qui garantissent un meilleur accueil et une confidentialité (107). On retrouve dans le monde entier cette crainte du jugement de la part des professionnels de santé, ce qui pousse souvent les TDS à cacher la vraie nature de leur travail et peut ainsi engendrer des lacunes dans leur prise en charge (64).

#### 4) La difficulté à effectuer des démarches

Notre étude met en évidence des difficultés vis à vis des démarches d'accès aux droits (AME notamment mais aussi demande de titre de séjour, régularisation etc). Le fait de ne pas être francophone et l'isolement jouent un rôle majeur. Mais le manque de travailleurs sociaux (CGSS, assistants sociaux etc) et les problèmes de communications aléatoires contribuent aussi à dégrader l'accueil des usagers et rallonge les délais de traitement des dossiers. C'est un facteur important de démotivation pour initier les démarches par les TDSD.

D'un autre côté, il apparaît que les TDSD vivent au jour le jour et que les résolutions qui ont été prises la veille n'ont plus de valeur le lendemain face au poids des contraintes quotidiennes. Ainsi, elles ont beaucoup de mal à se motiver pour honorer les RDV et rapporter les dossiers complets dans les structures administratives adéquates. Il est aussi possible qu'il y ait une réelle volonté de discrimination administrative de la part des instances publiques ou que le sous-effectif qui les affecte entraîne un phénomène de tri privilégiant les personnes gyanaises.

On retrouve ce phénomène un peu partout dans le monde parmi les TDS qui sont en marge des sociétés où elles évoluent. Dans certains pays, les TDS migrantes n'ont même pas la possibilité de s'intégrer administrativement au système de soin en vigueur (65). Une méthode efficace mise en place dans certaines régions est l'accompagnement par des « paires éducatrices » qui ont été formées au préalable et sont capables de renseigner ainsi que d'orienter leurs collègues (108). Ceci est en projet dans différentes associations gyanaises comme la CRF.

Il semble qu'une solution adéquate pour faire évoluer la situation soit d'aller à la rencontre des TDSD avec des médiateurs en santé pour leur apporter des informations, des réponses et effectuer les démarches directement sur leur lieu d'exercice, même si cela ne sera pas suffisant tant qu'il n'y aura pas d'augmentation des ressources humaines et d'amélioration dans l'accès au soin au niveau du département-région.

Le but de cet « empowerment » est d'améliorer l'accès aux droits et à la santé des femmes et par conséquent leur mieux être mais aussi à une échelle plus globale de faire évoluer les sociétés vers plus de paix, de stabilité et de développement harmonieux.

#### E) Forces, biais et limites de l'étude

Notre étude est la première à s'intéresser spécifiquement aux travailleuses du sexe sur le Maroni en questionnant leur santé globale et leur recours aux soins. Le nombre de femmes incluses et ayant accepté de répondre à un questionnaire long, laissant la place à des données de biographie et des anecdotes peut être considéré comme représentatif de notre population d'étude.

Par ailleurs, le travail de terrain a été réalisé par un seul enquêteur, interne en médecine générale et hispanophone avec une expérience de terrain. Ceci a minoré les problèmes de traduction et d'interprétation des questions, tout en évitant l'influence d'une tierce personne, médiatrice ou traductrice comme c'est souvent le cas en Guyane.

L'interne ayant réalisé les questionnaires avait une expérience de 12 mois dans les CDPS et une connaissance du parcours de soin ainsi que des conditions de vie des populations locales,

notamment sur les bases arrière de l'orpaillage illégal. Ceci qui lui a permis d'intégrer plus facilement les milieux dans lesquels évoluent les TDSD et d'avoir accès à des lieux « reculés ».

L'autre point fort principal de notre travail résulte du recrutement qui a été réalisé sur les lieux de vie ou de travail de notre population d'étude. Cela a permis de toucher des personnes ne fréquentant pas les lieux de soins. Du fait des parcours pendulaires des TDSD nous avons ainsi pu avoir accès aux informations de certaines participantes qui avaient exercé sur des sites d'orpaillage (même si nous n'avons pas pu nous rendre sur ces sites pour des raisons de sécurité) et qui vivaient actuellement sur le Maroni. A noter qu'aucune femme n'a été interrogée à Grand Santi du fait des inondations ayant touché les lieux de convivialité dans cette zone là pendant de longs mois.

Notre travail a été confronté à certains biais :

Le biais d'information n'a pu être complètement gommé, du fait de la différence culturelle et sociale existant entre l'enquêteur et les femmes interrogées mais également du niveau hétérogène de littératie en santé. Certaines questions pouvaient être mal interprétées et nécessitaient des reformulations. Les lieux d'entretien, parfois dans des environnements bruyants, ont pu également contribuer à des problèmes de concentration pour répondre aux questions ou des craintes vis à vis de la confidentialité même si un soin important été apporté pour éviter cela.

A noter également que certaines femmes ont accepté de participer à notre étude avec une certaine réticence, ne souhaitant pas investir beaucoup de temps, ce qui peut questionner sur la qualité des réponses apportées.

Le biais de mémoire est également à prendre en compte, en particulier sur les questions faisant appel à leur vie en République dominicaine. On a noté aussi des probables confusions dans les données spatio-temporelles. Certaines femmes ont d'ailleurs, à posteriori, souhaiter rectifier ou préciser certaines réponses apportées.

Le biais de prévarication ainsi que le biais de désirabilité sociale a probablement également influencé les réponses de certaines questions considérées comme sensibles ou honteuses par les femmes, en particulier concernant les violences, la consommation de toxique ou leur activité de TDS.

Enfin, plusieurs questions nécessitaient une réponse chiffrée avec une variabilité au cours du temps (par exemple le nombre de clients quotidiens ou le nombre de verres consommés) et leurs réponses ont pu être influencées par les différents biais décrits ci-dessus ainsi que par le biais de mesure.

## F) Bénéfices et perspectives

- Meilleure connaissance du parcours de soin des TDSD :

Les TDSD ont un parcours de soin multiple qui est intimement lié à leurs déplacements (logique de la proximité-disponibilité). Il faut prendre en compte que la majorité d'entre elles bénéficie de consultations et de soins au Suriname et en République dominicaine et les inciter à amener leurs comptes rendus pour favoriser un bon suivi. Elles adhèrent

généralement aux dépistages et sont enclines à prendre soin de leur santé sexuelle et reproductive.

- Changement du comportement vis-à-vis des TDSD sur le Maroni :

Nous souhaitons que les professionnels de santé travaillant en Guyane questionnent leurs éventuelles croyances vis-à-vis de cette population pour faire évoluer leur rapport à ces femmes dans le soin. Il est aussi indispensable que les habitants locaux se détachent des éventuels préjugés qu'ils ont envers les TDS si on veut améliorer l'offre de soin à leur égard.

- Adaptation de l'offre de soin préventive et curative sur le Maroni :

Consultation initiale de prévention avec toutes les TDSD qui viennent dans une structure de soin puis tous les 3 à 6 mois, faite par un médecin des CDPS sensibilisé et un médiateur en santé. Donner un « carnet de suivi » à chaque femme qui le souhaite peut les motiver à mieux prendre en charge leur santé. Œuvrer pour la transmission de bonnes informations sur la PrEP et le TPE, par exemple à l'aide de flyers traduits en espagnol distribués de façon ciblée.

- Importance de mieux cibler les messages et les actions de promotion de la santé envers ce public spécifique en diffusant les informations recueillies auprès des différents acteurs guyanais concernés. Un « démarchage » auprès des associations comme AIDES et la CRF pour leur exposer nos résultats est à envisager. Il faut organiser des missions de terrain pour rencontrer les TDSD, stimuler les liens communautaires et leur apporter ce dont elles ont besoin pour leur « empowerment ».
- Etat des lieux sur les violences vécues au quotidien par les TDSD pour améliorer leur prévention et leur prise en charge médico-psycho-sociale (en parallèle avec ce qui est déjà en cours sur l'Oyapock). Il faut mettre en place un référent dans chaque CDPS qui puisse accueillir et orienter les femmes victimes de violences. Des moyens sont à mettre en œuvre pour les protéger en attendant de trouver une solution pérenne, notamment en faisant un lien avec les structures dédiées du littoral. Il faut aussi sensibiliser les populations à ce phénomène en organisation des journées à thème, en diffusant des annonces à la radio, en allant parler avec les locaux dans les villages etc.
- Mettre en place des ateliers de sensibilisation et des groupes de parole par rapport à la consommation d'alcool. Le but étant de faire prendre conscience aux TDSD que leur consommation d'alcool met en danger leur santé et qu'il existe des moyens pour la maîtriser. Plus un accompagnement en addictologie si nécessaire, dans le cadre de missions délocalisées dans les CDPS en lien avec les différents CSAPA de Guyane. Mettre en place dans chaque CDPS une personne référente dans ce domaine qui puisse accueillir et orienter.



Points importants à considérer à l'occasion d'une consultation avec une TDSD

*Cette check-list fera l'objet d'une présentation et sera mise à disposition des différents professionnels de santé exerçant le long du Maroni dans le but d'être utilisée pour leur pratique quotidienne et aussi d'aiguiller les nouveaux arrivants.*

- ❖ Consommation d'alcool : Sensibiliser sur les effets à court et long termes, évoquer les techniques pour réduire la prise pendant le travail. Dépister la prise d'autres substances. Informer sur le phénomène d'addiction.
- ❖ Sécurité sociale : Informer sur les possibilités en France et demander s'il y a besoin d'accompagnement pour effectuer les démarches.
- ❖ Santé mentale : Rechercher la souffrance psychique, envisager la nécessité d'un soutien psychologique, dépister les syndromes anxio-dépressifs (utilisation des scores PHQ et GAD) et de stress post-traumatiques, poser la question « avez-vous déjà subi des violences ? » et expliquer les recours existants.
- ❖ Santé sexuelle : Vérifier le dernier dépistage des IST, le dernier FCU, la contraception actuelle. Expliquer la PrEP, le TPE et la pilule du lendemain.
- ❖ Discrimination : Faire verbaliser les difficultés rencontrées dans le parcours de soin. Permettre aux femmes de s'exprimer en les orientant vers des structures adaptées (AIDES, CRF entre autres).
- ❖ Automédication : Mettre en garde sur les conséquences possibles d'une mauvaise utilisation des traitements ainsi que le risque d'achat de médicaments en dehors des filières sécurisées.

## Conclusion

Notre étude chez les TDSD a mis en évidence leur bon niveau de connaissance en santé sexuelle et leur adhésion à la prévention dans ce domaine. Cependant il existe des barrières sociales, linguistiques et administratives sur le territoire guyanais qui rendent leur prise en charge complexe et les éloignent du système de soins. Ces difficultés peuvent être en partie palliées en apportant à ces femmes les informations et l'aide nécessaires quant aux démarches administratives à réaliser.

Concernant la PrEP, il y a encore des progrès à faire : il faut d'une part apporter de meilleures informations aux TDSD qui viennent consulter et d'autre part améliorer le suivi de celles qui prennent déjà le traitement. Du côté du TPE, une sensibilisation sur le délai de consultation après un AEV semble indispensable. Des ateliers réguliers abordant ces différents thèmes et animés par des personnes formées permettraient de faire évoluer les comportements.

Il ressort un mésusage isolé de l'alcool très fréquent, ce qui justifie de mener un travail de sensibilisation et de réduction des risques avec les équipes au contact des TDSD. Un groupe de discussion pourrait apporter des pistes de réflexion sur comment diminuer la consommation en milieu récréatif. Des moyens de prise en charge des personnes dépendantes sont aussi à mettre en œuvre sur le Maroni avec des consultations dédiées entre autres.

Il existe aussi un besoin urgent de prise en charge psychologique adaptée pour ces femmes qui sont parfois en grande détresse et il est impératif de déployer plus de personnels compétents dans ce domaine sur le Maroni avec la possibilité de mettre en place un réel suivi. Le soutien communautaire est aussi à encourager en formant des TDSD paires-éducatrices qui accompagnent les femmes en difficulté.

Bien que nous ayons pu apporter un certain éclairage sur différents aspects de la population des TDSD, des études auprès d'autres populations de TDS sur le Maroni et en Guyane seraient intéressantes pour vérifier nos conclusions et approfondir les sujets que nous avons abordés.

Sur le plan socio-culturel, des études abordant la stigmatisation sur le Maroni et en Guyane pourraient apporter des éléments clés afin de mettre en place des actions de sensibilisation auprès des populations autochtones.

## Bibliographie

1. Weitzer R. Sex for sale. Routledge; 2009. 384 p.
2. Gaudin F. Personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe : la HAS publie un état des lieux sanitaire pour améliorer l'accompagnement de ces personnes. HAS; 2016.
3. Parriault MC. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe en Guyane et à Oiapoque, Brésil [Médecine santé publique]. [Guyane française]: Université de Guyane; 2015.
4. Meystre-Agustoni. Populations particulières et prévention du VIH/sida: les travailleurs du sexe: revue de littérature. Lausanne, département universitaire de médecine et de santé communautaires, institut universitaire de médecine sociale. CHUV; 2004.
5. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sex Transm Infect.* juin 2005;81(3):201-6.
6. Comte J. Parcours de travailleuses du sexe offrant des services d'escorte qu Québec. *Médecine & hygiène.* 2016;201-26.
7. Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourin Med.* juin 1997;73(3):161-8.
8. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2020. Genève: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2020 p. 36.
9. Soohoo M, Blas M, Byraiah G, Carcamo C, Brown B. Cervical HPV Infection in Female Sex Workers: A Global Perspective. *Open AIDS J.* 2013;7:58-66.
10. Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises. CNS; 2018. (Outre-mer). Report No.: 2/117.
11. Pérez-Figueroa R, Mittal I, Halpern M, Pérez-Mencia M, Donastorg Y, Taylor BS, et al. Drug use, sexual risk, and structural vulnerability among female sex workers in two urban centers of the Dominican Republic: The EPIC study. *Drug Alcohol Depend.* 1 juill 2020;212:108039.
12. Falcón CM. [Consequences of cocaine use among prostitutes]. *Gac Sanit.* juin 2007;21(3):191-6.
13. Li Q, Li X, Stanton B. Alcohol use among female sex workers and male clients: an integrative review of global literature. *Alcohol Alcohol.* avr 2010;45(2):188-99.
14. Zenouzi A, Rezaei E, Behboodi Moghadam Z, Montazeri A, Maani S, Vasegh Rahimparvar SF. Reproductive Health Concerns of Women With High Risk Sexual Behaviors. *SAGE Open Nurs.* déc 2021;7:23779608211017780.
15. Richards SD, Stonbraker S, Halpern M, Amesty S. Cervical cancer screening among transactional female sex workers in the Dominican Republic. *Int J STD AIDS.* oct 2018;29(12):1204-14.

16. Slabbert M, Venter F, Gay C, Roelofsen C, Lalla-Edward S, Rees H. Sexual and reproductive health outcomes among female sex workers in Johannesburg and Pretoria, South Africa: Recommendations for public health programmes. *BMC Public Health*. 4 juill 2017;17(Suppl 3):442.
17. Beattie TS, Smilenova B, Krishnaratne S, Mazzuca A. Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. sept 2020;17(9):e1003297.
18. Benoit C, Ouellet N, Jansson M. Unmet health care needs among sex workers in five census metropolitan areas of Canada. *Can J Public Health*. 20 oct 2016;107(3):e266-71.
19. Puri N, Shannon K, Nguyen P, Goldenberg SM. Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. *BMC Womens Health*. 19 déc 2017;17(1):133.
20. Sherwood JA, Grosso A, Decker MR, Peitzmeier S, Papworth E, Diouf D, et al. Sexual violence against female sex workers in The Gambia: a cross-sectional examination of the associations between victimization and reproductive, sexual and mental health. *BMC Public Health*. 19 mars 2015;15:270.
21. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. mai 2014;104(5):e42-54.
22. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*. 17 déc 2005;366(9503):2123-34.
23. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. déc 2018;15(12):e1002680.
24. Katz KR, McDowell M, Green M, Jahan S, Johnson L, Chen M. Understanding the Broader Sexual and Reproductive Health Needs of Female Sex Workers in Dhaka, Bangladesh. *Int Perspect Sex Reprod Health*. déc 2015;41(4):182-90.
25. El-Bassel N, Witte SS, Wada T, Gilbert L, Wallace J. Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS Patient Care STDS*. janv 2001;15(1):41-51.
26. Prévention et traitement du VIH et des autres IST chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Geneva: World Health Organization (WHO); 2012.
27. Inter-American Commission on Human Rights / Organisation of American States. 2015.
28. Site internet de la Fondation Scelles (connaître, comprendre, combattre l'exploitation sexuelle).
29. Forero Medina NC. Turismo sexual: síntoma de la mercantilización de la vida humana. 2015;12:95.

30. Ferguson J. Migration in the Caribbean: Haiti, the Dominican Republic and Beyond. 2003;42.
31. Interrelations between Public Policies, Migration and Development in the Dominican Republic. 2017.
32. <https://migracion.gob.do/transparencia/documentos/datos-abiertos/>.
33. Zouari I. La Guyane, une mosaïque de populations. Population & avenir. 2015;(725):15-7.
34. Cratère F. La Guyane, une région jeune & cosmopolite. Cayenne; 2019 janv. Report No.: 35.
35. Cambrézy L. Immigration et statistiques en Guyane : Une opacité contraire aux principes de bonne gouvernance. Presses de Sciences Po. 2015;Autrepart(74-75):193-214.
36. Gardel, Yvin, Blémont, Blondel Philippe, Patrice, Joël. Rapport sur l'offre de soin en Guyane française. Cayenne; 2021 févr. Report No.: IGAS N°220-066R / IGA N°20071 / IGESR N°2020-160.
37. Valmy L, Gontier B, Parriault MC, Van Melle A, Pavlovsky T, Basurko C, et al. Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana. BMC Health Serv Res. 1 janv 2016;16:34.
38. Van Melle A, Cropet C, Parriault MC, Adriouch L, Lamaison H, Sasson F, et al. Renouncing care in French Guiana: the national health barometer survey. BMC Health Serv Res. 6 févr 2019;19(1):99.
39. Chicot PY. L'immigration clandestine en Guyane française. Entre contestation et nécessité d'adaptation du droit. août 2008;L'espace caribéen : institutions et migrations depuis le XVIIe siècle.(1274):76-89.
40. Piantoni F. L'enjeu migratoire en Guyane française: une géographie politique. Ibis rouge. Matoury; 2009. 440 p.
41. Guillemaut F. Travail du sexe et mobilité en Guyane, des défis pour la lutte contre le VIH/sida. Ministère du travail; 2011 p. 98.
42. Panda. Lutte contre l'orpaillage illégal en Guyane : orientations pour une efficacité renforcée. Guyane: Analyse WWF France; 2018.
43. Laperche, Nontanovanh, Thomassin. Synthèse critique des connaissances sur les conséquences environnementales de l'orpaillage en Guyane. 2008 p. 73. Report No.: BRGM/RP-56652-FR.
44. Egmann G. Évaluation des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des urgences médicales sur les sites aurifères en Guyane française. Université de Lorraine; 2010.

45. 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*. déc 2018;18(1):23.
46. Douine M. High prevalence of hepatitis B and syphilis in illegal gold miners in French Guiana. *Clinical Microbiology and Infection*. Elsevier. 2019;
47. Douine M, Lambert Y, Galindo MS, Mutricy L, Sanna A, Peterka C, et al. Self-diagnosis and self-treatment of malaria in hard-to-reach and mobile populations of the Amazon: results of Malakit, an international multicentric intervention research project. *The Lancet Regional Health - Americas*. déc 2021;4:100047.
48. Tareau MA, Bonnefond A, Palisse M, Odonne G. Phytotherapies in motion: French Guiana as a case study for cross-cultural ethnobotanical hybridization. *J Ethnobiology Ethnomedicine*. 16 sept 2020;16(1):54.
49. Tareau MA. Les pharmacopées métisées de Guyane : ethnobotanique d'une phytothérapie en mouvement [Anthropologie, Ethnobotanique]. [Cayenne]: Guyane; 2019.
50. <http://gvnet.com/humantrafficking/menu.htm>.
51. Assemblée Nationale F. Proposition de loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. Texte adopté n° 716 avr 6, 2016.
52. Hearld KR, Budhwani H, Martínez-Órdenes M, Altaf A, Hasbun J, Waters J. Female Sex Workers' Experiences of Violence and Substance Use on the Haitian, Dominican Republic Border. *Ann Glob Health*. 20 août 2020;86(1):105.
53. Serre A, Schutz-Samson M, Cabral C, Martin F, Hardy R, DeAquino O, et al. [Living conditions of prostitutes: consequences for the prevention of HIV infection]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. oct 1996;44(5):407-16.
54. Parriault MC, Van Melle A, Basurko C, Adriouch L, Rogier S, Couppié P, et al. The use of structural equation modelling and behavioural theory to target priority interventions to increase condom use among the intimate partners of sex workers in French Guiana. *AIDS Care*. déc 2016;28(12):1600-6.
55. Nacher M. BILAN D'ACTIVITE - COREVIH GUYANE 2019. Guyane française: CHC; 2020 mars p. 82.
56. 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.
57. Willis B. The global public health burden of sex work: a call for research. *The Lancet Global Health*. 1 août 2013;1(2):e68.
58. Alexander P. Sex work and health: a question of safety in the workplace. *J Am Med Womens Assoc (1972)*. 1998;53(2):77-82.

59. Braga LP, Damacena GN, Szwarcwald CL, Guimarães MDC. Sexual, reproductive health and health status of female sex workers in 12 Brazilian cities, 2016. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 29 oct 2021 [cité 24 août 2022];24. Disponible sur: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/NtQBDb5h5NnNMnHC6vJsS6C/?lang=en>
60. Willis B, Welch K, Onda S. Health of female sex workers and their children: a call for action. *The Lancet Global Health*. 1 juill 2016;4(7):e438-9.
61. Ito S, Lépine A, Treibich C. The effect of sex work regulation on health and well-being of sex workers: Evidence from Senegal. *Health Econ*. nov 2018;27(11):1627-52.
62. PrEP en Guyane 2021. *Guyane Française*;
63. Schneider AA, Meira CGD, Galli FL, Mello ALSF, Pilati SFM. Oral health and health care in female sex workers: concomitant quantitative and qualitative approaches. *Women Health*. oct 2021;61(9):880-8.
64. Abel G. Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. *N Z Med J*. 7 mars 2014;127(1390):30-7.
65. Barmania S. Thailand's migrant sex workers struggle to access health care. *The Lancet*. 10 août 2013;382(9891):493-4.
66. Tucker JD, Ren X. Sex worker incarceration in the People's Republic of China. *Sex Transm Infect*. févr 2008;84(1):34-5; discussion 36.
67. Donovan B, Harcourt C, Egger S, Fairley CK. Improving the health of sex workers in NSW: maintaining success. *N S W Public Health Bull*. avr 2010;21(3-4):74-7.
68. Tcg M, L M, Cg L, A G, Cl S, I D. Usual source of healthcare and use of sexual and reproductive health services by female sex workers in Brazil. *Cadernos de saude publica* [Internet]. 10 août 2021 [cité 29 oct 2022];37(10). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34644757/>
69. Qiao S, Li X, Zhang C, Zhou Y, Shen Z, Tang Z. Social support and condom use among female sex workers in China. *Health Care Women Int*. 2015;36(7):834-50.
70. Ruegsegger LM, Stockton M, Go VF, Piscalko H, Davis D, Hoffman IF, et al. Stigma, Social Support, and Sexual Behavior Among Female Sex Workers at Risk for HIV in Malawi. *AIDS Educ Prev*. août 2021;33(4):290-302.
71. Choudhury SM, Toller Erasquin J, Park K, Anglade D. Social Support and Sexual Risk Among Establishment-Based Female Sex Workers in Tijuana. *Qual Health Res*. août 2015;25(8):1056-68.
72. Krumrei-Mancuso EJ. Sex Work and Mental Health: A Study of Women in the Netherlands. *Arch Sex Behav*. août 2017;46(6):1843-56.
73. Rössler W, Koch U, Lauber C, Hass AK, Altwegg M, Ajdacic-Gross V, et al. The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand*. août 2010;122(2):143-52.

74. Jewkes R, Milovanovic M, Otworld K, Chirwa E, Hlongwane K, Hill N, et al. Intersections of Sex Work, Mental Ill-Health, IPV and Other Violence Experienced by Female Sex Workers: Findings from a Cross-Sectional Community-Centric National Study in South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 15 nov 2021;18(22):11971.
75. Zehnder M, Mutschler J, Rössler W, Rufer M, Rüschi N. Stigma as a Barrier to Mental Health Service Use Among Female Sex Workers in Switzerland. *Front Psychiatry*. 2019;10:32.
76. Hengartner MP, Islam MN, Haker H, Rössler W. Mental Health and Functioning of Female Sex Workers in Chittagong, Bangladesh. *Front Psychiatry*. 2015;6:176.
77. Wang B, Li X, Stanton B, Zhang L, Fang X. Alcohol use, unprotected sex, and sexually transmitted infections among female sex workers in China. *Sex Transm Dis*. oct 2010;37(10):629-36.
78. Khumaidi K, Yona S, Waluyo A. Condom-use negotiation, alcohol consumption, and HIV-risk sexual behavior among female sex workers in Kupang, East Nusa Tenggara, Indonesia: A cross-sectional study. *J Public Health Res*. 31 mai 2021;10(s1).
79. Zhang C, Li X, Stanton B, Hong Y, Chen Y, Shan Q, et al. Alcohol use and client-perpetrated sexual violence against female sex workers in China. *Psychol Health Med*. 2013;18(3):330-42.
80. Farley M. "Bad for the Body, Bad for the Heart": Prostitution Harms Women Even if Legalized or Decriminalized. 2004;
81. Brody C, Kaplan KC, Tuot S, Chhoun P, Farr C, Swendeman D, et al. « We Cannot Avoid Drinking »: Alcohol Use among Female Entertainment Workers in Cambodia. *Subst Use Misuse*. 2020;55(4):602-12.
82. Devóglia LL, Corrente JE, Borgato MH, Godoy I de. Smoking among female sex workers: prevalence and associated variables. *J bras pneumol*. févr 2017;43:6-13.
83. Móró L, Simon K, Sárosi P. Drug use among sex workers in Hungary. *Social Science & Medicine*. 1 sept 2013;93:64-9.
84. <https://www.tobaccocontrol.org/legislation/country/dominican-republic/laws>.
85. <https://www.indexmundi.com/facts/dominican-republic/smoking-prevalence>.
86. Carbanar A. Baromètre santé 2014 dans les DROM. INPES; 2014.
87. Cohan D, Lutnick A, Davidson P, Cloniger C, Herlyn A, Breyer J, et al. Sex worker health: San Francisco style. *Sex Transm Infect*. oct 2006;82(5):418-22.
88. Braga LP, Szwarcwald CL, Damacena GN. Characterization of female sex workers in Brazilian state capitals, 2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(4):e2020111.
89. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista*



- Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2019 [cité 6 sept 2022];43. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6425989/>
90. Billon A. Sur les violences faites aux femmes dans les outre-mer. DROM: Sénat; 2019 2020 p. 116. Report No.: 362.
  91. Lima FS da S, Merchán-Hamann E, Urdaneta M, Damacena GN, Szwarcwald CL. Factors associated with violence against female sex workers in ten Brazilian cities. *Cad Saude Publica*. 30 mars 2017;33(2):e00157815.
  92. Ratinthorn A, Meleis A, Sindhu S. Trapped in circle of threats: violence against sex workers in Thailand. *Health Care Women Int*. mars 2009;30(3):249-69.
  93. Vanwesenbeeck I. Sex Work Criminalization Is Barking Up the Wrong Tree. *Arch Sex Behav*. août 2017;46(6):1631-40.
  94. Peitzmeier SM, Wirtz AL, Beyrer C, Peryshkina A, Sherman SG, Colantuoni E, et al. Polyvictimization Among Russian Sex Workers: Intimate Partner, Police, and Pimp Violence Cluster With Client Violence. *J Interpers Violence*. août 2021;36(15-16):NP8056-81.
  95. Nelson EUE. The lived experience of violence and health-related risks among street sex workers in Uyo, Nigeria. *Cult Health Sex*. sept 2020;22(9):1018-31.
  96. <https://caricom.org/member-states-and-associate-members/>. 2022.
  97. Godefroy JP. Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées : inverser le regard. France: Sénat; 2013 p. 115. Report No.: 46.
  98. R PG, A PP, M de la IG. « Surviving the Violence, Humiliation, and Loneliness Means Getting High »: Violence, Loneliness, and Health of Female Sex Workers. *Journal of interpersonal violence* [Internet]. mai 2021 [cité 25 août 2022];36(9-10). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30084291/>
  99. Leslie HH, Ahern J, Chinaglia M, Kerrigan D, Lippman SA. Social participation and drug use in a cohort of Brazilian sex workers. *J Epidemiol Community Health*. juin 2013;67(6):491-7.
  100. Felker-Kantor E, Polanco C, Perez M, Donastorg Y, Andrinopoulos K, Kendall C, et al. « Todo se trata de a quién conoces »: Social Networks and Drug Use Among Female Sex Workers Living with HIV in the Dominican Republic. *AIDS Behav*. avr 2021;25(4):1276-89.
  101. Marin G, Silberman M, Martinez S, Sanguinetti C. Healthcare program for sex workers: a public health priority. *Int J Health Plann Manage*. sept 2015;30(3):276-84.
  102. Taylor-Robinson SD, De Souza Lopes PA, Zdravkov J, Harrison R. Should commercial sex workers have unrestricted healthcare access across the world? *Int J Equity Health*. 30 oct 2021;20:237.

103. Gichuna S, Hassan R, Sanders T, Campbell R, Mutonyi M, Mwangi P. Access to Healthcare in a time of COVID-19: Sex Workers in Crisis in Nairobi, Kenya. *Glob Public Health*. oct 2020;15(10):1430-42.
104. Ross LE, Sterling A, Dobinson C, Logie CH, D'Souza S. Access to sexual and reproductive health care among young adult sex workers in Toronto, Ontario: a mixed-methods study. *CMAJ Open*. juin 2021;9(2):E482-90.
105. Ma H, Loke AY. Nurses' attitudes toward female sex workers: A qualitative study. *Nurs Ethics*. juin 2021;28(4):563-74.
106. Ryan P, McGarry K. « I miss being honest »: sex workers' accounts of silence and disclosure with health care providers in Ireland. *Cult Health Sex*. mai 2022;24(5):688-701.
107. Scorgie F, Nakato D, Harper E, Richter M, Maseko S, Nare P, et al. « We are despised in the hospitals »: sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Cult Health Sex*. 2013;15(4):450-65.
108. Chacham AS, Diniz SG, Maia MB, Galati AF, Mirim LA. Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. *Reprod Health Matters*. mai 2007;15(29):108-18.

## 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 leurs 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.



**NOM ET PRENOM** : Gerassimopoulos Angelos

**SUJET DE LA THÈSE** : Santé et recours aux soins et à la prévention des travailleuses du sexe Dominicaines vivant le long du fleuve Maroni

**THÈSE** : Médecine

**QUALIFICATION** : Médecine Générale

**ANNÉE** : 2022

**NUMERO D'IDENTIFICATION** : 2022ANTI0860

**MOTS CLEFS** : travailleuses du sexe, Guyane française, parcours de soin, santé sexuelle, République dominicaine, vulnérabilités

---

But de l'étude : Mieux connaître l'état de santé, le degré de prévention et le parcours de soins de la population des TDSD sur le Maroni.

Protocole : Enquête épidémiologique transversale à visée descriptive et analytique.

Lieu de l'étude : Fleuve Maroni, Guyane française.

Patients : Travailleuses Du Sexe Dominicaines exerçant le long du fleuve Maroni.

Intervention : Questionnaire réalisé sur le terrain, par un intervenant, pendant 6 mois.

Critères de jugement principal et secondaire : Consommation d'alcool, violences subies, renoncement aux soins, recours à la prévention, santé mentale.

Résultats : Il y a un usage à risque d'alcool fréquent mais pas des autres drogues. Les violences subies sont variables avec peu de moyens pour y faire face. Le taux de renoncement au soin est élevé et le système de santé guyanais méconnu. La souffrance psychologique est importante et passée sous silence. Il y a un bon niveau de recours aux moyens de prévention disponibles et un état de santé plutôt correct.

Conclusion : Un dépistage de ces divers thèmes en consultation et des interventions ciblées sur le terrain sont susceptibles de faire progresser l'offre de soin en Guyane.

---

**JURY : Président : Pr Epelboin**

**Juges : Pr Couppié**

**: Pr Djossou**

**: Pr Nacher**

**DIRECTEURS : Dr Michaud et Dr Vignier**

---