

Outre-mer

AVIS ET RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES IST EN GUYANE ET DANS LES ANTILLES FRANÇAISES

ADOPTÉ PAR LE CNS LE 18 JANVIER 2018



Conseil national du sida
et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15
T. +33(0)1 40 56 68 50
cns.sante.fr

18/01/2018
AVIS
PRISE EN CHARGE
GLOBALE
FR

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 18 janvier 2018, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « GUYANE-ANTILLES »

- Carine FAVIER, co-présidente
- Marie SUZAN-MONTI, co-présidente
- Sandrine MUSSO
- Marie PRÉAU
- Christine SILVAIN
- Gilles RAGUIN
- Georgia ROEHRICH
- Liliane VANA
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Michel CELSE
- Laurent GEFFROY
- Ferial KRAMDI

STAGIAIRES

- Rozenn BICHON
- Céline VITEAU

NOTA : depuis sa première diffusion, des erreurs matérielles dans la présentation des données épidémiologiques ont fait l'objet de corrections en pages 21 et 22.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) est une commission consultative indépendante composée de 26 membres, qui émet des Avis et des recommandations sur les questions posées à la société par ces épidémies. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des acteurs concernés. Le Conseil participe à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur cns.sante.fr

SOMMAIRE

LETTRE DE SAISINE.....	5
PRÉAMBULE	6
MÉTHODOLOGIE	8
SYNTHÈSE.....	9
RECOMMANDATIONS	9
INTRODUCTION.....	17
1. LES POPULATIONS DES TERRITOIRES DE LA GUYANE ET DES ANTILLES SONT EXPOSÉES À UN RISQUE MAJORÉ D'INFECTIONS PAR LE VIH/SIDA ET D'IST EN GÉNÉRAL.....	18
1.1. EN DÉPIT D'UN EFFET DE RATTRAPAGE, LE RETARD DE DÉVELOPPEMENT RESTE PATENT, LARGEMENT SOUS-TENDU PAR LA PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE, LA PRESSION MIGRATOIRE ET L'ÉTAT DES INFRASTRUCTURES	18
1.2. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EST MOINS FAVORABLE QU'EN MÉTROPOLE ET DEMEURE, POUR CERTAINES IST, MAL CONNUE.....	21
1.3. MALGRÉ L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION, L'EXPOSITION AU VIH ET AUX AUTRES IST DEMEURE MAJORÉE PAR LES CONTEXTES DE SEXUALITÉ	26
1.4. LES ATTEINTES AUX DROITS SEXUELS CONTRIBUENT À RENFORCER L'EXPOSITION AU RISQUE	28
1.5. LA VULNÉRABILITÉ DES MIGRANTS AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH APPARAÎT PARTICULIÈREMENT MAJORÉE	30
2. LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST NÉCESSITE UNE MISE À NIVEAU DE L'OFFRE DE SANTÉ ET UNE ADAPTATION DES DISPOSITIFS AUX CONTRAINTES DES TERRITOIRES.....	33
2.1. COMPTE TENU DE LEUR FAIBLESSE STRUCTURELLE, LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT DOIVENT ÊTRE DAVANTAGE PROMUES	33
2.2. LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À L'OFFRE DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE LEVÉES, EN PARTICULIER PAR LE DÉPLOIEMENT D'UNE OFFRE MOBILE PLEINEMENT ADAPTÉE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS	46
2.3. LA FORMATION DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DOIT ÊTRE RENFORCÉE	66
3. LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES RESSORTISSANTS ÉTRANGERS NÉCESSITE L'ÉVOLUTION DES MESURES D'EXCEPTION ET DES PROCÉDURES DE DROIT COMMUN	68
3.1. LES MESURES D'EXCEPTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE D'IDENTITÉ PEUVENT CONSTITUER UN OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS.....	68
3.2. LA PROCÉDURE DE DROIT COMMUN DE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR RAISON DE SANTÉ PRÉSENTE DES LIMITES DU POINT DE VUE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES DEMANDEURS.....	69

4. UN EFFORT SPÉCIFIQUE DOIT ÊTRE CONSENTI EN DIRECTION DES JEUNES.....	74
4.1. LES POPULATIONS JEUNES APPARAISSENT PARTICULIÈREMENT EXPOSÉES AU VIH ET AUX AUTRES IST DANS UN CONTEXTE PROPICE AU CUMUL DE VULNERABILITÉS.....	74
4.2. LES DISPOSITIFS D'ACTION PUBLIQUE EN DIRECTION DES JEUNES SONT INÉGALEMENT MOBILISÉS EN FAVEUR DE L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ.....	77
5. LE CADRE STRATÉGIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES IST DOIT PERMETTRE D'ÉTENDRE LES COOPÉRATIONS, D'ÉLARGIR LA GOUVERNANCE ET DE RENFORCER LES CONNAISSANCES.....	84
5.1. L'INTÉGRATION DE LA GUYANE ET DES ANTILLES FRANÇAISES DANS LEUR ENVIRONNEMENT RÉGIONAL ET DANS L'ESPACE EUROPÉEN DOIT ÊTRE RENFORCÉE.....	84
5.2. LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AUX DIFFÉRENTS ÉCHELONS DE L'ÉTAT NÉCESSITE D'ÊTRE ÉLARGIE.....	91
5.3. RELATIVEMENT LACUNAIRES, LES CONNAISSANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES DOIVENT ÊTRE DÉVELOPPÉES ET MISES EN RÉSEAU.....	99
ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIES.....	102
ANNEXE 2 : REMERCIEMENTS ET LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	104
ANNEXE 3 : SIGLES ET ACRONYMES.....	110
TABLE DES MATIÈRES.....	113

LETTRE DE SAISINE



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES OUTRE-MER

Paris, le 15 MAI 2017

Direction générale de la Santé
Direction générale des Outre-Mer

Le directeur général de la santé
La directrice générale des Outre-Mer

à

Monsieur le Professeur Patrick Yéni
Président du Conseil National du Sida et des
Hépatites Virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

Objet : Saisine relative aux modalités de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle en Guyane et aux Antilles en ce qui concerne l'infection par le VIH, les hépatites virales chroniques et les autres infections sexuellement transmissibles

Dans l'ensemble des Départements Français d'Amérique (DFA), les taux de découverte de séropositivité VIH et des incidences du Sida sont en diminution depuis plus de dix ans. Cependant, ces indicateurs restent les plus élevés de France. La Martinique, la Guadeloupe et la Guyane présentent en 2015 des taux de séropositivité respectivement une fois et demi, deux fois et huit fois plus élevés que le niveau national.

L'importance des inégalités sociales et les mouvements migratoires expliquent en partie les valeurs élevées de ces indicateurs. Cette situation justifie la mise en œuvre, dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle, de mesures adaptées de prévention, de dépistage, de prise en charge et de continuité de soins concernant l'infection par le VIH, les hépatites virales chroniques et les autres infections sexuellement transmissibles. Elle nécessite également un renforcement de tous les acteurs sur les différents champs concernés dans une approche globale de santé sexuelle.

C'est dans cette perspective que nous vous demandons de proposer des recommandations opérationnelles afin d'adapter la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle dans ces territoires. Cet engagement constituera un complément nécessaire au récent avis du CNSHV relatif à la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes dont le périmètre était limité à l'hexagone.

Afin que ces travaux puissent alimenter la réflexion des Agences Régionales de Santé en Guyane et aux Antilles sur la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle à l'occasion de l'élaboration de leurs futurs Projets régionaux de santé, vous rendrez un état intermédiaire de ces travaux avant fin juillet 2017. Vos conclusions définitives devront être remises d'ici le 15 octobre 2017.

Le directeur général de la
santé

Benoît VALLET

La directrice générale des
Outre-Mer

Corinne ORZECOWSKI

PRÉAMBULE



Le Directeur général de la santé et la Directrice générale des outre-mer ont saisi le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) le 15 mai 2017 sur les modalités de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) en Guyane et aux Antilles s'agissant de l'infection par le VIH, les hépatites virales et les autres infections sexuellement transmissibles (IST).

La saisine du CNS s'inscrit dans un contexte ultramarin contrasté. La situation épidémiologique et sanitaire des collectivités territoriales de Guyane et des Antilles françaises – la Guadeloupe, la Martinique et Saint-Martin – a évolué pour partie favorablement depuis 2008. Le renforcement de l'offre de soins a permis de garantir une prise en charge sanitaire en milieu hospitalier dans l'ensemble satisfaisante. Par ailleurs, la mobilisation conjointe des acteurs publics et associatifs, en particulier en Guyane, a favorisé la prévention et la prise en charge dans la lutte contre le VIH/sida auprès des publics les plus exposés aux risques de transmission. De fait, la situation sanitaire dans ces territoires est plus favorable que dans plusieurs pays de la région caribéenne.

Toutefois, les territoires ultramarins de Guyane et des Antilles françaises demeurent confrontés à des difficultés d'une ampleur particulière. Des obstacles majeurs à l'accès à l'offre de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST subsistent pour de nombreuses populations, en particulier les jeunes, les femmes et les migrants. En outre, l'orientation des personnes dépistées vers la prise en charge médicale et leur maintien dans le système de soin paraissent insuffisamment assurés.

Les spécificités géographiques des territoires telles que l'insularité et l'enclavement, la prégnance des enjeux régionaux et transfrontaliers ainsi que les retards de développement des infrastructures, en particulier de transport, devraient appeler une réponse adaptée aux contextes locaux. L'exposition majorée de certaines

populations à des facteurs de vulnérabilités socio-économiques, les atteintes avérées aux droits sexuels et la persistance de croyances erronées et de représentations négatives, facteurs de discriminations et de stigmatisation, pourraient justifier un accompagnement renforcé.

Dans ce contexte, le CNS a entrepris un état des lieux de la lutte contre le VIH/sida et les autres IST dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises. À cette fin, il a conduit une analyse de l'épidémiologie du VIH, des hépatites virales et des IST, une analyse des comportements et pratiques à risque et une analyse du cadre de l'action publique. Sur ce point, le Conseil a souhaité retenir une approche globale susceptible de considérer les programmes et actions en matière de prévention des IST, d'offre de soins, d'éducation à la sexualité, d'accès aux droits, de surveillance épidémiologique et de recherche publique. Il a ensuite entrepris d'étudier la déclinaison de ce cadre à l'ensemble des échelons (national, régional, local), d'évaluer ses résultats en regard de critères d'efficacité, de pertinence et de bonne gouvernance et, plus largement, d'apprécier l'intégration de ce cadre d'action dans l'environnement caribéen et amazonien, en tenant compte des enjeux régionaux de développement et de coopération, notamment transfrontaliers. Le Conseil a tenu à présenter des constats transversaux à l'ensemble des territoires considérant leurs problématiques communes. Les particularités historiques, anthropologiques, géographiques, populationnelles, épidémiologiques et organisationnelles spécifiques aux quatre territoires ont toutefois été prises en compte dans le corps de l'Avis ainsi que dans des encadrés dédiés.

Au regard de ses constats, le CNS a établi des recommandations principalement transversales aux quatre territoires afin d'améliorer significativement la lutte contre le VIH/sida et les autres IST en Guyane et dans les Antilles françaises. Ces recommandations peuvent contribuer à la déclinaison ultramarine de la stratégie nationale de santé sexuelle et concourir à l'élaboration des futurs projets régionaux de santé (PRS). À cette fin, les recommandations établies par le Conseil distinguent les points d'amélioration possibles, les objectifs devant être poursuivis et les leviers opérationnels d'action. Ces recommandations seront adressées aux ministères et aux administrations centrales et déconcentrées dans les principaux secteurs concernés : l'outre-mer, la santé, les affaires sociales, l'intérieur, l'éducation nationale et l'enseignement supérieur, la recherche, l'Europe et les affaires étrangères. Par ailleurs, le Conseil a choisi de présenter des recommandations spécifiques aux jeunes afin de compléter, pour les territoires de Guyane et des Antilles françaises, son Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes, émis en 2017 dans le cadre d'une saisine des ministres en charge de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la santé¹.

Le CNS n'a pas procédé à une évaluation du coût de ses recommandations mais a souhaité amorcer une réflexion sur leur mise en œuvre tenant compte du contexte budgétaire contraint. Le Conseil signale qu'un grand nombre de ses recommandations présente un coût nul ou relativement modéré pour les finances publiques. La mise en œuvre de plusieurs mesures réglementaires et législatives et d'accords internationaux dans les territoires ultramarins n'entraînerait pas de coûts directs supplémentaires. Toutefois, le déploiement de plusieurs dispositifs pourrait justifier de renforcer, de façon ciblée, les capacités administratives des services déconcentrés compétents. Par ailleurs, l'augmentation des dépenses d'intervention induite par la mise en œuvre de plusieurs préconisations du CNS, notamment dans le domaine de la prévention, pourrait être permise, à périmètre budgétaire constant, par des facilités de gestion offertes aux services déconcentrés. Enfin, en dépit de ces marges de manœuvre, plusieurs recommandations du CNS, dont le coût demeure à évaluer, pourraient nécessiter un financement spécifique, compte tenu de la situation dégradée de l'offre de prévention et de prise en charge des IST dans ces territoires ultramarins.

Le présent Avis répond à l'attention portée par le CNS, de manière récurrente, aux territoires ultramarins, au travers de ses Avis rendus en 1996², 2003³ et 2008⁴. À cet égard, le Conseil demeure particulièrement attentif à la prévention et à la prise en charge des IST dans l'ensemble des Outre-mer, et en particulier dans les collectivités de La Réunion et de Mayotte dans l'océan Indien.

¹ Conseil national du sida et des hépatites virales. *Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*. Février 2017.

² Conseil national du sida. *Rapport suivi de recommandations. Le sida dans les départements français d'Amérique : spécificités et inégalités*. Juin 1996.

³ Conseil national du sida. *Rapport suivi de recommandations : Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer*. Mars 2003.

⁴ Conseil national du sida. *Avis suivi de recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane*. Février 2008.

Conseil national du sida. *Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles*. Juin 2008.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de sa saisine, le CNS a constitué une commission « Guyane-Antilles » comprenant neuf membres.

La commission a réalisé une analyse documentaire et a défini le périmètre de mission. La communauté d'outre-mer de Saint-Barthélemy n'a pas été retenue, compte tenu des délais de mission et du financement consenti. En outre, la commission a connaissance des enjeux de la prévention et de la prise en charge des IST dans les établissements pénitentiaires, et plus largement dans les lieux de privation de liberté dont les centres de rétention administrative ; elle n'a cependant pas été en mesure de produire des constats et des recommandations les concernant, pour l'ensemble de ses territoires de mission, dans le temps imparti.

La commission a procédé à l'audition des acteurs nationaux et locaux en charge de la conception, du pilotage et de la mise en œuvre de l'action publique dans ces territoires, soit par audioconférence, soit dans le cadre de déplacements sur sites. Les missions sur les territoires de Guyane, Guadeloupe, Martinique et Saint-Martin se sont déroulées du 12 au 23 juin 2017.

La commission a présenté un Avis intermédiaire à ses commanditaires le 17 octobre 2017.

Une liste des sigles et acronymes cités dans le document est disponible en Annexe 3.

SYNTHÈSE

La situation épidémique de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) en Guyane et aux Antilles françaises est préoccupante. L'épidémie à VIH, dont la transmission est essentiellement sexuelle, y est à son plus haut niveau d'activité en France : l'incidence des nouvelles infections, le pourcentage d'infections non-diagnostiquées et le pourcentage de découvertes de l'infection à un stade tardif, qui représentent trois indicateurs des insuffisances de prévention et de dépistage, sont supérieurs à la moyenne nationale et les plus élevés de France en Guyane, en Guadeloupe et à Saint-Martin. Les infections par le virus de l'hépatite B (VHB), souvent transmis par voie sexuelle, sont parmi les plus fréquentes de France en Guyane et en Guadeloupe. Les données relatives aux autres IST sont mal connues, mais une progression du nombre de cas de syphilis récentes et de gonococcies est rapportée ; de même, des études de prévalence réalisées dans des populations spécifiques mettent en lumière la fréquence des infections par le papillomavirus humain (HPV) et par *Chlamydia trachomatis*.

Plusieurs facteurs concourent à une vulnérabilité aux IST plus large qu'en métropole. C'est le cas de la précarité économique et sociale, de certains contextes de sexualité observés plus souvent qu'en métropole et qui majorent les risques d'exposition aux IST, tels que la précocité des relations sexuelles chez les garçons, la fréquence des rapports sexuels payés et du multipartenariat ; c'est également le cas des atteintes aux droits sexuels et notamment de la surexposition des femmes aux violences, et de la stigmatisation des personnes infectées par le VIH. En outre les populations sont confrontées à un retard de développement qui ne favorise ni l'entrée ni le maintien dans le système de santé. Enfin, les migrants, nombreux dans certains territoires, apparaissent davantage exposés au risque d'infection par les IST que les personnes nées sur le territoire français ; la fréquence des situations de précarité et des pratiques discriminatoires à l'égard des migrants majore leurs difficultés d'accès au soin et à la prévention.

Compte tenu de la situation épidémique des IST et des éléments de fragilité qui concourent à une vulnérabilité plus large qu'en métropole, l'offre de santé n'est pas à la mesure des besoins : insuffisante et inadaptée aux contraintes des territoires, elle ne permet pas un déploiement approprié des dispositifs de prévention, de dépistage, et de prise en charge des IST.

Malgré leur intérêt majeur dans la lutte contre les épidémies, les actions de prévention souffrent d'une faiblesse structurelle qui affecte en particulier leur financement, le soutien des opérateurs des actions, leurs modalités de réalisation et leur coordination.

- Si les crédits d'intervention de l'État en matière de prévention ont bénéficié d'un rattrapage au profit des Agences régionales de santé (ARS) ultramarines dans le cadre du fond d'intervention régional, ils ne couvrent pas les besoins constatés ; par ailleurs les ARS n'ont pas mobilisé les souplesses de gestion autorisées pour accroître les ressources en faveur de la prévention [R1] ; en outre, les autres crédits d'intervention de l'État en matière de prévention, apparaissent dispersés et, s'agissant des concours de l'outre-mer, de faible niveau. Enfin, la mission a constaté que les moyens attribués par les collectivités territoriales aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) dans le champ de la protection maternelle et infantile (PMI) ne leur permettent pas d'exercer pleinement leurs missions de prévention et de dépistage [R6].
- Le soutien accordé aux opérateurs, tant associatifs que du champ médico-social et social, est insuffisant pour garantir une mise en œuvre satisfaisante des programmes de prévention et assurer un maillage approprié des territoires. Des carences ont été constatées en matière d'appui à la conception et à la mise en œuvre de projets associatifs pérennes [R2], de sensibilisation à la santé sexuelle dans le champ social et médico-social [R11] et de mise à disposition d'outils d'information adaptés à la diversité, notamment culturelle, des publics cibles [R4].
- La médiation en santé, dont l'objectif est de rapprocher du système de santé les personnes éloignées du soin pour des raisons économiques, sociales et culturelles, est particulièrement adaptée à la grande diversité des communautés qui résident en Guyane et dans les Antilles françaises, à leur exposition à la précarité sociale et économique et à l'enclavement de certains territoires. Toutefois, le développement et la professionnalisation de l'activité de médiation en santé restent à mettre en œuvre [R3].
- Enfin, la nécessaire coordination des activités de prévention et des acteurs impliqués, permettant de couvrir les besoins locaux, n'est pas assez exercée par certains COREVIH ultramarins dont c'est pourtant une des missions [R5].

Les difficultés d'accès à l'offre de santé aggravent les conséquences de la faiblesse structurelle des actions de prévention.

- L'offre publique de soins est majoritairement concentrée dans les établissements de santé. Les 18 centres délocalisés de prévention et de soin (CDPS) déployés en Guyane qui dépendent d'un centre hospitalier remplissent un rôle essentiel en matière de dépistage et de prise en charge des IST dans les

zones isolées et ou de faible densité, mais leurs ressources, notamment humaines, sont insuffisantes. En outre, ces structures ne peuvent proposer une délivrance prolongée des médicaments antirétroviraux, pour des raisons réglementaires et logistiques [R9]. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) s'adaptent de façon variable, selon les territoires, à leurs missions élargies de prévention dans le domaine de la santé sexuelle et éprouvent des difficultés à assurer l'ensemble de leurs missions ainsi que la couverture des zones extra-urbaines, en raison de contraintes organisationnelles et financières. Les CPEF, financés dans le cadre de la PMI ne disposent pas d'une autonomie suffisante par rapport aux services de la PMI, et pâtissent d'un manque de moyens pour assurer leurs missions de prévention et de dépistage des IST en direction des populations jeunes et précaires. L'ensemble de ces difficultés justifie donc un renforcement de l'offre publique et gratuite de prévention, de dépistage, et de prise en charge du VIH et des autres IST [R6]. L'offre libérale de soins, quant à elle, est confrontée à une pénurie de personnels de santé, en particulier médecins généralistes et spécialistes ainsi qu'infirmières, qui tend à s'aggraver.

- Les réponses institutionnelles sont insuffisantes pour répondre au défi représenté par un déploiement approprié des ressources humaines sur les territoires. Des contrats d'engagement de service public proposés aux médecins en formation et quelques offres de statut de praticien territorial de médecine générale, ont permis l'installation d'un petit nombre de médecins libéraux dans des territoires sous-dotés ; les résultats restent toutefois très inférieurs aux besoins. Par ailleurs, des instruments, adaptés aux territoires et autorisant le transfert de compétences du personnel médical vers le personnel paramédical, ne sont pas mis en œuvre, qu'il s'agisse de protocoles de coopération à des fins de transfert d'activités, ou d'exercice de soins infirmiers en pratique avancée, dont le décret définissant les domaines d'intervention n'est pas paru [R10].
- Les particularités territoriales et la diversité sociale des populations justifient le déploiement beaucoup plus large qu'aujourd'hui, d'une offre mobile de prévention et de dépistage des IST [R7] (incluant l'offre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), aujourd'hui insuffisante [R8]), intégrée dans une offre plus globale de santé voire d'accompagnement social. Une telle offre globale présenterait l'avantage de mutualiser les approches de prévention et de dépistage pour différentes pathologies, de ne pas contribuer à la stigmatisation qu'une offre dédiée uniquement au VIH pourrait susciter, et d'initier, si nécessaire, un accompagnement vers une prise en charge médicale et sociale globale.
- Le recrutement et le maintien de personnels formés dans les champs de la santé, du médico-social et du social (y compris les acteurs associatifs), sensibilisés aux multiples diversités des territoires, soulèvent des besoins en formation importants. Les formations de formateurs apparaissent insuffisamment développées. En outre, les pôles régionaux de compétences ne prennent pas suffisamment en compte les publics cibles (migrants, HSH, jeunes) ni les diversités, y compris culturelles, qui rendent compte de contextes et discours locaux différents dans le domaine la santé sexuelle. Enfin, l'absence ou l'insuffisance de formation à la médiation en santé ne permet pas de professionnaliser cette activité pertinente pour l'outre-mer [R12-13].

Au-delà de la population générale, les ressortissants étrangers et les jeunes de moins de 30 ans, qui représentent une part importante de la population ultramarine, justifient une attention particulière en raison de leur fragilité documentée à l'égard des IST et de l'infection par le VIH en particulier.

En ce qui concerne les ressortissants étrangers, les mesures d'exception en vigueur en matière de contrôle de la circulation des populations dans les territoires ultramarins, et particulièrement en Guyane, et la procédure de droit commun de demande de titre de séjour pour raison de santé rendent complexes et retardent l'accès aux droits et donc l'accès aux soins. Des obstacles sont relevés à différentes étapes : l'entrée dans la procédure, qui nécessite la présence du ressortissant étranger en préfecture ou sous-préfecture rendue difficile par les mesures d'exception, la présentation impossible de justificatif de domicile pour les ressortissants étrangers en situation d'habitat spontané, la délivrance dorénavant retardée du récépissé de demande de titre de séjour (valant autorisation de séjour) qui impose la disposition du rapport médical du médecin de l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) de la délégation territoriale, et le caractère incomplet et insuffisamment actualisé de la bibliothèque d'informations permettant au collège national des médecins de l'OFII d'apprécier l'offre de soins dans les pays d'origine. Ces obstacles à un déroulement rapide et adapté aux spécificités locales de la procédure de demande de titre de séjour pour soins fragilisent la protection de la santé de certains ressortissants étrangers, notamment ceux en situation administrative irrégulière [R14-16].

Alors que les jeunes sont particulièrement exposés au risque d'IST, les dispositifs d'action publique en direction des jeunes sont inégalement mobilisés en faveur de l'éducation à la sexualité (EAS).

- Le risque d'IST chez les jeunes est majoré en Guyane et aux Antilles françaises par des vulnérabilités plus fréquentes qu'en métropole : l'entrée des garçons dans la sexualité à un âge plus précoce qu'en métropole et des taux élevés de grossesse précoce chez les filles, la précarité socio-économique

conduisant à des taux de scolarisation plus faibles qu'en métropole et parfois à des pratiques prostitutionnelles précoces, et une exposition précoce aux conduites addictives.

- Face à ce constat d'exposition majorée au risque d'IST, certaines faiblesses et disparités structurelles, observées en métropole dans l'organisation de l'EAS, apparaissent majorées en Guyane et aux Antilles françaises : le déficit en ressources humaines, y compris associatives, pour assurer cette activité, le manque d'outils pédagogiques adaptés à la diversité culturelle et à la spécificité des publics jeunes, et les résistances d'origine multiple d'une partie de la communauté éducative à s'investir dans l'EAS sont mis en avant. Des efforts sont engagés au niveau rectoral pour compenser les faiblesses observées, mais ils apparaissent inégalement avancés, en particulier en Guyane [R18].
- Par ailleurs, les structures et dispositifs fléchés en direction des jeunes non scolarisés et particulièrement vulnérables, notamment les missions locales et les services de la protection judiciaire de la jeunesse peinent à poursuivre des missions d'EAS, insuffisamment financées par l'État et les collectivités territoriales [R17].

Pour améliorer l'offre de santé, il est également nécessaire d'agir à plusieurs niveaux sur le cadre stratégique de la lutte contre les IST : la mission a, en effet, relevé des insuffisances portant sur les coopérations régionales, la gouvernance de la politique de lutte contre le VIH/sida et les IST, et le niveau des connaissances épidémiologiques et sociales disponibles.

- L'intégration des territoires dans leur environnement régional n'est pas portée à un niveau permettant à la France de bénéficier de l'opportunité d'informations et de coopérations suffisantes concernant la prise en charge des IST, alors que les contextes démographiques et épidémiologiques régionaux sont similaires. Ainsi, les coopérations bilatérales et transfrontalières concernant la Guyane et Saint-Martin ne sont pas assez développées et doivent être renforcées, tant à l'initiative de l'État qu'à celle des collectivités territoriales [R19]. En outre, la faible intégration des territoires dans leur environnement régional les prive d'opportunités de coopération dans le champ de la santé, en particulier l'insuffisante adhésion et/ou participation à des organisations régionales, notamment à la CARPHA, agence de santé publique de la région caraïbe [R20-21]. Enfin, si les fonds de l'Union européenne INTERREG, ouverts sur soumission de projets à leurs États membres, offrent des opportunités de financements de la lutte contre le VIH/sida et les IST en Guyane et aux Antilles françaises, la procédure complexe et peu transparente de soumission de projets conduit à des retards et ne favorise pas l'intégration de contributions des acteurs locaux [R22]. Par ailleurs, l'absence de coordination entre des demandes de crédits INTERREG de la France et des demandes de crédits portées par des pays voisins de la zone Guyane-Antilles, éligibles à d'autres fonds européens, nuit à l'émergence de projets de coopération bi- ou multilatérale [R23].
- La gouvernance de la politique de lutte contre le VIH/sida et les IST souffre d'une coordination insuffisante aux divers échelons. Au niveau ministériel et interministériel (ministère des Solidarités et de la Santé, et ministère des Outre-mer), des programmes d'actions contre les IST ont été établis en 2016 et déclinés régionalement mais leur mise en œuvre souffre d'un déficit de suivi, en particulier national ; la stratégie nationale de santé sexuelle récemment définie, qui comporte un axe dédié à l'outre-mer, devra contribuer à combler le retard pris en la matière [R24] ; en outre, la stratégie de portage d'un pilotage conduit par le ministère en charge de la Santé avec les ARS, et coordonné avec le ministère des Outre-mer, n'est pas assez promu. Au niveau des territoires, le déficit de partenariat observé entre les services de l'État et les collectivités territoriales [R26] est aggravé par le faible investissement des instruments de coopération dont les commissions de coordination des politiques publiques [R25] ; la coordination entre les acteurs de Guyane et des Antilles françaises, principalement les services de l'État, les collectivités territoriales et les associations mérite également d'être développée [R27].
- Enfin, la prise en compte des spécificités de ces territoires dans la lutte contre les IST repose sur un socle de connaissances épidémiologiques et sociales adaptées aux particularismes régionaux, qui apparaît aujourd'hui insuffisant, et qui doit être élargi [R28-29] et mis en réseau [R30].

RECOMMANDATIONS

À la ministre des solidarités et de la santé, à la ministre de l'outre-mer,

Aux directeurs généraux des ARS,

1. **porter l'offre de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST** à hauteur des besoins en recourant, le cas échéant, aux souplesses de gestions prévues par la loi ; les marges de manœuvres financières à disposition des ARS doivent permettre de mieux adapter le niveau des financements à ces priorités de santé publique ;
2. **renforcer les missions de soutien aux opérateurs associatifs** afin de consolider et pérenniser les porteurs de projets pertinents et favoriser l'émergence de nouveaux entrants et notamment (i) consentir des ressources dédiées à l'accompagnement dans la conduite de projets, (ii) privilégier l'établissement de relations contractuelles pluriannuelles, (iii) déterminer les niveaux de subvention en tenant compte du coût réel des actions induit par les contraintes territoriales ;
3. **favoriser le recrutement pérenne de médiatrices et médiateurs communautaires** formés aux questions de santé afin de consolider l'offre de prévention et de dépistage.

Aux directeurs généraux des ARS, aux recteurs,

Au directeur général de Santé publique France,

4. **développer des supports d'information conçus avec le concours des populations locales concernées**, et notamment (i) susciter, accompagner et pérenniser des initiatives locales, (ii) favoriser leur mise à disposition et leur partage par les différents acteurs intervenant auprès des publics concernés.

Aux directeurs généraux des ARS et aux présidents des COREVIH,

5. **consolider les missions de prévention poursuivies par les COREVIH** et notamment, (i) pour les ARS, s'assurer que les ressources affectées aux COREVIH dans le cadre du FIR sont pleinement mobilisées en faveur de leurs actions de prévention, (ii) pour les COREVIH, poursuivre les initiatives engagées permettant une représentation et un engagement des acteurs qui ne contribuent pas directement au système de soin, programmer des réunions régulières inter-COREVIH de la zone Guyane-Antilles afin de favoriser le partage d'expériences.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux exécutifs des collectivités territoriales,

Aux directeurs généraux des ARS,

6. **renforcer l'offre publique et gratuite de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST** en veillant (i) à doter les établissements dédiés existants, comprenant les CeGIDD et les CPEF, des moyens leur permettant de poursuivre effectivement l'ensemble de leurs missions, (ii) à promouvoir, accompagner et financer, dans les zones isolées de la Guyane, le développement d'une offre globale de santé sexuelle par les CDPS conçue et mise en œuvre en partenariat avec les acteurs associatifs.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

7. **développer une offre de santé mobile, globale et intégrée de prévention**, en particulier à l'intention des populations les plus éloignées des dispositifs de droit commun et notamment (i) établir une cartographie territoriale affinée des besoins et des ressources, (ii) privilégier les permanences et offres mobiles en matière de prévention, vaccination, dépistage et prise en charge, intégrant un accompagnement à l'accès aux soins et aux droits, (iii) inscrire ces actions dans le cadre de partenariats avec des acteurs du secteur social et médico-social pertinents pour la prise en charge des publics ciblés par les interventions ;

8. **assurer une politique de développement des TROD** afin de favoriser la démarche de dépistage et pour cela
 - (i) promouvoir des actions en termes de formation, d'habilitation, d'approvisionnement et de financement,
 - (ii) mobiliser l'ensemble des établissements de santé ainsi que les opérateurs mobiles.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Au directeur de la sécurité sociale et au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, avec le concours de la directrice de la Caisse générale de la sécurité sociale de Guyane et du directeur général de l'ARS de Guyane,

9. **renforcer l'accès aux traitements, en particulier les traitements antirétroviraux du VIH, au bénéfice des personnes résidant dans des territoires isolés ou enclavés** et à cette fin engager une réflexion sur les dispositions réglementaires dérogatoires susceptibles d'être introduites afin d'autoriser, sur le territoire de la Guyane, le pharmacien hospitalier (y compris dans le cadre des CDPS), ainsi que le pharmacien d'officine, à délivrer en une seule fois la quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement de trois mois, sur indication mentionnée sur l'ordonnance par le médecin prescripteur, et concernant des spécialités prescrites dans le cadre de traitements chroniques pour une durée d'au moins trois mois.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

10. **favoriser le transfert de compétences entre les acteurs du système de soin** et, à cette fin, (i) promouvoir les protocoles de coopération pour transfert de compétences soumises par les ARS à la HAS, (ii) concevoir des méthodes innovantes de transfert de compétence dans le cadre de protocoles de recherche interventionnelle, (iii) mettre en œuvre la disposition législative de pratique avancée en soins infirmiers et faire paraître à cet effet son décret d'application ;
11. **promouvoir des actions de sensibilisation à la santé sexuelle auprès des acteurs du champ social et médico-social** en partenariat avec la tutelle des organismes concernés, en particulier les CAARUD, les CSAPA et les établissements et services d'action sociale intervenant auprès des personnes en situation de précarité.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

12. **concourir à la formation des acteurs locaux résidant sur ces territoires et reflétant la diversité ethnique, culturelle et linguistique de ces sociétés** et notamment (i) contribuer à renforcer les compétences des acteurs dans le cadre des PRC et dispositifs de formation de droit commun avec le concours des collectivités territoriales, (ii) évaluer l'activité de formation des PRC pour leur permettre d'une part de conduire leurs missions au profit de l'ensemble des acteurs de prévention et d'autre part pour mettre en œuvre des formations permettant l'acquisition de compétences dans les domaines de l'ingénierie de projets et de communication d'influence, (iii) développer et valoriser la formation à la médiation en santé dans le prolongement des expérimentations antérieures (IMEA 2000-2005) ;
13. **sensibiliser les professionnels du champ de la santé et du champ social et médico-social à la diversité ethnique, culturelle et linguistique** et aux inégalités et discriminations qui y sont associées, ainsi qu'aux inégalités liées au genre.

Au ministre de l'intérieur et aux préfets,

14. **garantir la protection de la santé des ressortissants étrangers demandeurs du titre de séjour pour raison de santé et engager des adaptations de la procédure** avec le concours, si nécessaire, des ARS, des directions territoriales de l'OFII et des acteurs locaux de la prise en charge afin de permettre (i) une accessibilité effective aux services administratifs lors de la primo-demande, (ii) une délivrance de récépissé de demande de titre de séjour dès la réception du dossier médical à la délégation territoriale l'OFII, (iii) un examen de la résidence habituelle en France tenant compte des contraintes territoriales.

Au directeur général de l'OFII,

15. **renforcer l'efficacité de la procédure d'instruction du volet médical des demandes de titres de séjour pour raison de santé** et notamment (i) garantir la fiabilité et la mise à jour du système BISPO avec l'appui des ARS et des préfetures, (ii) évaluer la nouvelle procédure d'instruction du volet médical.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs des directions régionales en charges de la cohésion sociale,

16. **soutenir le développement d'actions (i) d'information sur la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé et (ii) d'accompagnement des demandeurs au cours de la procédure.**

Aux directeurs généraux des ARS et à leurs partenaires dans le champ médico-social et social,

17. **initier des actions en direction des jeunes, en particulier dans le cadre des structures et dispositifs éducatifs, sociaux, médico-sociaux et médico-psychologiques les concernant** et notamment (i) programmer des actions d'éducation à la sexualité hors milieu scolaire dans le cadre des MLI et des PJJ, en organisant en particulier des ateliers collectifs (ii) former les éducateurs et les conseillers en insertion sociale et professionnelle (CISP) qui accueillent informent, orientent et accompagnent ces publics (iii) favoriser les partenariats avec établissements de planification CPEF/EICCF, des consultations jeunes consommateurs, des centres médico-psychologiques (CMP), des CeGIDD et des Maisons des adolescents, des associations (iv) développer des supports d'information adaptés à la diversité des populations et associer les jeunes eux-mêmes à leur conception.

Au ministre de l'Éducation nationale,

Aux recteurs,

18. **renforcer le développement de l'éducation à la sexualité dans les établissements d'enseignement** et notamment (i) engager des actions spécifiques adaptées dès le premier cycle d'enseignement, (ii) soutenir le développement de supports et d'outils pédagogiques adaptés à la diversité culturelle et aux spécificités des publics scolaires des territoires ultramarins, (iii) mettre en œuvre un système partagé de recueil et d'échange de bonnes pratiques et de mutualisation d'outils entre les académies de Guyane, de Guadeloupe et de Martinique.

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères, à la ministre des solidarités et de la santé, à la ministre des outre-mer,

Aux exécutifs des collectivités territoriales,

Aux préfets, aux directeurs généraux des ARS, aux chefs des postes diplomatiques et consulaires des pays de la zone, à l'ambassadeur délégué à la coopération régionale,

19. **renforcer les initiatives et actions de l'État et des collectivités territoriales en matière de coopération régionale, en particulier transfrontalière**, afin de permettre un dialogue efficace et structuré, global et spécifique, avec les autres États de la région, européens ou non européens et leurs collectivités territoriales et notamment (i) promouvoir les accords internationaux bilatéraux de coopération transfrontalière qui intègrent la promotion de la santé, (ii) favoriser la signature de conventions entre l'État ou les collectivités territoriales françaises et leurs partenaires étrangers sur des sujets d'intérêts communs incluant la promotion de la santé, (iii) renforcer l'activité des commissions mixtes de coopération transfrontalières existantes en veillant à l'inscription des questions de lutte contre les IST à leur agenda, (iv) favoriser la participation des populations locales aux instances de dialogue bilatérales.

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères,

20. **promouvoir les processus d'adhésion et de participation de la France et de ses territoires ultramarins aux instances régionales concourant à la lutte contre le VIH/sida et les IST en général** afin de garantir une

intégration forte et pérenne des territoires de la Guyane et des Antilles françaises dans leur environnement régional et notamment (i) initier à court-terme, une démarche de demande de participation au PANCAP au nom de la Martinique et de la Guyane, (ii) amorcer un double processus d'adhésion à la CARICOM et à la CARPHA en apportant une nouvelle impulsion aux demandes d'adhésion des territoires ultramarins à la CARICOM et en initiant une démarche de demande d'adhésion de la France au nom de ces territoires à la CARPHA sous le statut de membres associés conformément à l'Article 3 de son Accord constitutif, (iii) favoriser la présence d'acteurs institutionnels de ces territoires (collectivités territoriales avec l'appui des services déconcentrés de l'État) auprès des organisations internationales.

21. **organiser, à plus long terme, l'intégration de ces territoires dans l'environnement plus global de la coopération sanitaire dans la région Caraïbes**, et notamment (i) apporter un soutien politique clair aux demandes d'adhésion à l'OECD de la Guadeloupe et de Saint-Martin, (ii) engager une réflexion sur une évolution et une revalorisation de la participation de ces territoires au titre de représentation de la France à l'Organisation Panaméricaine de la Santé, (iii) engager une réflexion sur la pertinence d'un soutien de la France à la CFPA dans le cadre d'un soutien plus affirmé à l'IPPF.

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères, à la ministre des solidarités et de la santé,

À la secrétaire générale des affaires européennes, aux directeurs généraux des ARS,

22. **faciliter l'accès des acteurs locaux aux programmes INTERREG** et notamment (i) promouvoir un effort de clarification et de transparence des processus de programmation, de candidature et de sélection des programmes INTERREG, (ii) accompagner et soutenir les acteurs locaux, notamment les structures de moindre taille, afin qu'ils puissent s'intégrer dans la procédure de candidature en leur fournissant de l'information, un accompagnement méthodologique, un accompagnement à la formalisation de projets ;
23. **coordonner les stratégies de demandes de subventions européennes de la France (fonds INTERREG) et celles des pays voisins éligibles (FED)** afin de favoriser le financement de projets de coopération bi- ou multilatérale entre la France et des pays voisins tiers à l'Union Européenne.

Au Premier ministre, au ministre de la solidarité et de la santé, au ministre des outre-mer,

Au secrétariat général des ministères sociaux, à la direction générale des outre-mer,

24. **renforcer et pérenniser la coordination ministérielle et interministérielle la plus pertinente aux échelons politiques et administratifs** afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle dans les outre-mer et à cette fin (i) programmer dans le cadre du comité interministériel pour la santé un rendez-vous annuel de suivi des programmes d'action de santé, et notamment de santé sexuelle, dans les outre-mer, (ii) poursuivre et renforcer une coordination administrative de haut niveau entre les directions centrales des ministères des affaires sociales (DGS, DGOS, DGCS, DSS, DREES), la DGOM, les DGARS et veiller à y associer les autres services centraux et déconcentrés de l'État pertinents.

Aux directeurs généraux des ARS, aux préfets, aux recteurs, avec le concours des exécutifs des collectivités territoriales,

25. **renforcer la coordination entre les acteurs d'un même territoire** afin de consolider le pilotage des politiques de santé et à cette fin (i) conférer aux commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) un rôle effectif de gouvernance participative, offrant à l'ensemble des parties prenantes, et tout particulièrement les collectivités territoriales, des opportunités réelles d'implication et de co-construction de réponses ajustées aux besoins et contraintes spécifiques des territoires, (ii) s'assurer dans le cadre de l'instance la plus pertinente – CCPP, commission de l'administration régionale (CAR) – de l'intégration des enjeux de santé, dont la lutte contre les IST, dans les autres politiques publiques, relatives notamment aux transports, au logement, à l'éducation, à la formation et à l'emploi, à l'immigration et à l'intégration ;

26. **promouvoir, dans le cadre formalisé du contrat le cas échéant, un partenariat entre les services de l'État et les collectivités territoriales** et dans ce cadre, (i) favoriser l'élaboration des contrats locaux de santé avec les communes, sur la base d'une évaluation fine de leurs besoins, définir dans ce cadre les actions permettant la mise en œuvre d'une approche globale de prévention et de dépistage intégrant les IST, renforcer leur suivi et leur évaluation (ii) promouvoir la mise en œuvre des actions du PRS, en particulier dans le domaine de la prévention des IST, de la réduction des inégalités en santé et de l'accès aux droits et aux soins, dans le cadre des contrats de ville ;
27. **renforcer la coordination entre les territoires de Guyane et des Antilles sur des questions d'intérêt commun et notamment** (i) organiser des rencontres annuelles des acteurs (ARS, préfectures, rectorats, collectivités territoriales, acteurs associatifs) des trois territoires sur les enjeux de la santé sexuelle afin de permettre le partage d'expérience et la mutualisation des bonnes pratiques, des ressources et des outils, (ii) établir un bilan annuel des actions de coordination inter-territoires mises en œuvre en faveur de la santé sexuelle par les différentes institutions et structures et assurer sa communication à l'ensemble des parties prenantes ainsi qu'à l'échelon de la coordination interministérielle.

Au directeur général de Santé publique France,

28. **développer le recueil de données épidémiologiques** et notamment (i) promouvoir une politique d'animation régionale des réseaux de surveillance clinique (RésiST) et biologiques (Rénago, Rénachla) afin d'intensifier le recueil épidémiologique de la syphilis et des infections à gonocoque et à chlamydia, en suscitant l'inclusion de nouveaux sites et en élargissant les territoires surveillés.

À la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Au directeur général de Santé publique France, au directeur de l'ANRS et plus largement aux directeurs d'établissements publics à caractère scientifique et technologique et aux directeurs d'établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel,

29. **promouvoir les recherches socio-comportementales, sociales et anthropologiques**, et notamment (i) poursuivre les études de type « KABP » auprès des différentes communautés culturelles en les complétant par des enquêtes qualitatives afin de mieux appréhender les déterminants de la santé au sein de chacune des communautés, (ii) soutenir des projets de recherche multidisciplinaires sur la sexualité et la santé sexuelle dans les territoires de la zone Caraïbe, (iii) mettre en œuvre des études permettant d'améliorer les connaissances sur les comportements et pratiques sexuelles des jeunes, en particulier à partir du collège ;
30. **favoriser les approches collaboratives entre les acteurs locaux** et notamment initier des rencontres entre les professionnels de la santé et de la santé publique, les chercheurs des disciplines de sciences humaines et sociales impliqués dans des projets de recherche sur ces territoires.

INTRODUCTION

Les territoires de la Guyane et des Antilles françaises comptent plus d'un million d'habitants, soit 1,6 % de la population française. Ils sont distants d'environ 7 000 km de la métropole et leurs quatre collectivités s'inscrivent, à ce titre, dans des statuts juridiques spécifiques.

Seul territoire français en Amérique continentale, la Guyane s'étend sur une superficie de 83 846 km², pratiquement équivalente à celle du Portugal. Elle comptait, en 2014, 252 338 habitants⁵ résidant très majoritairement sur la frange littorale. Le territoire est délimité par deux frontières en grande partie fluviales : la première, longue de 730 km, sépare la France du Brésil à l'Est et au Sud de la Guyane, la seconde, longue de 510 km, sépare la France du Suriname à l'Ouest du territoire. La Guyane est administrée par 22 communes ainsi qu'une collectivité unique qui agrège les compétences des collectivités départementales et régionales.

La Martinique, la Guadeloupe et Saint-Martin appartiennent aux îles du Vent, situées dans l'archipel des Petites Antilles en mer des Caraïbes. Distante d'environ 1 100 km de la Guyane, la Martinique est une île d'une superficie de 1 128 km² qui comptait 383 910 habitants en 2014⁶. Elle est administrée par 34 communes et, comme la Guyane, par une collectivité unique. Située au Nord de la Martinique et distante de moins de 200 km, la Guadeloupe est un archipel d'îles de 1 702 km² qui comprend cinq groupes d'îles : la Guadeloupe continentale composée de la Basse-Terre à l'Ouest, la Grande-Terre à l'Est et des îles voisines : l'archipel des Saintes, la Désirade et Marie-Galante. Elle comptait 400 187 habitants en 2014⁷ et est administrée par 32 communes ainsi que par un département et une région d'outre-mer. Commune de la Guadeloupe jusqu'en 2007, Saint-Martin est devenue une collectivité d'outre-mer autonome. Située au Nord de la Guadeloupe et distante de moins de 300 km, l'île de Saint-Martin comprend au Sud Sint Maarten, un État autonome du royaume des Pays-Bas, et au Nord la collectivité française. Sa superficie est de 94 km² et elle comptait 35 941 habitants en 2014⁸.

Reconnues par la Constitution au titre de collectivités d'outre-mer (article 72-3), les quatre territoires bénéficient d'un statut spécifique. Les collectivités de Guyane, Martinique et Guadeloupe sont régies par le régime de l'article 73 de la Constitution dérogoratoire au droit commun des collectivités territoriales. Si les lois et règlements sont applicables de plein droit sur leur territoire, ceux-ci peuvent faire l'objet d'adaptations tenant aux caractéristiques et contraintes particulières de ces collectivités. Ce principe d'adaptation emporte trois conséquences : (i) le pouvoir réglementaire peut procéder à une adaptation des textes réglementaires aux caractéristiques des territoires d'outre-mer, (ii) la loi peut habiliter les collectivités à procéder à une adaptation locale de la norme nationale, (iii) la loi peut autoriser les collectivités à fixer elles-mêmes les règles applicables à leur propre territoire, et ce dans un nombre limité de compétences ne mettant pas en jeu la souveraineté⁹.

Saint-Martin est régie par le régime dérogoratoire de l'article 74 de la Constitution et dispose d'une autonomie étendue. À ce titre, elle connaît un régime contentieux de ses actes qui est particulier et elle peut prendre des mesures pour protéger l'emploi local ou son patrimoine foncier.

En dépit de ces dérogorations, l'État exerce dans ces territoires sa compétence dans le domaine des politiques publiques de santé.

⁵ INSEE. Recensement de la population - « 252 338 habitants en Guyane au 1er janvier 2014 ». Insee Flash Guyane N° 56. Janvier 2017.

⁶ INSEE. Recensement de la population - « 383 910 habitants en Martinique au 1er janvier 2014 », Insee Flash Martinique N° 56. Janvier 2017.

⁷ INSEE. Recensement de la population - « 400 187 habitants en Guadeloupe au 1er janvier 2014 », Insee Flash Guadeloupe N° 56. Janvier 2017.

⁸ INSEE. Recensement. Populations légales collectivité territoriale de Saint-Martin.

⁹ Selon l'article 73 de la Constitution, « ces règles ne peuvent porter sur la nationalité, les droits civiques, les garanties des libertés publiques, l'état et la capacité des personnes, l'organisation de la justice, le droit pénal, la procédure pénale, la politique étrangère, la défense, la sécurité et l'ordre publics, la monnaie, le crédit et les changes, ainsi que le droit électoral ».

1. LES POPULATIONS DES TERRITOIRES DE LA GUYANE ET DES ANTILLES SONT EXPOSÉES À UN RISQUE MAJORÉ D'INFECTIONS PAR LE VIH/SIDA ET D'IST EN GÉNÉRAL

Les populations de Guyane et des Antilles françaises rencontrent des difficultés communes. L'éloignement de la métropole, l'enclavement et l'isolement des territoires, l'absence ou la faiblesse des infrastructures, en particulier de transport, les conditions topographiques et l'exposition aux aléas climatiques, le contexte de fragilité sociale et économique et les tensions migratoires, caractérisent, de façon plus ou moins marquée, les quatre territoires.

Les populations sont confrontées à un retard de développement qui ne favorise ni l'entrée, ni le maintien dans le système de santé et génère des mouvements d'insatisfaction sociale tels que celui qui s'est exprimé en Guyane au printemps 2017 (1.1). Ces difficultés apparaissent préoccupantes en regard du niveau d'activité épidémique constaté dans ces territoires (1.2) ainsi que des pratiques de prévention insuffisamment adaptées et promues (1.3). Les violences sexuelles, la persistance de normes sociales spécifiques stéréotypées et la fréquence d'attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) constituent un facteur aggravant (1.4). La vulnérabilité des migrants au VIH apparaît particulièrement majorée (1.5).

1.1. EN DÉPIT D'UN EFFET DE RATTRAPAGE, LE RETARD DE DÉVELOPPEMENT RESTE PATENT, LARGEMENT SOUS-TENDU PAR LA PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE, LA PRESSION MIGRATOIRE ET L'ÉTAT DES INFRASTRUCTURES

Malgré une hausse substantielle ces dernières années, le niveau de développement humain en Guyane et dans les Antilles n'a pas rattrapé celui de la métropole (1.1.1), ces territoires étant exposés à une précarité importante, quoique inégalement répartie (1.1.2). La persistance d'une pression migratoire dynamique fragilise la situation des territoires ultramarins (1.1.3), ce qui est accentué par des infrastructures défaillantes. (1.1.4)

1.1.1. Le niveau de développement humain connaît un retard par rapport à celui de la métropole

Le développement des territoires de Guyane et des Antilles françaises présente un retard au regard de celui de la métropole. L'indice de développement humain (IDH) qui intègre un indicateur relatif à l'espérance de vie à la naissance ainsi que trois autres indicateurs relativement représentatifs des déterminants de la santé¹⁰ apparaît moins favorable à Saint-Martin (0,702), en Guyane (0,739), en Martinique (0,813) et en Guadeloupe (0,822) qu'en métropole (0,883)¹¹. Depuis 1990, toutefois, la progression de l'IDH est plus forte dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises qu'en métropole et suggère un effet de rattrapage. Celui-ci apparaît contrasté entre les territoires. Si le nombre d'années de retard de l'IDH de la Guadeloupe et de la Martinique par rapport à la métropole est estimé à 12, il atteint 28 pour la Guyane.

1.1.2. Les taux de chômage et de pauvreté témoignent d'une précarité socio-économique qui affecte inégalement les populations et les territoires

L'effet de rattrapage illustré par l'augmentation de l'IDH au cours des trente dernières années peut être imputé aux progrès réalisés en matière d'éducation et de santé. La contribution de la variable économique – le niveau de revenu national brut par habitant – est comparativement inférieure, ce qui montre la fragilité de la situation économique dans ces territoires¹². Le produit intérieur brut (PIB) par habitant en Guyane et dans les Antilles françaises restait inférieur en 2012 à celui par habitant métropolitain : 15 416 euros en Guyane, 19 810 en Guadeloupe et 21 527 en Martinique contre 31 420 en France métropolitaine. Le coût de la vie dans ces territoires est majoré en comparaison avec la métropole, les prix sont en moyenne plus élevés de 12,3 % en Martinique, de 12,5 % en Guadeloupe et de 11,6 % en Guyane¹³.

L'une des principales difficultés rencontrées par la Guyane et les Antilles françaises demeure le niveau durablement élevé du taux de chômage. Le chômage touchait 26,1 % des 15 à 64 ans en 2014 en Martinique, 29,4 % en Guadeloupe et 34 % en Guyane¹⁴, et la part des chômeurs de longue durée dans la

¹⁰ Le niveau de revenu national brut par habitant (en dollars américains en parité de pouvoir d'achat), le niveau d'études de la population âgée de plus de 25 ans et le taux de scolarisation des jeunes.

¹¹ Agence Française de Développement. *Quel niveau de développement des départements et collectivités d'outre-mer. Une approche par l'indice de développement humain*. Novembre 2012.

¹² Lurel Victorin. *Rapport au Premier ministre : Egalité réelle Outre-mer*. Mars 2016.

¹³ INSEE. « En 2015, les prix dans les DOM restent plus élevés qu'en métropole ». *Insee Première*. N°1589. Avril 2016.

¹⁴ Selon le comparateur de territoire de l'INSEE. Données Octobre 2017.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=FRANCE-1>

population active y est quatre fois plus importante qu'en métropole¹⁵. Ce retard de développement économique se traduit par des niveaux élevés de pauvreté : le taux de pauvreté mesuré en tenant compte du seuil de pauvreté local atteint 20,6 % pour la Martinique, 20,1 % pour la Guadeloupe et 30,2 % pour la Guyane. Toutefois, si ce taux est calculé par rapport au seuil de pauvreté métropolitain, il atteint respectivement 48,6 %, 49,1 % et 61,2 %¹⁶.

Conséquence du niveau élevé des taux de chômage et de pauvreté, la part de la population couverte par les minima sociaux est bien plus importante qu'en métropole : 24,3 % de la population de Guadeloupe est couverte par le revenu de solidarité active (RSA), 22,6 % en Martinique, et 27,5 % en Guyane, contre 7,25 % en France métropolitaine¹⁷. Alors qu'en 2014, 6,4 % de la population métropolitaine bénéficiaient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), le taux de couverture était de 31,6 % dans les DOM¹⁸.

La précarité économique affecte inégalement les populations. Dans les Antilles françaises, la propriété foncière, notamment agricole, mais également celle des commerces – grande distribution, concession automobile, station essence – sont détenues par une petite minorité de familles, les « békés ». Cette répartition de la propriété reconduit le système esclavagiste de la plantation. En outre, une politique fiscale particulièrement intéressante vaut à certains territoires d'attirer de très grosses fortunes, en particulier à Saint-Barthélemy. Voisinent ainsi comme nulle part ailleurs sur le territoire de la République des niveaux de vie qui vont de l'extrême richesse au plus grand dénuement, à l'égal de ceux qu'on peut rencontrer dans les pays dits émergents tels que le Brésil.

Ainsi les études montrent aujourd'hui que la précarité socio-économique demeure inégalement distribuée dans l'espace. Une cartographie des territoires de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane établie par la Fédération nationale des observatoires de santé (FNORS)¹⁹ montre des écarts de niveau de vie relativement faibles au sein des territoires de Guadeloupe et de Martinique. En revanche, les écarts de conditions de vie sont plus significatifs entre les Antilles françaises (hors Saint-Martin) et la Guyane et, s'agissant de la Guyane, entre la région du Centre littoral et le reste du territoire guyanais. Ce dernier territoire regroupe le tiers de sa population et compte 79 000 habitants (population légale) qui cumulent les vulnérabilités sociales, économiques et de santé les plus fortes du territoire.

Les mesures adoptées destinées à favoriser le revenu des métropolitains ont par ailleurs pu aggraver les inégalités socio-économiques. La départementalisation qui a fait suite en 1945 à la colonisation octroie à tout fonctionnaire nommé en Guyane et dans les Antilles françaises, une prime de « 30 % vie chère ». Le nombre de fonctionnaires métropolitains, dits aussi « zoreilles », bénéficiant de cette prime génère un ressentiment social fort ; entre cette population peu stable et les créoles, qui furent un temps « encouragés » mais sans facilité financière, par le Bureau pour le développement des migrations dans les départements d'outre-mer (Bumidom)²⁰, à venir travailler en Métropole, de fortes inégalités existent, provoquant des tensions sociales importantes. Ces inégalités ont aussi pour conséquences des phénomènes de non mixité – avec notamment des résidences fermées et entièrement habitées par des métropolitains dont beaucoup de fonctionnaires retraités qui ont bénéficié de cette même prime vie chère avec leur pension jusqu'à la suppression de ce privilège.

Les familles monoparentales, dont la proportion parmi l'ensemble des familles est importante, apparaissent particulièrement affectées par les facteurs de précarité. En France métropolitaine, 15 % des familles sont monoparentales, contre 41 % en Martinique, 39 % en Guadeloupe et 25 % en Guyane²¹. Ces familles sont surreprésentées parmi les bénéficiaires d'allocations familiales, et les chefs de famille, qui sont majoritairement des femmes, sont marqués par des taux d'inactivité professionnelle supérieurs à la moyenne locale. Ainsi, en Guadeloupe, 55 % des enfants dont les parents sont inactifs vivent dans des familles monoparentales, ces taux sont de 49,8 % en Martinique et 65 % en Guyane²². Dans le contexte

¹⁵ Lurel Victorin. *Rapport au Premier ministre : Egalité réelle Outre-mer. Op. cit.*

¹⁶ Commission nationale consultative des droits de l'homme. *Avis relatif à la pauvreté et à l'exclusion sociale dans les départements d'outre-mer (notamment Antilles et Réunion)*. Septembre 2017.

¹⁷ Marie Claude-Valentin. « Mutations sociodémographiques dans les DOM et nouveaux défis pour la protection sociale ». Contribution à : Haut Conseil du financement de la protection sociale. *Rapport sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus*. Novembre 2015.

¹⁸ DREES. *Minima sociaux et prestations sociales*. 2016.

¹⁹ Fédération nationale des observatoires de santé. *Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer Analyses infrarégionales et comparaisons avec le niveau national*. Novembre 2014.

²⁰ Constant Fred. « La politique française de l'immigration antillaise de 1946 à 1987 ». *Revue européenne des migrations internationales*. Vol. 3. N°3. 1987. Les Antillais en Europe. pp. 9-30.

²¹ INSEE. *Familles de Martinique : vers une évolution des modèles familiaux*. Mai 2017.

INSEE. *Familles de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy : en pleine mutation*. Mai 2017.

INSEE. *Familles de Guyane : prestations et actions sociales en soutien d'importants besoins*. Mai 2017.

²² Marie Claude-Valentin. « Mutations sociodémographiques dans les DOM et nouveaux défis pour la protection sociale ». *Op. cit.*

économiquement et socialement défavorisé de ces territoires, les jeunes sont davantage touchés par la pauvreté et exposés aux facteurs d'aggravation de la pauvreté (Cf. *infra*, chapitre 3).

Les insuffisances du système de santé, un motif important des mobilisations sociales du printemps 2017 en Guyane

L'insatisfaction des populations des territoires de la Guyane et des Antilles françaises face aux inégalités de développement et aux difficultés socio-économiques qu'elles rencontrent s'est traduite à plusieurs reprises, au cours des dernières décennies, par d'importants mouvements sociaux affectant les différents territoires.

Le mécontentement face aux défaillances du système de santé a représenté un motif de mobilisation important lors des récents mouvements sociaux en Guyane au printemps 2017. Des revendications liées à la santé ont été élaborées par différents collectifs mobilisés dans différentes parties du territoire. L'attention publique s'est toutefois essentiellement focalisée sur les mobilisations à Cayenne et les revendications portées par le collectif « Pou La Gwiyan dékolé » (PGD), interlocuteur principal des pouvoirs publics. La mission a pu constater que la représentativité sociale et territoriale de ce collectif et sa capacité à intégrer les revendications issues d'autres composantes du mouvement social était discutée par certains acteurs des mobilisations. La mobilisation sur des questions de santé a été notable au sein de collectifs locaux ou professionnels, notamment dans l'Ouest guyanais²³ (1), sans que les revendications qui en sont issues ne trouvent nécessairement d'écho dans les négociations conduites par les pouvoirs publics.

Les enjeux de santé publique en matière de santé sexuelle et de prévention et dépistage du VIH et des IST sont restés absents de ces négociations et des mesures prises par le gouvernement. Les fonds exceptionnels accordés au terme de l'accord d'avril 2017 en matière de renforcement du système de santé apparaissent exclusivement centrés sur les équipements et les revendications catégorielles des personnels. Ceci a entraîné la publication d'une lettre ouverte adressée au Premier Ministre, signée de l'ensemble des médecins guyanais hospitaliers et libéraux²⁴ (2), dénonçant l'inadéquation de la réponse gouvernementale à la situation de crise sanitaire dans ce territoire. Cette position a été fortement exprimée par l'ensemble des soignants rencontrés lors des auditions réalisées par le CNS.

1.1.3. La pression migratoire demeure dynamique et contribue à fragiliser les territoires

Les dynamiques migratoires, historiquement importantes en Guyane et dans les Antilles françaises, continuent d'avoir un poids non-négligeable au sein des sociétés ultramarines, particulièrement en Guyane. En effet, les diverses vagues de migrations à partir de la colonisation ont été constituées des colons eux-mêmes, des esclaves déplacés depuis l'Afrique qui ont donné naissance à des communautés diverses comme celle des Noirs marrons, les « coolies » asiatiques arrivés à partir du milieu du XIX^e siècle ou encore les hmong.

Les dynamiques migratoires les plus marquées depuis les années 1980 se produisent entre et au sein des territoires du plateau des Guyanes et de la zone Caraïbe. Les mouvements migratoires en provenance d'Haïti et de République Dominicaine concernent en particulier la Guyane et Saint-Martin. Au-delà de la zone, les mouvements entre ces territoires et la France métropolitaine et d'autres pays d'Europe sont continus. Enfin, la Guyane et les Antilles françaises sont concernées par différents apports migratoires circonstanciels ou plus durables en provenance d'autres aires géographiques, notamment d'Asie²⁵.

Ces dynamiques migratoires sont pour autant très inégalement réparties au sein des territoires ultramarins. La moitié du solde migratoire total de ces départements est dû au seul solde guyanais, puisque en 2013, le taux d'immigrants dans la population de Guyane était de 29 %²⁶, l'immigration étant responsable du tiers de l'augmentation annuelle de la population guyanaise. A l'inverse, celui de la Martinique et de la Guadeloupe a été négatif entre 1999 et 2008, les départs des jeunes vers la métropole n'étant pas complètement compensés par le niveau des arrivants.

Ces flux, concentrés massivement sur les populations en âge de travailler, impactent la Guyane et les Antilles de façon divergente. En 2006, 45 % de la population de Guyane était d'origine étrangère, à parité presque égale entre hommes et femmes (92 hommes pour 100 femmes) alors que la proportion oscillait entre 15 et 17 % dans les territoires insulaires ultramarins. Les conséquences ne sont donc pas les mêmes en termes de taux de qualification, d'emploi ou de taux de chômage.²⁷

²³ Revendications du Collectif médical du CH de l'Ouest Guyanais et de la CDTG, [http://www.seronet.info/sites/default/files/shared/admin/images/c-revendication_acteurs.doc] ; Plateforme de revendications des collectifs d'habitants du Maroni : A NO WI OPO (Maripasoula), SOUS LE FROMAGER (Papaïchton), U WELI (Grand Santi), [<https://www.blada.com/data/File/2017pdf/revendicationhabitantsmaroni.pdf>]

²⁴ Lettre ouverte des médecins de Guyane au Premier Ministre, 3 avril 2017

²⁵ Marie Claude-Valentin et Temporal Franck. « Les DOM, terres de migrations ». *Espace, Populations, Société*. N°3. 2011. pp. 475-491.

²⁶ INSEE, *Étrangers - Immigrés en 2013, Département de la Guyane*, Juin 2016.

²⁷ Marie Claude-Valentin et Temporal Franck. « Les DOM, terres de migrations ». *Op. cit.*

1.1.4. L'état des infrastructures, en particulier de transport, limite significativement la mobilité des populations

Le retard de développement dans ces territoires est également illustré par l'état des infrastructures, insuffisantes en nombre et en qualité par rapport aux besoins des populations et aux standards en vigueur en métropole. Le sous-dimensionnement des infrastructures routières contribue à l'enclavement de certains territoires de Guyane et des Antilles françaises : on compte en effet environ trois fois moins de voirie départementale en outre-mer qu'en France métropolitaine. Les infrastructures portuaires et aéroportuaires sont insuffisantes au regard des besoins de développement des territoires insulaires. Les réseaux de transport collectif de voyageurs sont globalement inefficaces voire inexistant dans ces territoires.

Le raccordement à un réseau d'assainissement n'est effectif que pour la moitié des populations ultramarines. Les systèmes électriques s'avèrent sous-dimensionnés et leur maillage est peu dense, ce qui provoque de fréquentes coupures d'électricité. Enfin, l'offre de logement peine à suivre la demande existante dans ces territoires, notamment au regard des pressions démographiques et migratoires et de la faiblesse des revenus par habitant, comme l'illustre la présence de nombreuses zones d'habitat spontané insalubre²⁸. La précarité des infrastructures ultramarines est encore aggravée périodiquement par des événements cycloniques, l'un des derniers en date (Irma) ayant largement détruit les infrastructures de Saint-Martin.

1.2. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EST MOINS FAVORABLE QU'EN MÉTROPOLE ET DEMEURE, POUR CERTAINES IST, MAL CONNUE

Si l'épidémie VIH en Guyane et dans les Antilles est la plus importante de France (1.2.1), la situation des IST est plus contrastée par rapport à la métropole (1.2.2), que ce soit pour le virus de l'hépatite B (1.2.2.1), le virus de l'hépatite C (1.2.2.2), alors qu'il existe un déficit de données sur la prévalence des autres IST (1.2.3).

1.2.1. L'épidémie VIH demeure à son plus haut niveau d'activité dans ces territoires

Les données épidémiologiques disponibles montrent que c'est en Guyane et dans les Antilles françaises²⁹ que l'épidémie VIH est à son plus haut niveau d'activité en France. Ainsi, les taux de découverte de séropositivité sont de 7,9 pour 1 000 sérologies réalisées en Guyane, 2 en Martinique et 1,9 en Guadeloupe³⁰. Par comparaison, ce taux est de 3,6 pour 1 000 sérologies en Île-de-France et de 2 pour 1 000 pour la France entière.

Bien qu'une diminution régulière des taux de découverte de séropositivité VIH et des incidences du sida soit observée depuis plus de dix ans, l'analyse de trois indicateurs confirme le déficit majeur en matière de prévention et de dépistage dans ces territoires.

- Les incidences des nouvelles infections, estimées en 2013 en Guyane et en Guadeloupe/Saint-Martin, étaient les plus élevées de France (respectivement 21 et 7 pour 10 000 habitants versus 2 pour la moyenne nationale des incidences).³¹
- Les taux d'infections non diagnostiquées (épidémie cachée) estimées en 2013 en Guyane et en Guadeloupe/Saint-Martin étaient également les plus élevés de France (respectivement 74 et 26 pour 10 000 habitants versus 6 pour la moyenne nationale des infections non diagnostiquées).³²
- D'autre part, la proportion de dépistages à un stade avancé de l'infection y atteignait 35 à 40 % en 2015, plus élevé qu'en métropole (31 %) ³³, mais semblant en diminution en 2016 au moins en Guadeloupe (25 %) ³⁴.
- Les valeurs mesurées en Martinique concernant l'incidence et le taux d'infections non diagnostiquées sont moins élevées (3 et 10 respectivement), mais restent supérieures à la moyenne nationale, et les dépistages tardifs y sont fréquents (36 %).

²⁸ Lurel Victorin. *Rapport au Premier ministre : Égalité réelle Outre-mer. Op. cit.*

²⁹ Petit-Sinturel Marion, Aubert Lydéric, Melin Mathilde et Cazein Françoise. « Surveillance des infections à VIH et sida dans les territoires français d'Amérique ». *Bulletin de Veille Sanitaire*. N° 3. 2016. pp 2-10. CIRE Antilles / CIRE Guyane, 2016

³⁰ Cazein Françoise et al. « Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. N° 29-30. 28 novembre 2017.

³¹ Supervie Virginie. *Epidémiologie du VIH en France – Focus sur la Guyane et les Antilles*. Données communiquées à la demande du CNS.

³² *Ibid.*

³³ Petit-Sinturel Marion, Aubert Lydéric, Melin Mathilde et Cazein Françoise. « Surveillance des infections à VIH et sida dans les territoires français d'Amérique ». *Op. cit.*

³⁴ Lamaury Isabelle. *Le VIH en 2016 : situation épidémiologique COREVIH Guadeloupe Saint-Martin St Barth*. Communication au CNS. Juin 2017

Il est à noter que le comité de coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH) Guadeloupe Saint-Martin rapporte³⁵ une diminution du nombre de patients nouvellement diagnostiqués, aussi bien en Guadeloupe (-31 %) qu'à Saint-Martin (-62 %) en 2016, dont la confirmation devra être évaluée en 2017.

D'autres caractéristiques de l'épidémie VIH, qui diffèrent entre ces territoires ainsi qu'entre eux et la métropole sur de nombreux points, de même que les conditions de décès et les caractéristiques des personnes décédées dans ces territoires sont précisées dans l'encadré ci-dessous.

Caractéristiques démographiques, épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'épidémie d'infection par le VIH en Guyane et dans les Antilles françaises

- *En ce qui concerne les populations touchées :*
 - La file active des patients était constituée de 1 756 personnes en Guyane et de 1 026 en Martinique, en 2016. Celle de Guadeloupe et de Saint-Martin en 2015 était constituée respectivement de 1 073 et 493 personnes.
 - Majoritairement des hommes entre 25 et 49 ans, plus souvent originaires de France que d'Haïti, en Guadeloupe et en Martinique.
 - Aussi fréquemment les hommes que les femmes, plus souvent originaires d'Haïti (47 %) que de France (13 %), et majoritairement âgés de 25 à 49 ans en Guyane.
 - Majoritairement des hommes, et plus souvent originaires d'Haïti (51 %) ou de République dominicaine à Saint-Martin².
- *En ce qui concerne les modes de contamination :*
 - Contaminations majoritairement hétérosexuelles (87 % en Guyane, 75 % en Guadeloupe, 57 % en Martinique), mais avec une augmentation de la fréquence des contaminations chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) qui atteint un niveau différent selon les territoires : 11 % des sujets dépistés en Guyane, 25 % en Guadeloupe, et 39 % en Martinique en 2015.³⁶
 - Les autres modes de contamination sont exceptionnels.
- *En ce qui concerne les coinfections³⁷ :*
 - Les coinfections avec les virus des hépatites virales B et C sont rares (<5 % vs 10 % en métropole).
 - Les coinfections avec d'autres IST sont observées chez 10 à 20 % des patients, une fréquence proche de celle rapportée en métropole (19 %).
- *Sur le plan clinique³⁸ :*
 - L'incidence du sida est de l'ordre de 40 à 80 par million d'habitants en 2015 en Guadeloupe et Martinique respectivement (données en Guyane non disponibles), plus élevée qu'en Île-de-France (33 par million). La tendance évolutive des incidences est stable en Martinique, mais orientée à la baisse en Guyane et en Guadeloupe.
 - En Guyane, la maladie inaugurale du stade sida est le plus souvent l'histoplasmosse, alors que la candidose et la pneumocystose prédominent en Guadeloupe et en Martinique.
- *Sur le plan thérapeutique :*
 - En 2016, la proportion de patients suivis recevant un traitement antirétroviral s'élève à 91 % en Guyane et à 95,4 % en Martinique ainsi que pour l'ensemble Guadeloupe/Saint-Martin. Parmi les patients traités, respectivement 92 %, 94,9 % et 92,8% présentent une charge virale indétectable après au moins 6 mois de traitement.³⁹

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Petit-Sinturel Marion, Aubert Lydéric, Melin Mathilde et Cazein Françoise. « Surveillance des infections à VIH et sida dans les territoires français d'Amérique ». *Op. cit.*

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Correspondance avec le Pr Mathieu Nacher, président du COREVIH Guyane ; correspondance avec le Pr André Cabié, président du COREVIH Martinique ; Lamaury Isabelle. *Le VIH en 2016 : situation épidémiologique COREVIH Guadeloupe Saint-Martin St Barth. Op. cit.*

Caractéristiques des PVVIH décédées en Guyane et dans les Antilles françaises

La mortalité par sida des PVVIH paraît différer entre les territoires ultramarins et la métropole. Selon les données d'une étude de 2010⁴⁰, le sida représentait 36 % des causes initiales de décès des patients décédés dans les territoires ultramarins (Guyane, Guadeloupe, Martinique et La Réunion) contre 24 % chez les patients décédés en métropole. Les infections non classant sida étaient plus fréquentes dans les départements d'outre-mer (DOM) (15 % vs 9 %) tandis que les cancers non classant sida et non liés aux hépatites virales ne représentaient que 9 % des cas de décès dans les territoires ultramarins alors qu'ils en représentent 24 % en métropole.

Selon la même étude, les patients décédés en Guyane et dans les Antilles françaises étaient plus souvent nés à l'étranger (pays d'Amérique, principalement Haïti, Suriname, Brésil et Guyana) que les patients décédés en métropole (49 % vs 25 %) et 63 % (vs 42 %) étaient en situation de précarité. Le mode de transmission du VIH était très majoritairement hétérosexuel (88 % vs 30 % en métropole) et aucune transmission liée à une toxicomanie intraveineuse n'a été signalée dans ce groupe de patients (29 % en métropole).

Enfin, chez les patients décédés dans ces territoires, le diagnostic de l'infection par le VIH était plus récent : la durée médiane connue de l'infection était de 5,5 ans versus 15,2 ans en métropole ; l'infection était connue depuis moins de 6 mois dans 22 % et 8 % des cas respectivement ; la prise d'un traitement antirétroviral était moins fréquente (71 % vs 93 % en métropole) et l'infection par le VIH était moins bien contrôlée : 28 % avaient des lymphocytes CD4+ <50/mm³ (vs 16 %) et 28 % avaient un ARN VIH plasmatique <50 copies/ml (vs 56 %). Une hypertension artérielle était rapportée plus fréquemment chez les patients décédés dans les DOM (28 % vs 15 % en métropole) alors que la dyslipidémie (4 % vs 14 %) et la coinfection par le virus de l'hépatite C (VHC) (3 % vs 33 %) étaient moins fréquentes.

1.2.2. Les données épidémiologiques relatives aux infections par les virus des hépatites virales B et C contrastent avec celles de métropole

La grande hétérogénéité démographique et comportementale observée entre les différents territoires et à l'intérieur même des territoires (en particulier entre la population native, celle venue de la métropole et celle immigrée de pays situés à proximité) a des conséquences sur l'épidémiologie et la prise en charge des hépatites virales. Les données disponibles issues de l'enquête de prévalence réalisée en 2004 dans la population générale présentées dans le Rapport de recommandations⁴¹ ne sont pas récentes et n'ont été qu'en partie actualisées⁴².

1.2.2.1. Les infections par le virus de l'hépatite B

Dans l'enquête conduite en 2004 sur un échantillon représentatif de la population générale âgée de 18 à 80 ans en France métropolitaine, la prévalence des anticorps anti-HBc était estimée à 7,3 %, représentant 3,2 millions de personnes ayant été infectées par le VHB au cours de leur vie. Parmi elles, on estimait que près de 281 000 étaient porteuses de l'antigène HBs (AgHBs), soit une prévalence de l'infection chronique par le VHB de 0,65 % au sein de la population métropolitaine adulte.⁴³ Cette enquête ne comportait pas de données pour les territoires d'outre-mer et n'a pas été renouvelée depuis lors. D'autres sources de données, quoique moins représentatives, permettent cependant de disposer d'estimations de la prévalence de l'infection chronique par le VHB à la fois en métropole et dans les différents territoires ultramarins, et ce pour des périodes plus récentes.

Tout d'abord, la prévalence du VHB (AgHBs ou ADN) est connue chez les nouveaux donneurs de sang, à l'exception de la Guyane où un arrêté préfectoral a mis fin à la collecte de sang depuis 2005. Dans la période 2013-2015, la prévalence du VHB était de 21,1/10 000 nouveaux donneurs en Guadeloupe et de 15/10 000 en Martinique contre 6,7/10 000 pour la France entière. Ces deux territoires enregistraient ainsi les prévalences les plus élevées de France, devant la région Île-de-France (13,2/10 000).⁴⁴

⁴⁰ Roussillon Caroline. « Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. N° 46-47. 1^{er} décembre 2012.

⁴¹ *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*. Rapport de recommandations 2014. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Editions EDK - Groupe EDP Sciences, Paris, 2014.

⁴² Gelu-Simeon Moana et al. « Tour d'horizon sur les hépatites chroniques B et C dans les départements-régions d'Outre-Mer et collectivités territoriales uniques ». *Hépatogastro & Oncologie Digestive*. Vol. 23. N°10. Décembre 2016. *Bulletin de veille sanitaire*. N° 2. Mai-juin 2017. Spécial Hépatites B et C.

⁴³ Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Rapport InVS. Saint Maurice : Institut de veille sanitaire, mars 2007.

⁴⁴ Aubert Lydéric, Carvalho Luisiane, Suivant Claudine, Vaux Sophie et al. « Surveillance des hépatites B et C aux Antilles et en Guyane ». *Bulletin de veille sanitaire*. N°2. Mai-juin 2017. CIRE Antilles / CIRE Guyane, 2017.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane-n-2-Mai-juin-2017>

Par ailleurs, les enquêtes transversales triennales LaboHep, réalisées depuis 2010 auprès d'un échantillon aléatoire de laboratoires d'analyses de biologie médicale, permettent de produire des indicateurs nationaux et régionaux de dépistage de l'AgHBs. Dans l'enquête 2013, le nombre de tests AgHBs positifs ramené à la population était de 101 pour 100 000 habitants en Guyane et 92 pour 100 000 en Guadeloupe, largement supérieur aux données concernant la France métropolitaine (48 pour 100 000 habitants), mais néanmoins inférieur à celles de l'Île-de-France (133 pour 100 000 habitants). Avec un nombre de tests positifs de 33 pour 100 000 habitants, la Martinique se situait au contraire en deçà des données observées pour l'ensemble de la métropole.⁴⁵

Les principaux facteurs de risque de transmission du VHB sont la provenance de zones d'endémicité virale B haute ou les séjours dans ces zones, et la multiplicité des partenaires sexuels. En Guyane, dans les populations marginalisées, il semble cependant que les transmissions mère-enfant et intrafamiliales restent élevées.

L'activité de dépistage apparaît contrastée selon ses modalités, les territoires et les publics. Concernant le dépistage prénatal, la Guadeloupe fait partie des régions où le pourcentage de femmes positives à ce test est très faible (0,1 %) ; il est de 0,8 % en Martinique et de 1 % en Guyane. L'activité de dépistage entre 2013 et 2015 dans les CDAG puis en CeGIDD a mis en évidence un taux de positivité de l'AgHBs plus faible qu'en métropole, de 0,48 % en Guadeloupe et de 0,68 % en Martinique. En revanche, il est plus élevé en Guyane à 2,28 %. Les personnes âgées entre 20 et 29 ans concentraient la part la plus importante de l'activité de dépistage dans les CDAG puis les CeGIDD. Les femmes testées sont plus jeunes que les hommes.⁴⁶

En 2015, la couverture vaccinale contre l'hépatite B à 3 doses à 24 mois était supérieure à 90 % dans les trois territoires, contre 88,1 % au niveau national.⁴⁷ Selon différentes enquêtes réalisées en milieu scolaire, la couverture à 3 doses des adolescents en classe de 3^e s'élevait à 67,5 % en 2009 en Guyane⁴⁸, à 69,1 % en 2011 en Martinique⁴⁹ et à 80,3 % en 2016 en Guadeloupe⁵⁰, soit des niveaux très supérieurs à ceux observés au niveau national (43,1 % en 2008-2009).⁵¹

S'agissant des coinfections VIH-VHB, la proportion était de 8 % en Martinique et de 6 % en Guyane⁵². En revanche, concernant les patients nouvellement pris en charge dans les services experts entre 2008 et 2010 pour une hépatite B, aucun n'était coinfecté par le VIH.

1.2.2.2. Les infections par le virus de l'hépatite C

Les données de l'enquête de prévalence réalisée en 2004 dans la population générale⁵³ ont montré que la prévalence des anticorps anti-VHC dans la population née en France d'outre-mer n'est pas statistiquement différente de celle de la population née en France métropolitaine. Par ailleurs, en 2007, en Guadeloupe, la prévalence des anticorps anti-VHC chez les adultes était estimée à 55 pour 10 000. En revanche, la prévalence des anticorps anti-VHC chez les nouveaux donneurs de sang était de 19,8 pour 10 000 en Guadeloupe et de 5,3 pour 10 000 en Martinique. Elle a significativement diminué en Guadeloupe en 2012 à 3,5 pour 10 000 mais pas en Martinique à 7,9 pour 10 000. En 2013-2015, la prévalence observée aux Antilles-Guyane est inférieure à celle de l'ensemble des DOM (4/10 000)⁵⁴.

Les facteurs de contamination sont très différents de ceux de la métropole. En Martinique, l'étude d'une cohorte rétrospective de patients ayant été infecté par le VHC entre 1994 et 2004, a montré que les femmes représentaient 51 % de la population contaminée avec plus de 80 % ayant eu une chirurgie lourde ou une transfusion de produit sanguin avant 1991. L'usage de drogue intraveineuse ne représentait que 13 % des modes de transmission⁵⁵. Les résultats sont similaires en Guadeloupe où l'on trouve une population infectée par le VHC, majoritairement féminine, à la suite d'une chirurgie gynécologique dans 1 cas sur 2. L'usage de

⁴⁵ Pioche Corinne, Léon Lucie, Larsen Christine, Lot Florence, Pillonel Josiane, Brouard Cécile. « Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. N° 26-27, juillet 2015. InVS, 2015. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_1.html

⁴⁶ Aubert Lydéric, Carvalho Luisiane, Suivant Claudine, Vaux Sophie *et al.* « Surveillance des hépatites B et C aux Antilles et en Guyane ». *Op. cit.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Données consultables sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatite-B>

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Couverture vaccinale des enfants scolarisés en Guadeloupe en 2016*, Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, 2017. <http://www.orsag.fr/actualite-orsag/370-couverture-vaccinale-des-enfants-scolarises-en-guadeloupe-en-2016.html>

⁵¹ Cf. note 48

⁵² COREVIH de Martinique. Rapport d'activité. 2012.

COREVIH de Guyane. Rapport d'activité. 2012.

⁵³ Meffre Christine *et al.* *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*. Institut de veille sanitaire. Mars 2007.

⁵⁴ Bulletin de veille sanitaire Antilles Guyane. N° 2. Mai-juin 2017. Spécial Hépatites B et C.

⁵⁵ *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*. Rapport de recommandations 2014. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. *Op. cit.*

drogue est davantage par inhalation, et n'est responsable d'une infection virale C que dans 5 % des cas. Il n'y a pas d'épidémie d'hépatite C aiguë rapportée chez les HSH en tant qu'IST dans ces territoires.

L'activité de dépistage de 2013 à 2015 dans les CDAG puis les CeGIDD a mis en évidence un taux de positivité sensiblement équivalent entre la Guadeloupe (0,27 %) et la Martinique (0,22 %) contre 0,67 % en Guyane. Ces taux restent inférieurs à ceux observés en métropole. Les personnes âgées entre 20 et 29 ans concentrent la part la plus importante de l'activité de dépistage des CDAG. Les femmes testées sont plus jeunes que les hommes. Le génotype 1 prédomine avec une proportion plus élevée de génotype 4 à la Martinique.

S'agissant des coinfections VIH-VHC, la proportion est de 8 % en Martinique et de 6 % en Guyane⁵⁶. En revanche, concernant les patients nouvellement pris en charge dans les services experts entre 2001 et 2007 pour une hépatite C, 10 % était coinfecté par le VIH.

1.2.3. Les données relatives aux autres IST sont mal connues

Concernant les autres IST, un petit nombre de cas d'IST bactériennes (syphilis récentes et gonococcies) ont été constatées. Une cinquantaine de cas de syphilis récentes ont été rapportés en Martinique en 2015, et seulement 7 cas en Guadeloupe. Le nombre de cas de gonococcies déclarés s'est limité à 12 en Martinique et 25 en Guadeloupe. Les données ne sont pas disponibles pour la Guyane.

Caractéristiques des patients atteints de syphilis récente ou de gonococcie en Martinique et en Guadeloupe

L'analyse des caractéristiques des patients concernés en Martinique et en Guadeloupe rapportées dans le réseau RésIST montre, comme en métropole, que les syphilis récentes sont essentiellement observées chez les hommes (62 % en Martinique et 100 % en Guadeloupe) et avant tout chez les HSH. Les cas de gonococcies concernent majoritairement des hommes (58 % en Martinique et 64 % en Guadeloupe), mais de façon moins marquée qu'en métropole (83 %) ; de même, la proportion de HSH est moins élevée qu'en métropole (17 et 12 % vs 67 % respectivement). Les cas de coinfections par le VIH chez les patients atteints d'IST sont plus fréquents qu'en métropole, sauf en ce qui concerne les cas de syphilis en Guadeloupe.

Le petit nombre de cas ne traduit pas une faible fréquence des IST, mais un faible niveau de déclarations. Celui-ci s'explique par la restriction de la surveillance épidémiologique disponible au réseau de cliniciens (*Cf. infra*) et, par ailleurs, par l'absence de données sur les IST en Guyane depuis une dizaine d'années. Dans ces conditions, l'analyse des données ne permet pas d'estimer l'incidence des IST ni d'apprécier les tendances évolutives.

Des difficultés comparables tenant à l'absence de réseau de surveillance des infections à chlamydia trachomatis et à papillomavirus humain (HPV) peuvent être constatées. Le réseau de laboratoires de surveillance des infections à chlamydia trachomatis est en cours de constitution et il n'existe pas de réseau de surveillance épidémiologique des infections à HPV. En l'absence de données issues des réseaux de surveillance pour ces deux infections, des études localisées de prévalence portant sur des populations spécifiques en Guyane ont montré que ces deux IST ne sont pas contrôlées de façon satisfaisante, au moins dans certaines populations de patients.

- Une étude récente⁵⁷ a montré que la prévalence globale standardisée sur l'âge de l'infection à HPV chez les femmes résidant dans les communes isolées du Maroni et de l'Oyapock était de 35 %, largement supérieure à celle observée en France métropolitaine. Ces taux élevés de prévalence sont en cohérence avec les taux d'incidence très élevés de cancer du col de l'utérus en Guyane.
- Une autre étude⁵⁸ a rapporté une prévalence de 6,2 % des infections urogénitales à chlamydia trachomatis chez les patientes consultant en orthogénie au centre hospitalier de Cayenne, proche de la prévalence rapportée en métropole ; pour les patientes âgées de 25 à 33 ans, la prévalence était de 29,4 %. Toutefois, les patientes avec une couverture sociale incomplète avaient un risque d'infection 9 fois plus important, alors que cette infection est souvent dénuée de symptômes chez les femmes et à l'origine d'infertilité. L'accès insuffisant au dépistage fondé sur des techniques moléculaires de réaction en chaîne par polymérase (PCR), en particulier PCR multiplex et le défaut de surveillance pourraient être invoqués.

⁵⁶ COREVIH de Martinique. Rapport d'activité. 2012.

⁵⁷ Dufit Valentin, Adenis Antoine, Douine Maylis et *al.* « Épidémiologie de l'infection à papillomavirus humains chez les femmes âgées de 20 à 65 ans résidant dans des communes isolées de Guyane française : adapter l'action au territoire ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. N° 34. 2016. pp 588-591.

⁵⁸ Amaury Roger. *Étude de prévalence des infections urogénitales basses à chlamydia trachomatis. Consultation d'orthogénie, Centre Hospitalier de Cayenne, 2010*. Mémoire d'obtention du DES de médecine générale. Faculté de médecine des Antilles et de la Guyane. Octobre 2010.

1.3. MALGRÉ L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION, L'EXPOSITION AU VIH ET AUX AUTRES IST DEMEURE MAJORÉE PAR LES CONTEXTES DE SEXUALITÉ

Même si une progression de la prévention du VIH ou des IST, sous toutes ses formes, est constatée (1.3.1), l'utilisation du préservatif, bien qu'elle aussi en hausse, n'est pas suffisamment prégnante dans plusieurs cas d'exposition aux risques (1.3.1.1) et ce alors que le recours au dépistage, très élevé, souffre d'un manque de ciblage efficace (1.3.1.2). La fréquence du multipartenariat ou du recours à des rapports sexuels tarifés est plus élevée qu'en métropole et expose à des risques de transmissions des IST plus conséquents (1.3.2).

1.3.1. Une progression de l'utilisation des instruments de prévention du VIH et des autres IST est constatée

1.3.1.1. L'utilisation du préservatif, qui est en hausse dans certaines populations, demeure insuffisante, en particulier dans certaines situations d'exposition aux risques

Les données de l'enquête KABP 2011⁵⁹ montrent que l'utilisation du préservatif est restée relativement stable dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises entre 2004 et 2011. La proportion de personnes ayant déclarées avoir utilisé un préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête passant de 35,3 % à 39,9 %. Par ailleurs, une augmentation de l'usage du préservatif est notée parmi des groupes vulnérables au risque d'infection par le VIH. Par exemple, les multipartenaires faiblement diplômés qui étaient 66 % en 2004 à avoir déclaré l'usage d'un préservatif dans l'année sont 82,7 % dans ce cas en 2011. Toutefois, la proportion de personnes ayant été confrontées à un refus de préservatif est nettement plus élevée dans ces territoires qu'en métropole (13,7 % vs 5,1 % chez les hommes ; 17,5 % vs 5,8 % chez les femmes).

L'âge et le sexe jouent un rôle non négligeable dans l'usage du préservatif. Plus les partenaires sont âgés, moins le préservatif est utilisé : seuls 76,1 % des hommes entre 55 et 69 ans y ont recours régulièrement, cette part diminuant à 46,1 % pour les femmes de la même tranche. De façon plus générale, les hommes ont plus tendance à utiliser un préservatif lors de leurs rapports que les femmes. Ainsi, en 2011, 47,8 % des hommes en avaient utilisé au cours des 12 derniers mois, contre 32,6 % des femmes. Cette moindre prévalence du préservatif chez les femmes par rapport aux hommes se retrouve également lorsque ces dernières ont des relations régulières non cohabitantes ou occasionnelles, l'écart étant respectivement de 16 et 21 points avec les hommes dans les mêmes situations.

L'usage du préservatif en Guyane et dans les Antilles françaises au cours des douze derniers mois d'activité sexuelle est plus important qu'en métropole, mais cette tendance s'inverse lors des situations à risque, comme l'initiation d'un rapport sexuel avec un nouveau partenaire chez les monopartenaires ou pour les multipartenaires. L'utilisation d'un préservatif est déclarée par 60,5 % des femmes monopartenaires ayant déclaré un nouveau partenaire contre 78,7 % d'entre elles en métropole. Chez les hommes, la proportion est respectivement de 61,7 % et 76,9 %. Il n'est pas exclu que la représentation du préservatif envisagé comme moyen de contraception plutôt que de prévention par une partie de la population de ces territoires puisse être à l'origine de cette disparité⁶⁰.

1.3.1.2. Le recours au dépistage du VIH apparaît particulièrement élevé mais demeure insuffisamment ciblé

Les données de l'enquête KABP 2011 montrent que le recours au dépistage du VIH en Guyane et dans les Antilles françaises était élevé⁶¹. Les territoires de Guyane, Guadeloupe et Martinique ont en 2016 les taux les plus élevés de sérologies VIH réalisées en France pour 1 000 habitants, soit 181, 182 et 148, respectivement. Par comparaison, le taux le plus élevé en métropole atteint en Île-de-France 112 sérologies VIH pour 1 000 habitants⁶².

La proportion de la population qui a déjà fait un test de dépistage du VIH au cours de sa vie (71,8 %) était supérieure à ce qui est observé en métropole (61,7 %) selon les données KABP 2011⁶³. De même, la proportion de la population qui a réalisé un test de dépistage récent (dans les 12 derniers mois) était plus élevée (25,8 %) que celle de métropole (14,1 %). Par ailleurs, les taux de dépistage tardifs (au stade sida ou avec un taux de cellules CD4<200/mm³) étaient plus élevés dans ces territoires comparé à la métropole : 40 % pour la Guyane, 39 % pour la Guadeloupe, 36 % pour la Martinique contre 31 % en métropole⁶⁴.

⁵⁹ Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels*. Sous la direction de Halfen Sandrine et Lydié Nathalie. Paris. La Documentation française. 2014.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

⁶² Cazein Françoise et al. « Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016 ». *Op. cit.*

⁶³ Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels*. *Op.cit.*

⁶⁴ *Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane*. N° 3. Décembre 2016.

Le recours au dépistage qui avait baissé entre 1992 et 2004, mais restait à un niveau élevé, a nettement augmenté entre 2004 et 2011, chez les hommes et chez les femmes. D'une part, la proportion de personnes n'ayant jamais été testées a nettement reculé, passant en moyenne de 43,8 % en 2004 à 28,2 % en 2011. D'autre part, la proportion de personnes ayant eu recours à un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois était en hausse sensible (17,8 % en 2004 vs 25,8 % en 2011).

Le niveau élevé de recours au dépistage du VIH présente des disparités selon le sexe et l'âge. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir déjà fait un test de dépistage au cours de leur vie, quel que soit le territoire considéré (en moyenne 75,3 % vs 67,6 %). Cet écart s'explique, notamment, par le fait que les femmes se voient systématiquement proposer un test de dépistage du VIH lors de l'examen prénatal. Par ailleurs, les hommes de 18 à 24 ans sont moins nombreux à avoir réalisé un test de dépistage au regard des autres groupes d'âge mais aussi comparé à la métropole.

Comme en métropole, les comportements de recours au dépistage des individus différaient, outre le sexe et l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (notamment le niveau de diplômes ou le lieu de naissance des individus), certains comportements sexuels (notamment le nombre de partenaires ou l'orientation sexuelle des personnes) ainsi que les connaissances associées au VIH/sida (les modes de transmission ou les moyens de prévention).

En dépit du niveau élevé de recours au dépistage dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises, celui-ci apparaît insuffisamment ciblé en direction des personnes les plus exposées au risque de transmission du VIH (*Cf. supra*).

1.3.2. Les rapports sexuels payés ainsi que le multipartenariat sont plus fréquents qu'en métropole, et augmentent l'exposition au risque de transmission des IST

Les territoires de Guyane et des Antilles françaises sont caractérisés par la fréquence des rapports sexuels payés et du multipartenariat.

Les données de l'enquête KABP 2011 montrent que les hommes étaient environ deux fois plus nombreux que ceux de métropole à déclarer des rapports sexuels payants et/ou payés (8,8 % vs 4,8 % pour les cinq dernières années, 3,9 % vs 1,9 % pour les 12 derniers mois). Chez les femmes, les proportions, bien que faibles, sont dix fois plus grandes dans les territoires couverts par la mission qu'en métropole (0,5 % vs 0,05 % pour les cinq dernières années, 0,1 % vs 0,01 % pour les 12 derniers mois). En 2011, les hommes et les femmes des territoires couverts par la mission indiquent dans une plus grande proportion qu'en 2004 avoir eu des rapports sexuels payants/payés au cours des cinq dernières années : respectivement 8,8 % vs 5,7 % chez les hommes et 0,5 % vs 0,04 % chez les femmes. En Guadeloupe et Martinique ce sont les hommes dans la tranche d'âge 25-34 ans qui avaient le plus recours à des rapports sexuels tarifés ou payés, alors qu'en Guyane, la proportion est d'environ un homme sur 10 pour toutes les tranches d'âge. Pour les trois territoires, les hommes qui se déclaraient homo/bisexuels sont ceux qui rapportaient le plus de rapports sexuels payants ou en étant payés.

Les données montrent une fréquence deux fois plus élevée qu'en métropole du multipartenariat chez les hommes (26,2 % vs 11,9 %)⁶⁵. Dans ces territoires, le multipartenariat se maintient à un niveau élevé pendant tout l'âge adulte, bien que diminuant avec l'âge, et se caractérise par une proportion importante d'hommes engagés simultanément dans des relations différentes, durables avec plusieurs relations en parallèle (« multipartenariat stable ») ou ponctuelles, avec une relation durable et une relation occasionnelle. Les données de KABP 2011 montrent une poursuite de la diminution du « multipartenariat stable », au bénéfice du « multipartenariat mixte » qui associe partenaires nouveaux (connus depuis un an ou moins) et partenaires « anciens ».

La fréquence des rapports sexuels payés et du multipartenariat peut être replacée dans le contexte de la prépondérance, dans les territoires couverts par la mission, ainsi que dans d'autres territoires de la Caraïbe, de familles monoparentales, dont la majorité sont des familles dites matrifocales. La notion de famille matrifocale, où la femme joue un rôle central dans l'organisation familiale, est convoquée en opposition à la notion de famille nucléaire, qui constitue la norme d'organisation sociale et familiale en métropole⁶⁶. La notion de matrifocalité induit la construction d'une identité sociale et familiale où les mères sont socialement valorisées pour leur capacité à subvenir seules à leurs besoins et à ceux de leur famille, et où les pères sont considérés comme intrinsèquement irresponsables et sont généralement présents ponctuellement ou absents de la sphère familiale⁶⁷.

⁶⁵ C'est-à-dire des personnes ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires (successivement ou simultanément) au cours des douze mois précédant l'enquête.

⁶⁶ Guillemaut Françoise. « Un "dispositif de sexe et genre créolisé", L'exemple de la Guadeloupe et de la Guyane ». *L'Homme et la société*. N°189-190. 2013.

⁶⁷ Kabille Joëlle. *Constructions et expressions de la masculinité et VIH/sida en Martinique*. Thèse de sciences politiques sous la direction de Daniel Justin et Mulot Stéphanie. En préparation depuis 2014. Université des Antilles.

Ces modes d'organisation du multipartenariat et de la matrifocalité, dont la généalogie renvoie à l'histoire conjugquée de l'esclavage, de l'économie de plantation et de l'organisation socio-économique de dépendance à la métropole, favorisent un contexte de sexualité en « réseau sexuel »⁶⁸. D'une part, les femmes peuvent être conduites à utiliser leur sexualité et les compensations matérielles ou pécuniaires éventuellement associées pour consolider leur position socio-économique et celle de leur famille⁶⁹. Les échanges économique-sexuels⁷⁰ s'inscrivent dans les modes de vie et les stratégies de survie des populations et la négociation de la sexualité apparaît comme un outil d'émancipation matérielle. D'autre part, les hommes consolident leur influence, en dehors de la famille, en entretenant une ou plusieurs relations : la négociation de la sexualité apparaît ici comme un outil de consolidation d'une réputation. Cette configuration de la sexualité génère des liens d'interdépendance et des échanges de capital à la fois social et économique.

1.4. LES ATTEINTES AUX DROITS SEXUELS CONTRIBUENT À RENFORCER L'EXPOSITION AU RISQUE

Les atteintes aux droits sexuels constatées en Guyane et dans les Antilles françaises sont en particulier caractérisées par un haut niveau de violences sexuelles subies déclarées (1.4.1), par la fréquence élevée d'attitudes stigmatisantes et par une culture du secret (1.4.2) qui ne favorisent pas la poursuite d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre.

La définition des droits sexuels adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2006

Les droits sexuels sont entendus par l'OMS comme faisant partie des droits de la personne qui incluent le droit de tous d'accéder, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence, 1) à la meilleure santé possible en matière de sexualité, y compris l'accès à des services de santé sexuelle adaptés aux différents âges, 2) à chercher, à recevoir et à diffuser des informations en matière de sexualité, 3) à l'éducation sexuelle, 4) au respect de l'intégrité de leur corps, 5) à choisir leur partenaire, 6) à décider d'avoir une vie sexuelle active ou non 7) à des rapports sexuels librement consentis, 8) à un mariage librement consenti, 9) à décider d'avoir ou non des enfants et à choisir le moment de leur naissance 10) à rechercher une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable.

1.4.1. La déclaration des violences sexuelles subies est en hausse

Les femmes antillaises et guyanaises apparaissent surexposées aux violences, notamment conjugales. Les représentations sociales des rôles hommes-femmes et les modèles d'organisation familiale contribuent à la vulnérabilité des femmes, qui est aggravée par des facteurs tels que la précarité économique et sociale et la tolérance sociale de la violence⁷¹. La fréquence du multipartenariat masculin surexpose les femmes antillaises et guyanaises à des situations de précarité matérielle et affective, et semble favoriser la violence dans le couple.

Les violences sexuelles subies recouvrent les attouchements sexuels, les rapports sexuels forcés et les tentatives de rapports forcés. Les données KABP 2011 montrent qu'une femme sur cinq et un homme sur douze dans les territoires couverts par la mission ont déclaré avoir connu des violences sexuelles. Chez les femmes, cette proportion a augmenté entre 2004 et 2011 (14,3 % en 2004 vs 20,5 % en 2011). Elles sont 12,1 % à avoir déclaré des attouchements sexuels, 10,5 % des rapports sexuels forcés et 7,2 % des tentatives de rapports forcés. Par ailleurs, les hommes ou les femmes ayant eu au moins un rapport homosexuel au cours de leur vie sont nettement plus nombreux à déclarer des rapports sexuels forcés parmi les hommes (29,6 % contre 2,6 %) et les femmes (37,6 % contre 10,3 %).

⁶⁸ Bozon Michel cité dans Guillemaut Françoise. « Un "dispositif de sexe et genre créolisé", L'exemple de la Guadeloupe et de la Guyane ». *Op. cit.*

⁶⁹ Guillemaut Françoise. « Un "dispositif de sexe et genre créolisé", L'exemple de la Guadeloupe et de la Guyane ». *Op. cit.*

⁷⁰ L'échange économique-sexuel est ici entendu avec Paola Tabet, comme « une compensation masculine contre une prestation féminine, un paiement (en valeur économique mais aussi en valeur prestige, statut social, nom) contre une sexualité largement transformée en service ». Dans un contexte général de relations inégalitaires entre les hommes et les femmes, les rapports entre sexe ne constituent donc pas un échange réciproque de sexualité. Cette notion permet de concevoir les rapports sociaux de sexe comme inscrits dans un continuum allant de la prostitution à la vie conjugale, même s'ils demeurent sous-tendus par un contexte de discrimination des femmes.

Tabet Paola. « Du don au tarif. Les relations sexuelles impliquant une compensation ». *Les Temps modernes*. N°490. 1987.

Handman Marie-Elisabeth. « L'œuvre de Paola Tabet ou l'art de renverser le sens commun ». *Cahiers du Genre*. N°63. 2017.

⁷¹ Conseil économique, social et environnemental. *Combattre les violences faites aux femmes dans les Outre-mer*. Mars 2017.

Les données de l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) de l'INSEE de 2013 et 2014 montrent que 7 % des résidents guyanais de 18 à 75 ans, 5 % des résidents martiniquais et 4 % des résidents guadeloupéens ont subi des violences physiques ou sexuelles en 2013 ou 2014. Les taux de victimation au sein des ménages sont deux fois supérieurs pour les femmes en Guyane et aux Antilles en comparaison avec les hommes. Ces deux enquêtes, aux méthodologies distinctes, illustrent la surexposition et la vulnérabilité des femmes antillaises et guyanaises aux violences physiques et sexuelles⁷².

La hausse des déclarations des violences sexuelles revêt plusieurs interprétations. L'enquête KABP 2011 suggère que la hausse est en partie l'expression d'une plus grande aisance ou légitimité des individus à pouvoir les déclarer. Elle mentionne différentes campagnes de communication conduites sur ce thème favorisant une parole plus libérée. La hausse des déclarations peut également traduire un accroissement réel des violences subies. Leur banalisation observée dans ces territoires, les difficultés rencontrées par les victimes à dénoncer les violences subies, en l'absence de lieux d'accueil et d'écoute notamment, suggèrent que celles-ci peuvent prospérer⁷³.

1.4.2. La persistance des normes sociales prescriptives autour de certaines formes de sexualités et de stéréotypes favorise des attitudes stigmatisantes et une culture du secret

1.4.2.1. Les représentations des rôles hommes-femmes, de l'homosexualité et du VIH/sida demeurent stéréotypées

Les données et travaux disponibles mettent en relief le maintien de comportements sexuels et de normes très différenciés entre les hommes et les femmes de la Guyane et des Antilles françaises. La socialisation différenciée des garçons et des filles dans ces sociétés conduit à l'établissement d'un double standard de comportements selon le sexe des individus, qui s'articule autour de deux paradigmes de socialisation : le principe de réputation pour les hommes et le principe de respectabilité pour les femmes⁷⁴. Les deux principes tendent à créer plus qu'ailleurs des identités sexuelles distinctes.

Le rôle de la femme « créole » et sa représentation sont très ambivalents⁷⁵. Ils sont à la fois associés à la fidélité conjugale et à la maternité mais aussi à une forme de « lascivité » d'abord théorisée par les médecins coloniaux⁷⁶. Celui de l'homme n'échappe pas non plus aux caricatures : la fonction masculine semble d'après les enquêtes déclaratives avoir longtemps été marquée par une virilité ostentatoire. Ces représentations de séducteur voire de « don Juan » semblent être moins dominantes aujourd'hui dans ces territoires. On peut néanmoins affirmer que, comme en métropole, l'hétéronorme domine. Le multipartenariat hétérosexuel d'après les enquêtes sur les comportements sexuels y constitue cependant une spécificité.

En dépit des constats, il convient de se garder de fixer ces populations dans des identités sexuelles figées. Ces territoires ont été théorisés comme des lieux de « créolisation » forts et ne cessent de changer dans leurs relations aux autres. Les modèles coloniaux et postcoloniaux sont, par les nouvelles générations qui voyagent notamment vers les États-Unis ou l'Europe, largement battus en brèches. Ils sont parfois d'ailleurs des a priori qui empêchent de voir d'autres réalités, en particulier l'importance dans les rapports masculin/féminin de l'alcool ou d'autres substances psychoactives. L'élévation de l'IDH participe de cette évolution ainsi que la production d'imaginaires sociaux, en particulier artistiques et littéraires, où ces questions sont de moins en moins taboues.

Dans ce contexte, l'homosexualité masculine apparaît comme une transgression de l'identité sexuelle masculine basée sur le principe de réputation, et est donc moralement et socialement condamnée. L'association de l'homosexualité à une sexualité contre-nature, voire l'absence de reconnaissance de son existence, qui s'apparente à sa négation, contribuent particulièrement à la stigmatisation des HSH. Les données de l'enquête KABP 2011 montrent qu'environ 50 % des habitants des territoires de Guyane-Antilles pensent que l'homosexualité est « une sexualité contre-nature » contre environ 20 % de ceux de métropole.

Plus récemment, le débat public qui a accompagné la discussion du projet de loi ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe a ravivé des discours portant sur la dimension « impérialiste » ou

⁷² L'enquête KABP dans les DFA en 2011 est conduite sous l'égide de l'Observatoire régional de santé d'Île de France et de l'ex-INPES, sur échantillon aléatoire en population générale, par entretien téléphonique. L'échantillon intégrait des personnes de 15 à 69 ans, environ 1500 pour la Guadeloupe, 1500 pour la Martinique et 1800 pour la Guyane. L'enquête Cadre de vie et sécurité a été conduite en 2015 dans les DOM sous l'égide de l'INSEE en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale. Après tirage au sort de logements, l'enquête s'est déroulée dans le logement du ménage, en entretien en face-à-face et a porté sur environ 3000 ménages. Les personnes interrogées sur les questions de violences sexuelles et physiques étaient âgées de 18 à 75 ans.

⁷³ Union Départementale des Associations Familiales de Guadeloupe. *Études et Recherches : Familles Guadeloupéennes. Jeunes et santé sexuelle : Risques et réduction des risques*. Septembre 2010.

⁷⁴ Giraud Michel. « Une construction coloniale de la sexualité ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. N°128. 1999.

⁷⁵ *Ibid.*

Guillemaut Françoise. « Un "dispositif de sexe et genre créolisé". L'exemple de la Guadeloupe et de la Guyane ». *Op. cit.*

⁷⁶ Corre Armand. *Nos Créoles, étude politico-sociologique*. Paris. L'Harmattan. 1890.

« coloniale » de l'imposition de normes relatives à la sexualité et a rappelé que l'homosexualité est perçue comme une transgression des normes sexuelles locales. Des déclarations émanant de représentants politiques ultramarins ont ainsi dépeint le projet de loi comme une atteinte aux coutumes et valeurs des sociétés ultramarines⁷⁷.

Enfin, les représentations sociales du VIH/sida paraissent particulièrement connotées. Les données de l'étude KABP 2011 rappellent que la crainte du VIH/sida est toujours extrêmement forte dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises. Le niveau de crainte, très élevé lors de la précédente enquête (49,7 %), a fortement augmenté en 2011 (60,3 %) et atteint un niveau bien supérieur au niveau constaté en métropole (13,4 %). Le risque perçu du VIH/sida est le plus important devant le cancer, les accidents de la circulation et la dengue. Le VIH/sida apparaît associé à une image relativement ancienne de l'infection, qui évoque la mort, la dégradation physique et le rejet social, et les représentations sociales du VIH/sida semblent, comme en métropole, fondées sur « une présomption de l'altérité de cette maladie et des malades », en disjonction complète avec les savoirs d'experts et les progrès thérapeutiques.

L'altérité ethnique, sexuelle ou morale, permet d'établir une distance identitaire et sociale entre les personnes considérées comme « à risque » du fait de leur identité ou de leurs pratiques, et le reste de la société, dont l'immunité et l'invulnérabilité au VIH seraient garanties par des comportements « respectables », au sens de conformes aux normes sexuelles et aux valeurs morales en vigueur. Ces représentations du VIH/sida s'inscrivent dans une logique où le risque épidémique est circonscrit à certaines catégories sociales⁷⁸. En outre, des croyances erronées sur la transmission du VIH par simple contact ou lors d'un rapport sexuel protégé subsistent et concernent environ 15 % à 20 % des individus.

1.4.2. La fréquence des attitudes stigmatisantes favorise une culture du secret

Les représentations sociales, en particulier de l'homosexualité et du VIH/sida contribuent à la banalisation des attitudes stigmatisantes. En outre, l'inscription des individus dans des cercles d'appartenance à certaines formes de communauté, le contrôle social exercé sur les individus et leurs réputations, favorisent la culture du secret, dans des sociétés où le lien communautaire demeure fort, notamment du fait de l'enclavement ou de l'insularité des territoires. Par ailleurs, les situations de dépendance économique peuvent renforcer cette culture du secret.

Si les attitudes stigmatisantes déclarées à l'égard des personnes touchées par l'infection ont continué de reculer entre 2004 et 2011 selon les données KABP 2011, le niveau de rejet reste plus élevé qu'en métropole. Les personnes aux Antilles et en Guyane déclarent davantage d'attitudes stigmatisantes envers les PVVIH que celles de métropole, à sexe, âge ou diplôme égal. Comme en métropole, plus la situation suppose un degré de proximité avec une personne séropositive, plus les personnes déclarent des attitudes stigmatisantes envers elles. 26 % des personnes ne laisseraient pas leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une PVVIH, 33,6 % n'embaucheraient pas une personne infectée par le VIH pour faire la cuisine et 70,3 % refuseraient d'avoir une relation sexuelle avec une PVVIH, même en utilisant un préservatif. Au sein des territoires couverts par la mission, davantage d'attitudes stigmatisantes sont déclarées en Guyane qu'aux Antilles.

Conséquence de ces niveaux importants de rejet, la place du secret dans l'expérience du VIH/sida demeure particulièrement prépondérante dans les territoires de Guyane et des Antilles. Les données de l'enquête Vespa²⁷⁹ sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH prises en charge en 2010 dans les hôpitaux montrent qu'en moyenne 25 % à 35 % des personnes, selon les territoires, vivent dans le secret absolu de leur séropositivité vis-à-vis de leur partenaire/conjoint, leur famille, leurs amis, dans leur milieu de travail. La proportion n'a pas évolué par rapport à l'enquête Vespa départements français d'Amérique (DFA) de 2003, et apparaît cinq à sept fois supérieure à la proportion observée en métropole.

1.5. LA VULNÉRABILITÉ DES MIGRANTS AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH APPARAÎT PARTICULIÈREMENT MAJORÉE

La proportion de migrants parmi les personnes infectées par le VIH est élevée (1.5.1) : les migrants sont plus particulièrement exposés à ce risque infectieux (1.5.2), et ceux qui sont infectés sont en outre confrontés à des facteurs généraux de vulnérabilité (1.5.3).

⁷⁷ Chonville Nadia. « Leviers des mouvements sociaux parallèles au vote de la loi 'Mariage pour tous' en Martinique : mobilisation des ressources et processus de cadrage ». *Etudes Caraïbennes*. N°29. 2014.

⁷⁸ Mulot Stéphanie. « Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais ». *Revue française de sociologie*. N°50. 2009.

⁷⁹ France Lert et al. « Situation sociale et état de santé des personnes vivant avec le VIH aux Antilles, en Guyane et à La Réunion en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. N° 26-27. 2013. L'enquête ANRS Vespa2 menée en 2011 sur l'ensemble du territoire français a pour objectif général de rendre compte des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH et d'appréhender les processus générateurs d'inégalités au cours de la maladie et dans ses conséquences sociales après plus de quinze ans de progrès médicaux continus.

1.5.1. La proportion de migrants parmi les PVVIH est élevée

Les données relatives aux files actives hospitalières font état d'une proportion très importante de personnes nées à l'étranger dans certains territoires ultramarins.

Tableau 1. Proportion de patients nés à l'étranger dans les files actives ultramarines

Territoire	Guyane ⁸⁰	Guadeloupe ⁸¹	Saint-Martin ⁸²	Martinique ⁸³
Année de référence	2016	2015	2015	2016
File active	1 756	1 073 ⁸⁴	493	1 026
Proportion de patients nés à l'étranger	82,1 % ⁸⁵	37 %	78 %	17,3 %

1.5.2. Les personnes migrantes sont plus exposées au risque d'infection par le VIH que les personnes nées sur le territoire français

Les personnes migrantes sont particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH. Plusieurs facteurs d'exposition ont été constatés. Tout d'abord, chez les plus jeunes, l'origine géographique n'est pas sans incidence sur le port du préservatif au premier rapport sexuel, puisque les personnes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud se protègent moins à cette occasion que celles nées en métropole ou dans les Antilles françaises et ce, à niveau de diplôme équivalent.⁸⁶

Plus largement, les migrants sont plus susceptibles d'avoir une opinion défavorable du préservatif, ce qui peut mener à un moindre usage de ce dernier et donc à une exposition aux IST plus importante : leur perception favorable de ce dernier est inférieur d'1,4 points à celle des personnes nées sur le territoire français, à niveau de diplômes équivalents.⁸⁷ La stigmatisation de l'homosexualité, facteur de vulnérabilité pour les HSH et dans la conduite de leur sexualité, est de plus particulièrement élevée parmi les populations vivant dans les régions ultramarines mais nées à l'étranger. Ainsi 90 % des hommes et 80 % des femmes de ces populations considèrent les rapports entre personnes de même sexe comme « contre-nature » ou fruit « d'un problème psychologique. »⁸⁸

L'acceptation du VIH est en outre plus basse d'1,5 point parmi les migrants par rapport aux individus nés dans les territoires de Guyane et des Antilles. Cependant ce chiffre est à relativiser puisque le taux de PVVIH migrantes gardant leur séropositivité secrète vis-à-vis de leur entourage est dans la moyenne de celui des personnes dans ce cas nées sur place. Pour autant, la pratique du secret concerne un nombre important de migrants et les place dans une position de vulnérabilité.⁸⁹

S'agissant du dépistage du VIH, son augmentation a été observée parmi les populations migrantes même si des progrès demeurent à accomplir pour atteindre les mêmes proportions que celles des individus nés sur le territoire français, en particulier les hommes. Ainsi, chez les migrants, les hommes nés dans la Caraïbe étaient plus nombreux à n'avoir jamais été dépistés (41,1 %) que les hommes nés dans les territoires de Guyane et des Antilles (33,5 %) et que ceux nés en métropole (19,2 %). Néanmoins, le pourcentage d'hommes ayant indiqué avoir fait un test dans l'année était comparable (environ un quart), quel que soit le lieu de naissance des hommes (Caraïbe, Guyane-Antilles ou métropole). Chez les femmes, celles nées dans la Caraïbe sont nettement plus nombreuses que les autres à avoir eu recours à un test dans l'année probablement en raison de leur consultation plus fréquente d'un médecin en raison d'un taux de grossesse élevé parmi ces femmes.

⁸⁰ COREVIH de Guyane. Rapport d'activité 2016. 2017.

⁸¹ COREVIH de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. *Le VIH en 2016. Situation épidémiologique COREVIH Guadeloupe Saint-Martin St-Barth*. Juin 2017.

⁸² *Ibid.*

⁸³ COREVIH de Martinique. *Caractéristiques des patients infectés par le VIH suivis au CHU de Martinique*. 2017.

⁸⁴ Environ 150 patients relevant de deux consultations n'ont pas été comptabilisés.

⁸⁵ Cette proportion est calculée en tenant compte uniquement des patients dont le dossier mentionne le pays de naissance (n=1551). La file active compte par ailleurs 205 patients pour lesquels le pays de naissance n'est pas.

⁸⁶ Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels*. Op. cit.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ *Ibid.*

1.5.3. Les personnes migrantes infectées par le VIH présentent en outre des facteurs généraux de vulnérabilité

Les PVVIH étrangers sont principalement originaires d'Haïti en Guyane, en Guadeloupe et à Saint-Martin. Ils rencontrent des difficultés multiples de précarité socio-économique et d'accès aux soins.

Les populations affectées par le VIH à Saint-Martin sont très majoritairement migrantes

L'importance de la population migrante, de sa précarité sociale et économique, de sa vulnérabilité au risque VIH et IST et de ses besoins spécifiques est une particularité forte de la situation saint-martinoise, dans la partie française de l'île.

- En effet, un tiers de la population est née à Saint-Martin, et un tiers est immigrée, principalement originaire d'Haïti. Il existe environ 100 communautés d'origines différentes à Saint-Martin et il est rapporté que certaines de ces communautés sont peu visibles du milieu associatif et des professionnels de santé et de l'action sociale, en raison de conditions de logement précaires et variables, d'isolement culturel, d'absence de structuration communautaire, et d'irrégularité au regard du séjour.

- Le niveau de chômage important (32 %), touche particulièrement les jeunes migrants. Ainsi, la proportion de jeunes immigrés âgés de 15 à 24 ans ni en formation ni en emploi atteint 44 % en 2012. De plus, le taux de chômage dans la partie française de l'île est trois fois plus élevé que dans le secteur hollandais.

- 78 % des personnes suivies pour une infection par le VIH sont nées à l'étranger⁹⁰. L'âge moyen au dépistage est de 47,5 ans, plus élevé qu'en métropole, et le dépistage est tardif dans 56 % des cas. Selon les médecins du centre hospitalier et le milieu associatif, la plupart des personnes étrangères infectées par le VIH sont en situation de séjour irrégulière, bien qu'anciennement installées à Saint-Martin, et beaucoup ont probablement été infectées à Saint-Martin⁹¹. 30 % des diagnostics VIH agrégés dans les données de Guadeloupe viennent de Saint-Martin qui ne comptait qu'environ 35 000 habitants en 2014.

Les migrants rencontrent des difficultés d'accès à l'offre de prévention et de santé pour des raisons multiples, dont le sous-dimensionnement avéré de l'offre en matière de VIH et d'IST, tant en matière d'offre hospitalière que de prévention. L'absence de collaboration institutionnelle et de communication entre la partie française et la partie hollandaise de l'île, État autonome du royaume des Pays-Bas, ajoute aux difficultés rencontrées par les acteurs de santé. Ainsi, les migrants résidant dans le secteur hollandais, et dont l'état justifie une prise en charge hospitalière dont ils ne peuvent bénéficier en l'absence de couverture assurantielle, se déplacent vers l'hôpital Fleming dans le secteur français où ils sont acceptés. Enfin, la survenue de l'ouragan Irma en septembre 2017 et ses conséquences désastreuses sur l'île et sa population ont modifié le contexte et les besoins. Il est en effet très probable que, d'une part, une partie de la population résidente de l'île, dont des professionnels de santé, ait quitté le territoire et que, d'autre part, la précarité et la vulnérabilité de ceux qui sont restés se soient considérablement accrues.

Les données de l'étude Vespa2 (Cf. encadré *infra*) ont montré, par ailleurs, que les migrants font face à des pratiques discriminatoires et inégalitaires y compris jusque dans la prise en charge des malades en milieu hospitalier, comme cela a été rapporté⁹². À ces difficultés est associée une fragilité affective et personnelle, une proportion importante d'étrangers vivant séparés de leurs enfants⁹³.

Les PVVIH étrangers de la région de Cayenne

Dans l'étude Vespa2⁹⁴ circonscrite à la région de Cayenne, la part des Haïtiens parmi les étrangers est de 44,6 %, les autres représentant une population diversifiée principalement originaire des pays frontaliers ou de la Caraïbe. Ces étrangers séropositifs au VIH sont arrivés de longue date dans le département (18 ans en médiane), durée voisine de celle observée pour l'ensemble des étrangers en population générale. Pourtant, en prenant comme indicateur la détention d'une carte de résident de dix ans, les étrangers séropositifs au VIH sont en situation plus fragile avec 30,1 % de détenteurs du statut de résident en Guyane contre 47,8 % en population générale.

⁹⁰ Auditions CNS.

⁹¹ Auditions CNS.

⁹² Mulot Stéphanie, 2010, « Le sida, le crack et l'hôpital : chronique d'une recherche impliquée et impuissante », in *Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche* sous la direction de Chabrol Fanny et Girard Gabriel. Paris. ANRS. pp. 87-102 ; Carde Estelle, *Discriminations et accès aux soins en Guyane française*. Les Presses de l'Université de Montréal. 2016.

⁹³ Laethier Maud, *Etre migrant et Haïtien en Guyane*. Paris. Comité des travaux historiques et scientifiques. 2011.

⁹⁴ Voir présentation de l'enquête *supra* note 79.

2. LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST NÉCESSITE UNE MISE À NIVEAU DE L'OFFRE DE SANTÉ ET UNE ADAPTATION DES DISPOSITIFS AUX CONTRAINTES DES TERRITOIRES

En dépit de progrès constatés ces dernières années, les stratégies, programmes et actions publiques susceptibles de lutter avec efficacité contre le VIH/sida et les autres IST apparaissent insuffisamment mis en œuvre. Les crédits consentis ne permettent pas de couvrir les principaux besoins des populations et les actions privilégiées ne semblent pas avoir été correctement adaptées aux contraintes des territoires.

Les dispositifs de prévention, notamment mis en œuvre par des opérateurs associatifs fragilisés et insuffisamment coordonnés, sont particulièrement pénalisés par cette faiblesse (2.1). Plus largement, le système de santé demeure en partie inadapté à la prévention, au dépistage et à la prise en charge du VIH/sida et des autres IST, faute d'une mobilisation adaptée de ressources humaines et du déploiement stratégique d'une offre mobile au plus près des besoins (2.2). La mise à niveau et l'adaptation de l'offre de santé, nécessitent, pour produire des résultats tangibles, un renforcement des politiques de formation (2.3).

2.1. COMPTE TENU DE LEUR FAIBLESSE STRUCTURELLE, LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT DOIVENT ÊTRE DAVANTAGE PROMUES

Les actions de promotion de la santé, de prévention des maladies et d'accompagnement des personnes remplissent un rôle central dans la lutte contre le VIH et les autres IST. Les mesures de prévention collective ainsi que les actions de prévention individuelle, primaire et secondaire, présentent un intérêt collectif et contribuent à la diminution de l'incidence du VIH et des autres IST en France métropolitaine comme dans les territoires ultramarins.

Les trois composantes de la prévention institutionnelle des IST

Les trois composantes des actions de prévention institutionnelle des IST sont (i) la prévention individuelle primaire qui inclut les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, la médecine scolaire, (ii) la prévention individuelle secondaire qui comprend le dépistage organisé des IST y compris le VIH/sida et les hépatites virales, (iii) la prévention collective à visée comportementale qui comporte des actions relatives à l'information et à l'éducation à la santé auprès des populations cibles sur le thème des IST.

La part de la dépense publique de prévention des IST dans la dépense totale de prévention apparaît substantielle. La dépense est retracée dans plusieurs postes des comptes de la santé : (i) le poste « Dépistage du VIH/sida, des hépatites, de la tuberculose et des autres maladies infectieuses » qui consomme 31,2 % des dépenses de prévention secondaire individuelle, (ii) les postes « Lutte contre les IST, santé sexuelle, contraception » et « Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé » qui consomment, respectivement, 1,5 % et 63,6 % des crédits de prévention collective à visée comportementale.

En dépit de leur intérêt majeur, les programmes de prévention apparaissent insuffisamment financés par les pouvoirs publics (2.1.1). Les opérateurs associatifs qui mettent en œuvre des actions de prévention ne sont notamment pas soutenus à la hauteur permettant de couvrir les besoins (2.1.2). Les actions de médiation, qui paraissent adaptées aux particularités territoriales, sont aussi insuffisamment portées et pérennisées (2.1.3). Enfin, la coordination des actions de prévention est insuffisamment assumée par les COREVIH (2.1.4).

2.1.1. Les concours financiers publics en faveur de la prévention sont structurellement insuffisants

Dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises comme en métropole, les crédits alloués aux actions de promotion de la santé et de prévention sont structurellement faibles en regard des autres postes budgétaires. Au plan national, la prévention institutionnelle, c'est-à-dire financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention, représentait en 2016 environ 87 € par habitant, soit 2,2 % de la dépense courante de santé (DCS)⁹⁵. Par comparaison, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)⁹⁶ est évaluée pour la même année à 2 975 € par habitant, soit 74,5 % de la dépense courante de santé (DCS)⁹⁷.

⁹⁵ La DCS au sens français est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante », parce qu'elle n'intègre pas les dépenses d'investissements en capital (formation brute de capital fixe, FBCF) des établissements de santé et des professionnels libéraux.

⁹⁶ La CSBM représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé et inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre

Les concours financiers proviennent du budget de l'État, de l'assurance-maladie et des collectivités territoriales qui exercent des missions de prévention.

2.1.1.1. Les concours financiers de l'État ne traduisent pas la priorité que constituent les interventions de prévention

Les principaux concours de l'État en faveur des interventions de prévention institutionnelle sont alloués par le fonds d'intervention régional (FIR). D'autres crédits susceptibles de contribuer à la prévention sont consentis dans le cadres d'autres missions de l'État dont la mission « Condition de vie outre-mer ».

- *Les crédits délégués aux Agences régionales de santé (ARS) de Guyane et des Antilles françaises dans le cadre du FIR ont bénéficié d'un rattrapage*

Les crédits de prévention institutionnelle de l'État sont alloués aux ARS dans le cadre du FIR. Créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012⁹⁸, le FIR rassemble dans une enveloppe unique répartie par région les moyens permettant aux ARS de financer les actions inscrites au titre de leur projet régional de santé. Les missions éligibles au financement ont été réorganisées en 2015 en cinq axes stratégiques reflétant les priorités nationales de santé⁹⁹. Les ressources du FIR sont principalement constituées d'une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, d'une dotation de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA)¹⁰⁰. Le montant total des produits affectés au FIR s'élève pour l'exercice 2017 à 3 415 millions d'euros contre 3 344 millions d'euros en 2016.

L'équité de la répartition des dotations du FIR entre les régions s'est progressivement renforcée en faveur des territoires ultramarins. Depuis 2015, le FIR s'est doté d'un dispositif de péréquation, visant à renforcer l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux selon des critères¹⁰¹ permettant de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population. Ce système n'est toutefois pas appliqué aux dotations des ARS d'outre-mer, qui bénéficient depuis 2016 d'un régime favorable.

Pour 2016, chacune des dotations du FIR des territoires ultramarins devaient observer une progression a minima de 1 % à périmètres retraités¹⁰². La mise en œuvre financière du FIR fait apparaître que les crédits délégués à la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe ont connu un taux d'évolution respectivement de 17 %, 14,5 % et 1 %¹⁰³ entre 2015 et 2016 alors que ce taux avoisine 0,15 % au plan national au cours de la même période.

Pour 2017, les quatre ARS ultramarines ont été dotées de financements complémentaires, correspondant à 1 % des dotations FIR 2016, pour leur permettre d'accompagner la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé pour les outre-mer. Ces crédits complémentaires devaient notamment permettre le déploiement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage du VIH/sida¹⁰⁴. Ainsi les crédits délégués aux ARS au titre du FIR fixés pour 2017 sont en hausse par rapport à ceux établis pour 2016 de respectivement 5,9 %, 5,4 % et 0,9 % pour la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique.

- *Les ressources allouées par les ARS de Guyane et des Antilles françaises à la lutte contre les IST sont néanmoins insuffisantes*

Dans le cadre du FIR, les ARS de Guyane, Guadeloupe et Martinique ont alloués des crédits d'un montant significatif au titre de la mission 1 consacrée à la prévention, à la promotion et l'éducation pour la santé, à la veille et à la sécurité sanitaire. Il peut être relevé que les crédits consentis à la prévention par les ARS ultramarines¹⁰⁵ atteignent environ 13,2 % de l'ensemble des crédits alloués au plan national à la prévention.

des affections de longue durée (ALD). Elle exclut plusieurs composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée.

⁹⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les dépenses de santé en 2016. 2017.*

⁹⁸ Article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012.

⁹⁹ Article L1435-8 du code de la santé publique.

¹⁰⁰ Article L1435-9 du code de la santé publique.

¹⁰¹ Mortalité brute ; indice synthétique de précarité ; taux d'ALD standardisé.

¹⁰² Circulaire n° SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016.

¹⁰³ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. *Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2016.* octobre 2017.

¹⁰⁴ Circulaire N° SG/PÔLE-ARS/2017/146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017.

¹⁰⁵ Outre Guyane, Guadeloupe et Martinique, les crédits alloués par l'ARS Océan Indien sont pris en compte.

Les crédits alloués à la prévention dans les territoires ultramarins sont ainsi plus de quatre fois supérieurs aux crédits qui auraient été alloués sur une base strictement populationnelle¹⁰⁶.

Si la mission a constaté que des efforts financiers spécifiques avaient été consentis par les ARS à la mission prévention, elle n'a toutefois pas été en mesure d'apprécier (i) la part de la contribution financière allouée aux actions de prévention qui contribuent directement ou indirectement à la lutte contre les IST au titre du FIR, (ii) la dynamique de cette contribution financière. En outre, en dépit des efforts observés, la mission a noté que de nombreux besoins en termes de prévention sont insuffisamment couverts.

- *Les ARS ne recourent pas aux dispositifs de gestion leur permettant de dégager des marges de manœuvre en direction de la prévention*

Les ARS ont peu ou n'ont pas mobilisé les facilités de gestion permettant d'accroître les crédits en faveur de la prévention. Le FIR vise à redonner aux ARS des leviers d'action et une plus grande souplesse de gestion en particulier pour optimiser la dépense. Une réforme du FIR en 2016 a par ailleurs conforté l'autonomie de gestion des ARS et autorisé une gestion pluriannuelle des crédits. Conséquence de cette autonomie, les ARS disposent d'instruments de gestion leur permettant d'allouer les crédits supplémentaires en direction des actions de prévention.

Deux mécanismes de fongibilité pour le déploiement de crédits supplémentaires en direction de la prévention

- Depuis la création du FIR en 2012, un mécanisme de fongibilité des crédits est prévu entre chaque mission du fonds et concernait, en 2016, 99 % de ses crédits¹⁰⁷. Pour une part des crédits du FIR, environ 12 % en 2016, le mécanisme de fongibilité est asymétrique¹⁰⁸. Il permet d'identifier et de préserver les crédits destinés au financement de deux missions dont celle de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ces crédits ne peuvent être affectés au financement d'activités de soin ou de prise en charge et d'accompagnement médico-social. A contrario, les crédits de ces dernières missions peuvent être alloués à la mission de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- Un second mécanisme de fongibilité des crédits¹⁰⁹ concerne depuis 2014 le FIR et les dotations annuelles de financement (DAF)¹¹⁰. Il permet de transférer une part de la DAF vers le FIR, et inversement et ce dans une limite de 1 % de la DAF et à l'exclusion de crédits protégés dont ceux destinés au financement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Le premier mécanisme de fongibilité asymétrique, mis en œuvre depuis 2012, a été peu sollicité par l'ARS de Guyane et n'a pas été utilisé par les ARS de Guadeloupe et de Martinique contrairement aux pratiques constatées dans la très grande majorité des ARS en métropole. En 2015, l'ARS de Guyane a été en mesure de déployer environ 650 000 € en faveur de la prévention au travers de ce dispositif¹¹¹. La même année, les ARS de Guadeloupe et de Martinique n'ont pas eu recours au dispositif. En outre, en 2016, aucune des trois ARS de Guyane et des Antilles françaises n'a appelé ce mécanisme. Le déploiement de crédits supplémentaires a donc été réalisé au profit des seuls territoires métropolitains. Le mécanisme a permis de dégager pour des actions de prévention au cours des exercices 2015 et 2016 respectivement 38,9 M€ et 34 M€ pour toute la France.

Le second dispositif de fongibilité a accru les marges croissantes en direction du FIR, soit 4,2 M€ en 2015 et 21,5 M€ en 2016. Dix ARS ont fait appel à ce mécanisme en 2015 et/ou en 2016 mais aucune ARS des territoires couverts par la mission n'a eu recours au mécanisme ces deux années.

- *Les concours financiers de la mission outre-mer et des autres missions de l'État en faveur des interventions de prévention sont dispersées et insuffisamment encadrés*

Outre les concours financiers des ARS alloués au titre du FIR à des actions de prévention, plusieurs concours financiers, retracés dans un document annexe au projet de loi de finances, sont accordés aux territoires ultramarins. Ces concours peuvent avoir une incidence directe ou indirecte sur la lutte contre les IST.

La mission de l'État relative aux outre-mer consacre des crédits d'intervention en faveur de l'emploi et des conditions de vie des populations ultramarines. Au sein de cette enveloppe, et au titre de l'action 4 du

¹⁰⁶ Auditions CNS.

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ Article L1435-9 du code de la santé publique.

¹⁰⁹ Article L174-1-2 du code de la sécurité sociale.

¹¹⁰ La DAF est une dotation forfaitaire rémunérant la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation et/ou de psychiatrie des établissements de santé publics ou des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, dispensés au profit des patients assurés sociaux.

¹¹¹ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. *Fonds d'intervention régional, Rapport d'activité 2016. Op.cit.*

PLFSS 2018, annexe n° 7, « Ondam et dépenses de santé ».

programme 123 de la mission « Conditions de vie Outre-mer », des crédits spécifiques en matière de santé sont alloués. Ils visent à améliorer l'état de santé des populations par le développement d'actions d'information et de prévention auprès des populations, de prise en charge des patients et visant la mise à disposition d'une offre de soins de qualité. En outre, ils doivent améliorer les conditions de vie des populations d'outre-mer par l'offre d'une protection sociale adaptée, et par le développement des moyens de prévention et de lutte contre les exclusions, les discriminations et les addictions.

Dans ce cadre, des subventions sont attribuées chaque année à des associations locales ou nationales afin de financer des actions menées dans le champ sanitaire et social intéressant les publics de l'outre-mer et les ultramarins en métropole. Le montant des subventions spécifiquement dédiées à la lutte contre le VIH a atteint 74 000 € en 2015¹¹² et 47 000 € en 2016¹¹³, soit respectivement 16,2 % et 13,8 % du total des subventions. Les subventions au titre de la lutte contre le VIH et les IST ont ainsi diminué de 36,5 % entre 2015 et 2016. Les montants restent faibles et participent d'une logique de « saupoudrage » qui ne contribue pas à la lisibilité de la politique de prévention et de promotion de la santé.

En outre, d'autres subventions allouées au titre de l'action 4 sont susceptibles d'avoir une incidence dans la lutte contre les IST. D'une part, des crédits sont attribués pour des actions contre les violences et l'égalité femmes-hommes, 72 900 € et 84 500 € respectivement en 2015 et 2016¹¹⁴. Ils ont notamment permis la structuration du réseau du Planning familial sur les territoires ultramarins et l'implication des jeunes dans les actions de prévention. D'autre part, des crédits sont affectés à la lutte contre les conduites addictives (50 000 € en 2015, 84 000 € en 2016)¹¹⁵. Les principales actions financées ont ciblé, en 2015, les publics jeunes, notamment ceux en voie de désocialisation et, en 2016, la formation à destination des professionnels de santé, de l'éducation, de la justice et de la prévention spécialisée.

Les crédits d'intervention en prévention de la mission outre-mer apparaissent peu élevés en regard des crédits d'investissement en faveur des équipements de proximité en matière sanitaire et sociale. Le fonds exceptionnel d'investissement (FEI) créé en 2009 par la loi pour le développement économique des outre-mer¹¹⁶ a ainsi permis de dégager 1 M€ en 2015 en faveur de la création d'un centre de PMI dans le quartier de Copaya dans la commune de Matoury en Guyane et plus de 1,7 M€ pour la construction d'un quichet unique pour les jeunes dans la commune de Mariqot, à Saint-Martin¹¹⁷. L'attribution de ces crédits substantiels ne s'inscrit pas dans une stratégie spécifique de prévention et de promotion de la santé et leur pilotage ne relève pas des administrations centrales en charge de la santé en outre-mer.

D'autres concours financiers de l'État aux politiques ultramarines, bien que non rattachés à la programmation budgétaire des missions santé et outre-mer, peuvent néanmoins avoir des effets non négligeables sur la prévention des IST dans les territoires ultramarins.

Plusieurs programmes qui ont un lien étroit avec les politiques de santé sexuelle concernent les politiques à destination des jeunes ou de l'égalité entre les femmes et les hommes.

- Le programme 230 « Vie de l'élève » prévoit, dans le projet de loi de finances (PLF) 2018, la mise en place d'un parcours éducatif de santé à destination des scolaires tandis que le programme 231 « Vie étudiante » alloue des crédits pour le financement des services de médecine préventive auxquelles les étudiants ont accès. Ces programmes doivent favoriser le bien-être en milieu scolaire et universitaire tout en permettant de créer un environnement plus à l'écoute sur les questions de santé sexuelle, et plus inclusif. Des crédits spécifiques sont par ailleurs alloués aux mineurs qui dépendent de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ, Cf. définition *infra*) à travers la démarche « PJJ promotrice de santé » qui couvre des actions visant à limiter les conduites addictives de ces jeunes et à les sensibiliser aux questions de santé, et ce au titre du programme 182 « Protection judiciaire de la jeunesse ».
- L'ensemble du programme 163 « Jeunesse et vie associative », peut avoir une incidence favorable sur la prévention. Les actions en faveur de l'emploi des jeunes, de la lutte contre les discriminations faites

¹¹² Rapport annuel de performance annexé au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2015. N° 3781. Déposé le 25 mai 2016.

¹¹³ Rapport annuel de performance annexé au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2016. N° 5, Déposé le 29 juin 2017.

¹¹⁴ Rapport annuel de performance annexé au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2015. *Op.cit.*

Rapport annuel de performance annexé au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2016. *Op.cit.*

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

¹¹⁷ Rapport annuel de performance annexé au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2015. *Op.cit.*

Rapport annuel de performance annexé au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2016. *Op.cit.*

aux femmes et pour la santé des jeunes est un bon exemple de programme multimodal dont toutes les composantes ont un lien direct ou indirect avec la prévention des IST, et qui intéresse particulièrement les territoires d'outre-mer via un essaimage d'expérimentations. Le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ) mis en place en 2009 comprend notamment un volet santé des jeunes qui prévoit le développement des actions de prévention et d'accès aux soins.

- Les différentes mesures du programme 137 « Egalité entre les hommes et les femmes » doivent permettre de lutter contre les violences faites aux femmes et les stéréotypes de genre, y compris dans le cadre sexuel, et peuvent avoir un impact positif sur la prévention. De fait, le financement d'un numéro vert national, gratuit et anonyme, qui assure une écoute, une information et une orientation vers les dispositifs de prise en charge sur la contraception, la sexualité et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est l'exemple type d'une mesure de prévention. (Cf. infra pour le détail de sa mise en place dans les outre-mer). Par ailleurs, les jeunes en situation de prostitution peuvent bénéficier d'un dispositif d'accompagnement spécifique au travers la mise en place à partir de la fin de l'année 2017 du parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle. Enfin, des actions en faveur de la lutte contre les inégalités de genre inscrites au Plan triennal de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, ainsi que le renforcement de l'éducation au respect mutuel et à la sexualité, eux aussi couverts par le PLF 2018 au titre du programme 137, sont en lien direct avec les problématiques de prévention.

Par ailleurs, plusieurs programmes en direction des populations qui présentent des vulnérabilités sociales contribuent à créer un environnement propice à la prévention.

- Le programme 177 « Hébergement, Parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » contribue à l'hébergement d'urgence. L'action 12 couvre l'offre d'un parc d'hébergement pour les personnes sans domicile qui comprend des places d'hébergement d'urgence, des places de stabilisation ainsi que des places de réinsertion sociale (CHRS). Un meilleur accès aux prestations sociales est également envisagé dans le cadre des dispositifs établis pour lutter contre le non-recours, au travers notamment la simplification des démarches d'ouverture des droits et prestations sociales et la mise en place d'un versement social unique.
- Le programme 183 « Protection maladie » alloue des financements pour agir vers la réduction du délai moyen d'instruction des demandes d'aide médicale d'État (AME), secteur qui a vu un effort particulier, puisque l'attente est passée de 50 jours en moyenne en 2014 à 25 en 2016. Le programme couvre également, pour les étrangers non éligibles à l'AME, la possibilité de bénéficier de soins urgents, ce qui inclue la prise en charge du VIH et des IST, ceci étant financé conjointement par l'assurance maladie et une contribution forfaitaire de l'État à cette dernière.

Ces différents programmes d'action témoignent du grand nombre de politiques publiques qui concourent à la prévention des IST dans les outre-mer ainsi que de la nécessité de disposer, au-delà des documents budgétaires de politiques transversales qui retracent les actions, d'une vision d'ensemble des programmes de lutte contre les IST, de leur avancement et de leurs résultats, partagée par l'ensemble des acteurs publics concernés¹¹⁸.

2.1.1.2. Les concours des collectivités territoriales au titre de leurs compétences générales ou obligatoires

Les collectivités territoriales sont susceptibles de contribuer directement ou plus indirectement à la prévention des IST. Les communes peuvent exercer des missions en matière de prévention des IST dans le cadre de leur compétence générale. Elles sont notamment conduites à conclure avec les ARS des contrats locaux de santé pour décliner des actions de prévention. Les conseils départementaux disposent d'une compétence de prévention des IST dans le champ de la PMI, de l'organisation des services de vaccination et dans le domaine médico-social. Les régions, enfin, exercent des compétences en matière de formation dans le champ sanitaire qui peut concourir à la lutte contre les IST.

Dans le cadre de sa mission, le CNS n'a pas été en mesure d'apprécier les concours financiers des collectivités territoriales consentis à des missions de prévention. Elle a néanmoins réalisé une évaluation de l'offre de centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) mise en œuvre par les conseils départementaux dans le cadre de leur compétence obligatoire (Cf. infra).

2.1.1.3. Les concours de l'assurance-maladie au titre de sa mission de prévention

L'assurance-maladie contribue, outre ses missions traditionnelles de prise en charge des frais de santé, à la prise en charge des actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes de santé, à travers la participation des organismes d'assurance-maladie à la mise en œuvre des plans et des

¹¹⁸ Cf. infra et Référé S2016-3531 de la Cour des Comptes. *L'administration centrale du ministère des Outre-Mer (exercices 2011 à 2015)*. 21 novembre 2016.

programmes déclinés par les ARS et de programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies¹¹⁹, dont les IST.

Pour mettre en œuvre ces missions, l'assurance maladie assure plusieurs financements : (i) le financement destiné aux actions de prévention des ARS dans le cadre du FIR (*Cf. supra*) ; (ii) le financement de la mise en œuvre opérationnelle des Plans de santé publique co-pilotés avec l'État dont les campagnes de vaccination, (iii) les dépenses relatives aux programmes directement conçus ou initiés par l'assurance maladie. Dans le cadre de sa mission, le CNS n'a pas été en mesure d'apprécier les concours financiers de l'assurance-maladie, en dehors de celle allouée au FIR.

2.1.2. Le soutien aux opérateurs en charge de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale est déficient

Les opérateurs publics et associatifs locaux en charge de la mise en œuvre de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale poursuivent des missions stratégiques qui relèvent des compétences obligatoires de l'État ou des collectivités territoriales.

Ils ne perçoivent toutefois pas un soutien à la hauteur des besoins. En outre, les tensions pesant sur les ressources humaines, compte tenu de leur rareté et de la dépendance des structures à la métropole, sont manifestes.

2.1.2.1. Les opérateurs associatifs en charge de la lutte contre les IST

Des associations de lutte contre le VIH/sida, dont le champ d'action s'est aujourd'hui étendu aux hépatites et aux autres IST, sont implantées dans les différents territoires.

Il s'agit, d'une part, d'associations historiques locales, généralement créées à la fin des années 1980, et dont certaines étaient à l'origine affiliées à AIDES avant de choisir de s'autonomiser. Ces associations sont propres à chaque territoire, à l'instar des associations Entr'Aides Guyane, d'Action Sida Martinique ou encore, en Guadeloupe, de Gwada Univers, et à Saint-Martin, de Sida-les Liaisons Dangereuses. Leur action concerne, selon les cas, soit l'ensemble du territoire considéré, soit plus particulièrement certaines zones ou localités. L'association nationale AIDES, d'autre part, est aujourd'hui présente dans les différents territoires. Son implantation ou sa réimplantation est plus récente et s'inscrit dans une certaine complémentarité territoriale ou de périmètre d'activité avec les associations historiques.

Les principales associations de lutte contre le VIH et les IST en Guyane et aux Antilles françaises

En Guyane, l'activité d'Entr'Aides Guyane, créée en 1988, est essentiellement concentrée à Cayenne et dans la région Centre-Littoral. AIDES est pour sa part implantée depuis 2005 à Saint-Laurent-du-Maroni pour développer son action dans l'Ouest guyanais, notamment sous forme itinérante le long du fleuve. Une antenne permanente a récemment été mise en place à Maripasoula.

En Martinique, l'association Sida Action Martinique, créée sous l'impulsion du milieu médical en 1987, a historiquement développé son activité autour, d'une part, de l'accompagnement des PVVIH en complément de leur prise en charge médicale à l'hôpital, notamment à travers un service d'aide à domicile, et d'autre part de l'information et la prévention du VIH et des IST en direction de la population générale. L'association AIDES développe quant à elle depuis 2011 une action de prévention, de dépistage par TROD et d'accompagnement plus spécifiquement axée sur l'approche communautaire en direction des populations vulnérables (HSH, personnes trans, migrants, travailleuses du sexe).

En Guadeloupe, l'association AIDES s'est implantée en 2014 dans un contexte marqué par la disparition de l'association historique 'Entraid Gwadeloup' à la suite du décès de son président fondateur. Implantée à Basse-Terre, l'association étend progressivement à l'ensemble du territoire son activité de prévention, de dépistage par TROD et d'accompagnement, notamment en direction des publics vulnérables. L'association Gwada Univers s'est constituée en 2005 autour de missions d'accompagnement et de soutien aux PVVIH. Le centre de gravité de son activité a toutefois évolué à travers le développement, dans le cadre d'un projet soutenu par des fonds INTERREG, d'un volet d'action spécifique en direction des travailleuses du sexe.

À Saint-Martin, l'association locale Sida-Les liaisons dangereuses, créée en 1999, conduit une activité de prévention et de dépistage à travers un Centre de Prévention Santé (CPS) associant un CeGIDD, un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des dispositifs dédiés aux jeunes (Consultation jeunes consommateurs (CJC), Espace Jeunes). L'association AIDES est également implantée à Saint-Martin depuis 2008 et déploie une activité de prévention et de dépistage du VIH et des IST notamment à l'aide d'un bus qui circule dans toute l'île, y compris dans la partie néerlandaise.

¹¹⁹ Article L160-8 du code de la sécurité sociale.

L'activité de ces associations s'articule, avec des nuances selon les structures, essentiellement autour de l'accompagnement des personnes atteintes, de la prévention du VIH et des IST et plus largement de la réduction des risques sexuels. Selon leurs orientations propres, elles disposent généralement de divers agréments administratifs leur permettant de déployer leurs actions dans un cadre institué, dans le domaine social et/ou éducatif. Certaines sont en outre habilitées par les ARS à la réalisation de TROD et conduisent une activité de dépistage importante. Ces associations sont membres des COREVIH respectifs des différents territoires. Leurs représentants en assurent dans certains cas la vice-présidence.

En Guyane en particulier, au-delà de ces associations spécialisées, d'autres acteurs associatifs, divers à la fois en termes d'objet social, de taille, de périmètre et de cibles d'action, concourent directement à la lutte contre le VIH et les IST. Il s'agit, d'une part, de délégations ou d'antennes d'organisations humanitaires de dimension nationale ou internationale, intervenant dans le champ de la santé en général. D'autre part, des associations issues d'initiatives communautaires locales, œuvrant dans les domaines de la promotion globale de la santé, de l'éducation populaire et/ou du développement social, intègrent à leur activité des actions structurées de lutte contre le VIH et les IST. Leur rôle est essentiel dans certains territoires et auprès de certaines populations, tant en termes d'actions qu'elles conduisent en propre, que par leur fonction de médiation et d'accompagnement vers des acteurs spécialisés (*Cf.* encadré page suivante).

Le tissu associatif, dans son ensemble, apparaît dynamique, mais confronté à des difficultés pour répondre aux besoins des populations, compte tenu de leur ampleur, ainsi qu'à différents obstacles qui limitent la capacité d'action des structures, voire fragilisent leur existence.

De nombreuses structures estiment ne pas disposer de moyens financiers et humains suffisants pour couvrir quantitativement et/ou qualitativement les besoins identifiés.¹²⁰ Certains opérateurs associatifs sont confrontés à une saturation de leurs dispositifs existants et ne parviennent pas à répondre à la demande, les conduisant à assumer une perte de qualité de leurs interventions ou à renoncer à déployer certains volets de leur action. De nombreux opérateurs constatent surtout ne pas être en mesure d'étendre leur périmètre d'intervention à des secteurs géographiques ou des publics, même jugés prioritaires, qui demeurent non couverts. À cet égard, dans l'ensemble des territoires étudiés, la mission note que d'importantes inégalités territoriales demeurent. Le tissu associatif n'est globalement pas assez dense pour assurer un maillage complet des territoires ; dans certains cas également, une insuffisante coordination territoriale, faute d'une cartographie précise des besoins et des ressources existantes, peut contribuer à une répartition sous-optimale de l'offre associative.

Le manque de visibilité sur la pérennité des financements constitue un facteur fréquemment rapporté par les associations de fragilisation de leur activité et de limitation de leur capacité à développer de nouveaux projets.

Si la dimension des contraintes financières est souvent mise en avant, elle n'est pas le seul frein au développement de l'offre associative. De nombreux opérateurs, notamment en Guyane, mais pas exclusivement, rapportent des difficultés cumulées en matière de ressources humaines : pénurie de personnels formés ou limites au recrutement de personnes peu ou pas formées faute de ressources locales pour assurer leur formation ; postes peu attractifs en raison de conditions de travail souvent difficiles et/ou de la précarité des emplois proposés ; pertes régulières de compétences internes et des acquis d'expérience en conséquence de l'épuisement des personnels et du *turnover* qui en résulte. Les associations soulignent également des difficultés à obtenir des administrations publiques qui les financent un soutien qualitativement adapté aux besoins qu'elles expriment. C'est notamment le cas concernant le recrutement et la formation de personnels de médiation (*Cf. infra*), dont les décideurs semblent peiner à reconnaître le besoin, ou à sous-estimer l'enjeu d'en soutenir la professionnalisation.

Enfin, la faible densité du tissu associatif et la fragilité de certaines structures soulève également la question de la taille des opérateurs et des modalités du soutien qui peut être apporté aux plus petits d'entre eux. Au-delà des associations de taille moyenne ou importante, à dimension régionale ou a fortiori celles adossées à un réseau national fortement structuré, des associations locales de petite taille peuvent jouer un rôle important pour le maillage territorial, mais apparaissent structurellement vulnérables et peu en capacité d'accéder au soutien public. Souvent constituées de seulement quelques personnes fortement engagées dans l'action communautaire locale, leur pérennité est particulièrement tributaire de ces engagements individuels. Le manque de temps et/ou de compétences pour assurer les tâches de gestion administrative et financière limite les capacités de recherche de financements, d'éligibilité aux subventions publiques, de professionnalisation et de salarisation de certaines activités. Différents exemples d'actions locales pertinentes qui se sont arrêtées par la conjonction des faiblesses structurelles de leurs porteurs et de l'absence de modèles de soutien public adaptés ont été rapportés à la mission, en particulier en Guyane.

Ces difficultés récurrentes suggèrent la nécessité d'engager, dans le cadre d'une réflexion associant les ARS

¹²⁰ Auditions CNS.

En Guyane, d'autres acteurs associatifs importants dans la lutte contre le VIH et les IST

La **Croix-Rouge française** (CRF) représente un opérateur important de l'offre de prévention et de soins, à travers trois CPS situés à Cayenne, à Kourou et à Saint-Laurent-Maroni. Chacune de ces structures comprend un centre de vaccination gratuite, un centre de lutte antituberculeuse (CLAT) et un CeGIDD (*Cf. infra*). La CRF est à ce titre un des principaux acteurs de l'offre de dépistage du VIH et des IST en Guyane. Cette activité s'articule aux autres missions poursuivies par la CRF en Guyane dans le domaine de l'action sociale et de l'accueil des demandeurs d'asile.

L'association **Médecins du Monde** (MDM) est également présente en Guyane, où elle gérait jusqu'en 2016 un centre d'accueil de soins et d'orientations (CASO) à Cayenne, à destination des populations les plus vulnérables (personnes en situation de grande précarité, migrants, travailleuses du sexe, usagers de drogue). L'association a depuis lors redéployé son action, incluant en particulier une offre de dépistage du VIH par TROD, au profit d'une offre mobile permettant, au moyen d'un véhicule équipé, d'aller au-devant des populations dans différents secteurs de l'île de Cayenne ainsi que dans l'Est guyanais. Les maraudes sont généralement conduites en partenariat avec d'autres associations et notamment des acteurs communautaires locaux.

Agissant au plan national en faveur de l'accès aux soins et aux droits des publics migrants, le **Comede** (Comité pour la santé des exilés), a exercé depuis de nombreuses années une activité d'appui aux acteurs associatifs locaux, notamment en matière de formation, sans toutefois être implantée sur le territoire. Afin de renforcer son action et déployer ses activités d'aide directe aux personnes, l'association est actuellement en train de mettre en place une antenne en Guyane.

L'association **ADER** (Action pour le développement, l'éducation et la recherche) a pour objet général d'œuvrer au développement social, culturel, économique, sanitaire et scientifique de la Guyane. Son approche est participative et vise à renforcer la capacité de décision et d'action des communautés d'habitants sur leur territoire. L'association a fortement orienté ses activités vers la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Son activité s'organise en pôles territoriaux distincts.

Le pôle ADER-Savanes, qui couvre les communes de Macouria, Kourou, Sinnamary et Iracoubo, développe une activité centrée sur la prévention des risques sexuels (programme « Parlons-en encore »), incluant des actions de dépistage par TROD hors les murs en direction de différents publics cibles. Un volet spécifique d'action est consacré à la prévention et l'accompagnement en direction des travailleuses du sexe. L'association conduit également des actions de prévention et d'éducation à la sexualité dans des établissements scolaires ainsi que diverses structures de formation et établissement spécialisés accueillant des jeunes et des adultes.

Le pôle ADER-Haut-Maroni, basé à Maripasoula, et dont l'action se déploie dans les villages amérindiens isolés le long du fleuve, est issu d'une mobilisation au sein des communautés amérindiennes pour améliorer la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes, et notamment lutter contre le taux très élevé de comportements suicidaires observé chez les jeunes de ces communautés. Le programme « Agir ensemble pour mieux vivre sur le Haut Maroni », axé sur la santé mentale et la prévention du suicide, propose une approche globale qui inclut la promotion de la santé sexuelle, dont des actions de prévention et d'invitation au dépistage du VIH et des IST, pour lesquelles l'association travaille en partenariat avec le centre délocalisé de prévention et de santé (CDPS), la PMI ainsi qu'avec l'antenne de l'association AIDES récemment installée à Maripasoula. L'équipe de quatre salariés est issue de la communauté amérindienne, l'association privilégiant le recrutement et la formation de personnes originaires du territoire. Enfin, au regard des problématiques similaires constatées dans les villages isolés du Haut-Oyapock, dans l'Est guyanais, ADER a conduit avec l'appui des pouvoirs publics un projet de diagnostic participatif dans la commune de Camopi. Les recommandations émises soulignent le besoin de renforcer le soutien au développement et à la structuration des initiatives communautaires locales.

L'association **DAAC** (Développement, Accompagnement, Animation, Coopération) Guyane est à l'origine issue d'une mobilisation d'habitants d'un quartier d'habitat spontané dans la commune de Rémire-Montjoly, autour des enjeux d'accès aux droits et aux soins, de prévention et de promotion de la santé, de lutte contre la stigmatisation et les discriminations et d'animation et d'accompagnement social global. L'association a progressivement étendu ses activités, notamment en intégrant des actions de soutien à l'éducation et d'accompagnement à la scolarisation, ainsi que ses territoires d'action. Elle aujourd'hui organisée en trois pôles d'activité : un pôle de médiation enfance-famille ; un pôle équipe mobile, consacré à la mobilisation communautaire et la médiation en santé en faveur de l'accès des habitants des quartiers prioritaires de l'île de Cayenne aux structures de prévention et de soins, à l'accueil et l'accompagnement des personnes à la prise en charge sociale et thérapeutique ; un pôle « Nova Esperança », en charge d'un programme de prévention santé globale transfrontalière sur l'Oyapock, dans le secteur de Saint-Georges, en coopération avec des partenaires brésiliens. L'action de DAAC s'inscrit dans une démarche globale et communautaire visant à faire le lien entre les habitants des quartiers d'intervention et les partenaires institutionnels, privés ou associatifs du secteur. Les actions de l'équipe mobile en faveur de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du VIH et des IST s'appuient notamment sur des partenariats avec la Croix-Rouge et les services du Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR). L'action conduite dans l'Est Guyanais s'appuie quant à elle sur un partenariat avec la Croix-Rouge pour divers dépistages, et un partenariat avec Médecins du Monde est également envisagé. La dimension transfrontalière bénéficie d'un partenariat étroit avec l'association brésilienne DPAC Fronteira (Développement, prévention, surveillance et coopération frontalière) à Diapoque, et de contacts réguliers avec les structures brésiliennes de soins primaire. DAAC et DPAC sont en outre partie prenante du projet transfrontalier Oyapock Coopération Santé (OCS), encore balbutiant lors de la visite de la mission.

et les acteurs réunis au sein des COREVIH, la recherche de solutions innovantes et pragmatiques pour conforter et pérenniser les capacités de structuration et d'action des acteurs associatifs locaux existants et de favoriser l'émergence de nouveaux. Des pistes pourraient être explorées en matière de renforcement des fonctionnements en réseau d'appui entre acteurs de différente taille et de mutualisation de ressources et de services supports.

2.1.2.2. Les opérateurs du champ médico-social et social intervenant auprès des populations exposées

L'importance des difficultés sociales dans une partie importante des populations les plus exposés au risque de VIH et d'IST, la prévalence des problèmes de santé mentale et d'addictions parmi les publics les plus précaires ou encore les enjeux spécifiques d'accès aux droits et aux soins rencontrés par les populations migrantes constituent autant d'éléments qui posent la nécessité d'une articulation forte entre l'action de lutte contre le VIH et les IST, les dispositifs d'accompagnement social et de lutte contre la précarité, et les dispositifs de prise en charge de la santé mentale et des conduites addictives. En dépit de quelques exemples probants d'offre intégrée, cette articulation s'avère très insuffisamment assurée.

Ce constat tient tout d'abord au fait que les dispositifs sociaux et médico-sociaux dans ces différents domaines apparaissent globalement sous dimensionnés pour répondre aux besoins considérables des populations, et ce, bien qu'à des degrés divers, dans tous les territoires étudiés. En outre, des inégalités de couverture sont observables au sein de chacun d'eux, de façon particulièrement marquée en Guyane, mais également à plus petite échelle dans les autres territoires. Au-delà de ce déficit global, la prise en compte des enjeux de santé sexuelle par les opérateurs du champ social et médico-social apparaît très inégale.

Certaines structures, poursuivant des objectifs de prise en charge globale des problématiques des publics qu'elles accompagnent, développent des efforts importants pour intégrer à leur démarche des actions de prévention et de dépistage des IST, soit dans le cadre de leur activité propre, soit par des partenariats avec des associations spécialisées (Cf. encadré). Ces exemples restent cependant minoritaires dans un paysage globalement marqué par de nombreuses insuffisances.

Quelques opérateurs du champ social et médico-social activement investis dans la lutte contre le VIH et les IST

La Croix-Rouge française (CRF) est un acteur transversal, opérant à la fois dans les champs social, médico-social et sanitaire dans les différents territoires. Son périmètre d'activité est variable selon les territoires, mais concerne partout plusieurs domaines d'intervention, permettant des synergies de compétences entre les services qui favorisent une bonne prise en compte des problématiques de santé des publics accueillis, y compris la santé sexuelle, quel que soit le dispositif d'entrée des personnes. Son activité en Guyane a été évoquée plus haut. En Guadeloupe, la CRF gère notamment une épicerie sociale, un dispositif de Samu social, un dispositif mobile de centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), ainsi qu'un Bus dépistage santé (BDS) à visée de promotion globale de la santé et qui propose des dépistages de diverses pathologies, dont des TROD VIH. En Martinique, l'activité de la CRF comprend un pôle hébergement gérant un CHRS et des appartements de coordination thérapeutique (ACT), un pôle addiction opérant un CSAPA ainsi qu'un CAARUD mobile, un pôle action sociale offrant divers services, dont des dispositifs d'accueil et d'aide pour les migrants, pour les personnes victimes de violences ou d'agression sexuelle ou encore pour les familles (aide à la parentalité, médiation famille/enfant).

Également en Martinique, l'association **ACISE** (Association citoyenne pour l'insertion solidaire et économique), opératrice du Samu social, effectue un travail d'information sur le VIH et les IST en direction des personnes qu'elle accueille, et organise une fois par semaine en partenariat avec AIDES des séances d'écoute, avec possibilité de dépistage du VIH par TROD.

En Guyane, l'association **AKATI'J** (An Nou Kombat Ansanm Tout Inégalité di Jôdla - Combattons toutes les inégalités chez les jeunes) est implantée dans la région Centre-Littoral ainsi qu'à Saint-Laurent-Maroni. Le pôle de Kourou associe un ensemble de dispositifs sociaux et éducatifs notamment en direction des jeunes en difficultés (CHRS, divers dispositifs d'accompagnement à l'accès au logement, équipe de prévention spécialisée, Point d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), centre d'insertion et de formation professionnelle) et des dispositifs de prise en charge des addictions (CSAPA, CAARUD). La mission a plus particulièrement rencontré le pôle Ouest à Saint-Laurent-du-Maroni, dont l'activité est fortement axée sur la prise en charge en addictologie et comprend un CSAPA, une communauté thérapeutique pour femmes seules, dotée d'appartements thérapeutiques, une Unité relais d'urgence (URU), résidence d'accueil d'urgence notamment pour des consommateurs actifs. Une reprise par l'association du CAARUD de Saint-Laurent-du-Maroni, actuellement défaillant, est en cours. Le pôle Ouest a conduit un important travail de prévention des risques sexuels en lien avec l'usage de drogue dans le cadre d'un financement INTERREG sur appel à projet, comprenant notamment un travail avec des usagers de co-construction d'outils d'information sur la transmission du VIH des hépatites et des IST ainsi que sur les risques sexuels directs et indirect liés aux consommations d'alcool ou de produits. Le financement de ce projet s'est achevé en 2013. L'association tend depuis lors à recentrer ses moyens sur son activité en addictologie. L'attention à la santé sexuelle demeure cependant partie intégrante de la prise en charge. Des dépistages du VIH et des autres IST sont proposés systématiquement aux usagers du CSAPA lors de leur première visite, en partenariat avec le CeGIDD du Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG) ou celui de la Croix-Rouge. L'association a été récemment habilitée à réaliser des TROD et prévoit un démarrage de cette activité début 2018. Pour les PVVIH usagères des dispositifs de l'association, une collaboration est menée avec l'équipe du CHOG en matière d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et de soutien à l'observance, ainsi qu'avec l'association AIDES.

Dans le domaine de l'action sociale, la faiblesse de nombreux dispositifs de lutte contre la pauvreté est soulignée dans les différents territoires, laissant une partie des populations sans accompagnement social. L'ouverture de droits n'est souvent déclenchée qu'à l'occasion d'une prise en charge médicale à l'hôpital. Des difficultés particulièrement marquées sont rapportées concernant le sous-dimensionnement des dispositifs d'hébergement social en général, et pour des publics spécifiques en particulier. Ces difficultés sont renforcées concernant les PVVIH dans un contexte de forte stigmatisation. Le vieillissement de la file active des PVVIH en Martinique et en Guadeloupe représente une préoccupation croissante en matière de prise en charge de la dépendance, qui pour les mêmes raisons s'avère difficile à mettre en œuvre dans le cadre de services d'aide à domicile ou dans des établissements spécialisés de droit commun. Les capacités de contribution à cette prise en charge des associations de lutte contre le VIH qui disposaient historiquement de services d'aide à la personne sont aujourd'hui réduites à la portion congrue, soit que ces associations aient disparu, soit que leurs dotations pour ce type d'activité aient été drastiquement réduites, en raison de la baisse de la morbidité et de la mortalité liée à l'infection par le VIH.

Outre ces difficultés globales, la mission a été spécifiquement alertée sur une difficulté spécifique d'accès aux droits sociaux en Guyane. Différents acteurs tant institutionnels qu'associatifs rapportent de manière convergente de graves dysfonctionnements touchant les centres communaux d'action sociale (CCAS) du territoire. Les CCAS sont une compétence obligatoire des communes concernant l'accès à l'aide sociale légale. Ils sont à ce titre un acteur majeur de l'accueil, de l'accès à différents droits sociaux et de l'orientation des personnes en difficulté vers des dispositifs spécialisés.¹²¹ Dans l'ensemble des communes guyanaises visitées par la mission, il est fait état de CCAS peu ou pas opérationnels, dans l'incapacité d'assumer tout ou partie de leur missions obligatoires. Il est en particulier rapporté que les CCAS n'effectuent pas de domiciliation. Cette carence apparaît très préjudiciable dans la mesure où l'accès à la domiciliation est un enjeu clé pour l'accès aux droits des personnes sans domicile stable, ou qui ne peuvent justifier d'un domicile, comme cela est fréquent en Guyane pour les personnes vivant dans des quartiers d'habitat spontané. En outre, si la domiciliation est soumise à une condition de régularité du séjour pour les étrangers ressortissant de pays tiers à l'Union Européenne, elle peut toutefois être délivrée à l'étranger en situation irrégulière pour certains motifs, en particulier pour lui permettre d'engager une demande d'AME. La défaillance des CCAS induit ainsi un obstacle important à l'accès à ce dispositif particulièrement important pour la prise en charge des PVVIH étrangères en situation de séjour irrégulier.

En matière de dispositifs médico-sociaux de prise en charge des addictions, le déploiement des CSAPA et des CAARUD en Guyane et dans les Antilles françaises apparaît très inégal tant du point de vue de la couverture territoriale que de la qualité des prises en charge proposées. En Guyane, les deux types de structures n'existent que dans les grands centres urbains du littoral, en nombre insuffisant. L'offre de prise en charge des addictions s'avère particulièrement pauvre en direction des jeunes ; l'Ouest guyanais ne compte par exemple aucune CJC. Certains opérateurs rencontrent de grandes difficultés d'ordre administratif comme fonctionnel et n'assurent plus ou seulement de manière aléatoire leurs missions, à l'instar de l'unique CAARUD de l'Ouest guyanais situé à Saint-Laurent-du-Maroni. La Martinique et la Guadeloupe apparaissent comparativement mieux dotées. Toutefois, dans l'ensemble des territoires, les approches de prise en charge des addictions sont divergentes entre les opérateurs, en particulier concernant les CAARUD. Certaines structures, dont des exemples ont été décrits précédemment, développent une approche de prise en charge globale des personnes, fondée sur la réduction des risques et des dommages (RdRD) et la prise en compte des besoins exprimés par les usagers. Leur démarche intègre à des degrés divers la prévention des risques sexuels. D'autres opérateurs demeurent ancrés dans des conceptions particulièrement datées de la prise en charge des addictions, allant pour certains jusqu'au refus assumé de distribuer du matériel de RdRD, jugé incitatif à la consommation, à des usagers qui en font la demande.

Des constats de nature assez similaire peuvent être portés en matière de prise en charge de la santé mentale, concernant à la fois les dispositifs médico-sociaux et le système de soin. Des difficultés sont rapportées dans les différents territoires et l'offre apparaît particulièrement lacunaire dans certaines parties du territoire de la Guyane. De même, dans l'ensemble des territoires, les acteurs soulignent des déficits particulièrement marqués concernant l'offre de prise en charge de la santé mentale des jeunes, soit que les différents dispositifs dédiés aux jeunes n'existent pas ou ne soit pas opérationnels, soit que les dispositifs généraux, dont notamment les services de psychiatrie, ne proposent pas de prise en charge adaptée à ces publics. Des difficultés sont également rapportées concernant l'accueil des usagers de drogue dans différentes structures, notamment en Martinique, mais non exclusivement. Dans ce dernier territoire, des cas de refus de soins, y compris dans certains établissements hospitaliers de psychiatrie, ont été signalés à la mission du CNS de façon convergente par des acteurs associatifs et des personnels de santé.

¹²¹ Les CCAS peuvent en outre, à l'initiative des exécutifs locaux, développer diverses activités ou dispositifs facultatifs concourant à l'action sociale au bénéfice des habitants de la commune. À cet égard, certains CCAS en Martinique ou en Guadeloupe s'investissent dans des actions de promotion de la santé et travaillent en partenariat, soit avec une association, soit avec un CeGIDD, pour accueillir régulièrement des actions hors les murs de prévention et de dépistage du VIH.

2.1.2.3. L'appui des opérateurs par les pôles régionaux de compétence

Les pôles régionaux de compétences (PRC) en éducation pour la santé (EPS) et promotion de la santé (PS), créés en 2005, sont des plateformes ressources rassemblant les acteurs de chaque région réalisant des activités en lien avec l'éducation et la promotion de la santé. Ils apportent un appui à tous les acteurs du champ social, de la santé, du médico-social, de l'éducation, qu'ils soient associatifs, institutionnels ou libéraux. Les PRC proposent, en particulier, une offre de formation, de conseil en méthodologie de projets et un appui documentaire. Soutenus financièrement par Santé publique France (SPF), ils sont en charge d'accompagner la professionnalisation des acteurs associatifs de la région et de leurs activités d'EPS et de PS en collaboration avec les ARS. Les activités des PRC font l'objet d'un suivi par SPF.

Dans les territoires de Guyane et des Antilles, un organisme est responsable dans chaque région de la coordination et de l'animation du PRC : le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Martinique coordonne la Plateforme de ressources en éducation pour la santé de la Martinique (PREM), l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Guadeloupe coordonne le Pôle régional de compétences en éducation et promotion pour la santé (PEPS) de Guadeloupe et la fédération d'associations Guyane Promo Santé regroupe les fonctions du PRC de Guyane ainsi que celles de l'IREPS et du Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (Crips).

En dépit du soutien offert par ces différents PRC, les acteurs de terrain auditionnés par la mission du CNS déplorent le manque d'outils dédiés et adaptés à certains publics cibles, notamment les migrants, les HSH ou les jeunes de 18 à 25 ans. Ces derniers ne sont plus ciblés par les actions d'éducation à la sexualité (EAS) car ils ne dépendent plus du système d'enseignement scolaire alors qu'ils sont exposés à des facteurs de risque majorés (*Cf. infra*, partie 3). Les difficultés rencontrées par les acteurs concernent également l'accès à des ressources adaptées aux différentes cultures présentes en Guyane et aux Antilles françaises permettant de concevoir des outils de prévention adaptés. Enfin, une partie des ressources mises à la disposition des acteurs de terrain par les PRC et produites par SPF pour les outre-mer a donné lieu à de vives critiques de la part de certains acteurs quant à leur inadaptation aux contextes et discours locaux, notamment dans le champ de la santé sexuelle.

2.1.3. La promotion de la médiation en santé est largement inaboutie

2.1.3.1. La diversité de la population justifie le déploiement d'une offre de médiation

La population des territoires de Guyane et des Antilles françaises est caractérisée par une diversité ethnique, culturelle et linguistique propre à chacun des territoires. Cette diversité résulte de l'histoire des peuplements marqués par le fait colonial et la transplantation esclavagiste. Elle témoigne également de la pluralité des populations créoles et métisses anciennement implantées, de la présence de communautés natives amérindiennes, notamment en Guyane, ou encore celle de communautés d'origine africaine (descendants des anciens esclaves), asiatique (du début du XX^e siècle et des années 1970) et d'autres origines (Haïtiens, Brésiliens, Libanais, Surinamiens, Guyanais, etc.) dans ce même territoire. Cette diversité est renforcée par des mobilités des populations, qui se poursuivent aujourd'hui.

Les sociétés guyanaises et antillaises sont ainsi caractérisées par la cohabitation sur un même territoire d'une grande variété de communautés aux cultures, croyances et pratiques religieuses, organisations et normes sociales et langues différentes. En outre, la plupart de ces communautés sont surexposées à des facteurs de précarité sociale et économique et résident dans des régions isolées et enclavées. Elles cumulent ainsi des facteurs d'éloignement culturel, social et spatial vis-à-vis de l'offre de santé.

2.1.3.2. La médiation constitue un instrument adapté aux territoires, mais insuffisamment mis en œuvre

Compte tenu des caractéristiques des populations et des contraintes des territoires, la médiation constitue un instrument adapté aux territoires d'outre-mer. Développée par certains opérateurs institutionnels et associatifs, la médiation en santé¹²² a pour objectif de rapprocher du système de santé des populations éloignées du soin, et en situation de cumul de vulnérabilités. Elle favorise leur orientation et leur maintien dans les structures spécialisées et à terme dans les dispositifs de droit commun. Elle permet, en outre, un accompagnement dans les démarches d'accès aux droits et au soin. La médiation offre enfin un suivi par une personne-ressource, identifiée et reconnue au sein des communautés et qui sait adapter l'information apportée selon la communauté. L'accompagnement personnalisé et l'accès privilégié à certaines

¹²² La médiation en santé peut être définie comme une « interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder », Blanc Gwenaëlle et Pelosse Lucie, *La médiation en santé : un outil pour l'accès à la santé*, Rapport pour la Fédération Rhône Alpes d'Education pour la santé (FRAES), 2010, p.8.

communautés isolées qu'offre la médiation sont d'autant plus pertinents dans ces territoires que les acteurs de santé expriment des difficultés à maintenir certains patients dans le système de santé.

Dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises, la médiation en santé est caractérisée par des difficultés récurrentes rencontrées pour initier des actions de médiation ou pérenniser les actions entreprises. La médiation en santé est souvent assurée par des acteurs associatifs dont une grande partie travaille bénévolement. Les établissements de santé rencontrent des difficultés de nature différente. Il est notamment relevé que l'absence de médiateurs peut être liée à une carence de définition de poste de médiateur en santé. En Guyane, le CHAR reçoit des financements pour des activités de médiation en santé dans les centres délocalisés de prévention et de santé (CDPS), mais les postes sont difficilement pourvus par manque d'équivalent dans la grille des emplois à l'hôpital¹²³.

Par ailleurs, l'identification par les acteurs du système de santé des personnes-ressources susceptibles d'exercer la fonction de médiation au sein des communautés, notamment les plus isolées socialement et culturellement, apparaît peu aisée. En outre, les acteurs locaux peinent à réunir les ressources nécessaires en termes de dotation, de formation et de structuration de leurs actions pour pérenniser l'action de médiation.

2.1.4. La coordination de la prévention demeure inégalement poursuivie par les COREVIH

Les comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) jusqu'au 1er mai 2017¹²⁴ et les comités de coordination régionale de la lutte contre les IST et le VIH depuis¹²⁵ ont en charge plusieurs missions de prévention. Le comité doit ainsi coordonner dans son champ, et selon une approche de santé sexuelle, les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé¹²⁶.

Les territoires étudiés par la mission comptent trois COREVIH, correspondant aux territoires de la Guyane, de la Martinique et à l'ensemble formé par la Guadeloupe et les îles de de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy. Ces COREVIH sont implantés respectivement au CHAR, au Centre hospitalier universitaire de Martinique (CHUM) et au Centre hospitalier universitaire de Guadeloupe (CHUG).

Les relations entre COREVIH et ARS sont réciproquement jugées bonnes dans les différents territoires. Les COREVIH ne font pas état de difficultés particulières concernant le montant des dotations que leurs allouent les ARS pour conduire leurs missions. Tous expriment en revanche des difficultés majeures à disposer effectivement de leurs ressources dans le cadre de la gestion de ces crédits par les hôpitaux-sièges. Si des difficultés dans les relations financières entre les COREVIH et les hôpitaux-sièges représentent un problème récurrent également en métropole, celles rencontrées par les trois COREVIH ultramarins paraissent particulièrement aiguës en conséquence des situations financières extrêmement dégradées des établissements hospitaliers concernés. Les capacités d'action des COREVIH s'en trouvent fréquemment entravées. Les ARS ne paraissent jusqu'ici pas en mesure d'obtenir des directions hospitalières concernées les clarifications comptables et mesures de gestion nécessaires à un fonctionnement fluide et efficace des COREVIH.

La capacité des COREVIH à assurer pleinement leur mission de coordination et d'animation territoriale dépend notamment de leur faculté à représenter équitablement l'ensemble de leur territoire d'action et la diversité des acteurs impliqués, notamment ceux qui ne sont pas des professionnels de santé. Au regard des appréciations recueillies par la mission de la part d'un certain nombre de membres des COREVIH relevant de secteurs « périphériques » au système de soin, la mission relève que cet équilibre n'est pas nécessairement atteint dans les COREVIH ultramarins rencontrés, dont la culture demeure empreinte d'une vision et de modes de fonctionnement très hospitalo-centrés. Certains de ces acteurs peinent à trouver leur place dans l'instance, et la perçoivent moins comme un lieu de coordination opérationnelle que comme un lieu de diffusion d'information à caractère essentiellement scientifique et médical, dont la technicité peut être rebutante et présenter un intérêt limité pour leur activité.

Des évolutions sont toutefois en cours, et la mission note en particulier la forte volonté impulsée depuis une à deux années au sein du COREVIH de la Guadeloupe pour redynamiser l'instance, et privilégier sa fonction de coordination en mobilisant les membres autour d'objectifs opérationnels concrets. À cette fin, le COREVIH s'appuie significativement sur le milieu associatif, dans l'ensemble des territoires, ce qui a donné lieu à des

¹²³ Agence régionale de santé de Guyane. *Rapport d'évaluation du projet régional de sante de Guyane 2011-2015*. Juin 2017.

¹²⁴ Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

¹²⁵ Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine.

¹²⁶ Article D3121-35 du code de la santé publique.

résultats satisfaisants dans la prévention des risques pour les travailleurs et travailleuses du sexe ou dans l'utilisation des TROD. Le COREVIH a également effectué un important travail de coordination de la prévention du VIH en général en initiant des formations via les CeGIDD, ainsi que des infirmières et des soignants dans les unités de gynécologie. L'accent a aussi été mis sur la diffusion des bonnes pratiques au sein du personnel d'accueil des patients.

Concernant le COREVIH de Guyane, il est rapporté que les nombreux départs ou absences répétées de membres entraînent des difficultés pour procéder à l'organisation des réunions plénières ainsi qu'à des élections régulières de membres. Face à cette situation, le COREVIH a opté de façon pragmatique pour des réunions informelles régulières, sous forme de groupes de travail, avec des participants volontaires et impliqués dans la lutte contre le VIH, qu'ils soient membres ou non de l'instance. Au regard de ces difficultés, la mission relève qu'au-delà des départs individuels de membres du COREVIH liés au fort *turnover* constaté dans le territoire, un obstacle important à la participation active de certains membres tient à la centralisation de son fonctionnement à Cayenne. Compte tenu de la complexité des déplacements au sein du territoire, l'abandon depuis environ deux ans de la pratique de réunions alternativement organisées de façon décentralisée apparaît regrettable pour l'implication des acteurs issus des autres parties du territoire, notamment de l'Ouest guyanais. En termes d'adaptation aux besoins du territoire, la mission a par ailleurs noté avec intérêt que le COREVIH investit quand nécessaire d'autres champs que ceux de ses trois principales missions, par exemple en ce qui concerne la commande et la mise à disposition de TROD et la formation à leur utilisation par le milieu associatif.

RECOMMANDATIONS

À la ministre des solidarités et de la santé, à la ministre de l'outre-mer,

Aux directeurs généraux des ARS,

1. **porter l'offre de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST** à hauteur des besoins en recourant, le cas échéant, aux souplesses de gestions prévues par la loi ; les marges de manœuvres financières à disposition des ARS doivent permettre de mieux adapter le niveau des financements à ces priorités de santé publique ;
2. **renforcer les missions de soutien aux opérateurs associatifs** afin de consolider et pérenniser les porteurs de projets pertinents et favoriser l'émergence de nouveaux entrants et notamment (i) consentir des ressources dédiées à l'accompagnement dans la conduite de projets, (ii) privilégier l'établissement de relations contractuelles pluriannuelles, (iii) déterminer les niveaux de subvention en tenant compte du coût réel des actions induit par les contraintes territoriales ;
3. **favoriser le recrutement pérenne de médiatrices et médiateurs communautaires** formés aux questions de santé afin de consolider l'offre de prévention et de dépistage.

Aux directeurs généraux des ARS, aux recteurs,

Au directeur général de Santé publique France,

4. **développer des supports d'information conçus avec le concours des populations locales concernées**, et notamment (i) susciter, accompagner et pérenniser des initiatives locales, (ii) favoriser leur mise à disposition et leur partage par les différents acteurs intervenant auprès des publics concernés.

Aux directeurs généraux des ARS et aux présidents des COREVIH,

5. **consolider les missions de prévention poursuivies par les COREVIH** et notamment, (i) pour les ARS, s'assurer que les ressources affectées aux COREVIH dans le cadre du FIR sont pleinement mobilisées en faveur de leurs actions de prévention, (ii) pour les COREVIH, poursuivre les initiatives engagées permettant une représentation et un engagement des acteurs qui ne contribuent pas directement au système de soin, programmer des réunions régulières inter-COREVIH de la zone Guyane-Antilles afin de favoriser le partage d'expériences.

2.2. LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À L'OFFRE DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE LEVÉES, EN PARTICULIER PAR LE DÉPLOIEMENT D'UNE OFFRE MOBILE PLEINEMENT ADAPTÉE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS

Les contraintes géographiques des territoires de Guyane et des Antilles françaises sont multiples. La Guyane est un territoire régionalement isolé et largement forestier pour 96 % de sa superficie. Les fleuves frontaliers sont davantage des espaces d'échanges que des zones de navigation moderne compte tenu de la présence de rapides infranchissables, en basses eaux, sans transbordement. Les Antilles françaises sont composées de territoires insulaires exposés à des risques sismiques, volcaniques et cycloniques.

L'enclavement ne favorise pas un accès optimal aux services publics et constitue un obstacle à l'entrée dans le système de santé. Les établissements de santé, dont les centres délocalisés de prévention et de santé (CDPS), sont parfois insuffisamment déployés dans les territoires ; s'ils sont déployés de sorte à relativement bien couvrir les territoires, ils sont sous-dotés sur les plans financier et humain. Les ressources demeurent principalement allouées aux centres hospitaliers des grandes agglomérations.

Sous-dimensionnée et inégalement répartie (2.2.1), l'offre de soins pâtit d'une efficacité limitée des dispositifs institutionnels permettant de répondre aux besoins en ressources humaines (2.2.2), d'où la nécessité d'une offre mobile plus importante (2.2.3). L'offre de TROD, elle, est significative mais encore insuffisamment déployée sur certains territoires (2.2.4).

2.2.1. L'offre de soins apparaît sous-dimensionnée et inégalement répartie

2.2.1.1. L'offre hospitalière apparaît très concentrée dans des établissements de santé fragilisés

L'offre publique de soins est structurée en Guyane et dans les Antilles françaises autour de grands centres hospitaliers qui concentrent les financements et les investissements. La Guadeloupe comprend un centre hospitalier universitaire (CHU), huit centres hospitaliers (CH) et un centre hospitalier spécialisé (CHS). Saint-Martin est doté d'un CH. La Martinique compte un CHU, sept CH et un CHS. La Guyane comprend deux CH (*Cf.* encadré page suivante), dont l'un a pour particularité de gérer un pôle de 18 CDPS répartis dans les zones isolées du territoire (*Cf. infra*). En outre, la Guyane et la Martinique disposent d'établissements privés non lucratifs.

Les ressources par habitant affectées à l'offre hospitalière dans les territoires couverts par la mission sont moindres que celles allouées en métropole. En 2011, la part des territoires de Guyane et des Antilles françaises dans le volet hospitalier de l'Ondam national demeurait ainsi inférieure (0,8 %) au poids de leur population (1,2 %) ¹²⁷.

À des degrés divers, les principaux hôpitaux sont confrontés à des difficultés financières majeures. Le CHAR de Cayenne depuis le 30 mars 2016 et le CHUM, depuis le 1^{er} décembre 2017, ont été placés sous administration provisoire. Les difficultés rencontrées par les établissements tiennent en grande partie aux contraintes territoriales, en particulier la mise aux normes antisismiques des locaux, la gestion coûteuse des ressources humaines et la fréquence des évacuations sanitaires qui grèvent les budgets. Toutefois, la gestion laxiste des structures hospitalières a pu aussi être invoquée ¹²⁸.

2.2.1.2. L'offre publique de soins dans les territoires isolés de Guyane présente un modèle d'organisation original mais confronté à de nombreuses difficultés

Particularité de l'organisation de l'offre publique de soin en Guyane, un réseau de 18 CDPS répartis sur l'ensemble du territoire permet d'atteindre les populations vivant dans les communes de l'intérieur ou dans des zones plus isolées. Les CDPS dépendent du CHAR, à Cayenne.

Les CDPS sont des maisons de soin avec des missions hospitalières, financées sur crédits Missions d'intérêt général (MIG) (14 millions d'euros/an) ¹²⁹. Les 18 CDPS sont gérés, au sein d'un pôle du CHAR, par un infectiologue à mi-temps. Sept CDPS sont médicalisés et une infirmière est présente en continu dans les 11 autres. Les CDPS assurent près de 180 000 consultations/an pour une file active de 36 000 personnes. Ils représentent l'offre sanitaire pour environ 20 % de la population guyanaise, résidant hors des agglomérations de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Deux assistantes sociales basées au CHAR à Cayenne sont en charge de l'accompagnement à distance de l'ensemble des patients des CDPS, qui ne comptent aucuns personnels sociaux sur place.

Concernant la prise en charge du VIH, deux médecins, basés au CHAR à Cayenne, assurent les consultations

¹²⁷ Cour des Comptes. *La santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République*. Juin 2014.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Auditions CNS.

En Guyane, des centres hospitaliers confrontés à des difficultés multiples qui pèsent sur l'offre de soins, notamment concernant la prise en charge du VIH

La Guyane compte trois établissements hospitaliers, tous situés sur la zone littorale. Deux sont des établissements publics, le Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR), à Cayenne, et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais - Franck Joly (CHOG), à Saint-Laurent-du-Maroni. Le Centre Médico-chirurgical de Kourou (CMCK) est un établissement privé à but non lucratif géré par la Croix-Rouge. En conséquence des grandes difficultés rencontrées par cet établissement, sa reprise par le secteur public est prévue à compter de janvier 2018.¹³⁰ Le CMCK n'est pas impliqué dans la prise en charge du VIH.

Le CHAR est le centre hospitalier de référence pour la Guyane. L'établissement fait face à une situation très dégradée. Le CHAR a été placé sous administration provisoire à compter de mai 2016 pour une durée de 6 mois renouvelable, avec pour objectif de rétablir une gouvernance efficace au sein de l'établissement, de redresser sa situation financière par la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre et de finaliser le projet d'investissement en concertation étroite avec l'ensemble de la communauté hospitalière. Une mission d'évaluation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été diligentée à compter d'avril 2016 à l'appui de l'administration provisoire pour investiguer les difficultés de l'établissement, évaluer les premières actions engagées et poser les bases d'un plan de retour à l'équilibre. Deux rapports établis par la mission en septembre 2016 et mars 2017 dressent un constat très sévère de la situation au sein du CHAR et pointent notamment le sous-dimensionnement de l'offre de soins, des déficits de compétences en matière sanitaire, technique et administrative ainsi qu'un financement insuffisant pour couvrir les coûts réels des activités. De plus, les mesures qui avaient été prises par la précédente administration de l'hôpital en termes de réduction générale des effectifs apparaissent en contradiction avec la réalité décrite par les acteurs locaux et avec les besoins des personnes.

Concernant la prise en charge du VIH, le CHAR gère une file active d'environ 1 700 patients, dont 75 % sont d'origine étrangère. Le CHAR possède deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et un centre d'investigations cliniques interrégional Antilles Guyane « Maladies infectieuses, génétiques, et émergentes ». Des missions délocalisées, et régulières, en infectiologie ont été mises en place au sein des CDPS¹³¹ (Cf. carte 1, en annexe).

L'organisation de la prise en charge du VIH, des hépatites et des IST au sein du CHAR apparaît inutilement complexe. Trois services prennent en charge les PVVIH : le service de dermatologie, qui s'occupe du VIH depuis l'apparition de l'épidémie et comprend une activité de CDAG, dont la transformation CeGIDD reste en suspens dans le contexte de difficultés financières que connaît l'hôpital ; l'unité des maladies infectieuses et tropicale (UMIT), créée en 2006 ; et l'hôpital de jour (HDJ), qui assure par ailleurs des permanences au centre de détention de Rémire-Montjoly (3 jours/mois). Une personne diagnostiquée séropositive au VIH sera prise en charge par l'un ou l'autre de ces services notamment en fonction de la structure de dépistage dans laquelle a été réalisé le diagnostic ou selon qu'elle présente une infection opportuniste ou pas. La mission n'a toutefois pas réussi à comprendre l'entière complexité des critères et mécanismes d'affectation, et le cas échéant de transfert des patients d'un service à l'autre, dans la mesure où la présentation qui en est faite varie en partie selon les interlocuteurs rencontrés. Les auditions menées sur place par le CNS suggèrent que cette organisation complexe de la prise en charge au sein du CHAR et le *statu quo* qui prévaut perpétuent un héritage historique qui ne semble plus adapté aux évolutions actuelles. Des problèmes de relations interpersonnelles rendent actuellement difficilement envisageable une évolution vers des modes d'organisation plus lisibles et qui correspondent mieux aux besoins des soignants et des patients.

Les ressources en personnels sociaux, dans le cadre de la PASS comme dans les services, apparaissent limitées face aux besoins considérables d'accompagnement social de très nombreux patients. L'HDJ et l'UMIT partagent deux assistantes sociales, qui suivent chacune environ 400 PVVIH. Celles-ci sont également sollicitées dans le cadre des procédures complexes de prise en charge par la PASS des patients des CDPS, en lien avec les assistantes sociales en charge de ces structures. Des efforts importants d'accompagnement psychosocial des PVVIH sont réalisés grâce à des partenariats avec le réseau Kikiwi et les associations Entr'Aides et ADER, contribuant fortement à réduire le nombre de perdus de vue et à améliorer le taux de succès des traitements antirétroviraux (ARV).

Le CHOG est un établissement également confronté à d'importantes difficultés, de plusieurs ordres. En raison de sa situation financière très dégradée, l'établissement a bénéficié de moyens exceptionnels, mais est soumis à un plan de performance dont la rigueur pèse sur l'activité, notamment à travers un gel des embauches. Les infrastructures actuelles de l'hôpital sont vétustes et sous-dimensionnées. La reconstruction intégrale de l'établissement est cependant en cours sur un nouveau site. Surtout, l'hôpital doit faire face à l'accroissement des besoins d'une population en expansion rapide. Saint-Laurent-du-Maroni est la ville de Guyane qui connaît la plus forte croissance démographique, supérieure à 4 % par an, et dont environ la moitié de la population a moins de 20 ans. Elle devrait devenir la plus grande ville de Guyane d'ici 2030¹³².

En 2014, le CHOG suivait environ 30 % des personnes vivant avec le VIH en Guyane, avec des caractéristiques particulières par rapport au reste du département : une proportion plus élevée de femmes et de migrants. Ces derniers représentent 85 % des nouveaux diagnostics ; 72 % d'entre eux sont en situation irrégulière. L'équipe médicale est très restreinte au regard de la file active des PVVIH (Cf. carte 2, en annexe). Le maillage associatif est beaucoup plus restreint que celui présent dans l'île de Cayenne.

Le CHAR comme le CHOG sont soumis à de fortes tensions en matière de ressources humaines, et notamment à un *turnover* élevé des personnels médicaux. Les établissements apparaissent d'autre part insuffisamment dotés en personnels sociaux dans un contexte où une proportion importante de patients rencontre des difficultés considérables d'accès aux droits, en particulier les étrangers. Surchargés, les personnels sociaux ne sont pas en mesure d'assurer un accompagnement social à hauteur des besoins, conduisant à une sur-sollicitation des PASS pour la prise en charge de patients sans droits ouverts.

¹³⁰ Auditions CNS.

¹³¹ Mosnier Emilie *et al.* « Diagnostic et prise en charge des PVVIH en zones isolées et frontalières en Guyane ». *Bulletin de Veille Sanitaire*. N° 11. 2015. pp. 10-16.

¹³² Temporal Franck *et al.* *Prospective territoriale à Saint-Laurent-du-Maroni : quels futurs inventer face aux enjeux démographiques ?* Etudes de l'AFD, n°9, Agence française du développement, 2016.

délocalisées en maladies infectieuses au rythme d'une fois par mois ou tous les deux, trois ou quatre mois selon les CDPS. Le réseau des CDPS est complété par 8 consultations délocalisées hebdomadaires partant de Grand Santi, Maripasoula, Papaïchton, Saint-Georges ou Iracoubo pour se rendre dans des villages isolés n'ayant pas de centre de santé (Cf carte 1, en annexe).

Le pôle CDPS a en projet la construction, fin 2018, d'une maison d'accueil sur le site du CHAR pour accueillir les personnes devant venir à Cayenne pour des soins. Cette structure de 40 lits sera notamment adaptée aux différentes cultures présentes en Guyane. Le pôle CDPS prévoit également le dépôt d'un dossier à l'ARS pour un programme d'ETP (VIH, hépatites, virus T-lymphotropique humain (HTLV), paludisme) dont l'objectif est de former des acteurs associatifs et plus particulièrement des personnes vivant dans les communes isolées, afin de renforcer et valoriser les capacités des populations locales à se prendre en charge elles-mêmes.

L'offre de dépistage et de prise en charge du VIH dans les CDPS apparaît essentielle pour lutter contre la propagation de l'épidémie dans les zones isolées et parmi les populations passerelles (piroguiers, orpailleurs, etc.). Ils manquent cependant singulièrement de moyens face à cet enjeu. Les équipes soignantes estiment ainsi ne pas être en mesure, faute de moyens humains, d'assurer sur leurs territoires une offre de dépistage du VIH répondant aux critères des recommandations de l'OMS. Elles déplorent également l'absence de personnels dédiés à la prévention au sein des CDPS.

Sur le plan du soin, la prise en charge des PVVIH est rendue complexe à plusieurs niveaux. La mission du CNS souhaite souligner plus particulièrement trois types de difficultés :

D'une part, le niveau d'équipement technique insuffisant des centres impose, compte tenu de l'enclavement, une logistique lourde pour des examens simples et courants, dont notamment la biologie (acheminement des prélèvements à Cayenne). La prise en charge des complications implique de nombreuses évacuations sanitaires vers le CHAR, dont une partie pourrait être évitée si certains examens ou acte médicaux pouvaient être réalisés sur place.

Ensuite, la faiblesse des ressources en personnels sociaux a un impact fort sur les conditions de prise en charge. Environ 60 % des PVVIH prises en charge par les CDPS sont étrangères en situation irrégulière et les démarches d'obtention d'une AME, puis éventuellement d'un titre de séjour pour soins sont particulièrement longues et complexes depuis les zones isolées. La charge d'accompagnement social est conséquente également pour des patients français. À titre d'exemple, au CDPS de Maripasoula, près de 40 % des patients français n'ont pas de droits ouverts au moment où ils recourent aux soins. Une partie d'entre eux, bien que nés sur le territoire français, ne disposent pas de documents d'identité. Dans ce contexte, l'action des deux assistantes sociales du CHAR dédiées aux CDPS est nécessairement limitée par le fait qu'elles travaillent à distance et non au contact direct des patients. L'absence de personnels sociaux sur place ne permet notamment pas d'aider dans leurs démarches administratives concrètes (remplir des formulaires, constituer un dossier) une proportion importante de patients non francophones, illettrés ou, plus globalement, très éloignés des logiques administratives.

Enfin et surtout, le processus de délivrance des traitements ARV aux patients suivis en CDPS et pris en charge dans le cadre de la PASS apparaît particulièrement lourd et complexe d'un point de vue administratif et logistique. Au regard du coût des antirétroviraux, qui représentent le premier poste de dépense de la PASS et pèsent fortement sur son budget, l'administration du CHAR exerce en effet un contrôle particulièrement strict sur ces prescriptions, à travers un circuit de validation en plusieurs étapes. Suite à la prescription du médecin en CDPS, la demande de bon PASS pour un mois de traitement est transmise aux assistantes sociales du CHAR chargées des CDPS. Celles-ci ne sont cependant pas habilitées à valider le bon, qui doit pour cela être visé par les assistantes sociales de l'Hôpital de Jour. Ces dernières transmettent ensuite le bon au service de la PASS qui en assure la validation finale et la transmission à la pharmacie centrale de l'hôpital. Celle-ci fournit le traitement et organise son acheminement jusqu'au CDPS.

Cette procédure induit des délais au minimum de deux à trois semaines entre la prescription et la mise à disposition du traitement au patient. Entre consultation et retrait des traitements, les patients sont contraints de se rendre au CDPS au minimum deux fois par mois, et souvent trois compte tenu des fréquents aléas administratifs et logistiques. Compte tenu des difficultés de déplacement des patients dans les zones isolées – durée des trajets en forêt et/ou en pirogue, coût – la lourdeur de ces procédures retarde la mise sous ARV des personnes qui en ont besoin et provoque des interruptions de traitements fréquentes. La constitution de stocks tampons d'ARV dans les CDPS, fortement réclamée par les équipes soignantes et récemment accordée par l'administration du CHAR, devrait contribuer à fluidifier la délivrance des traitements. La difficulté de fond demeure toutefois le principe de dispensation des traitements pour une durée limitée à un mois, inadapté aux conditions de vie des patients dans ces zones.

Concernant plus particulièrement l'Ouest guyanais, la mission relève une forme d'incohérence dans l'articulation territoriale entre les CDPS, le CHAR et le CHOG.

Dans la zone de Saint-Laurent-du-Maroni, la prise en charge est assurée par le CHOG. Dans les communes en amont sur le fleuve (Apatou, Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula), la prise en charge est assurée par les

CDPS. Ceux-ci dépendent du CHAR, ce qui a pour effet, pour les patients, de devoir se rendre à Cayenne (ou y être évacués) en cas de soins ou d'examen qui ne peuvent être réalisés dans les CDPS. Or, seule la ville de Saint-Laurent-du-Maroni est accessible à de nombreux patients (par pirogue, éventuellement par la route pour Apatou). Un déplacement à Cayenne depuis le Haut-Maroni implique de prendre l'avion, trop onéreux pour la plupart des patients. De plus, les personnes démunies de documents d'identité ou de titre de séjour ne peuvent accéder à Cayenne, que ce soit par avion, ou en passant par la route depuis Saint-Laurent-du-Maroni, en raison du barrage de gendarmerie d'Iracoubo.

Cette organisation territoriale des soins présente ainsi l'inconvénient pour les patients étrangers de ne pas recouper l'organisation administrative du territoire, l'ensemble des communes l'Ouest guyanais relevant de la circonscription de Saint-Laurent-du-Maroni. Le fait que des patients de ces territoires se trouvent pris en charge au CHAR à Cayenne à la suite d'une évacuation sanitaire mais doivent effectuer des démarches de demande ou renouvellement de titre de séjour auprès de la sous-préfecture de Saint-Laurent-du-Maroni représente une complexité supplémentaire, source dans certains cas de situations inextricables pour les personnes comme pour les équipes soignantes. Des cas sont notamment rapportés de patients de l'Ouest guyanais hospitalisés au CHAR et dans l'impossibilité de rentrer chez eux à l'issue de leur hospitalisation.

Ces situations interrogent le bien-fondé du rattachement des CDPS des communes de l'Ouest guyanais au CHAR plutôt qu'au CHOG, ou à tout le moins pointent un déficit d'articulation entre ces CDPS et le CHOG. Il paraîtrait pertinent que les patients suivis par ces CDPS puissent plus facilement être orientés vers la structure hospitalière de leur choix, ou vers celle qui correspond le mieux à leurs possibilités de déplacement ou à leur situation administrative.

2.2.1.3. Les CeGIDD, qui peinent parfois à déployer certaines de leurs missions, n'ont pas la capacité de répondre aux besoins des territoires

Mis en place à partir de janvier 2016, les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST remplacent les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST)¹³³.

Tout en reprenant et fusionnant les missions de ces structures en matière d'information, de dépistage, de diagnostic et le cas échéant de traitement ambulatoire ou d'orientation vers une prise en charge médicale appropriée, les CeGIDD voient leur missions élargies à la prévention et l'accompagnent, dans une approche globale de santé sexuelle, de l'ensemble des risques liés à la sexualité,¹³⁴ incluant une offre de contraception, dont la contraception d'urgence. Sur le plan de la prévention des risques infectieux, leurs missions comportent notamment une offre de vaccination contre les virus des hépatites A et B ainsi que contre le HPV, la prise en charge des accidents d'exposition au VIH, au VHB et au VHC, la prescription et le suivi de la prophylaxie pré-exposition (PrEP). En matière de prise en charge globale, les CeGIDD doivent offrir une prise en charge psychologique et sociale de première intention, et orienter le cas échéant les usagers vers des structures spécialisées. Cette mission inclut la détection des violences liées à la sexualité ou à l'orientation sexuelle ou de genre.

L'habilitation des CeGIDD et leur dotation dans le cadre du FIR relèvent des ARS.

Des CeGIDD ont été mis en place dans chacun des quatre territoires étudiés. Globalement, les ARS ont fait le choix d'habiliter les opérateurs historiques du dépistage dans leurs territoires, en accompagnant un élargissement des activités des CDAG et/ou CIDDIST préexistants. Dans les différents territoires, l'évolution de l'offre des structures agréées CeGIDD pour répondre à leurs nouvelles missions élargies s'effectue progressivement, parfois avec difficulté, en fonction de situations de départ hétérogènes et des contraintes propres auxquelles sont confrontés les différents établissements. Elle apparaît donc inégalement aboutie selon les opérateurs et les territoires.

En Guyane, quatre établissements, tous situés dans la zone littorale, ont été habilités. Trois sont des centres de prévention santé (CPS) de la Croix-Rouge française, implantés respectivement à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. La quatrième structure est le CeGIDD du CHOG, également à Saint-Laurent-du-Maroni. Ces structures rencontrent plusieurs types de difficultés qui freinent leur développement ou leur capacité à répondre aux besoins des populations, et l'offre apparaît globalement insuffisante sur un plan quantitatif. L'absence de CeGIDD au CHAR, à Cayenne, où continue de fonctionner une simple CDAG, constitue une anomalie (*Cf.* encadré page suivante).

Compte tenu de la configuration spécifique du territoire de la Guyane et de son peuplement, la couverture des besoins des populations vivant dans les zones isolées ne peut être assurée par des CeGIDD, sauf à en

¹³³ Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

¹³⁴ Article L3121-2 du code de la santé publique.

Le déploiement de l'offre CeGIDD en Guyane

Les CeGIDD gérés par la Croix-Rouge française

Ces trois CeGIDD ont la particularité d'être implantés au sein des CPS, structures de soins préventifs et de dépistage qui associent étroitement des missions de centre de vaccinations gratuites des personnes de plus de 6 ans, y compris contre la fièvre jaune, de lutte antituberculeuse (CLAT) et de lutte contre les IST et le VIH (antérieurement CDAG-CIDDIST).

Quoique s'adressant à l'ensemble de la population, les CPS sont des structures de santé bien identifiées par les populations les plus précaires, notamment migrantes. Ces publics constituent une part importante du public des CPS et de leurs CeGIDD, ce qui peut en retour constituer un facteur de faible attractivité en direction d'une partie de la population guyanaise socialement plus aisée. La diversité des activités au sein des CPS représente un élément facilitant la mise en œuvre des missions élargies, sans cependant suffire à en assurer l'intégralité, pour des raisons de saturation des structures, de moyens financiers et de formation des personnels.

À titre d'exemple, le CPS de Cayenne comprend 15 salariés et reçoit quotidiennement 150 à 200 personnes, tous motifs de consultation confondus. L'activité de vaccination concerne entre 60 et 70 personnes par jour. Le CeGIDD est ouvert cinq jours par semaines de 7h à 13h et réalise quotidiennement une vingtaine de dépistages du VIH et des IST, et autant de remises de résultats. Les personnes dépistées positives au VIH ou à une hépatite sont réorientées vers le CHAR, les autres IST étant traitées au CPS. Le CPS dispose également d'un camion permettant de développer une offre mobile, y compris de dépistage du VIH et des IST, jugée essentielle pour aller au-devant des publics les plus précaires, notamment dans les quartiers d'habitat spontané. Cette activité a cependant dû être suspendue faute de moyens suffisants (*Cf. infra*).

L'accueil des publics migrants est une dimension spécifiquement renforcée à Cayenne dans la mesure où la Croix-Rouge est également opératrice des services de plateformes d'accueil des demandeurs d'asile (PADA) ainsi que d'accueil d'urgence des demandeurs d'asile (AUDA), pour lesquels le CPS assure la réalisation des bilans de santé et les vaccinations. La forte augmentation du nombre de migrants demandeurs d'asile enregistrée à Cayenne en 2016 a mis en tension les capacités du CPS et perturbé notamment l'activité du CeGIDD, qui dû fermer pendant 5 semaines, entraînant une rupture de l'offre de dépistage en septembre 2016. Afin de désengorger la structure, la direction territoriale de la Croix-Rouge a opéré le choix de mettre rapidement en place une antenne du CPS spécifiquement dédiée aux nouveaux demandeurs d'asile, installée sur un autre site et directement adossée aux services de PADA et d'AUDA. Cette antenne a la capacité de recevoir au maximum 20 demandeurs d'asile par jour, pour lesquels elle réalise un bilan de santé qui inclut les dépistages du VIH, des hépatites et des autres IST, réalise les vaccinations nécessaires et, le cas échéant, traite ou réoriente les personnes vers une prise en charge adaptée.

Si cette réorganisation a permis de restaurer des conditions plus soutenables de fonctionnement du CeGIDD, l'augmentation globale de l'activité pose des difficultés de ressources humaines et de financement. Sur ce dernier aspect, le principe de l'allocation par l'ARS d'un financement de l'activité CeGIDD sur une enveloppe fermée et non en fonction de l'activité réelle de la structure, met celle-ci en difficulté. L'ensemble des crédits alloués pour l'année 2016 étaient ainsi consommés dès le mois de juin. La Direction territoriale a par ailleurs opéré le choix de dénoncer la convention qu'elle avait avec le Rectorat et de cesser les interventions d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, en raison de l'insuffisance des financements publics alloués à cette activité.

Le CeGIDD du CHOG à Saint-Laurent-du-Maroni

Ce CeGIDD résulte de la transformation de l'ancienne CDAG de l'hôpital et fonctionne depuis février 2017. Le projet initial élaboré par les équipes soignantes et soutenu par l'ARS prévoyait notamment une relocalisation de la structure dans des locaux hors les murs de l'hôpital et, en s'appuyant sur le recrutement d'une sage-femme en charge de la coordination, le développement d'un axe santé sexuelle et contraception renforcé, afin de répondre à l'absence de CPEF dans l'Ouest guyanais.

En dépit des financements alloués par l'ARS, ces développements demeurent bloqués par la direction de l'hôpital en raison des engagements pris dans le cadre du plan de performance de l'hôpital en matière de contrôle de ses dépenses et de gel des embauches. Le CeGIDD fonctionne par conséquent et jusqu'à nouvel ordre dans des locaux provisoires intra-muros, et ne peut démarrer l'activité de promotion de la santé sexuelle et reproductive prévue. Son fonctionnement est assuré par une infirmière à temps plein et des médecins qui se relaient sur trois demi-journées pour assurer le rendu des résultats.

À ressources humaines constantes, en regard de l'ancienne CDAG, l'élargissement des missions, notamment aux IST, a nécessité une réduction du temps d'ouverture, désormais limité à trois jours par semaines, ce qui a conduit à une baisse d'activité de la structure. L'équipe soignante souligne par ailleurs l'écueil des délais de rendu des résultats pour les dépistages par PCR. Dans l'attente de disposer des équipements nécessaires à un traitement sur place, le laboratoire de biologie du CHOG privilégie en effet un envoi des prélèvements à un laboratoire parisien plutôt qu'à l'Institut Pasteur de Cayenne. Les délais de rendu des résultats atteignent ainsi une quinzaine de jours, favorisant un taux important de perdus de vue, de l'ordre de 30 à 40 %, malgré des rappels téléphoniques assurés par le secrétariat.

Le cas particulier de la CDAG du CHAR

Pour des raisons tenant notamment aux difficultés financières que rencontre l'établissement, le CHAR n'est pour l'instant pas en capacité de se doter d'un CeGIDD. L'ancienne CDAG continue cependant d'y fonctionner, dans un périmètre d'offre et selon des modalités inchangées. Cette consultation, dépendant du service de dermatologie, ne dispose pas de poste pérenne de médecin, son fonctionnement repose sur les internes du service ainsi que la présence d'une infirmière déléguée par le service des urgences. Les horaires d'ouverture sont limités à des plages de 2h à 3h, trois après-midi par semaine. Ces horaires sont néanmoins complémentaires de ceux du CeGIDD de la Croix-Rouge, ouvert le matin.

multiplier le nombre, option qui n'apparaît ni adaptée, ni soutenable. Le déploiement de services proposant une approche globale de santé sexuelle dans les zones isolées requiert par conséquent d'autres modalités et doit être envisagée de façon pragmatique, en s'appuyant notamment sur le réseau des CDPS et les associations implantées localement. Des expériences de mise en place de consultations globales de santé sexuelle débutent actuellement dans certains CDPS en partenariat étroit avec plusieurs associations, dans le cadre d'une part avec AIDES, dans la région du Haut-Maroni, et d'autre part dans le cadre du projet transfrontalier Oyapock Coopération Santé (OCS), à l'Est.¹³⁵ Ces projets devraient contribuer à préciser les modalités les plus pertinentes d'offre globale de santé sexuelle à promouvoir dans ces territoires. Leur déploiement à l'échelle et leur pérennisation supposera toutefois des efforts conséquents en matière de dotation des CDPS, de formation des personnels et de soutien aux acteurs associatifs dans le cadre de partenariats.

En Martinique, l'ARS a opéré le choix de maintenir les deux structures historiquement en charge du dépistage du VIH et/ou des IST, respectivement la Société d'hygiène de Martinique (SHM), précédemment CDAG et CIDDIST, et le CHUM, qui n'offrait jusque-là qu'une CDAG. Toutes deux implantées à Fort-de-France, ces structures ont chacune en charge de déployer l'offre de CeGIDD dans le reste du territoire, divisé en quatre secteurs d'intervention. Le CeGIDD de la SHM est ainsi en charge des deux secteurs Ouest et Nord de l'île, le CeGIDD du CHUM des secteurs Est et Sud. L'ARS indique que la procédure d'agrément des deux opérateurs s'est accompagnée d'un rééquilibrage de leurs dotations respectives au profit du CHUM, compte tenu de la nécessité d'étendre ses missions au champ des IST.

L'activité de lutte contre le VIH et les IST de la SHM est une composante de l'offre d'un important centre de santé gratuit, récemment rénové, situé au centre de Fort-de-France, qui exerce diverses missions, notamment de lutte contre la tuberculose (CLAT) et de centre de vaccination, et développe également une offre de santé plus large comprenant des consultations de médecine générale, de dermatologie, de cardiologie, de diabétologie, ainsi que qu'un service de radiologie et des soins dentaires. Cette structure est bien implantée auprès des populations précaires et/ou rencontrant des problèmes d'addiction. L'articulation entre la composante CeGIDD et les autres services de santé primaire du centre de santé représente une offre de santé intégrée cohérente au regard du profil des publics accueillis. Le CeGIDD de la SHM dispose, pour la partie Nord de l'île, d'une antenne ouverte une matinée par semaine au sein du centre de santé de Saint-Pierre. Il assure également des opérations hors les murs dans les secteurs qui lui ont été attribués. Une des limites actuelles de l'action du CeGIDD demeure néanmoins l'absence d'offre de TROD, compte tenu des difficultés que peuvent représenter le rendu différé des résultats pour une partie des publics rencontrés, notamment lors d'actions hors les murs.

Le CeGIDD du CHUM est pour sa part issu de l'ancienne CDAG de l'établissement, dont les missions sont en train d'être progressivement élargies aux IST et aux autres missions des CeGIDD. Le CeGIDD fonctionne dans des conditions matérielles peu favorables à l'exercice de l'ensemble de ses nouvelles missions, dans la mesure où, en raison des contraintes financières et notamment immobilières que rencontre le CHUM, il ne dispose pas pour l'instant de locaux propres. En pratique, les locaux du CeGIDD se composent de différentes pièces (accueil administratif, salles de prélèvement ou d'examens, bureaux de consultations) dispersées au sein de l'hôpital de jour du service des maladies infectieuses.

Outre le manque de place et de fonctionnalité qui en résulte, le CeGIDD n'est pas identifiable en tant que tel et rien ne permet à l'utilisateur de distinguer une visite au CeGIDD d'une visite au service des maladies infectieuses. Cette configuration apparaît malheureuse en termes d'affichage, tant au regard de l'objectif de la nouvelle structure de promouvoir une approche globale de la santé sexuelle, qu'à celui des enjeux particulièrement aigus de confidentialité que pose la fréquentation de ce service aussi bien pour les usagers du CeGIDD que pour les PVVIH suivis à l'hôpital de jour. Un déménagement dans d'autres locaux au sein du même bâtiment est envisagé, mais la vacance des locaux pressentis reste tributaire des projets immobiliers globaux de l'hôpital. L'ouverture de deux antennes à La Trinité et au Marin est prévue dans le cadre la couverture des secteurs Est et Sud de l'île, mais n'était pas effective en juin 2017.

La Guadeloupe dispose de deux CeGIDD hospitaliers, précédemment CIDDIST. L'un dépend du CHUG, à Pointe-à-Pitre, l'autre est implanté au centre hospitalier de Basse-Terre (CHBT).

Le CeGIDD du CHUG est installé dans des locaux distincts de ceux de l'hôpital, au sein d'un Centre local d'action de santé et de solidarité (CLASS), situé dans un quartier difficile du centre-ville de Pointe-à-Pitre. Cette localisation est toutefois jugée peu favorable par l'équipe soignante en raison de problèmes d'insécurité liés au trafic de drogues, qui pèsent sur les conditions d'activité des professionnels et sur l'attractivité de la structure. Le CeGIDD dispose de large plages d'ouverture tous les jours de la semaine ainsi qu'un samedi matin par mois. Des permanences régulières hors les murs, hebdomadaires ou mensuelles, sont organisées en partenariat avec des structures publiques ou associatives locales dans un autre quartier de l'agglomération de Pointe-à-Pitre/Les Abymes (association Saint Vincent de Paul, aide aux

¹³⁵ Voir également l'encadré « Des expériences de déploiement d'une offre de PrEP dans les territoires guyanais isolés de l'Oyapock et du Haut-Maroni » en partie 2.2.1.7.

personnes en grande précarité) ainsi que les communes de l'Est de la Grande-Terre, à Saint-François (association APAPED, accompagnement des travailleuses du sexe) et au Moule (CCAS). L'implantation d'une permanence à Sainte-Rose, dans le Nord de la Basse-Terre, est envisagée.

Le CeGIDD du CHBT dispose de locaux propres dans l'un des pavillons du l'hôpital. Il est ouvert quatre demi-journées par semaines ainsi qu'un samedi matin par mois. Il dispose également d'une antenne au centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau, situé au Sud-Est de la Basse-Terre, ouverte une demi-journée par semaine.

Les deux CeGIDD effectuent en outre des actions de prévention et de dépistage hors les murs ponctuelles dans différents lieux et contextes, soit en direction de la population générale, incluant des interventions en milieu scolaire ou universitaire, soit dans des lieux fréquentés par différentes populations cibles (lieux de rencontre, lieux de prostitution, quartiers d'habitat spontané, squats...)

Solidement structurée et assurant une activité de dépistage du VIH et des IST importante, l'offre des deux CeGIDD ne parvient cependant pas assurer une couverture suffisante de l'ensemble du territoire, en dehors des milieux urbain, et notamment dans les zones Nord de la Grande-Terre. L'équipe du CeGIDD du CHUG souhaiterait à cet égard développer une offre mobile par bus. La question du déploiement d'une offre dans les îles des Saintes, de Marie-Galante et de La Désirade est également posée.

L'île de *Saint-Martin*, enfin, est dotée de deux CeGIDD, l'un au centre hospitalier Louis Constant Fleming, l'autre géré par l'association Sida-Les liaisons dangereuses (SLD), association locale également opératrice d'un CSAPA et d'une CJC. Le CeGIDD hospitalier exerçait une activité de dépistage hors les murs dans trois antennes situées dans des quartiers défavorisés de l'île, mais qui n'est actuellement plus assurée en conséquence de l'ouragan Irma. L'équipe du CeGIDD estime être correctement dotée pour conduire ses missions, mais regrette cependant de ne disposer d'un poste de médecin supplémentaire pour déployer davantage l'offre hors les murs, essentielle pour atteindre certaines communauté ainsi que les publics jeunes. Le CeGIDD de SLD conduit également une partie de son activité hors les murs. Les deux structures sont impliquées dans des interventions en milieu scolaire.

2.2.1.4. Les organismes en charge de la planification, structures-clés pour l'accompagnement des femmes et des jeunes, peinent à remplir leurs mission

Les CPEF ont pour mission de proposer gratuitement, quels que soient l'âge et la couverture sociale des usager(e)s, une information et un accompagnement en matière de sexualité, de contraception et d'IVG. Ils peuvent délivrer les différents moyens de contraception et le cas échéant pratiquer l'IVG. Depuis la loi dite Calmat adoptée en 1990¹³⁶, les CPEF exercent en outre des missions de prévention et de dépistage des IST, dont le VIH, en particulier en direction des personnes mineures. Les CPEF offrent ainsi une approche globale de la sexualité, articulant les dimensions sanitaires, sociale et éducatives.

Il apparaît cependant que les CPEF ne sont pas en mesure de remplir dans tous les territoires ces missions à la hauteur des besoins constatés. L'organisation de l'offre de CPEF relève des compétences obligatoires des départements ou, le cas échéant, des collectivités territoriales uniques, en matière de PMI. Sur le plan budgétaire, les dotations des CPEF sont rattachées aux crédits alloués aux services de PMI.

Tant en termes de locaux, d'organisation, de personnels que de ressources budgétaires, les CPEF apparaissent insuffisamment autonomisés vis-à-vis des services de la PMI chargés, plus particulièrement, du suivi des grossesses et des enfants. Ils souffrent globalement d'un manque de moyens pour assurer leurs missions, en particulier sur des territoires qui comportent une forte population jeune et précaire. Il faut toutefois noter que les services de la PMI jouent un rôle important dans le dépistage des femmes enceintes pour le VIH et IST, et le cas échéant dans leur orientation vers les structures en charge de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Dans les différents territoires, la mission a pu constater l'importance de l'enjeu de séparer les activités CPEF et PMI en termes de lieux, car les jeunes potentiellement visés par l'offre CPEF sont peu enclins à se rendre dans les PMI fréquentées par leurs mères. L'approche globale de santé sexuelle proposée par les CPEF, incluant éducation à la sexualité et santé reproductive, est pourtant un atout pour proposer à des jeunes, dans le cadre de consultations contraception, une information et un dépistage des IST. Le rôle des CPEF dans le dépistage des IST est, en outre, particulièrement pertinent pour les personnes mineures, compte tenu des restrictions d'accès au dépistage que rencontre cette population dans les CeGIDD, du fait de la réglementation imposant dans ces structures l'accompagnement des personnes mineures par un adulte référent.

Si ces différentes difficultés concernent tous les territoires étudiés, elles prennent des dimensions particulières dans chacun d'eux.

¹³⁶ Loi du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé.

En **Guyane**, le déficit d'offre de CPEF est majeur. L'offre est en effet inexistante sur le territoire en dehors de la commune de Cayenne, où a été ouvert le seul centre de planification indépendant de la PMI et dédié aux jeunes. Partout ailleurs, l'activité de planification est censée être assurée par les PMI. Le territoire en compte 23, assurant théoriquement un bon maillage, mais un certain nombre de ces PMI ne sont pas, ou incomplètement opérationnelles dans les faits par manque de ressources humaines et de locaux en état. De surcroît, ces défaillances touchent principalement des zones particulièrement sous-dotées en matière d'offre de santé et cependant à forts besoins au regard de la démographie¹³⁷. Les PMI fonctionnelles concentrent l'essentiel de leur activité à assurer leurs missions centrales de suivi des femmes enceintes et des enfants ; elles ne peuvent dans ces conditions déployer une offre globale de santé sexuelle à la hauteur des besoins, et ne sont notamment pas en capacité d'atteindre les plus jeunes. Dans certains cas, les horaires d'ouverture sont inadaptés à ces publics, à l'instar du service de PMI de Saint-Laurent-du-Maroni qui est fermé le mercredi après-midi.

Afin d'améliorer la couverture des besoins, la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG) pourrait proposer de réduire le nombre de structures fixes et de développer une équipe permanente pluridisciplinaire mobile intervenant en soutien aux structures fixes. En outre, une convention conclue entre la CTG et le CHAR devait permettre la délégation de certaines activités de PMI aux CDPS afin d'améliorer la couverture territoriale, mais cette convention n'est toujours pas effective.

L'absence d'offre de planification dans l'Ouest guyanais est particulièrement alarmante alors qu'il s'agit d'une zone de non-maîtrise de la fécondité. Les engagements du Conseil départemental de Guyane puis de la CTG concernant la création d'un CPEF à Saint-Laurent-du-Maroni, inscrite dans le cadre du PRS 2011-2015, n'ont pas été tenus. Pour compenser cette défaillance, l'ARS a souhaité que le CeGIDD du CHOG à Saint-Laurent-du-Maroni développe un volet d'activité de planification et d'éducation familiale et a alloué pour 2017 les financements nécessaires à la création d'un poste dédié. Le recrutement prévu demeure cependant bloqué depuis près d'un an en raison du gel des embauches au CHOG imposé dans le cadre du plan d'action de retour à l'équilibre financier de l'hôpital, de sorte que le CeGIDD ne dispose pas pour l'instant des moyens humains nécessaires au démarrage de cette activité.

La **Martinique** dispose de longue date d'une offre de planification et d'éducation familiale structurée, mais qui connaît des difficultés importantes dans la période récente. Les CPEF de Martinique ont fait l'objet jusqu'en février 2015 d'une délégation de gestion du Conseil départemental à l'Association martiniquaise pour l'information et l'orientation familiale (AMIOF), association locale indépendante, mais associée par convention au Mouvement français pour le planning familial (MFPF). L'AMIOF était également gestionnaire des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) du territoire, plusieurs implantations de l'AMIOF et les mêmes personnels de l'association assurant conjointement les missions de CPEF et d'EICCF. En 2015, la décision du Conseil départemental de dénoncer la convention de délégation de gestion et de reprendre l'activité des CPEF en régie directe, avec intégration des personnels de l'AMIOF, ont conduit à une restructuration de l'organisation des services de planification et d'éducation familiale, désormais organisés en Centre de planification, d'information et d'orientation familiale (CPIOF). En conséquence du transfert des compétences départementales à la nouvelle collectivité territoriale unique, les CPIOF sont depuis décembre 2015 des services de la Collectivité territoriale de Martinique (CTM). Aujourd'hui, le dispositif d'offre de planification comprend six centres de planification, d'information et d'orientation familiale (CPIOF) répartis sur le territoire.

La restructuration opérée en 2015 fait l'objet de critiques, nombre d'acteurs soulignant des difficultés de fonctionnement des CPIOF et un appauvrissement qualitatif de l'offre, recentrée sur les missions proprement sanitaires (prescription de contraception, IVG) au détriment du volet social et éducatif (information et éducation à la sexualité, prévention des IST, accueil et conseil aux victimes de violences, action renforcée en direction des publics en difficultés)¹³⁸. Par voie de communiqué de presse¹³⁹, la CTM reconnaît l'existence de difficultés. Des mesures de consolidation sont envisagées par l'exécutif de la collectivité qui compte mettre en place une réflexion concertée sur l'élaboration d'un véritable projet de planning familial pour le territoire.

On peut noter la mise en place prévue prochainement en Martinique, après la Guadeloupe en juin 2017, de la plateforme téléphonique « Sexualités, contraception, IVG ». Ce numéro vert national (NVN) unique est un dispositif piloté conjointement par la Direction générale de la santé et par Santé publique France, et opéré au plan national par le MFPF. Il devrait constituer l'une des réponses au besoin d'information et d'orientation des jeunes, la question des IST et des violences faisant partie des thématiques couvertes par ce NVN.

La **Guadeloupe** dispose également d'une offre de planification et d'éducation familiale structurée. Des difficultés de deux ordres sont relevées. D'une part, la couverture territoriale apparaît lacunaire, en lien

¹³⁷ Défenseur des droits. *Accès aux droits et aux services publics en Guyane*. Compte rendu du déplacement du Défenseur des droits. 2016.

¹³⁸ Auditions CNS.

¹³⁹ Communiqué de presse de la CTM. « Situation du CPIOF : Francis Carole clarifie ». 12 juillet 2017. <http://www.collectivitedemartinique.mq/situation-du-cpiof-francis-carole-clarifie/>

notamment avec la dimension archipélagique de la Guadeloupe. Des difficultés d'accès aux structures de soins et d'information sont ainsi constatées dans les petites îles des Saintes, de la Désirade et de Marie-Galante. D'autre part, un certain désengagement du Conseil départemental peut être constaté au cours des dernières années, marqué notamment par la suppression au sein de l'administration départementale du service de promotion de la santé particulièrement dédié au dépistage des IST¹⁴⁰.

Les CPEF du territoire guadeloupéen sont dans leur grande majorité des services en régie directe du Conseil départemental. Au-delà des activités de planification traditionnelles, il existait jusqu'en 2014 un poste de médecin à temps plein dont la mission était de sensibiliser les CPEF gérés par le Conseil départemental pour développer les actions de dépistage et prévention des IST, ainsi que d'assurer un recueil exhaustif des données issues de cette activité. Ce poste n'a plus été pourvu depuis trois ans. Le travail de prévention et de dépistage est assuré depuis par les sages-femmes dans le cadre de la planification. En raison d'une diminution du nombre de grossesses, des sages-femmes ont en effet été réaffectées à des missions de promotion de la santé sexuelle et ont développé des consultations de gynécologie préventive, notamment au sein des PMI. Ces consultations ne constituent pas des services de CPEF à proprement parler, mais offrent des lieux d'orientation développant une importante activité de santé sexuelle. Ce dispositif est déployé dans chacune des trente communes de Guadeloupe et propose dans le cadre du bilan de grossesse des dépistages VIH et HPV, ainsi que chlamydia, gonocoque et mycoplasme. Le traitement des IST est assuré. Toutefois, en matière de promotion de la santé sexuelle, l'accent est mis aujourd'hui sur l'objectif de diminution des grossesses précoces, la garantie de l'accès à l'IVG ainsi que la prévention des « IVG récidivantes ». La prévention et le dépistage des IST ne sont pas considérés comme une priorité¹⁴¹.

Le Conseil départemental de Guadeloupe (CDG) a par ailleurs signé une convention avec l'association Maternité Consciente dont les missions sont plus particulièrement le dépistage des IST, la planification familiale pour les jeunes et les personnes sans couverture sociale. L'association développe une activité de CPEF sur deux sites, l'un à Basse-Terre et l'autre à Grande-Terre. Elle y développe des programmes en créole incluant une approche globale transversale des IST. Les CPEF de l'association Maternité Consciente ont une activité importante de dépistage, y compris par TROD hors les murs. Cette dernière activité consiste en une offre mobile proposée en partenariat avec le bus de la Croix-Rouge en Guadeloupe continentale et avec le bus de l'hôpital à Marie-Galante. L'association estime que son offre ne parvient pas à couvrir l'ensemble des besoins repérés.

La Guadeloupe est pour l'instant le seul des territoires de mission ayant accès, depuis juin 2017, à la plateforme téléphonique « Sexualités, contraception, IVG ». Ce dispositif est soutenu par l'ARS concernant sa composante de plateforme régionale. Le manque d'information préalable des acteurs locaux et l'absence de publicité par l'ARS ont rendu le démarrage difficile. Un suivi de la montée en charge du service est en cours pour juger de son opérationnalité. Comme indiqué précédemment, les thématiques traitées incluent la question des violences et des IST.

2.2.1.5. Inégalement répartie, l'offre ambulatoire libérale pâtit d'une pénurie chronique de ressources humaines

Les territoires de Guyane et des Antilles françaises présentent une offre ambulatoire insuffisante, d'une part en regard des besoins, et, d'autre part, compte tenu des contraintes géographiques spécifiques de ces territoires.

La sous-densité chronique des professionnels de santé médecins généralistes et spécialistes constitue un handicap majeur pour les systèmes de santé locaux. Les densités de médecins libéraux sont inférieures dans tous les territoires de mission à celle mesurées en métropole : en 2012, 71 pour 100 000 habitants en Guyane, 147 en Guadeloupe et 141 en Martinique contre 201 en métropole¹⁴². Ce constat est aggravé pour les médecins spécialistes : 57 pour 100 000 habitants en Guyane et dans les Antilles françaises contre 94 en métropole, en 2016¹⁴³. L'installation de médecins libéraux originaires de métropole ne permet pas de couvrir les besoins en santé compte tenu de la durée limitée de leur installation.

La sous-densité en médecins apparaît inégalement répartie dans les territoires de mission et affecte défavorablement les territoires les plus fragiles. Des données de la Cour des comptes de 2014, établies à l'échelle des cantons, montrent que les densités en professionnels de santé¹⁴⁴ sont les plus faibles dans les cantons les plus défavorisés de Guyane et les plus fortes dans les cantons les plus favorisés des Antilles¹⁴⁵.

¹⁴⁰ Auditions CNS.

¹⁴¹ Auditions CNS.

¹⁴² DREES. *Base de données STATISS Statistiques et indicateurs de la santé et du social*. 2016.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ Les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes ont été considérés dans l'étude.

¹⁴⁵ Cour des Comptes. *La santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République. Rapport public thématique*. *Op.cit.*

La dynamique d'évolution en matière de ressources humaines apparaît défavorable. Le vieillissement des médecins fait peser à moyen terme un risque d'aggravation de la sous-densité médicale. Plus de la moitié des médecins généralistes et spécialistes sont âgés de plus de 55 ans dans les territoires d'Antilles-Guyane¹⁴⁶.

Les besoins en infirmiers et aides-soignants dans ces territoires augmentent régulièrement depuis plusieurs années et cette tendance devrait s'intensifier dans les années à venir. Cependant, la Guadeloupe et la Martinique sont confrontées à des effectifs vieillissants dans ces deux professions : en 2013, les actifs de plus de 55 ans représentaient entre 20 et 25 % des effectifs d'aides-soignants et d'infirmiers selon le territoire. Une évolution attendue concernant la profession infirmière est la poursuite des transitions du salariat vers l'exercice libéral, qui se fait au détriment des embauches en hôpitaux ou cliniques.

L'accroissement démographique dont bénéficie la Guyane implique des besoins croissants et importants dans le secteur de la santé, renforcés par l'étendue du territoire et la fragilité socio-économique des populations. Malgré l'arrivée massive de jeunes en âge de travailler sur le marché du travail, les qualifications nécessaires et les réglementations de *numerus clausus* associées aux professions médicales et paramédicales exacerbent les tensions relatives à l'emploi et l'embauche d'infirmiers et de médecins. Ainsi, de 2010 à 2017, 40 % des recrutements d'infirmiers et de sages-femmes en Guyane furent qualifiés de « difficiles ». Cette proportion atteint 70 % pour les recrutements de médecins et de professions paramédicales¹⁴⁷.

2.2.1.6. Une offre lacunaire dans certains territoires ou en direction de certaines populations concernant la vaccination contre le VHB et surtout contre le HPV

La prévention vaccinale représente un outil majeur de lutte contre certaines infections transmises par voie sexuelle, et en particulier les infections à VHB et HPV, compte tenu de leur fréquence et de la gravité des pathologies qui peuvent en résulter.

Vaccination contre le VHB et le HPV : recommandations en vigueur

Vaccin anti-VHB

Précédemment simplement conseillée, la vaccination contre le VHB fait depuis le 1^{er} janvier 2018 l'objet d'une obligation pour tous les nourrissons nés à partir de cette date¹⁴⁸. Un rattrapage est proposé de manière générale aux enfants et adolescents jusqu'à 15 ans révolus. Au-delà de cet âge, le rattrapage doit être proposé à certaines catégories d'adolescents et d'adultes identifiées en fonction de critères de risque élevé d'exposition, parmi lesquelles notamment les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, les usagers de drogues par voie parentérale, les personnes de l'entourage ainsi que les partenaires sexuels d'une personne infectée par VHB ou porteuse chronique de l'antigène HBs, ainsi que, sous certaines conditions, les personnes immunodéprimées.¹⁴⁹

Vaccin anti-HPV

La vaccination contre le HPV consiste actuellement en une protection contre les virus oncogènes HPV 16 et 18 pour le vaccin bivalent, ou 6, 11, 16, et 18 dans le cas du vaccin tétravalent. L'usage d'un vaccin nonavalent, incluant une protection contre cinq génotypes supplémentaires (31, 33, 45, 52 et 58) est désormais recommandé, mais la mise en œuvre de cette recommandation reste suspendue à la décision d'admission de ce vaccin au remboursement par l'assurance maladie, attendue de façon imminente¹⁵⁰. Cette vaccination est recommandée pour toutes les filles âgées de 11 à 14 ans, l'efficacité augmentant si les personnes vaccinées n'ont pas été exposées préalablement au risque d'infection par le HPV. Un rattrapage vaccinal est recommandé pour les jeunes filles ayant entre 15 et 19 ans révolus. Pour les HSH, la vaccination est également recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans.¹⁵¹ Il est également conseillé aux personnes immunodéprimées de se faire vacciner, sous certaines conditions.

La mission n'a pas été en mesure d'investiguer de manière suffisamment précise la situation vaccinale dans les différents territoires étudiés et se borne à rapporter quelques observations relatives à la couverture vaccinale et à certains enjeux saillants identifiés concernant l'offre de vaccination dans les différents

¹⁴⁶ *Ibid.*

Auditions CNS.

¹⁴⁷ INSEE. *Métiers en tension en 2022 : Prédominance de la santé – Guadeloupe*. Novembre 2017.

INSEE. *Métiers en tension en 2022 : Prédominance de la santé – Martinique*. Novembre 2017.

INSEE. *Niveau de qualification élevée, manque d'attractivité ou pénibilité caractérisent les métiers en tension – Guyane*. Novembre 2017.

¹⁴⁸ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

¹⁴⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier vaccinal 2017. Avril 2017, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ *Ibid.*

Haut Conseil à la Santé Publique. *Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes*. Avis du 2 février 2016.

territoires, en particulier en Guyane. En conséquence de ces limites, le CNS tient à alerter sur ces enjeux, mais ne présente pas de recommandations spécifiques dans le cadre de cet Avis. Le Conseil renvoie cependant aux recommandations générales concernant les vaccinations anti-VHB et anti-HPV qu'il a émises en 2017 dans le cadre de son *Avis sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*¹⁵². Ces recommandations ont en effet vocation à s'appliquer également dans les territoires ultramarins, notamment en ce qui concerne les conditions d'accessibilité de ces vaccinations ainsi que le renforcement des stratégies de rattrapage.

Observations concernant la couverture vaccinale

La couverture par le vaccin contre le VHB apparaît plus favorable en Guyane et dans les Antilles qu'en métropole. Sur la base de données de 2015, la couverture vaccinale complète (3 doses) est jugée satisfaisante chez les enfants âgés de 24 mois, avec des taux supérieurs à 90 % dans l'ensemble des territoires, légèrement supérieurs à ceux observés à la même époque en métropole¹⁵³. La couverture demeure insuffisante aux âges plus élevés (6 et 11 ans), mais atteint cependant dans les différents territoires, selon plusieurs sources de données, des taux supérieurs à 60 %, soit une situation sensiblement plus favorable qu'en métropole.¹⁵⁴ Un élément d'explication de ces différences, souligné par de nombreux acteurs de santé, tient probablement au maintien au sein des populations ultramarines d'une attitude favorable à l'égard de la vaccination en général, contrastant avec le développement d'attitudes de défiance ou d'hésitation vaccinale dans une partie importante de la population métropolitaine.

Par contraste avec ce qui est observé pour la vaccination anti-VHB, la couverture par le vaccin anti-HPV apparaît plus défavorable dans les territoires ultramarins étudiés qu'en métropole. La couverture vaccinale contre le HPV est notoirement très mauvaise en France et continue à se dégrader, en raison à la fois de la forte défiance suscitée par ce vaccin et de plusieurs freins d'accès liés aux conditions de son offre. Ce second facteur semble le plus déterminant concernant les territoires ultramarins. En métropole, la proportion de jeunes filles couvertes par une vaccination complète contre le HPV à l'âge de 16 ans est passée de 28,4 % en 2010 à 19,1 % en 2016.¹⁵⁵ Cette proportion apparaît très sensiblement inférieure en Martinique et de Guadeloupe, où elle ne s'établit qu'à 10,8 % en 2016 dans chacun de ces territoires.¹⁵⁶ Des données comparables ne sont pas disponibles pour la Guyane, mais des indications éparses relatives au nombre de doses de vaccin remboursées par l'assurance maladie et aux effectifs de jeunes filles en âge d'être vaccinées suggèrent une vaccination insuffisante.¹⁵⁷ Surtout, celle-ci demeure limitée aux zones les plus denses du littoral ; elle apparaît inexistante dans les régions de l'intérieur.¹⁵⁸

La faiblesse de la vaccination contre le HPV, voire localement son absence, représente un enjeu de santé publique d'autant plus préoccupant que la prévalence des infections à HPV et l'incidence des cancers du col de l'utérus sont élevées dans la région Caraïbe en général, et particulièrement en Guyane (*Cf. supra*).

Concernant ce dernier territoire, les zones de l'intérieur et notamment sur les fleuves Maroni et Oyapock sont à la fois les plus touchées et celles dans lesquelles le dépistage des lésions précancéreuses par frottis cervical est très peu déployé, en raison de l'isolement et de la rareté des ressources de santé. Ce contexte justifie d'autant plus fortement de développer la prévention vaccinale, potentiellement plus simple à mettre en œuvre. Les génotypes du HPV circulant dans la région justifient par ailleurs de privilégier l'usage du vaccin nonavalent.

Observations concernant l'organisation de l'offre

Les vaccinations anti-VHB et anti-HPV peuvent être réalisées par un médecin, un infirmier (sur prescription médicale) ou une sage-femme, en libéral, à l'hôpital ainsi que dans les centres de vaccination publics, les CPEF et les CeGIDD. La vaccination anti-VHB est également disponible dans les PMI (pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans), ainsi que dans les centres de vaccinations internationales.

Dans le contexte des territoires étudiés, en raison de la part comparativement limitée de la médecine générale libérale dans l'offre de santé, d'une part, et d'autre part de la proportion importante de personnes rencontrant des difficultés économiques et d'accès à une couverture maladie, le rôle des structures exerçant

¹⁵² Conseil national du sida et des hépatites virales, *Avis sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*. Février 2017.

¹⁵³ *Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane*. N° 2. Mai-juin 2017.

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ Santé publique France. Dossier thématique Papillomavirus humains (HPV) <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>

¹⁵⁶ CIRE Antilles. *Le point épidémiolo.* N°23, 23 avril 2017.

¹⁵⁷ Auditions CNS et données communiquées au CNS par l'ARS Guyane.

¹⁵⁸ Dufit Valentin, Adenis Antoine, Douine Maylis et al. « Épidémiologie de l'infection à papillomavirus humains chez les femmes âgées de 20 à 65 ans résidant dans des communes isolées de Guyane française : adapter l'action au territoire ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. *Op. cit.*

des missions de vaccination publique gratuite apparaît déterminant. Ces opérateurs sont les PMI, les centres de vaccination publics, les CPEF et les CeGIDD.

Il n'est pas relevé de difficultés particulières concernant la vaccination anti-VHB chez le nourrisson ou le jeune enfant, à l'exception de certaines zones du territoire de la Guyane, où les constats convergents de différents acteurs de santé ainsi que de l'ARS décrivent une dégradation extrêmement préoccupante au cours des dernières années en matière de vaccinations de la petite enfance, dont la vaccination contre le VHB, du fait des difficultés rencontrées par les PMI (*Cf. supra*). Il est ainsi rapporté que ces vaccinations sont insuffisamment, voire plus du tout assurées, dans certains territoires isolés ainsi que dans certaines zones d'habitat spontané en périphérie des centres urbains, en particulier à Saint-Laurent-du-Maroni. La responsabilité de la CTG est invoquée concernant des défaillances dans le financement et l'organisation de l'approvisionnement en vaccins des PMI.¹⁵⁹ Celles-ci sont en outre confrontées à des difficultés récurrentes de recrutement de médecins en nombre suffisant. Sous l'égide de l'ARS, des solutions reposant sur des souplesses financières négociées avec la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) et la CTG ainsi que sur des dispositifs locaux de mutualisation ou de subsidiarité entre les opérateurs de santé (PMI, CDPS, CPS de la Croix-Rouge) sont actuellement recherchées.¹⁶⁰

Concernant l'offre de vaccination contre le HPV, des difficultés observées en métropole se posent avec une acuité particulière dans les différents territoires étudiés, principalement en conséquence du coût élevé du vaccin anti-HPV. L'accès à l'offre en médecine générale libérale implique que les personnes disposent de droits ouverts à une couverture maladie. La prise en charge par l'assurance maladie de ce vaccin n'est cependant que partielle, pouvant impliquer une avance de frais conséquente pour les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire, et surtout un reste à charge difficilement soutenable pour les personnes qui en sont démunies. L'accès gratuit à la vaccination contre le HPV dans les structures de vaccination publiques demeure pour sa part largement théorique, la plupart d'entre elles n'étant pas en mesure, faute de dotations suffisantes, de la proposer. La vaccination anti-HPV n'est notamment pas assurée pour l'instant dans les CeGIDD de Guyane et de Guadeloupe. La situation apparaît plus favorable en Martinique, où sa mise en place est en cours ou prévue dans les CeGIDD et les CPEF, dans le cadre d'un effort global de rénovation de la vaccination publique actuellement promu par l'ARS.¹⁶¹

2.2.1.7 La mise en place progressive d'une offre de PrEP

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un outil additionnel de prévention, à destination des personnes non infectées exposées à un risque élevé d'acquisition du VIH, qui consiste dans la prise de médicaments antirétroviraux soit en continu, soit selon un schéma dit « à la demande », en anticipation des situations de prises de risque. La PrEP est disponible en France et intégralement prise en charge par l'assurance maladie depuis janvier 2016. Compte tenu du profil des personnes les plus exposées au risque, la PrEP est en métropole un outil principalement destiné aux hommes ayant des relations avec des hommes (HSH), mais qui peut être également proposé à des hommes comme à des femmes hétérosexuels particulièrement exposés au risque.

Au regard de la situation épidémiologique dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises, la mise en place d'une offre de PrEP, et notamment élargie à des publics hétérosexuels très exposés au risque, en particulier des femmes, représente un enjeu important pour le renforcement de la réponse préventive. Le déploiement d'une offre de PrEP est engagé dans les quatre territoires mais concerne pour l'instant un nombre modeste de personnes, avec moins d'une quarantaine d'utilisateurs effectifs à la fin de l'année 2017. La mise en place des dispositifs d'offre est toutefois récente et en phase de montée en charge. Les freins identifiés sont de nature diverse, tenant à la fois aux capacités du système de soin, à la difficulté d'atteindre les publics cibles et à la situation sociale d'une partie de ces publics, dont notamment l'absence de couverture sociale.

En Guyane, le développement d'une offre de PrEP, notamment en direction des femmes les plus exposées au risque, est en cours à la fois dans le cadre du CHAR, pour la région de Cayenne ainsi que dans certains CDPS de l'intérieur, et dans le cadre du CHOG, pour la région de Saint-Laurent-du-Maroni.

Concernant le CHOG, la PrEP est proposée depuis février 2017 dans le cadre du CeGIDD aux personnes consultant à plusieurs reprises pour des accidents d'exposition sexuels (AES) et plus généralement aux personnes en situation d'insécurité avec leur partenaire, principalement des femmes. Les personnes intéressées sont adressées pour prise en charge au service des maladies infectieuses de l'hôpital. Il est cependant noté que peu de personnes se montrent intéressées ou en mesure de donner suite à cette offre. Fin 2017, le service ne comptait ainsi qu'un seul usager effectivement sous PrEP.

Au CHAR, la PrEP est proposée depuis janvier 2017 dans le cadre de l'hôpital de jour (HDJ). Fin 2017, onze personnes avaient bénéficié d'une consultation PrEP et six autres étaient en attente d'une première

¹⁵⁹ Auditions CNS.

¹⁶⁰ Auditions CNS.

¹⁶¹ Auditions CNS.

consultation. Parmi les onze personnes vues en consultation, trois étaient des HSH, les huit autres des travailleuses du sexe (huit femmes dont une femme trans). Au total, huit personnes étaient effectivement sous PrEP et deux en attente de la démarrer. Le recrutement se fait essentiellement à la suite de consultations pour des AES ou par orientation via les associations. Sur ce plan, le service travaille en partenariat avec l'association Entr'AIDES Guyane, qui a mis en place à Cayenne des ateliers d'information et un accompagnement à l'hôpital en direction, d'une part, des travailleuses du sexe, et d'autre part des HSH. Des contacts sont en cours avec d'autres associations, et notamment avec l'association ADER, afin d'élargir l'offre en direction des populations de Kourou. Une collaboration entre l'HDJ et l'Unité des maladies infectieuses et tropicale (UMIT) est amorcée pour déployer l'offre de PrEP dans cet autre service du CHAR impliqué dans la prise en charge du VIH.

Un obstacle majeur au développement de la PrEP pour les populations vulnérables, en particulier les travailleuses du sexe, demeure leurs difficultés d'accès à une couverture sociale, notamment en lien avec la proportion importante de personnes étrangères en situation irrégulière. Des personnes reçues en consultation PrEP n'ont pu en bénéficier pour ces motifs, et dans un cas, une personne a dû interrompre sa prise de PrEP en raison d'une rupture de droits. Certains professionnels de santé estiment par conséquent, au regard des caractéristiques des publics éligibles à ce nouvel outil, qu'un passage à l'échelle de la PrEP dans le contexte guyanais nécessiterait de pouvoir la délivrer gratuitement, sans condition de couverture sociale, au même titre que les prestations de dépistage, de vaccination ou de contraception dans les structures publiques de type CeGIDD ou CPEF.

Un manque global de moyens, en particulier en temps hospitalier, est par ailleurs souligné. Les créneaux de consultation PrEP à l'HDJ de Cayenne s'avèrent d'ores et déjà insuffisants, impliquant des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, et des pertes d'opportunités de recrutement faute de pouvoir recevoir rapidement ou sans rendez-vous des personnes intéressées ou orientées par d'autres services. Outre la nécessité de pouvoir développer à l'avenir des créneaux de consultation à différents horaires, dont des plages d'accueil sans rendez-vous, les équipes soignantes relèvent aussi l'importance de diversifier les lieux d'accès à l'offre de PrEP. Il est relevé que le suivi des usagers de PrEP au sein d'un service identifié pour la prise en charge des PVVIH constitue un frein pour certains, par crainte de la stigmatisation. La pertinence de développer la consultation dans des lieux de prévention et de dépistage externes au CHAR, par exemple dans le cadre des CeGIDD de la Croix-Rouge à Cayenne et Kourou, est également soulignée. Les moyens actuels de l'équipe soignante ne le permettent cependant pas, non plus que de consacrer un temps suffisant pour développer les partenariats avec les associations¹⁶².

Un effort particulier est en outre engagé pour développer l'offre de PrEP à destination des publics habitant dans les zones isolées, dans le cadre de projets plus larges de renforcement de l'offre de santé sexuelle et reproductive (*Cf.* encadré).

Des expériences de déploiement d'une offre de PrEP dans les territoires guyanais isolés de l'Oyapock et du Haut-Maroni

Le déploiement d'une offre de PrEP débute actuellement dans certains territoires isolés de Guyane, le long des deux fleuves frontaliers.

Pour le secteur du Haut-Maroni, la PrEP est proposée dans les CDPS de Maripasoula et de Papaïchton, en partenariat avec l'association AIDES. Dans l'Est guyanais, son déploiement au CDPS de Saint-Georges-de-l'Oyapock s'inscrit dans le cadre du projet transfrontalier Oyapock Coopération Santé (OCS), en partenariat avec l'association DAAC et l'association brésilienne DPAC Fronteira.

Les publics visés sont principalement des travailleuses du sexe, et également des HSH, des personnes trans ainsi que des femmes en situation particulière de risque. Le cursus de consultation est en phase de démarrage, et intègre à ce stade préliminaire un peu moins d'une dizaine de personnes. Cette offre de PrEP au sein des CDPS s'inscrit dans la mise en place de consultations globales de santé sexuelle intégrant les dimensions d'accès à la contraception, de lutte contre les violences faites aux femmes, de suivi gynécologique, de dépistage des IST, d'aide sociale, de prise en compte de la diversité de l'orientation sexuelle ou de genre.

Cette offre globale s'appuie sur une collaboration étroite avec les partenaires associatifs (AIDES et DAAC), et notamment sur l'intervention de médiateurs formés. Dans le cas de Maripasoula, une consultation délocalisée est organisée dans le local de l'association AIDES afin d'aider les travailleuses du sexe à surmonter les réticences qu'elles peuvent éprouver à se rendre au CDPS.

Les difficultés d'obtenir une couverture sociale pour les publics visés, en l'espèce essentiellement l'AME, représentent la principale limite à l'action engagée.

¹⁶² Auditions CNS.

En Martinique, l'ouverture d'une consultation PrEP au CHUM, ciblée en direction des publics HSH, est effective mais le nombre d'utilisateurs demeure pour l'instant modeste. Malgré un partenariat avec l'association AIDES, la consultation est parvenue à recruter un premier utilisateur seulement neuf mois après son ouverture, et comptait, en juin 2017, un effectif total limité de huit utilisateurs. Aucun de ces utilisateurs n'a été recruté par le canal de l'association, qui n'a pas réussi à constituer le relais attendu, probablement en raison de son audience limitée auprès d'une partie des publics HSH martiniquais. Selon l'équipe du CHUM, le point d'entrée du recrutement a été le CeGIDD pour quelques utilisateurs, puis essentiellement le bouche à oreille au sein du réseau de connaissances de ces utilisateurs initiaux, favorisé par le fait que ceux-ci se déclarent très satisfaits par la PrEP et la qualité du suivi proposé.

Les principaux freins identifiés par les utilisateurs de PrEP eux-mêmes sont d'une part le manque d'information sur cet outil, et d'autre part la crainte des indiscretions qui peuvent survenir lors de leur entrée dans les locaux du service de maladie infectieuse du CHUM, très identifié comme service pour les personnes séropositives. Sur ce dernier point, des solutions pragmatiques ont été recherchées pour permettre un accès à la consultation sans passer par l'entrée principale du service. Concernant la difficulté à faire connaître la PrEP, il est intéressant de noter la demande de l'un de ces utilisateurs à un médecin de l'équipe d'intervenir pour présenter la PrEP dans le cadre d'une réunion privée, organisée à son domicile pour des amis qu'il invitait lors d'un week-end. L'équipe soignante souligne ainsi l'importance de discuter avec les utilisateurs pour mieux comprendre leurs attentes, les freins et les circuits communautaires. Une réflexion est en cours sur les moyens d'intervenir dans les soirées, y compris et notamment privées, et d'interagir sur les réseaux sociaux.

En Guadeloupe et à Saint-Martin, l'offre de PrEP est disponible, depuis six à douze mois selon les lieux, sur plusieurs sites. Elle concernait au total un peu plus d'une quinzaine d'utilisateurs fin 2017. Elle est dispensée pour près d'une dizaine d'utilisateurs dans le cadre du CeGIDD de Pointe-à-Pitre, dépendant du CHUG, mais implanté sur un site propre distinct de l'hôpital. Elle est également proposée au CeGIDD du centre hospitalier de Basse-Terre ainsi qu'à Saint-Martin, au centre hospitalier. Ces deux structures comptent chacune entre deux et quatre utilisateurs. L'offre de PrEP en Guadeloupe concerne pour l'instant quasi-exclusivement des HSH et l'orientation via l'association AIDES joue un rôle important dans le recrutement. Une réflexion est en cours dans le cadre du COREVIH sur l'intérêt de promouvoir un recrutement plus large que les seuls publics HSH, notamment en direction des jeunes, hommes et femmes, ainsi que des travailleuses du sexe.

2.2.2. Les réponses institutionnelles mises en œuvre pour répondre au défi des ressources humaines sont insuffisamment déployées

Les pouvoirs publics disposent d'instruments en nombre limité pour favoriser le déploiement d'une offre ambulatoire adaptée aux besoins. D'une part, ils jouissent de dispositifs favorisant l'installation de professionnels de santé dans des territoires sous-dotés. D'autre part ils peuvent promouvoir des dispositifs existant de délégation de compétences.

2.2.2.1. Le bilan des dispositifs favorisant l'installation des professionnels de santé dans des territoires sous-dotés apparaît peu probant

S'agissant des infirmiers, le conventionnement de nouveaux arrivants entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles permet de ne pas autoriser l'installation d'infirmiers dans les zones sur-dotées par rapport à la moyenne nationale. Ce levier n'a toutefois pas été mobilisé ces dernières années¹⁶³.

S'agissant des médecins, en l'absence de conventionnement permettant de rééquilibrer l'offre en regard des besoins, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des dispositifs incitatifs favorisant la formation et l'installation de médecins. Les pactes territoire santé développés en 2012 et renouvelés en 2015 ont permis aux ARS de mettre en œuvre une série de mesures incitatives.

Des contrats d'engagement de service public (CESP) proposés aux médecins en formation initiale ont permis l'installation en Guyane et en Guadeloupe dans des territoires sous-dotés de respectivement cinq et six médecins. En outre, deux jeunes médecins en Guyane et deux jeunes médecins en Guadeloupe ont bénéficié du statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) facilitant leur première installation. Enfin, des maisons de santé pluri-professionnelles ont été créées, trois en Guyane, deux en Guadeloupe et deux en Martinique.

Les résultats positifs obtenus dans les territoires de mission dans le cadre des pactes territoire santé paraissent toutefois d'ampleur modérée en regard des besoins non couverts constatés par les missions du CNS.

¹⁶³ Cour des Comptes. *La santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République. Rapport public thématique. Op. cit*

2.2.2.2. Des instruments de transfert de compétences sont prévus par la loi mais ne sont pas mobilisés

- *Les protocoles de coopération à des fins de transfert d'activités ou d'actes de soins, qui pourraient constituer une réponse innovante adaptée aux territoires ultramarins, ne sont pas mis en œuvre*

La loi de santé du 21 juillet 2009 a permis des nouveaux modes de coopération entre professionnels de santé autorisés¹⁶⁴. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. La réalisation d'activités ou d'actes de soins peut en particulier être déléguée à des personnels paramédicaux, sur la base de protocoles. À cette fin, les professionnels de santé soumettent à l'ARS des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute autorité de santé.

Des observations convergentes de la Cour des comptes et du CNS ont montré que les protocoles de coopération constituent un instrument adapté pour favoriser l'offre de soins dans les territoires sous-dotés mais ils sont peu mis en œuvre dans les territoires ultramarins, à l'exception de La Réunion et de Mayotte¹⁶⁵. Les ARS sont insuffisamment incitées par les pouvoirs publics à soumettre des protocoles à la Haute Autorité de Santé (HAS). En outre, les ARS des territoires ultramarins semblent rencontrer des difficultés pour consacrer des ressources techniques et humaines leur permettant d'établir ces protocoles. Enfin, les réglementations existantes peuvent constituer une entrave à la réalisation de transferts de compétence innovants répondant aux spécificités des territoires ultramarins.

- *En dépit de sa pertinence, la pratique avancée en soins infirmiers ne peut actuellement être mise en œuvre*

Le législateur a promu un mécanisme de délégation de compétences établi par décret plutôt que par protocole. La loi santé du 26 janvier 2016¹⁶⁶ a prévu que les auxiliaires médicaux dont les infirmiers puissent exercer en pratique avancée dès lors qu'un décret en Conseil d'État a défini les modalités de cette délégation. La disposition doit promouvoir l'intervention de professionnels de santé coordonnés par le médecin traitant dans le cadre d'un parcours de santé afin de favoriser une prise en charge globale¹⁶⁷.

Précisément, la loi dispose que les auxiliaires médicaux peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou médico-sociaux coordonnée par un médecin. Les domaines d'intervention peuvent notamment comporter des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ainsi que des actes d'évaluation, de surveillance et de conclusion clinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, doit définir pour chaque profession d'auxiliaire médical les domaines d'intervention en pratique avancée ainsi que les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée. En l'absence de décret, la disposition n'est actuellement pas mise en œuvre.

2.2.3. Les particularités territoriales et la diversité sociale des populations en zone Caraïbe justifient un déploiement beaucoup plus large d'une offre mobile

Les populations les plus exposées à l'infection par le VIH et aux IST dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises sont majoritairement confrontées à différents facteurs de difficultés économiques, d'isolement social et/ou géographique ainsi que, pour les populations migrantes, de difficultés en lien avec leur statut au regard du séjour et dans l'accès à une couverture sociale. Ces facteurs, souvent cumulés, concourent à rendre difficile l'accès de ces populations aux services de santé en général, et de santé sexuelle en particulier.

Les acteurs de l'offre de prévention et de soins, pilotes institutionnels comme opérateurs, sont globalement conscients de la pertinence de développer des stratégies d'aller-vers ajustées à la diversité des problématiques d'éloignement du système de santé rencontrées, à un niveau très local, par différents groupes de population. Le renforcement de la capacité des opérateurs à proposer des formes mobiles d'offre de

¹⁶⁴ Article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁶⁵ Un protocole de coopération prévoit un cadre de coopération entre professionnels pour le suivi du patient diabétique de type 2, le suivi du patient à risque cardio-vasculaire, le dépistage de la broncho pneumopathie chronique obstructive chez le patient tabagique et le repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests de mémoire pour les personnes âgées.

¹⁶⁶ Article 119 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁶⁷ Aissou Mourad et al. *Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*. Bordeaux. LEH Éditions. 2016.

prévention et de dépistage du VIH et des IST est un élément-clé pour rapprocher l'offre des populations. Il apparaît par ailleurs pertinent, selon les lieux et les publics ciblés, que ces interventions s'intègrent dans une offre mobile plus large de santé ou d'aide sociale. Concernant le dépistage du VIH, la capacité à pouvoir mettre en œuvre des TROD est une condition du développement d'une offre mobile efficace.

Si des exemples d'actions mobiles très pertinentes peuvent être relevés dans les quatre territoires étudiés, ces actions, en nombre trop limité et dont la pérennité est souvent fragile, demeurent loin de couvrir l'ensemble des territoires et des besoins des populations qui y résident.

2.2.3.1. L'éloignement du système de soins de certaines populations nécessite de renforcer les stratégies d'aller-vers par le développement d'offres délocalisées ou mobiles

L'isolement géographique de certaines population est patent dans les zones isolées de Guyane ou concernant certaines îles de l'archipel guadeloupéen. D'autres formes d'isolement spatial et social s'observent cependant aussi à plus petite échelle dans les différents territoires, moins du fait de contraintes géographiques proprement dites que de l'enclavement de certains secteurs, y compris urbains, qui résulte de l'absence, de l'insuffisance ou du coût des solutions de transport. C'est le cas de manière généralisée en Guyane faute de transports en communs dans les grands centres urbains du littoral comme entre ces centres et les villages situés à leur périphérie. C'est également le cas en Martinique et en Guadeloupe continentale, concernant certaines zones rurales et, dans les principaux centres urbains, certains quartiers mal desservis où se concentrent des populations défavorisées.

Un meilleur maillage territorial de l'offre de prévention et de dépistage peut être obtenu par le développement par les principaux opérateurs, notamment les CeGIDD, d'activités délocalisées, sous forme d'antennes ou de permanences régulières dans des communes distantes des principaux centres urbains comme dans des secteurs enclavés de ces centres. Des marges de progression existent dans ce domaine, ainsi qu'il a été décrit précédemment, et le renforcement des offres délocalisées doit à cet égard être poursuivi.

Cette stratégie doit cependant être complétée par des solutions d'offre mobile, à la fois parce qu'il n'est pas possible de multiplier excessivement les points d'accès fixes, et parce que, plus fondamentalement, celles-ci permettent d'aller, à une échelle micro-locale, au-devant de publics qui ne sont pas spontanément en demande des services proposés, ou pas en capacité de recourir aux structures classiques, même peu distantes.

À cet égard, une adaptation fine aux besoins des populations-cibles est nécessaire. À partir des exemples d'offre mobile qu'elle a pu observer, la mission retient que la conception d'une intervention mobile pertinente doit s'appuyer sur la connaissance et l'expérience que les acteurs locaux, et notamment communautaires, ont du terrain et des publics. Des partenariats entre un opérateur plus généraliste et une association communautaire locale ou spécialisée dans l'accompagnement du public visé peuvent y contribuer. De même pour la mise en œuvre de l'intervention, qui gagne à s'appuyer fortement sur le travail de médiateurs, notamment communautaires, formés en santé sexuelle. La mission, enfin, a relevé l'intérêt, dans différents contextes, d'intégrer de manière en quelque sorte « opportuniste » l'offre de prévention et de dépistage du VIH et des IST à une offre mobile de services plus globale, plus immédiatement en phase avec les besoins et les attentes exprimées par les publics. Ce type de démarche présente aussi l'avantage de banaliser l'accès et de limiter la stigmatisation qu'une offre frontale et exclusive de dépistage du VIH peut entraîner.

2.2.3.2. Des exemples d'offre mobile diversifiés et pertinents dans les différents territoires, mais en nombre trop limité et insuffisamment soutenus pour répondre aux besoins

L'offre mobile peut répondre à des problématiques d'éloignement des publics de nature différente et dans des contextes variés. L'intérêt des dispositifs mobiles est en particulier de permettre d'atteindre des publics très peu mobiles. C'est en particulier le cas des personnes rencontrant des problèmes de santé mentale et/ou d'addiction (crack, alcool), pour lesquelles les limites du quartier, voire de la rue, bornent un espace qui est à la fois lieu de résidence, de vie quotidienne, d'approvisionnement et de consommation des produits, et dont elles ne sortent que très peu. C'est également le cas pour une partie populations migrantes, dont l'isolement social apparaît renforcé par le caractère peu intégrateur des sociétés guyanaises et antillaises ainsi que par les barrières linguistiques, favorisant des conditions d'organisation de la vie sociale par communautés d'origine qui cohabitent sans se mélanger, dans des quartiers distincts. La crainte des arrestations est un motif supplémentaire de faible mobilité hors du quartier pour les personnes en situation irrégulière.

La stabilité de ces différentes populations peut représenter un atout pour une action ciblée et suivie, à la condition qu'elle puisse être déployée en sorte d'atteindre les personnes sur leur lieu même de vie, sous forme de maraudes ou de présence régulière en un lieu bien identifié à l'échelon du quartier. Dans ce type de contexte, les acteurs de l'offre mobile de prévention soulignent l'intérêt de conduire leurs actions en partenariat formel ou informel avec des acteurs extérieurs au champ de la santé mais influents dans la vie locale ou de quartier (associations culturelles ou sportives, leaders communautaires...).

Quelques exemples d'interventions relevés par la mission, rapportés de manière non exhaustive, permettent de souligner la diversité des expériences d'offre mobile, leur pertinence, mais également les limites de leur déploiement et les difficultés exprimées par les opérateurs.

En Guadeloupe, dans l'objectif de proposer une offre de proximité et d'aller au-devant des populations dans les zones sous-équipées du territoire, la Croix-Rouge française (CRF) développe depuis 2012 une stratégie d'offre médicalisée mobile. Celle-ci s'appuie sur d'une part sur un dispositif généraliste d'offre de santé, le Bus Dépistage Santé (BDS), d'autre part, dans le domaine de la prise en charge des addictions, sur un CAARUD mobile. Environ trois quarts de l'activité de la CRF en Guadeloupe sont ainsi réalisés en mobilité. En Martinique, le CAARUD géré par la CRF est également un dispositif mobile (*Cf. encadré*).

Les dispositifs mobiles de la Croix-Rouge française en Guadeloupe et en Martinique

En Guadeloupe, le Bus Dépistage Santé (BDS)

Ce dispositif propose une offre généraliste de promotion de la santé et de prévention couplée à la possibilité de réaliser des dépistages de différents risques de santé et de pathologies fortement prévalentes dans l'île. L'accent est notamment mis sur le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, le VIH, les hépatites. Le dispositif repose sur un bus équipé qui sillonne le territoire, permettant de déployer l'offre aussi bien dans les quartiers défavorisés de Pointe-à-Pitre et ses communes périphériques que dans les petites communes de l'île, notamment dans le Nord de la Grande-Terre. Le dispositif est également déployé dans l'île de Marie-Galante. Une équipe formée d'un agent d'accueil, un nutritionniste, une assistante sociale et une infirmière sont à l'écoute du public pour toutes les questions de santé et de couverture maladie. Le dispositif s'appuie sur des synergies avec les autres services opérés par la CRF dans le domaine de l'action sociale et de la prise en charge des addictions, ainsi que sur des partenariats diversifiés avec des acteurs spécialisés de la prévention, de la prise en charge et/ou de l'accompagnement concernant les différents risques de santé ou pathologies couvertes par l'offre. Des partenariats avec l'association d'éducation et de planification familiale Maternité Consciente ainsi qu'avec AIDES ont permis de développer le volet de promotion de la santé sexuelle et de prévention du VIH et des IST, incluant la réalisation de TROD VIH par ces deux associations habilitées. La CRF est désormais habilitée à réaliser des TROD, permettant à l'équipe de proposer le dépistage du VIH dans toutes les interventions du BDS. Certaines interventions du BDS ciblent des publics spécifiques, en intervenant dans des quartiers identifiés par exemple comme lieu de forte prévalence de la consommation d'alcool ou de crack, ou encore de prostitution.

Ce seul équipement ne permet toutefois pas de couvrir de manière satisfaisante et suffisamment fréquente l'ensemble du territoire.

En Guadeloupe et en Martinique, des CAARUD mobiles

Ces deux structures dont la mission centrale est la prise en charge des addictions et l'accompagnement social des usagers de drogue, en lien avec les autres services de la CRF (action sociale, hébergement), visent à utiliser cette entrée pour proposer une offre globale de santé à des publics dont ce n'est pas la demande première. Le dispositif mobile intègre une offre de prévention du VIH, des hépatites et des IST, incluant du dépistage TROD VIH. En Guadeloupe, le dispositif de CAARUD mobile s'articule avec les moyens du BDS. En Martinique, le dépistage par TROD est réalisé actuellement grâce à un partenariat avec AIDES. Il ne peut cependant être proposé que lors de la présence nécessairement ponctuelle de AIDES dans les interventions, ce qui est source d'occasions manquées. La Croix-Rouge de Martinique souhaite pour cette raison devenir elle-même opératrice d'un programme de TROD.

Dans les deux territoires, l'association estime ne parvenir à couvrir qu'une partie des quartiers jugés prioritaires, en raison de moyens et d'un soutien globalement insuffisants, et en particulier des difficultés à obtenir des dotations pour financer davantage de postes de médiateurs.

En Guyane, plusieurs associations, telles que DAAC, ADER, Entr'Aides Guyane, Médecins du Monde et AIDES déploient des formes variées d'action mobile de prévention du VIH et IST et de dépistage par TROD dans des secteurs ou quartiers ciblés : quartiers d'habitat spontané des principales villes, comprenant notamment une forte proportion d'étrangers en situation irrégulière, lieux fréquentés par des usagers de crack, lieux de prostitution. Les modalités pour réaliser des dépistages soit du VIH, soit des dépistages plus complets des IST, sont diversifiées et s'appuient sur des partenariats : maraudes en lien avec un équipement mobile permettant la réalisation de TROD, organisation de navettes assurant le transport entre le quartier et le local de l'association ou une structure de santé partenaire. L'offre reste néanmoins sous-dimensionnée par rapport aux besoins. Les acteurs identifient de nombreux quartiers ou territoires ne bénéficiant d'aucune intervention ou d'interventions trop peu fréquentes. Le développement de l'offre mobile est entravé par le nombre insuffisant de médiateurs formés, la précarité des projets et des emplois proposés en l'absence de visibilité suffisante sur la pérennité de leurs financements, les difficultés à obtenir des dotations tenant compte du coût réel des interventions mobiles, en particulier dans les territoires isolés et sur les fleuves.

2.2.3.3. L'intérêt de favoriser le développement d'une offre mobile innovante et originale

Les différents exemples d'interventions mobiles décrits soulignent l'intérêt de positionner l'offre de prévention et de dépistage du VIH par TROD dans le cadre d'une offre plus globale de santé, soit généraliste, soit ciblée sur les besoins particuliers de publics spécifiques. Ces offres élargies, dans leur diversité et leurs périmètres respectifs, représentent des opportunités de créer du lien avec les personnes rencontrées et d'initier un accompagnement vers une prise en charge médicale et sociale globale.

Il est à cet égard crucial que les offres mobiles incluent une dimension forte d'orientation et d'accompagnement social des personnes, notamment à l'ouverture de droits sociaux et à l'accès aux dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont celles-ci pourraient relever. En effet, les publics les plus isolés que les offres mobiles ont vocation à atteindre sont confrontés à des obstacles de divers ordres qui freinent leur accès aux droits et aux dispositifs : éloignement géographique des services publics ; manque d'information sur leurs droits et méconnaissance des dispositifs auxquels ils sont éligibles, y compris et notamment pour les personnes en situation irrégulière de séjour ; barrières linguistiques et/ou illettrisme ; difficultés à comprendre les logiques administratives ; crainte de la stigmatisation et des discriminations liées à l'origine, à l'orientation sexuelle ou de genre, à une activité de travail du sexe, à la consommation de drogue.

Pour accompagner ces publics dans des démarches d'ouverture de droits ou d'accès à des dispositifs adaptés à leur situation, il est nécessaire de favoriser des coopérations entre les opérateurs de l'offre mobile et l'ensemble des acteurs susceptibles de concourir à une prise en charge globale des personnes, y compris les administrations.

2.2.4. L'offre de dépistage par TROD est significative mais reste insuffisamment déployée au regard des besoins dans certains territoires

Depuis 2010, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH peuvent être réalisés tant par des professionnels de santé au sein du système de soin que par des personnes autres que des professionnels de santé, en particulier dans un cadre associatif, à condition que ces personnes appartiennent à une structure habilitée par l'ARS et qu'elles aient suivi une formation spécifique.¹⁶⁸ Les TROD permettent, à partir d'un simple prélèvement par piqûre au doigt, d'obtenir un résultat dans un délai de moins de 30 minutes. Ils représentent un outil de dépistage complémentaire aux sérologies classiques réalisés par test combiné Elisa, qui demeurent la technique de référence pour porter un diagnostic. Un résultat positif à un TROD doit impérativement être confirmé par un test Elisa. Les offres de dépistage par TROD s'adressent aux populations les plus exposées au risque de transmission du VIH ou les plus isolées du système de soins. Leur facilité d'utilisation et le rendu immédiat du résultat permettent un usage hors les murs ou dans le cadre d'une offre mobile de dépistage.

Au regard des problématiques de dépistage décrites dans les territoires de la Guyane et des Antilles française, le développement de l'offre de TROD représente un enjeu clé de la réponse à l'épidémie de VIH.

La mission n'a pu obtenir d'informations complètes sur l'activité de dépistage par TROD dans ces territoires. Les données concernant l'usage de TROD dans le système de santé ne sont connues que pour les CeGIDD de la Guadeloupe et de Saint-Martin.¹⁶⁹ Les données relatives à l'offre de TROD au sein des associations sont disponibles pour l'ensemble des territoires.¹⁷⁰ Quelques interrogations subsistent quant à leur exhaustivité ou de possibles erreurs de saisie. Ces données permettent néanmoins de dresser un bilan de cette activité pour l'année 2016 et de montrer l'évolution des tendances depuis 2014. Les données présentées pour la Guadeloupe incluent Saint-Martin (*Cf.* encadré page suivante).

Dans les différents territoires, le constat prédomine chez la plupart des acteurs que l'offre de TROD actuelle, bien que conséquente, demeure insuffisante pour couvrir les besoins identifiés, en particulier sous forme mobile, en direction des publics les plus isolés géographiquement et/ou socialement. Ce constat est en effet exprimé aussi bien par les opérateurs associatifs de TROD, les responsables de la plupart des CeGIDD rencontrés que, plus généralement, par les acteurs publics ou associatifs impliqués dans la promotion de la prévention et du dépistage auprès des publics éloignés de l'offre sanitaire classique. L'ensemble des acteurs identifient ainsi des zones et des publics insuffisamment ou non couverts par l'offre, soit du fait de l'absence d'opérateurs susceptibles d'intervenir dans ces zones ou auprès des publics concernés, soit faute pour les opérateurs existants d'avoir les moyens humains et/ou financiers suffisants pour étendre leur périmètre actuel d'intervention.

¹⁶⁸ Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).

¹⁶⁹ Données communiquées par le COREVIH de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

¹⁷⁰ Données communiquées par la DGS.

Le déploiement de l'offre de TROD en Guyane et aux Antilles françaises : principales données disponibles

L'offre associative

Le dépistage associatif par TROD représente un volume de 4 799 tests en 2016 pour ces trois territoires (1 639 pour la Guadeloupe, 2 237 pour la Guyane et 923 pour la Martinique). Même si ces valeurs ont une tendance à la baisse depuis 2014 (5 769 TROD en 2014, 5 064 en 2015), le niveau reste important et surtout la prévalence des TROD dont le résultat est positif est élevée, comparée à la métropole (4,3 ‰ en Guadeloupe, 7,6 ‰ en Guyane et 16,2 ‰ en Martinique).

Le premier constat est que la grande majorité des actions avec une offre de dépistage par TROD a lieu hors les murs des associations : 84,5 % des actions pour la Guadeloupe, 68 % pour la Guyane et 81,5 % pour la Martinique. Ceci traduit l'opportunité que représentent les TROD pour aller au-devant des populations vulnérables éloignées de la démarche de dépistage. Ceci se vérifie si on regarde la répartition des TROD dont le résultat est positif puisque 4 TROD positifs sur 7 (57,1 %) ont été réalisés lors d'actions hors les murs en Guadeloupe, 9/17 (52,9 %) en Guyane et 12/15 (80 %) en Martinique.

Le deuxième constat concerne le recours au dépistage. En 2016, une part non négligeable de personnes a eu recours à un TROD comme premier test de dépistage du VIH : 26,2 % en Guadeloupe, 15,2 % en Guyane et 37,9 % en Martinique. On peut également remarquer qu'entre un quart et la moitié des personnes ont à nouveau recours au TROD pour répéter la démarche de dépistage du VIH : 25,9 % en Guadeloupe, 51,9 % en Guyane et 23,1 % en Martinique. Les populations qui ont fait un dépistage par TROD en 2016 reflètent l'image de l'épidémie dans ces territoires. Les migrants représentent la part la plus importante des TROD en Guyane (1 011 tests/2 237, 45,2 %), comparés à la Guadeloupe (510 tests/1 639, 31,1 %) et à la Martinique (33 tests/923, 35,7 %). Les hétérosexuels représentent quant à eux la très grande majorité des TROD en Martinique (738 tests/923, 80 %), comparés à la Guadeloupe (860 tests/1 639, 52,5 %) et à la Guyane (862 tests/2 237, 38,5 %). Les autres groupes socio-épidémiologiques (HSH, précaires, usagers de drogue, travailleurs et travailleuses du sexe) ne rendent compte que d'une minorité de l'activité de dépistage par TROD. Néanmoins ces personnes sont rencontrées très majoritairement lors d'actions hors les murs.

L'offre en CeGIDD

Concernant l'offre de dépistage par TROD en CeGIDD, les données disponibles pour la Guadeloupe et Saint-Martin montrent une activité à peu près équivalente en volume à celle des associations de ces territoires (1 913 TROD en 2016 vs 1 962 pour les associations). La principale différence tient au fait que les CeGIDD réalisent très majoritairement les dépistages par TROD dans leurs locaux, à l'exception toutefois du CeGIDD du CHU de Pointe-à-Pitre, qui en réalise un peu plus de la moitié dans le cadre de permanences régulières hors les murs en partenariat avec d'autres structures (*Cf. supra*). Pour les autres territoires, l'absence de données d'activité disponibles ne permet pas de formuler un bilan quantitatif. La mission a toutefois relevé tant en Guyane qu'en Martinique une faible mise en œuvre ou dans certains cas une absence d'offre de dépistage par TROD dans les CeGIDD. En Guyane, il convient d'ajouter que du dépistage par TROD est réalisé dans les CDPS, mais que des problèmes récurrents d'approvisionnement en TROD en nombre suffisant sont rapportés.

En Guyane, ces problèmes apparaissent particulièrement aigus concernant les territoires isolés, où l'offre demeure très insuffisamment déployée. Ils s'observent également dans les grands centres urbains, où l'offre de dépistage en général, et par TROD en particulier, paraît sous-dimensionnée aussi bien à Cayenne qu'à Saint-Laurent-du-Maroni. Au regard des données disponibles, la Guyane ne comptait, en 2016, que trois opérateurs associatifs de TROD pour l'ensemble du territoire. Cette offre tend toutefois à s'enrichir progressivement, dans des proportions modestes, par l'habilitation et la dotation d'autres associations.

En Martinique, résultant de la volonté de l'ARS de déployer l'offre de TROD en s'appuyant sur un opérateur unique travaillant en partenariat avec l'ensemble des autres acteurs, le territoire ne comptait en 2016 qu'un seul opérateur associatif habilité, l'association AIDES. Cette orientation place l'association dans un rôle de prestataire de TROD pour de nombreux acteurs qui peut entrer en conflit avec le déploiement de sa propre action d'association de proximité. Inversement, certaines structures fortement impliquées dans la promotion du dépistage expriment le souhait d'obtenir une habilitation leur permettant de réaliser elles-mêmes des TROD, sans dépendre de la disponibilité forcément limitée de leur partenaire actuel. Sans multiplier à l'excès le nombre d'associations habilitées – peu d'associations se montrent intéressées –, la mission estime qu'une certaine diversification des opérateurs associatifs de TROD pourrait contribuer à un élargissement des publics atteints.

La Guadeloupe et Saint-Martin connaissent une situation comparativement plus favorable en termes de déploiement des TROD sur les différentes parties du territoire et de diversité des opérateurs dans la mesure où celle-ci est portée à la fois par les CeGIDD, par trois associations ainsi que par une association opératrice de deux CPEF. Des modalités d'offre mobile par bus itinérant, décrites précédemment, sont déployées en direction à la fois de certains quartiers urbains et des zones isolées de Guadeloupe continentale ainsi que dans certaines îles. Les acteurs considèrent cependant que ces offres demeurent encore insuffisamment développées pour couvrir les besoins.

RECOMMANDATIONS

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux exécutifs des collectivités territoriales,

Aux directeurs généraux des ARS,

6. **renforcer l'offre publique et gratuite de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST** en veillant (i) à doter les établissements dédiés existants, comprenant les CeGIDD et les CPEF, des moyens leur permettant de poursuivre effectivement l'ensemble de leurs missions, (ii) à promouvoir, accompagner et financer, dans les zones isolées de la Guyane, le développement d'une offre globale de santé sexuelle par les CDPS conçue et mise en œuvre en partenariat avec les acteurs associatifs.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

7. **développer une offre de santé mobile, globale et intégrée de prévention**, en particulier à l'intention des populations les plus éloignées des dispositifs de droit commun et notamment (i) établir une cartographie territoriale affinée des besoins et des ressources, (ii) privilégier les permanences et offres mobiles en matière de prévention, vaccination, dépistage et prise en charge, intégrant un accompagnement à l'accès aux soins et aux droits, (iii) inscrire ces actions dans le cadre de partenariats avec des acteurs du secteur social et médico-social pertinents pour la prise en charge des publics ciblés par les interventions ;
8. **assurer une politique de développement des TROD** afin de favoriser la démarche de dépistage et pour cela (i) promouvoir des actions en termes de formation, d'habilitation, d'approvisionnement et de financement, (ii) mobiliser l'ensemble des établissements de santé ainsi que les opérateurs mobiles.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Au directeur de la sécurité sociale et au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, avec le concours de la directrice de la Caisse générale de la sécurité sociale de Guyane et du directeur général de l'ARS de Guyane,

9. **renforcer l'accès aux traitements, en particulier les traitements antirétroviraux du VIH, au bénéfice des personnes résidant dans des territoires isolés ou enclavés** et à cette fin engager une réflexion sur les dispositions réglementaires dérogatoires susceptibles d'être introduites afin d'autoriser, sur le territoire de la Guyane, le pharmacien hospitalier (y compris dans le cadre des CDPS), ainsi que le pharmacien d'officine, à délivrer en une seule fois la quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement de trois mois, sur indication mentionnée sur l'ordonnance par le médecin prescripteur, et concernant des spécialités prescrites dans le cadre de traitements chroniques pour une durée d'au moins trois mois.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

10. **favoriser le transfert de compétences entre les acteurs du système de soin** et, à cette fin, (i) promouvoir les protocoles de coopération pour transfert de compétences soumises par les ARS à la HAS, (ii) concevoir des méthodes innovantes de transfert de compétence dans le cadre de protocoles de recherche interventionnelle, (iii) mettre en œuvre la disposition législative de pratique avancée en soins infirmiers et faire paraître à cet effet son décret d'application ;
11. **promouvoir des actions de sensibilisation à la santé sexuelle auprès des acteurs du champ social et médico-social** en partenariat avec la tutelle des organismes concernés, en particulier les CAARUD, les CSAPA et les établissements et services d'action sociale intervenant auprès des personnes en situation de précarité.

2.3. LA FORMATION DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DOIT ÊTRE RENFORCÉE

En raison des besoins spécifiques multiples des territoires de la mission (2.3.1), un effort sur la formation des acteurs de la prévention est nécessaire et peut s'effectuer grâce aux pôles régionaux de compétences (2.3.2). Quant à la médiation, elle soulève des enjeux spécifiques (2.3.3).

2.3.1. Compte tenu du contexte local, les besoins en formation apparaissent multiples

Les territoires de Guyane et des Antilles sont confrontés à des difficultés chroniques de recrutement et de maintien de personnels formés, dans le champ de la santé (*Cf. supra*), du social et du médico-social.

Les difficultés de recrutement sont exacerbées par la dynamique de *turnover* observée dans ces territoires, qui implique l'arrivée constante de nouveaux personnels, souvent originaires de métropole, nécessitant d'être formés. En réponse à ces difficultés, certains acteurs associatifs tentent de privilégier le recrutement et la formation de personnels locaux, susceptibles et désireux de rester en poste de manière pérenne, même s'ils ne possèdent que peu ou pas de qualifications initiales. Cette stratégie de formation est une réponse au constat établi d'un grand nombre de formations dispensées dont le bénéfice a été perdu en raison du départ des personnes formées.

Cette politique de formation implique la poursuite d'actions en direction de personnels locaux de langues et cultures diverses, à l'image des populations locales. Ces actions nécessitent d'adapter les programmes, dispositifs et maquettes de formation et de disposer de formateurs compétents dans les langues parlées sur les territoires.

Il apparaît par ailleurs important que l'offre de formation professionnelle intègre les thématiques de la diversité socioculturelle et religieuse en rapport avec l'éthique professionnelle. Il ne peut en effet être éludé que la diversité des origines, des cultures et des croyances qui caractérise les sociétés guyanaises et antillaises est source de tensions qui s'expriment dans différents contextes de la vie sociale. Plusieurs constats rapportés à la mission montrent que celles-ci se traduisent parfois par des attitudes professionnelles discriminatoires, y compris au sein du service public. La formation, initiale et continue, constitue un vecteur important pour sensibiliser les personnels aux valeurs et obligations professionnelles de neutralité confessionnelle et d'égalité d'accueil et de traitement de tous les usagers des services.

Les particularités des territoires de Guyane et des Antilles françaises induisent, en outre, des besoins spécifiques en matière de formation des formateurs et en direction d'intervenants extérieurs au champ de la santé. Les pôles régionaux de compétence (PRC) exercent des missions de formation et représentent à cet égard une ressource. Les formations qu'ils dispensent font cependant l'objet de critiques de la part de différents acteurs qui estiment qu'elles sont peu adaptées à leurs besoins. Au regard de ces appréciations, il paraîtrait utile de clarifier le rôle attendu des PRC ainsi que leurs objectifs en matière de formation. Les contraintes liées à l'éloignement et l'insularité des territoires soulignent l'importance de développer des formations de formateurs, afin de pouvoir organiser des formations sur site pour les professionnels du sanitaire et du social, et éviter le recours systématique à des formations ponctuelles conçues et dispensées par des formateurs venus de métropole.

Par ailleurs, les intervenants dans le champ social, et qui exercent dans des territoires sous-dotés en structures de santé en contact avec des publics exposés à des facteurs de risque, doivent pouvoir bénéficier de formations spécifiques afin de pouvoir repérer, orienter et accompagner ces publics dans la prise en charge de leur état de santé. Des actions de formation en direction d'intervenants de structures fléchées « Jeunes » comme les conseillers d'insertion professionnelle des missions locales ou les éducateurs spécialisés devraient être prioritaires (*Cf. infra*).

Enfin, les actions de formation menées devraient contribuer au soutien des structures associatives. Lors de ses missions, le CNS a constaté que les besoins en formation concernent en particulier les acteurs associatifs locaux le plus souvent isolés, et faiblement insérés dans des réseaux de coordination ou de plaidoyer. Outre les actions de formation dans le champ de la santé, et notamment en matière de prévention des IST, des formations transversales et généralistes, portant sur les compétences de pilotage et de gestion de projets devraient être proposées aux acteurs associatifs notamment de structures de moindre taille.

2.3.3. La médiation en santé soulève des enjeux spécifiques

Dans l'optique d'une mise à niveau de l'offre préventive et sanitaire, un effort doit être consenti afin de créer et maintenir des formations pour les médiateurs en santé, et afin de professionnaliser et structurer l'activité des bénévoles associatifs exerçant de fait une activité de médiation en santé dans des conditions de travail insatisfaisantes. Ces formations doivent combiner une formation initiale, une formation des structures employeuses à l'encadrement de médiateurs et ses spécificités, et des opportunités de formation continue et de soutien tout au long de l'activité des médiateurs. Les PRC pourraient se voir confier des missions spécifiques en ce sens.

L'expérience menée par l'Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée (IMEA) de 2000 à 2005 dans plusieurs territoires dont la Guyane, visant à la formation et au suivi de médiateurs en santé publique, avait prouvé l'utilité et la pertinence de l'intégration de médiateurs dans l'offre préventive et sanitaire dans les territoires de Guyane-Antilles. L'arrêt des financements à l'issue du programme et le manque de soutien apporté aux porteurs de projets de médiation en santé a conduit à la perte d'emplois de nombreux médiateurs, notamment du fait de la fragilité du tissu associatif et de l'incapacité de ces acteurs à financer eux-mêmes à partir de ressources déjà limitées ces activités et postes supplémentaires¹⁷¹.

L'exemple du programme expérimental de l'IMEA illustre le besoin d'une revalorisation de la dotation des acteurs afin qu'ils puissent recruter et maintenir en activité des médiateurs en santé. Cette dotation doit être revalorisée quantitativement afin de satisfaire les besoins importants en termes de médiation (en lien avec les caractéristiques des populations et de ces territoires évoquées précédemment), mais aussi qualitativement afin de mettre en œuvre des activités pérennes et une professionnalisation durable des médiateurs en santé.

RECOMMANDATIONS

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

12. **concourir à la formation des acteurs locaux résidant sur ces territoires et reflétant la diversité ethnique, culturelle et linguistique de ces sociétés** et notamment (i) contribuer à renforcer les compétences des acteurs dans le cadre des PRC et dispositifs de formation de droit commun avec le concours des collectivités territoriales, (ii) évaluer l'activité de formation des PRC pour leur permettre d'une part de conduire leurs missions au profit de l'ensemble des acteurs de prévention et d'autre part pour mettre en œuvre des formations permettant l'acquisition de compétences dans les domaines de l'ingénierie de projets et de communication d'influence, (iii) développer et valoriser la formation à la médiation en santé dans le prolongement des expérimentations antérieures (IMEA 2000-2005) ;
13. **sensibiliser les professionnels du champ de la santé et du champ social et médico-social à la diversité ethnique, culturelle et linguistique** et aux inégalités et discriminations qui y sont associées, ainsi qu'aux inégalités liées au genre.

¹⁷¹ Rapport Evalua pour la DGS sur le programme expérimental de l'IMEA, 2006

3. LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES RESSORTISSANTS ÉTRANGERS NÉCESSITE L'ÉVOLUTION DES MESURES D'EXCEPTION ET DES PROCÉDURES DE DROIT COMMUN

La protection de la santé des ressortissants étrangers résidant en France métropolitaine comme en Guyane et dans les Antilles françaises constitue pour l'État une obligation et entraîne, pour les intéressés, des droits. Principe à valeur constitutionnelle¹⁷², la protection de la santé suppose que soit garanti l'accès effectif¹⁷³ à un système de protection de la santé susceptible d'offrir à chacun la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

Du point de vue des ressortissants étrangers, la protection de la santé ouvre différents droits selon la situation administrative des intéressés : (i) le droit à la prise en charge de frais de santé en cas de maladie dans le cadre de protection universelle maladie (PUMa) accordée sous condition de ressources aux personnes qui résident en France de manière stable et régulière¹⁷⁴ ; (ii) le droit à l'aide médicale d'État (AME) délivrée aux étrangers résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité de séjour¹⁷⁵ ; (iii) le droit au dispositif de soins urgents délivrés aux résidents sur le territoire national depuis moins de trois mois ou résidents en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois qui ne sont pas bénéficiaires de l'AME¹⁷⁶. En outre, les ressortissants étrangers sont éligibles à plusieurs titres de séjour temporaires pour raison de santé : (i) une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » d'une durée d'un an¹⁷⁷ ; (ii) une carte de séjour pluriannuelle générale délivrée après un premier document de séjour et d'une durée de validité égale à la durée des soins, dans la limite de quatre années¹⁷⁸.

Si l'accès aux droits, prévu par la loi, est en principe pleinement garanti aux ressortissants étrangers, les mesures d'exception en matière de contrôle de la circulation des populations mises en œuvre en Guyane et dans les Antilles françaises (3.1) ainsi que la procédure de droit commun de demande de titre de séjour pour raison de santé en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 (3.2) peuvent constituer un obstacle à l'accès effectif aux droits des intéressés et emportent des conséquences en matière de protection de leur santé et de continuité des soins.

3.1. LES MESURES D'EXCEPTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE D'IDENTITÉ PEUVENT CONSTITUER UN OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Dans les quatre territoires couverts par la mission, les pouvoirs de contrôles, vérifications et relevés d'identité ont été étendus par le législateur. Des dispositions spécifiques du code de procédure pénale¹⁷⁹ permettent de contrôler l'identité de toute personne sans réquisition du procureur sur une très grande partie des territoires de Guyane et des Antilles françaises. Selon les observations recueillies lors des missions du CNS, ces dispositions sont mises en œuvre dans le cadre du déploiement de patrouilles de police et de gendarmerie sur certains territoires. Celles-ci sont susceptibles de dissuader les étrangers en situation irrégulière d'entreprendre des déplacements en dehors de leur quartier de résidence habituelle au sein d'une même commune ou d'une commune à l'autre.

En Guyane, plus précisément, les pouvoirs de contrôle étendus ont permis d'établir par voie d'arrêtés préfectoraux et sous le contrôle du juge¹⁸⁰ des barrages routiers¹⁸¹. Installés depuis 2006 à deux points fixes le long de la route nationale, les barrages de Régina et d'Iracoubo instituent des contrôles d'identité systématiques et permanents. Le franchissement des barrages par les étrangers en situation irrégulière nécessite la détention d'un laissez-passer qui est accordé si l'intéressé bénéficie d'une convocation à l'hôpital.

¹⁷² Le 11^e alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que la Nation « garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

¹⁷³ L'accessibilité est entendue comme devant être physique, économique, posée en termes d'information et non discriminante.

¹⁷⁴ Article L160-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁷⁵ Articles L251-1, L 251-2, L 253-2 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁷⁶ Article L254-1 du code de l'action Sociale et des familles.

¹⁷⁷ Article L313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁷⁸ Article L313-17 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁷⁹ Article 78-2 du code de procédure pénale.

¹⁸⁰ Le tribunal administratif de Cayenne a rejeté le recours en annulation des arrêtés présentée par huit associations dans un arrêt rendu en juin 2017 et a estimé que les atteintes aux droits et libertés n'étaient pas disproportionnés.

¹⁸¹ Arrêté préfectoral du 29 août 2016 prorogeant l'arrêté n°2015237-0012 du 25 août 2015 portant réglementation de la circulation sur la Route Nationale n°1 – Pont sur le fleuve Iracoubo- P.R.144+8508.

La procédure mise en œuvre depuis 2012 entre la préfecture, la sous-préfecture de Saint-Laurent-du-Maroni et l'ARS apparaît relativement lourde. Elle prévoit que le médecin dont le patient nécessite un transfert à Cayenne adresse à l'ARS une demande écrite, accompagnée du certificat médical et de la copie d'une pièce d'identité ou d'une photographie du patient, précisant le lieu et l'heure du rendez-vous médical. Le médecin de l'ARS établit un avis en examinant si la condition d'une pathologie d'exceptionnelle gravité pour laquelle le traitement approprié n'est pas disponible à Saint-Laurent-du-Maroni ou à Saint-Georges est réunie. L'Avis est ensuite transmis à la Préfecture accompagné des documents administratifs du patient. En cas d'avis favorable, les autorités préfectorales délivrent le laissez-passer et le transmettent à la gendarmerie d'Iracoubo ou de Régina.

Des observations convergentes rapportées en 2016 et 2017 à la mission du CNS ainsi qu'à la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)¹⁸² et au Défenseur des droits¹⁸³ ont montré que la présence des barrages constitue une entrave à l'accès aux droits et aux soins pour les étrangers ciblés par ces dispositifs. En outre, la procédure de délivrance de laissez-passer ne contribue pas à lever toutes les difficultés rencontrées par les étrangers.

Les mesures d'exception adoptées par voie législative ou réglementaire ont donc une incidence sur l'accès effectif aux droits et aux soins. L'accès effectif aux locaux des services déconcentrés de l'État, des organismes de sécurité sociale et des services et opérateurs en charge de l'accompagnement des ressortissants étrangers ne peut leur être garanti. Les démarches administratives qui doivent être accomplies par les ressortissants étrangers sont susceptibles d'être reportées voire annulées et leur annulation est susceptible d'entraîner des pertes de droits et des pertes de chances en matière de soin. Dans ce contexte, la protection de la santé et la continuité des soins des ressortissants étrangers ne peut être garantie.

3.2. LA PROCÉDURE DE DROIT COMMUN DE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR RAISON DE SANTÉ PRÉSENTE DES LIMITES DU POINT DE VUE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES DEMANDEURS

Les ressortissants étrangers sont éligibles à un titre de séjour temporaire « vie privée et familiale » si leur état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine¹⁸⁴. La loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers¹⁸⁵ a introduit des modifications dans la procédure d'admission au séjour pour raison de santé. Tout d'abord, la décision d'admission se fonde désormais sur l'avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), placé sous la tutelle du ministère de l'intérieur¹⁸⁶, dans des conditions prévues par décret¹⁸⁷, et non plus sur celui d'un médecin de l'ARS. L'objectif des pouvoirs publics est de garantir l'homogénéité des décisions prises sur l'ensemble du territoire national. Ensuite, la décision favorable d'admission au séjour est soumise à la condition d'absence d'accès effectif au traitement que la pathologie requiert dans le pays d'origine. L'impossibilité de bénéficier d'un traitement est appréciée au regard de l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays d'origine. Cette condition se substitue à la condition antérieure, plus restrictive, d'absence de traitement appropriée dans le pays d'origine. La loi du 7 mars 2016 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

L'admission au titre de séjour « vie privée et familiale » est, en outre, soumise à la condition de résidence habituelle en France. Celle-ci peut être considérée comme étant satisfaite, selon le juge, lorsqu'elle atteint une durée au moins égale à un an¹⁸⁸. Sur ce point, les préfectures sont appelées à faire preuve de discernement¹⁸⁹. Par ailleurs, les ressortissants étrangers qui ne remplissent pas la condition de résidence habituelle peuvent recevoir une autorisation provisoire de séjour (APS) renouvelable pendant la durée du traitement¹⁹⁰.

¹⁸² Commission nationale consultative des droits de l'homme, *Avis droits des étrangers et droit d'asile dans les outremer. Cas particuliers de la Guyane et Mayotte*, 26 septembre 2017.

¹⁸³ Défenseur des droits. *Accès aux droits et aux services publics en Guyane*. Compte rendu du déplacement du Défenseur des droits. *Op. cit*

¹⁸⁴ Article L313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁸⁵ Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France.

¹⁸⁶ Article R313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁸⁷ Décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France.

¹⁸⁸ Cour administrative d'appel de Lyon, 4 octobre 2012, n°12LY00527.

¹⁸⁹ Information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274 relative au droit des étrangers en France (dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1er janvier 2017).

¹⁹⁰ Article R313-24 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Les mesures d'exception prises en matière de contrôle d'identité (3.2.1.1) comme la délivrance du récépissé qui vaut autorisation de séjour (3.2.1.2) constituent des freins à l'accès aux soins compte tenu des spécificités locales.

3.2.1. La procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé paraît insuffisamment adaptée aux spécificités des territoires

La procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé ou de renouvellement de titre de séjour obéit à un processus de dépôt de la demande et d'instruction par les services préfectoraux et l'OFII encadré par des délais.

Les étapes de la procédure de primo-demande de titre de séjour pour raison médicale¹⁹¹

- 1) Le demandeur doit se présenter au guichet de la préfecture où il est vérifié qu'il réside habituellement en France. A l'appui de sa demande, l'étranger fournit les documents attestant de son état civil et de sa nationalité ainsi qu'un justificatif de domicile.
- 2) À l'issue du dépôt de la demande, le demandeur reçoit une convocation pour un rendez-vous en préfecture. Ses services examinent si les conditions requises sont réunies pour présenter une demande de titre de séjour.
- 3) Si le demandeur satisfait aux conditions, celui-ci se voit remettre lors de son rendez-vous en préfecture, (i) une notice explicative de la procédure, (ii) un formulaire de certificat médical comportant des éléments d'état civil et la photographie du demandeur, (iii) une enveloppe mentionnant « SECRET MÉDICAL » pré-remplie avec l'adresse du service médical de la délégation territoriale de l'OFII.
- 4) Le demandeur doit remettre le certificat médical au médecin qui le suit habituellement ou à un praticien hospitalier afin que celui-ci puisse être renseigné. Le demandeur doit ensuite affranchir et retourner l'enveloppe à la délégation territoriale de l'OFII.
- 5) À réception du dossier, le service médical de la délégation territoriale avise la préfecture et son médecin établit un rapport médical à partir du dossier médical. Il peut demander tout complément d'information auprès du médecin ayant renseigné le certificat médical et faire procéder à des examens complémentaires. Il peut convoquer, le cas échéant, le demandeur auprès du service médical de la délégation territoriale compétente. Les informations ou les résultats d'examens complémentaires sollicités sont communiqués dans un délai de quinze jours à compter de la demande formulée par le médecin de l'office.
- 6) Le médecin de l'OFII du service médical de la délégation territoriale transmet son rapport au collège de médecins à compétence nationale de l'OFII. Le service médical informe la préfecture de cette transmission. La préfecture remet au demandeur le récépissé qui autorise la présence de l'intéressé sur le territoire pour la durée qu'il précise.
- 7) Le collège de médecins de l'OFII émet un avis au vu du rapport médical et de l'appréciation de l'offre de soins et des caractéristiques du système de santé du pays d'origine (ou de renvoi) ainsi que des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays. Il peut demander tout complément d'information auprès du médecin ayant renseigné le certificat médical et faire procéder à des examens complémentaires. Le collège peut convoquer le demandeur. Les compléments d'informations et les examens complémentaires doivent être communiqués dans un délai de quinze jours à compter de la demande formulée par le collège.
- 8) L'avis du collège est transmis, sans délai, au préfet.

Le délai d'instruction de la demande de titre de séjour est fixé à quatre mois. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes de titres de séjour vaut décision implicite de rejet¹⁹². Dans le cadre d'une demande de titre pour raison de santé, l'avis est rendu par le collège dans un délai de trois mois à compter de la transmission par le demandeur des éléments médicaux demandés¹⁹³.

En l'état actuel de sa mise en œuvre, la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé présente plusieurs limites. Tout d'abord, la nouvelle procédure a rencontré des difficultés de déploiement sur certains sites. Il a été constaté l'impossibilité de déposer des dossiers de demande de titre de séjour à la sous-préfecture de Saint-Laurent-du-Maroni en Guyane de janvier jusqu'à mai 2017. Le rapport de mission du Défenseur des droits en Guyane fait état d'un « incident » informatique¹⁹⁴. Il a toutefois été rapporté à la mission du CNS une impréparation des services préfectoraux sur trois plans : nouveau logiciel non implanté, absence du matériel requis pour la prise de photo et l'édition du certificat médical dans des conditions sécurisées et agents préfectoraux non formés à la nouvelle procédure.

¹⁹¹ Cette présentation de la procédure en huit étapes a été établie pour le présent Avis à partir de l'information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274 relative au droit des étrangers en France.

¹⁹² Article R311-12 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁹³ Article R313-23 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁹⁴ Défenseur des droits. *Accès aux droits et aux services publics en Guyane*. Compte rendu du déplacement du Défenseur des droits. *Op.cit*.

Par ailleurs, la procédure paraît insuffisamment adaptée aux territoires ultramarins eu égard aux spécificités constatées dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises et, notamment, la mise en œuvre de mesures d'exception, la fréquence de l'habitat spontané des personnes migrantes, l'absence d'infrastructures de transport.

3.2.1.1. L'entrée dans la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé est en partie mise en échec par les mesures d'exception prises en matière de contrôle d'identité

Selon la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé dite OFII, la demande de titre doit être déposée personnellement en préfecture par le demandeur (étape 1). A l'issue du dépôt de la demande en préfecture (étapes 1 à 3), le demandeur doit pouvoir se rendre auprès d'un médecin ou d'un praticien hospitalier (étape 4) puis, le cas échéant, fournir des examens médicaux complémentaires et se rendre à la délégation territoriale de l'OFII (étape 5).

Compte tenu des mesures d'exception prises en matière de contrôle d'identité (*Cf. supra*), la réalisation de ces démarches peut entraîner des difficultés d'accès à plusieurs étapes de la procédure, en particulier au stade du dépôt du dossier en préfecture pour les primo-demandeurs. Les ressortissants étrangers éligibles au renouvellement de leur titre doivent eux obtenir une convocation en préfecture et ne sont donc pas a priori exposés aux mesures de contrôle d'identité.

Pour l'ensemble des territoires de mission, il a été constaté une baisse du nombre de demandes de titre de séjour pour raison de santé en 2017 par rapport aux années antérieures¹⁹⁵, sans qu'il soit toutefois possible de déterminer si cette baisse peut être imputée aux nouvelles modalités de dépôt de dossier en préfecture susceptibles de dissuader les ressortissants étrangers d'effectuer une demande ou au retard pris par les services de l'État pour créer les conditions d'accès à la nouvelle procédure.

En tout état de cause, il a été rapporté que des ressortissants étrangers demandeurs qui résident ou sont suivis par un établissement de santé dans une commune distincte du chef-lieu de département ou d'arrondissement ont rencontré des difficultés d'accès aux locaux des préfectures. Par ailleurs des ressortissants étrangers adressés dans un établissement de santé localisé dans un arrondissement distinct de leur arrondissement de résidence ont fait face à des difficultés comparables. Les particularités territoriales, en particulier l'enclavement et l'insularité ainsi que l'absence d'infrastructures et d'offres de transport ont majoré les difficultés constatées.

3.2.1.2. La délivrance du récépissé qui vaut autorisation de séjour apparaît inutilement conditionnée et retardée par la nouvelle procédure

La réglementation dispose qu'il est remis, à tout étranger admis à souscrire une demande de première délivrance ou de renouvellement de titre de séjour, un récépissé qui autorise la présence de l'intéressé sur le territoire pour une durée donnée¹⁹⁶. Les préfectures ont été invitées à délivrer un récépissé d'une durée de validité de quatre mois dans le cadre d'une première demande de titre¹⁹⁷ et peuvent fixer, en cas de nécessité, une durée de six mois¹⁹⁸.

Le récépissé est remis de plein droit au demandeur si ce dernier a déposé un « dossier complet » de demande¹⁹⁹. La dernière circulaire d'application relative aux conditions de délivrance des récépissés précise qu'un dossier est réputé complet lorsqu'il rassemble l'ensemble des documents nécessaires, à justifier de sa situation administrative et pour l'instruction de la demande²⁰⁰.

L'appréciation portée sur le caractère complet du dossier dans le cadre d'une demande de titre de séjour pour raison de santé a évolué avec la nouvelle procédure d'instruction dite OFII. Dans le cadre de l'ancienne procédure, le dossier du demandeur était réputé complet dès lors que la préfecture avait obtenu la preuve que l'ARS avait été saisie du dossier médical²⁰¹. Avec la nouvelle procédure, le récépissé n'est délivré par la préfecture qu'à l'établissement du rapport médical de l'OFII mentionné à l'étape 5. En effet, le décret d'application de cette procédure prévoit qu'en cas de défaut de présentation de l'étranger, lorsqu'il a été

¹⁹⁵ Auditions CNS.

¹⁹⁶ Article R311-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁹⁷ Circulaire du 5 janvier 2012 n° NOR IOCL1200311C relative aux conditions de délivrance et durée de validité des récépissés et des titres de séjour.

¹⁹⁸ Circulaire du 3 janvier 2014 relative à l'amélioration de l'accueil des étrangers en préfecture et aux mesures de simplification et objectifs d'organisation.

¹⁹⁹ Conseil d'État 12 novembre 2001. *Ministre de l'Intérieur c. Bechar*. N° 239794.

²⁰⁰ Circulaire du 5 janvier 2012 n° NOR IOCL1200311C relative aux conditions de délivrance et durée de validité des récépissés et des titres de séjour.

²⁰¹ *Ibid.*

convoqué par le médecin de l'office ou de présentation des examens complémentaires, le récépissé n'est pas délivré²⁰².

En conséquence, les modalités de communication automatisées entre l'OFII et les préfetures, précisées par voie de circulaire, ont prévu la mise en place d'un flux informatique de l'OFII vers la préfecture attestant de l'élaboration du rapport, et donc du sérieux de la demande traduit par la complétude du dossier²⁰³. Selon les modalités de communication automatisées mises en œuvre à ce jour, l'OFII adresse un flux informatique aux préfetures au moment de l'envoi du rapport médical au collège national de médecins (étape 6)²⁰⁴. Ce flux permet alors la délivrance du récépissé de demande de titre de séjour.

À rebours des modalités de délivrance d'un récépissé prévues dans le cadre de la procédure d'instruction de l'OFII, il pourrait être soutenu que l'appréciation de la complétude du dossier du demandeur ne nécessite ni l'examen au fond du certificat médical du demandeur, ni la rédaction d'un rapport médical à l'attention du collège national de médecins de l'Office, qui relèvent *stricto sensu* de la phase d'instruction de la demande. Aussi, la délivrance du récépissé du demandeur pourrait intervenir dès réception de son dossier médical par la délégation territoriale de l'OFII. Les conditions pratiques permettant cette modalité de délivrance sont aujourd'hui réunies. En effet, selon la procédure de communication automatisée mise en œuvre, les préfetures sont avisées par un flux de la réception des dossiers médicaux par les délégations territoriales de l'OFII²⁰⁵.

Au surplus, il pourrait être soutenu que le certificat médical ne constitue pas une pièce administrative du dossier de demande de titre de séjour mais un élément de la procédure médicale destinée à donner un avis, comme l'a admis le juge²⁰⁶. En conséquence, l'administration ne peut pas refuser la remise du récépissé en sollicitant la communication de pièces autres que celles qui attestent de la situation administrative de l'intéressé. Le récépissé délivré pourrait être retiré, selon le juge, dans la seule hypothèse où, bien qu'invité à se présenter auprès du médecin de l'office (étape 5) ou du collège des médecins (étape 7) ou sollicité pour fournir des documents complémentaires par ces instances (étapes 5 et 7), l'étranger ne donne pas suite à la demande.

3.2.1.3. L'obligation de présentation d'un justificatif de domicile à l'appui de la demande de titre fait obstacle à la prise en compte de la résidence habituelle en France de demandeurs sans domicile stable

Le dossier de demande (i) de délivrance de titre de séjour pour raison de santé²⁰⁷, (ii) de renouvellement de titre de séjour et (iii) de délivrance d'une carte de séjour pluriannuelle générale²⁰⁸ doit notamment comprendre un justificatif de domicile, soit un justificatif de domicile daté de moins de trois mois, soit en cas d'hébergement chez une tierce personne, un justificatif de domicile au nom du logeur. Or, il a été rapporté qu'un grand nombre de ressortissants étrangers résidant en Guyane et dans les Antilles françaises sont en situation d'habitat spontané et ne disposent ni d'un domicile ni d'un hébergement stable. Ces derniers, bien que résidant habituellement en France, parfois depuis plusieurs années, ne sont pas en mesure de produire la pièce requise²⁰⁹.

Les ressortissants étrangers en situation d'habitat spontané peuvent néanmoins bénéficier d'une attestation d'élection de domicile dans le cas où ces derniers sollicitent l'AME²¹⁰. Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ainsi que les organismes agréés sont habilités à délivrer aux intéressés une attestation d'élection de domicile mentionnant une date d'expiration. Toutefois, les constats de la mission du CNS ont montré que les centres communaux d'action sociale (CCAS) refusent d'établir ces attestations dans certains territoires. En outre, en regard de la réglementation, les demandeurs du titre de séjour « vie privée et familiale » ne peuvent se prévaloir d'une attestation d'élection de domicile à l'appui de leur requête.

Il pourra être objecté que les demandeurs qui ne sont pas en mesure d'attester de leur résidence habituelle en France sont éligibles à une APS. Toutefois, cette autorisation n'offre pas les mêmes garanties que le titre « vie privée et familiale ». Elle présente un caractère plus temporaire que le titre de séjour traditionnel. Ensuite, son renouvellement n'ouvre pas droit à un titre de séjour pluriannuel général. Par ailleurs, le dépôt

²⁰² Décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France.

²⁰³ Application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France – dispositions applicables à compter des 1^{er} novembre 2016 et 1^{er} janvier 2017.

²⁰⁴ Auditions CNS.

²⁰⁵ Auditions CNS.

²⁰⁶ Tribunal administratif de Poitiers, 14 juin 2017, N°1700753 – 1700754.

²⁰⁷ Article R313-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

²⁰⁸ Article R313-4-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

²⁰⁹ Auditions CNS.

²¹⁰ Article L264-2 du code l'action sociale et des familles.

de la demande ne permet pas la délivrance d'un récépissé qui vaut autorisation provisoire de séjour²¹¹. Enfin, la délivrance d'une APS n'est pas nécessairement assortie de la remise d'une autorisation d'exercer une activité professionnelle.

En conséquence, en regard des limites de la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé, des adaptations doivent être mises en œuvre pour garantir l'accès effectif aux droits des demandeurs et renforcer la protection de la santé et la continuité des soins.

3.2.2. La procédure d'instruction du volet médical de la demande doit être consolidée

L'obtention d'un titre de séjour pour raison de santé a concerné ces dernières années, pour une grande part des demandeurs en Guyane et en Guadeloupe, les personnes vivant avec le VIH²¹². Des avis défavorables ont par ailleurs été rendus, en nombre limité, pour des demandeurs affectés par le VIH et originaires de pays de la zone d'Amérique du Sud, en particulier le Brésil, le Pérou et le Guyana²¹³.

Pour lui permettre de disposer d'une information fiable à l'appui de sa décision, l'OFII a développé une bibliothèque d'information santé sur les pays d'origine (BISPO). L'objectif de la création de cet outil d'aide à la décision est de garantir au collègue à compétence nationale de médecins ainsi qu'aux médecins coordonnateurs de zone, l'accès efficient, égal et homogène, à des informations référencées et réactualisées sur la qualité du système de santé et de l'offre de soins et des traitements dans les différents pays d'où sont originaires les demandeurs.

Il est apparu que les informations disponibles dans la base BISPO nécessitent d'être davantage actualisées, affinées et consolidées. Afin de renforcer la robustesse des données, des échanges plus réguliers entre les professionnels de santé des territoires français et ceux des principaux pays d'origine des demandeurs devraient être établis.

RECOMMANDATIONS

Au ministre de l'intérieur et aux préfets,

- 14. garantir la protection de la santé des ressortissants étrangers demandeurs du titre de séjour pour raison de santé et engager des adaptations de la procédure** avec le concours, si nécessaire, des ARS, des directions territoriales de l'OFII et des acteurs locaux de la prise en charge afin de permettre (i) une accessibilité effective aux services administratifs lors de la primo-demande, (ii) une délivrance de récépissé de demande de titre de séjour dès la réception du dossier médical à la délégation territoriale l'OFII, (iii) un examen de la résidence habituelle en France tenant compte des contraintes territoriales.

Au directeur général de l'OFII,

- 15. renforcer l'efficacité de la procédure d'instruction du volet médical des demandes de titres de séjour pour raison de santé** et notamment (i) garantir la fiabilité et la mise à jour du système BISPO avec l'appui des ARS et des préfetures, (ii) évaluer la nouvelle procédure d'instruction du volet médical.

À la ministre des solidarités et de la santé, aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs des directions régionales en charges de la cohésion sociale,

- 16. soutenir le développement d'actions (i) d'information sur la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé et (ii) d'accompagnement des demandeurs au cours de la procédure.**

²¹¹ Information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274 relative au droit des étrangers en France (dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1er janvier 2017).

²¹² Auditions CNS.

²¹³ Auditions CNS.

4. UN EFFORT SPÉCIFIQUE DOIT ÊTRE CONSENTI EN DIRECTION DES JEUNES

Les territoires de Guyane et des Antilles françaises connaissent des trajectoires démographiques différentes mais partagent, de façon constante, le poids démographique de la jeunesse. Les jeunes de moins de 30 ans représentent près de la moitié de la population ultramarine et cette proportion dépasse les 50 % dans certains des territoires.

La démographie de la Guadeloupe et la Martinique est caractérisée par un vieillissement de la population. En 2014, les jeunes de moins de 14 et de moins de 30 ans représentaient respectivement 20,4 % et 37,3 % de la population en Guadeloupe et 18,2 % et 34,6 % de la population en Martinique²¹⁴. Saint-Martin possède une population jeune, malgré le vieillissement : en 2012, les jeunes de moins de 20 ans représentaient 35 % de la population²¹⁵. Le vieillissement des populations martiniquaise, guadeloupéenne et saint-martinoise est accentué par le départ des jeunes adultes du territoire, majoritairement pour des raisons socio-économiques. La Guyane connaît un accroissement démographique et un rajeunissement de sa population, porté principalement par l'Ouest guyanais : en 2014, les jeunes de moins de 15 ans et de moins de 30 ans représentaient respectivement 33,8 % et 57,3 % de la population²¹⁶.

Le poids démographique des jeunes dans ces territoires mais aussi les enjeux de développement humain liés à la jeunesse justifient de consentir un effort spécifique en direction des jeunes. Les populations jeunes apparaissent en effet particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH et les autres IST (4.1), alors que les dispositifs d'action publique en direction des jeunes sont inégalement mobilisés, en particulier, en faveur de l'éducation à la sexualité (4.2).

4.1. LES POPULATIONS JEUNES APPARAISSENT PARTICULIÈREMENT EXPOSÉES AU VIH ET AUX AUTRES IST DANS UN CONTEXTE PROPICE AU CUMUL DE VULNERABILITÉS

Les jeunes sont exposés à des facteurs de risque lors de leur entrée dans la sexualité (4.1.1), que ce soit par son contexte (4.1.1.1), par l'existence de relations payées (4.1.1.2), ou par des connaissances et pratiques de prévention contrastées (4.1.1.3), alors qu'ils sont par ailleurs soumis à un cumul de vulnérabilités (4.1.2) en raison de leurs difficultés socio-économiques (4.1.2.1), du taux élevé de grossesses précoces (4.1.2.2) ou encore de certaines conduites addictives.(4.1.2.3).

4.1.1. L'entrée des jeunes dans la sexualité les expose à des facteurs de risque

4.1.1.1. Le contexte d'entrée dans la sexualité apparaît problématique dans certains cas

Le contexte d'entrée dans la sexualité diffère selon les sexes et apparaît problématique, notamment pour une proportion significative de jeunes filles.

L'entrée des garçons dans la sexualité est plus précoce dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises qu'en métropole. L'âge d'entrée des filles dans la sexualité est identique entre les territoires de Guyane-Antilles et la métropole. Toutefois l'entrée dans la sexualité apparaît très précoce dans certaines communautés en particulier en Guyane. Par ailleurs le contexte d'entrée dans la sexualité des jeunes filles diffère entre les territoires de Guyane et des Antilles françaises et la métropole. Ces dernières sont moins nombreuses à avoir leur premier rapport sexuel avec un homme du même âge (27,1 % vs 42,4 % en métropole) et plus nombreuses à l'avoir avec un partenaire plus âgé de deux à quatre ans (33,2 % vs 21,0 %). Par ailleurs, plus d'un quart d'entre elles (27,1 %), tous âges confondus, ont déclaré qu'elles ne souhaitent pas vraiment leur premier rapport sexuel (dont 4,0 % qui ont déclaré avoir été forcées). Ces proportions sont bien moindres chez les femmes de métropole où elles sont respectivement de 16,7 % et 1,8 %.

Le différentiel d'âge, et donc le différentiel de pouvoir associé, peut impliquer l'acceptation par les jeunes de pratiques sexuelles non consenties ou payées, auxquelles ils n'étaient pas préparés, une difficulté à négocier le port du préservatif et donc une exposition majorée aux IST et au VIH/sida ou un risque plus élevé de grossesse non désirée.

²¹⁴ INSEE. Données de 2014.

²¹⁵ INSEE. « Saint-Martin : terre d'accueil et de contrastes ». *INSEE Dossier Guadeloupe*. Décembre 2016.

²¹⁶ INSEE. Données de 2014.

4.1.1.2. Le recours à des relations payées, initiées parfois à un très jeune âge, est avéré mais n'est pas précisément mesuré

Des pratiques prostitutionnelles émergentes chez les jeunes sont rapportées par les acteurs de terrain et la littérature. Les pratiques concernant plus spécifiquement les plus jeunes sont insuffisamment documentées et mesurées, mais elles sont signalées de manière très récurrente dans l'ensemble des territoires par les acteurs travaillant au contact des jeunes.

La fréquence de ces pratiques et leur nature varient selon l'âge des jeunes. Chez les plus jeunes, et notamment les collégiens, la pratique prostitutionnelle est occasionnelle²¹⁷. La relation sexuelle, qui se produit en échange de compensations matérielles ou financières, suscite une tolérance relative mais non négligeable²¹⁸. Chez les étudiants, ces comportements prennent une forme proche de relations transactionnelles permettant de se « faire entretenir » par un ou des partenaires plus âgés²¹⁹. En dépit de leur diversité, ces pratiques semblent majoritairement s'inscrire dans le cadre d'échanges economico-sexuels, au cours desquels des jeunes s'engagent dans des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés en échange de compensations notamment matérielles.

Selon certains acteurs, le recours aux pratiques d'échanges economico-sexuels des jeunes serait en augmentation. Cette observation peut refléter une évolution réelle des pratiques ; mais elle peut aussi traduire, chez les adultes, une « panique morale » à l'égard des conduites des plus jeunes, notamment sexuelles, les amenant à surévaluer ces pratiques. Les évolutions des rôles sociaux et la remise en cause des normes de genre peuvent susciter inquiétudes et résistances sociales vis-à-vis de la sexualité des jeunes.

4.1.1.3. Les connaissances et pratiques de prévention des jeunes apparaissent contrastées

L'usage du préservatif chez les jeunes dans les territoires ultramarins est contrasté, alors que le recours au dépistage et les connaissances relatives au traitement du VIH sont insuffisantes. En effet, ceux ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2005 et 2011 étaient plus nombreux à avoir utilisé un préservatif que ceux l'ayant eu entre 2000 et 2004 (respectivement 85,3 % et 77,5 %). Cette proportion est moindre, hormis pour le premier rapport, en Guyane, avec 67 % des scolaires (contre 45 % en 1997) et 50 % des étudiants utilisant systématiquement un préservatif.²²⁰ Les jeunes ayant des relations régulières et ceux qui vivent en couple sont ceux qui en utilisent le moins. Pour autant, le port systématique du préservatif est plus prégnant chez les moins de 21 ans. Cependant, plus l'entrée dans la sexualité est précoce, moins les hommes ont tendance à mettre un préservatif, tendance s'observant également quand il existe une différence d'âge entre les partenaires. L'usage du préservatif féminin est lui plus important en Guyane, une promotion de ce dernier par une centrale d'achat entre 2004 et 2011 pouvant être la cause de cette différence d'usage²²¹.

S'agissant du recours au dépistage, celui-ci demeure minoritaire chez les jeunes hommes : entre 18 et 24 ans, plus de la moitié des jeunes n'a jamais eu recours à un test de dépistage, tous territoires confondus, alors que cette proportion est plus de deux fois moindre dans la classe d'âge suivante. Par ailleurs, au cours d'une année donnée, ils sont en moyenne 21,9 % à avoir fait un test, soit la plus faible proportion observée à tous les âges, même si cette proportion reste relativement similaire à celle observée pour la même tranche d'âge en métropole. Quant aux traitements antirétroviraux, ils restent méconnus par une large majorité des plus jeunes : 60,2 % des 18-24 ans n'en ont jamais entendu parler.

4.1.2. Les jeunes sont particulièrement exposés à un cumul de vulnérabilités

Les jeunes des territoires de la mission sont exposés au regard négatif d'une partie des adultes sur leur sexualité, que ce soit au niveau du contexte dans lequel elle se déroule ou des pratiques associées. Un sentiment d'incompréhension, de perte de « contrôle » sur les jeunes en raison de l'émancipation des jeunes filles ou de l'utilisation d'outils moins répandus chez les adultes comme les réseaux sociaux peut expliquer une part du caractère alarmant de certains constats, ainsi qu'induire des difficultés pour certains jeunes qui

²¹⁷ Centre de ressources de la politique de la ville de Guyane. *La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des jeunes de 15-25 ans en Guyane*. Septembre 2014. Auditions CNS.

²¹⁸ Une étude réalisée auprès de jeunes scolarisés en Guyane montre que, si la majorité d'entre eux perçoivent ces pratiques très négativement, une proportion non négligeable témoignent d'une attitude de tolérance voire d'acceptation: 11% trouvent cela « sans importance » et 3% disent souhaiter que cela leur arrive. « Résultats de l'Enquête " Un Regard Sur La Jeunesse" ». Juillet 2011 cité par Centre de Ressources Politique de la ville de Guyane. *La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des jeunes de 15-25 ans en Guyane*. Op. cit.

²¹⁹ Observatoire de la santé de Martinique. *Insertion sociale et professionnelle des jeunes en Martinique : Focus santé - Comportements à risque*. Avril 2016.

²²⁰ Centre de ressources politique de la ville de Guyane. *La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des jeunes de 15-25 ans en Guyane*. Op. cit.

²²¹ Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels*. Op. cit.

ne peuvent trouver facilement des interlocuteurs compréhensifs. Un besoin chez certains éducateurs d'instiller un « redressement moral » chez les jeunes, et donc de bannir toute mention de la sexualité auprès de ces derniers, a également été rapporté à la mission.

4.1.2.1. L'exposition aux vulnérabilités socio-économiques atteint un niveau important

Dans un contexte socio-économique moins favorable qu'en métropole, les jeunes sont particulièrement affectés et exposés aux vulnérabilités socio-économiques. De nombreux jeunes vivent au sein de familles monoparentales, une situation familiale pouvant être associée à une précarité aggravée (Cf. *supra* chapitre 1) et dans des familles sans emploi. En 2011, 31,6 % des enfants guadeloupéens, 27,7 % des enfants martiniquais et 46,2 % des enfants guyanais vivaient dans des familles dont les parents sont inactifs, contre 9,3 % en métropole. Ces taux sont supérieurs dans tous les territoires en ce qui concerne les enfants vivant dans des familles monoparentales²²². Les jeunes, et surtout les jeunes femmes sont souvent eux-mêmes chefs de familles : 12 % des jeunes femmes sont mères de familles monoparentales dans les DOM, elles sont 3,2 % en métropole²²³.

Le système éducatif des territoires de Guyane et des Antilles françaises, en situation de rattrapage, place les jeunes ultramarins dans une position de désavantage par rapport aux jeunes métropolitains. Ces territoires présentent des taux de scolarisation plus faibles pour de multiples raisons : isolement géographique, offre de filières incomplète, facteurs culturels, familles en situation irrégulière, manque d'infrastructures de transport et de restauration scolaire. Les jeunes accusent donc d'importants retards scolaires, illustrés par un taux de redoublement important et des niveaux de décrochage scolaire²²⁴ élevés : 21,8 % en Guadeloupe, 15,8 % en Martinique, 26,9 % en Guyane contre 10,1 % en métropole²²⁵. Les jeunes ultramarins suivant des études supérieures sont moitié moins nombreux qu'en métropole : 20 % contre 40 % en métropole. Enfin, la proportion de jeunes ultramarins illettrés est 4 fois supérieure à celle observée en métropole²²⁶.

Les jeunes ultramarins présentent donc des niveaux de réussite scolaire, universitaire et dans le champ de la formation professionnels inférieurs à ceux des jeunes métropolitains, et doivent en outre faire face à un marché du travail étroit et peu ouvert, qui ne parvient pas à absorber les nouvelles entrées, parfois prématurées, de ces jeunes dans la vie active. Ainsi en 2013, parmi les jeunes de moins de 25 ans, 70 % étaient au chômage en Martinique, près de 60 % en Guadeloupe et un peu moins de 50 % en Guyane²²⁷. En plus du chômage structurel des jeunes, une part non négligeable des jeunes ultramarins ne sont « ni en emploi, ni au chômage, ni scolarisés, ni en formation ». Cette situation de rupture sociale concernait 10,6 % des jeunes ultramarins de 15 à 29 ans, contre 7,7 % en métropole²²⁸.

4.1.2.2. Les taux élevés de grossesses précoces traduisent et aggravent la précarité socio-économique des jeunes filles

L'une des conséquences de la surexposition des jeunes à des facteurs de risques liés à leurs contextes de sexualité est la part importante de jeunes et très jeunes mères. En Guadeloupe et en Martinique, 10 % et 11 % respectivement des femmes nées entre 1980 et 1999 avaient au moins un enfant à 20 ans, contre 4 % en métropole. En Guyane, ce taux atteint 27 %²²⁹.

Ces jeunes mères sont pour la plupart dans des situations initiales de vulnérabilité combinant une faible maîtrise contraceptive et une scolarité écourtée ou en échec. Par ailleurs, la maternité précoce agit également comme un facteur de précarisation. Une grossesse peut en effet inciter les jeunes filles à arrêter leurs études et accroître leur difficulté à intégrer le marché du travail, notamment en raison des contraintes liées à la garde de leur(s) enfant(s). Enfin, dans un contexte général de précarité socio-économique et de rareté des débouchés académiques et professionnels, la maternité est envisagée par une part importante de jeunes filles comme un moyen d'acquiescer un nouveau statut social, celui de mère, à défaut de pouvoir poursuivre des études ou trouver un travail²³⁰, statut social fortement valorisé dans certaines communautés.

²²² Marie Claude-Valentin. « Mutations sociodémographiques dans les DOM et nouveaux défis pour la protection sociale » *Op. cit.*

²²³ Conseil économique, social et environnemental. *Le défi de l'insertion professionnelle des jeunes ultramarins*. Février 2015

²²⁴ C'est-à-dire sortis avant la fin du second cycle.

²²⁵ Conseil économique, social et environnemental. *Le défi de l'insertion professionnelle des jeunes ultramarins*. *Op. cit.*

²²⁶ Ministère des Outre-mer. *Plan Jeunesse Outre-mer*. Septembre 2015.

²²⁷ INSEE. *Dans les DOM, l'activité et l'emploi stagnent depuis dix ans*. Avril 2015.

²²⁸ Conseil économique, social et environnemental. *Le défi de l'insertion professionnelle des jeunes ultramarins*. *Op. cit.*

²²⁹ INED-INSEE. *Enquête Migrations, Famille et Vieillesse*. 2010.

²³⁰ Marie Claude-Valentin et Breton Didier. « "Faire famille" dans les Dom. Ce que nous dit l'enquête Migrations, Famille et Vieillesse ». *Informations sociales*. N°186. 2014.

4.1.2.3. L'exposition aux conduites addictives apparaît particulièrement précoce

Si la prévalence de la consommation régulière d'alcool et de cannabis demeure globalement moins forte dans les Antilles et en Guyane qu'en métropole²³¹, les jeunes apparaissent particulièrement exposés aux pratiques addictives, et de nombreux acteurs de santé rencontrés par la mission dans les différents territoires dressent des constats alarmants concernant la consommation par les jeunes d'alcool et de cannabis. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) note en outre une augmentation des comportements d'alcoolisation excessive parmi les jeunes, en particulier en Guadeloupe. La Guyane n'est pas épargnée par ce mouvement, puisque 75 % des filles et 86 % des jeunes de moins de 25 ans ont déjà consommé ou consomment de l'alcool²³². En résulte un fort taux de mortalité dû notamment à des comportements à risques sur la route, avec un accident mortel sur deux en Martinique y étant lié d'après la Préfecture²³³.

Ces comportements à risque se retrouvent en majorité dans les familles monoparentales, très présentes en Guyane-Antilles (Cf. *supra*). Les difficultés d'insertion des jeunes, selon l'OFDT²³⁴, jouent également un rôle conséquent. De plus, ils sont une porte d'entrée vers d'autres pratiques addictives, notamment la consommation de crack, un dérivé de la cocaïne obtenu après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque. D'après les auditions de la mission, certains jeunes consomment un mélange de cannabis et de quelques grammes de crack (« black joint »), ce qui peut constituer là aussi une porte d'entrée vers une consommation de cette substance seule. Historiquement, la consommation de crack est particulièrement importante en Guyane et dans les Antilles²³⁵. Elle s'accélère avec le développement du trafic de drogues dans la région caribéenne en provenance du Venezuela et via le Suriname. La Guyane est à cet égard une plaque tournante du trafic au sein de la Caraïbe et vers l'Europe. Les trafiquants profitent notamment du contexte de fragilités locales pour recruter des « mules » ou diffuser la marchandise chez des populations déjà marginalisées, de façon particulièrement visible à Cayenne par exemple²³⁶.

4.2. LES DISPOSITIFS D'ACTION PUBLIQUE EN DIRECTION DES JEUNES SONT INÉGALEMENT MOBILISÉS EN FAVEUR DE L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

Les actions d'éducation à la sexualité apparaissent insuffisamment mises en œuvre dans le système éducatif, que ce soit dans le cadre scolaire (4.2.1) ou dans l'enseignement supérieur (4.2.2). Les structures dédiées à l'accompagnement des jeunes en difficulté peinent également à assumer cette mission (4.2.3).

4.2.1. Les actions d'éducation à la sexualité et de prévention des IST dans le cadre scolaire

L'éducation à la sexualité (EAS), définie par la loi²³⁷, fixe l'organisation d'au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité à chaque niveau d'enseignement dans le premier et le second degré. L'éducation à la sexualité est intégrée dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et se développe notamment dans le domaine 3 (formation de la personne et du citoyen)²³⁸.

La faiblesse globale et les disparités constatées dans la mise en œuvre de ces dispositions ont été abondamment mises en évidence par les travaux du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes²³⁹ ainsi que par le CNS²⁴⁰ concernant le territoire métropolitain. Les constats de la mission du CNS en Guyane et dans les Antilles ne diffèrent pas sensiblement dans leur nature, mais certaines difficultés structurelles observées en métropole apparaissent majorées dans ces territoires. La mission n'a examiné que la situation de l'enseignement public.

²³¹ Nézet Olivier, Gauduchon Thibault, Spilka Stanislas, « Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014 ». *Tendances*. OFDT. N°102. 2015.

²³² Centre de ressources politique de la ville de Guyane. *La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des jeunes de 15-25 ans en Guyane*. Op. cit.

²³³ Beck François, Obradovic Ivana, Spilka Stanislas, « Addictions en outre-mer ». *Tendances*. OFDT. 2016.

²³⁴ Tovar Marie-Line, Janssen Eric, Spilka Stanislas, Nézet Olivier. « Les drogues à 17 ans : situation dans les DOM ». *Tendances*. OFDT. 2014.

²³⁵ Beck François, Obradovic Ivana, Spilka Stanislas. « Addictions en outre-mer », *Tendances*. Op. cit.

²³⁶ Michel Gandilhon, David Weinberg. « Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de Cocaïne ». *Drogues, enjeux internationaux*. OFDT. 2016.

²³⁷ Article L312-16 du code de l'éducation, introduit par la loi n° 2001- 588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

²³⁸ Décret n° 2015-372 du 31 mars 2015 relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture.

²³⁹ Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité*. 13 juin 2016.

²⁴⁰ Conseil national du sida et des hépatites virales. *Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*. Op. cit.

4.2.1.1. Les freins au déploiement de l'éducation à la sexualité sont de nature multiple

Les difficultés liées aux ressources humaines sont très prégnantes, avec un déficit de médecins et d'infirmières de l'Éducation nationale particulièrement marqué dans certains territoires, un *turnover* important de ces personnels et des difficultés parfois considérables à pourvoir les postes. De même, les enjeux de formation des personnels de l'Éducation nationale se trouvent complexifiés par l'éloignement des territoires et la rareté des ressources locales, institutionnelles comme associatives, susceptibles d'être mobilisées pour des actions de formation. Le *turnover* des personnels, là encore, favorise une érosion plus rapide qu'ailleurs des ressources en personnels formés. Les partenariats avec des acteurs extérieurs, notamment associatifs, agréés par l'Éducation nationale pour des interventions en milieu scolaire, se heurtent également, selon les territoires, à la rareté de ces acteurs et à leur capacité souvent limitée à répondre à la demande, faute de ressources humaines et/ou de soutien financier suffisant.

Un enjeu propre aux trois territoires, fortement souligné par les acteurs éducatifs, concerne l'inadéquation des supports d'enseignement, d'information ou d'animation conçus en métropole pour les actions d'EAS, compte tenu des différences de représentations du corps et de la sexualité. Le manque d'outils pédagogiques adaptés à la diversité culturelle et à la spécificité des publics jeunes de ces territoires est perçu comme un frein important au développement d'une offre d'EAS quantitativement et qualitativement suffisante. Certains outils et supports sont développés de manière autonome par des acteurs, parfois en reprenant ou en adaptant utilement des productions de pays voisins jugées plus pertinentes que l'offre française disponible. Des expériences de production d'outils par et pour les jeunes eux-mêmes ont également été conduites localement. Ces différentes initiatives restent généralement trop peu soutenues et les productions qui en sont issues ne sont pas suffisamment recensées ni mutualisées, au détriment d'une diffusion qui serait pourtant utile tant au sein d'un même territoire qu'entre les trois territoires étudiés.

Les acteurs de santé et de l'éducation impliqués dans l'EAS soulignent par ailleurs les résistances d'une partie de la communauté éducative à s'investir dans le développement de l'EAS aux différents niveaux d'enseignement, et plus fortement encore s'agissant du premier cycle. Les raisons invoquées sont multiples, parmi lesquelles le manque de formation. Cependant, plus fortement qu'en métropole, de nombreux acteurs mettent en avant le frein que représente la difficulté d'affronter la prégnance des croyances religieuses ou magico-religieuses, très répandues dans la population, et qui dans certains cas véhiculent des conceptions morales extrêmement conservatrices en matière de sexualité et de rapports de genre. A cet égard, l'influence croissante au sein de diverses communautés d'églises de différentes obédiences évangélistes, dont le développement est actuellement très dynamique dans les différents territoires, représente un motif d'inquiétude fréquemment rapporté. Des convictions morales et religieuses faisant obstacle à la démarche même de l'EAS ou à certains de ses contenus peuvent en outre être partagées par des personnels au sein de la communauté éducative elle-même et parfois conduire certains agents publics à agir de manière non conforme à leurs devoirs et obligations professionnels. Différents acteurs, des personnels de l'Éducation nationale rencontrés par la mission et dans certains cas des représentants de l'administration rectorale font état de situations problématiques repérées dans certains territoires ou établissements. Sont ainsi signalés des cas isolés, mais non exceptionnels, de chefs d'établissements ou d'infirmières scolaires qui assument ouvertement un positionnement de « redressement moral » de la jeunesse au nom de valeurs religieuses pour justifier de faire obstruction à toute action d'EAS dans leur établissement. Plus globalement, il est observé que les discours et les attitudes de stigmatisation des PVVIH ou des HSH communément répandus dans les sociétés des différents territoires se reflètent au sein de l'institution scolaire et peuvent être portés par certains de ses personnels. Des cas d'enseignants ou d'autres personnels s'estimant discriminés pour ces motifs sont rapportés.

Dans un contexte où les professionnels tant de la santé que de l'éducation font part de fortes préoccupations concernant la sexualité des jeunes, le constat global demeure que peu d'établissements offrent des actions d'EAS conformes aux exigences de la loi. Le déficit de mise en œuvre de l'EAS aux différents niveaux d'enseignement, dans des modalités adaptées aux âges, apparaît encore plus marqué dans le premier cycle. Les actions conduites, parfois de grande qualité, demeurent avant tout le résultat d'initiatives portées dans certains établissements par quelques personnels volontaires et très motivés, organisés de manière largement informelle et interpersonnelle, avec les limites que cette forte dépendance aux engagements individuels implique en termes de pérennité des actions et de capacité à faire essaimer les expériences probantes.

4.2.1.2. Des efforts de structuration et de coordination de l'action sont engagés au niveau rectoral dans chacune des trois académies, mais apparaissent inégalement avancés

Dans les différentes académies concernées, le développement de l'EAS n'a pas bénéficié d'un portage constant par les Rectorats, mais de nouvelles impulsions ont été données dans la période récente. Au sein des administrations rectorales, l'animation et la coordination de la politique académique en matière d'EAS

sont assurées par les médecins conseillers techniques et/ou par les infirmiers conseillers techniques des recteurs, leur degré respectif d'implication pouvant varier d'une académie à l'autre.

L'académie de Martinique bénéficie d'une expérience intéressante de développement de l'EAS à travers un projet pilote d'ampleur, initié par des infirmières scolaires dès 2013 (*Cf. encadré infra*). Les acquis de cette expérimentation devraient permettre d'envisager une généralisation progressive du dispositif au cours des prochaines années, à condition toutefois d'un soutien rectoral durablement maintenu.

En Guadeloupe, la politique académique de développement de l'EAS, ou plus exactement de l'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS), pour reprendre le choix de terminologie privilégié par le rectorat, apparaît essentiellement axée sur une volonté d'intégrer l'abord des questions de sexualité dans une perspective très globale de développement des compétences psychosociales des élèves, incluant des objectifs multiples (lutte contre les incivilités, prévention des violences, renforcement de l'estime de soi...). Cette orientation est notamment concertée avec l'ARS. Elle vise à rénover l'approche pédagogique des actions d'EVAS, compte tenu des limites des pratiques plus traditionnelles souvent fondées sur un discours de savoir descendant et/ou injonctif peu audible par les jeunes. Elle vise également à renforcer la légitimité et l'acceptabilité de l'EVAS dans un contexte sociétal où l'abord des questions de sexualité demeure délicat en direction des familles, mais également au sein même de la communauté éducative, où une partie des personnels exprime de fortes réticences. Par ailleurs, des efforts de formation ont été engagés par le rectorat dans la période récente. Un cycle de formation organisé en 2017 avec l'appui d'une référente de la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), combinant formation de formateurs et formation d'intervenants, a bénéficié à une trentaine de personnels de la communauté éducative ainsi qu'à une dizaine de professionnels des organismes associatifs ou institutionnels partenaires de l'Éducation nationale en matière d'EVAS et de prévention des conduites addictives.

Les personnels de l'Éducation nationale et les partenaires extérieurs investis de longue date dans l'EVAS soulignent l'intérêt des efforts de structuration de la réponse entrepris, mais pointent l'ampleur des développements à accomplir pour déployer l'offre dans l'ensemble du système éducatif. L'éducation à la sexualité et la prévention des IST continuent de reposer trop exclusivement sur les personnels médicaux et paramédicaux de l'Éducation nationale et ceux-ci ne bénéficient souvent pas du soutien nécessaire au sein de leurs établissements. L'action doit également s'appuyer davantage sur les partenaires extérieurs. Certains acteurs estiment qu'un portage plus volontariste au plus haut niveau de l'administration rectorale est nécessaire, y compris et notamment pour surmonter les résistances au sein même de l'institution scolaire.

En Guyane, les différentes contraintes structurelles précédemment décrites apparaissent particulièrement fortes. Le manque de ressources humaines en santé scolaire représente un obstacle majeur au développement de l'EAS, auquel s'ajoutent les difficultés, notamment financières, que rencontrent les acteurs associatifs et institutionnels à se rendre dans les territoires isolés, que ce soit pour y dispenser des interventions en milieu scolaire ou pour y déployer une offre de formation en EAS. Ces contraintes liées à l'isolement renforcent le besoin de développer des capacités internes de formation aux techniques d'EAS à une échelle locale. Si des programmes structurés de formation de formateurs et de formation d'intervenants ont été mis en place au sein de l'Éducation nationale au milieu des années 2000, cette politique académique initialement volontariste s'est ensuite durablement étioyée. Le vivier de personnels ressources ainsi formé s'est érodé faute de continuité dans la politique de formation. La faiblesse du soutien rectoral aux acteurs pendant de nombreuses années, le manque de coordination des activités d'EAS et un pilotage déficient de leur déploiement ont limité l'impact des efforts initialement engagés et contribué à décourager les personnels investis. Du fait de l'absence de remontée d'informations et d'évaluation des activités d'EAS, y compris celles dont l'impact positif est localement reconnu, il est aujourd'hui difficile d'estimer quantitativement ou qualitativement l'état de l'offre d'EAS sur le territoire. L'ensemble des acteurs, y compris institutionnels, s'accorde à considérer que celle-ci est actuellement très loin de couvrir les besoins.

Au niveau rectoral, un net réengagement est amorcé depuis un peu plus d'une année, porté notamment par l'arrivée d'une nouvelle médecin-conseillère auprès du recteur. Une phase de recensement et d'évaluation des actions entreprises sur le territoire a été engagée, afin d'identifier les bonnes pratiques existantes, favoriser leur harmonisation et leur diffusion et ainsi créer des ressources opérationnelles mobilisables dans tous les établissements de l'académie. Au regard des besoins identifiés, un suivi générationnel des jeunes à travers une programmation de l'EAS tout au long de leur scolarité, et ce dès le premier cycle, apparaît essentiel. Ce suivi nécessite une vision stratégique de long terme du déploiement de l'EAS sur le territoire et un soutien pérenne de la part des acteurs institutionnels en direction des acteurs de terrain, afin de prévenir l'interruption de projets ou la mise en place de formations et d'actions sans suivi. La réalisation de ces objectifs exige un renforcement durable des moyens humains et matériels alloués à la mise en œuvre d'une

coordination territoriale efficace des actions. La création d'un poste de coordinatrice de l'EAS à l'appui de l'action de la médecin-conseillère rectorale, récemment consentie par le rectorat et confié à une sage-femme disposant d'une solide expérience de terrain dans le cadre du réseau périnatalité, représente à cet égard une étape importante.

« 3D », un projet académique d'éducation à la sexualité ambitieux et structuré en Martinique qui entre aujourd'hui en phase de généralisation

Le projet 3D a été initié en 2013 par les infirmières de l'éducation nationale du territoire martiniquais et porté par l'infirmière conseillère technique rectorale, avec l'ambition de permettre d'ici 2017 le développement par les jeunes des établissements participants d'attitudes de responsabilités individuelles et collectives dans les trois dimensions de la sexualité : la dimension biomédicale, la dimension psychoaffective et la dimension sociale.

La phase pilote s'est déroulée d'avril 2013 à juin 2017 dans 14 collèges et lycées, avec l'objectif pour chaque établissement pilote d'établir et réaliser un projet d'éducation à la sexualité conforme aux dispositions de la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003, qui impose l'organisation d'au moins trois séances d'information et d'éducation à la sexualité dans le courant de chaque année scolaire et à tous les niveaux.

À cet effet, un repérage des personnels de l'éducation nationale intéressés a été conduit afin de constituer au sein de chaque établissement pilote un binôme de porteurs de projet. Ces binômes internes ont été mis en relation avec des partenaires externes (associations, sages-femmes...) afin de pouvoir élaborer en commun des séances disciplinaires et interdisciplinaires sur un ensemble de thématiques (prévention des IST, consentement, estime de soi, contraception, puberté, parentalité...). Ce travail de conception s'est inscrit dans une perspective de réflexion par niveaux, le projet 3D visant à proposer une programmation de l'EAS construite sur progression de la maternelle à la terminale.

Le projet a bénéficié d'un encadrement constant, impulsé et coordonné notamment par l'infirmière conseillère technique rectorale de l'académie. Des réunions mensuelles et des réunions de bilan annuelles ont permis de suivre et d'accompagner les acteurs. Des séminaires interdisciplinaires annuels ont permis de diagnostiquer et satisfaire des besoins multiples en formation. Le projet a notamment bénéficié de l'appui d'une référente pédagogique en éducation à la sexualité, issue de la DGESCO, qui s'est déplacée deux fois par an afin de rencontrer et former les intervenants. Dix formateurs de formateurs ont été formés dans l'académie de Martinique, permettant de construire une offre régulière de formations à l'EAS dans le cadre du plan académique de formation (PAF).

La phase pilote a en outre permis de constituer une plateforme opérationnelle de documents ressources (fiches acteurs, supports d'activités, exemples de séances...) et de mettre en place une Charte de l'intervenant avec les partenaires extérieurs.

La rentrée scolaire 2017 marque le début de la phase de généralisation de l'expérience, avec l'objectif d'implanter à terme le dispositif dans l'ensemble des établissements de l'académie et d'élargir le champ des acteurs impliqués aux représentants de parents et à d'autres partenaires associatifs et institutionnels. Le nombre de formateurs de formateurs doit être porté à 20 et les actions de formation seront désormais réalisées sur site.

Les facteurs facilitants et les freins identifiés par le Rectorat à l'issue de la phase pilote

Une partie des établissements pilotes sont parvenus à mettre en place un projet d'EAS respectant les exigences de la circulaire de 2003. Cet objectif a pu être atteint par la mise en place de séances disciplinaires et interdisciplinaires, et par la combinaison de ressources internes et de partenariats externes.

Le suivi des avancées de la phase pilote a permis d'identifier des facteurs facilitants. L'existence d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) fonctionnel au sein d'un établissement apparaît déterminante. Les CESC inter-degrés, quand ils existent, sont également un lieu important pour faire émerger des thématiques ouvrant à des projets d'EAS. La mise en place des parcours éducatifs de santé (PES) constitue un vecteur permettant de favoriser la coopération interdisciplinaire et inter-catégorielle. La présence au sein des établissements d'une infirmière ou d'une assistante sociale volontaire et impliquée, soutenue par le chef d'établissement constitue également un facteur facilitant. Enfin, le soutien fort apporté par la rectrice en poste au lancement du projet et pendant l'essentiel de la phase pilote a été identifié comme déterminant.

Des freins ont également été identifiés pendant la phase pilote, notamment autour de la mise en place de modules d'éducation à la sexualité au niveau de l'école primaire, où le projet a rencontré des résistances au sein du Rectorat et un plus faible investissement des enseignants. Les intervenants extérieurs sont encore insuffisamment soutenus, malgré l'importance du travail de partenariat pour le projet. La réponse apportée par certaines structures partenaires apparaît parfois inadaptée. De réelles difficultés d'accès au dépistage demeurent pour les lycéens notamment à cause des horaires d'ouverture du centre de planification, d'information et d'orientation familiale (CPIOF) qui sont incompatibles avec les emplois du temps des lycéens.

4.2.2. Les actions de prévention des IST en milieu universitaire

La loi prévoit l'organisation par les établissements universitaires d'une protection médicale au bénéfice de leurs étudiants et précise que ces derniers doivent se doter, le cas échéant en se regroupant, de Services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I)UMPPS)

Il avait été relevé en 2014, que l'université des Antilles et de la Guyane ne disposait que de 1,3 équivalents temps plein (ETP) de médecins, n'établissait pas de rapport d'activité au titre de son service de médecine préventive et effectuait peu d'actions de prévention²⁴¹.

Les établissements universitaires auxquels les services de médecine préventive sont rattachés doivent par ailleurs conclure une convention avec l'ARS afin de concourir à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)²⁴².

La mission du CNS n'a pas été en mesure d'investiguer précisément l'état de l'offre de prévention et de dépistage des IST dans les établissements d'enseignement supérieur des territoires de Guyane et des Antilles, et n'en a notamment pas rencontré les acteurs directs. Les informations et appréciations recueillies de manière non systématique, en particulier de la part des ARS ou des rectorats, suggèrent cependant une offre très limitée ou inexistante au sein des établissements, dans un contexte plus global de carence des services universitaires de médecine préventive, parfois démunis de médecins.

4.2.3. Les structures et dispositifs fléchés en direction des jeunes peinent à poursuivre des missions d'éducation à la sexualité

Compte tenu des évolutions, qui touchent en particulier l'évolution des contextes de sexualité, les professionnels intervenant auprès des jeunes expriment une forte préoccupation, et souvent, des sentiments de désarroi et d'impuissance quant à la réponse à apporter²⁴³.

4.2.3.1. Les missions locales d'insertion et l'EAS

Les missions locales d'insertion (MLI) exercent une mission de service public de proximité afin de permettre aux jeunes de 16 à 25 ans de surmonter leurs difficultés d'insertion sociale et professionnelle et leur offrir un accompagnement global qui inclut un volet santé. Les pouvoirs publics ont développé en 2016 le dispositif de Garantie Jeunes consistant en un accompagnement renforcé au bénéfice des jeunes en situation de précarité qui ne sont ni en emploi, ni en formation, ni en étude (NEET)²⁴⁴. Le dispositif prévoit un accompagnement intensif et collectif et est assorti d'une aide financière pour faciliter les démarches d'accès à l'emploi. L'accompagnement intègre un volet santé.

Les MLI des territoires de mission ultramarins accueillent chacun plusieurs milliers de jeunes. Le public est jeune et a été déscolarisé relativement tôt au cours du collège. Il présente des caractéristiques particulières au regard de l'exposition au risque VIH/IST. Les acteurs de ces structures ont identifié quelques points saillants : s'agissant des filles, des grossesses précoces, les violences et un contexte de prise de risque dans le cadre d'échanges économique-sexuels, du côté des garçons l'importance des addictions et pour tous, une difficulté à s'approprier les informations de prévention délivrées.

Les campagnes de prévention de l'Éducation nationale, des ARS et de Santé publique France, ciblent les jeunes scolarisés ou les jeunes adultes, mais les 16 à 25 ans hors système scolaire apparaissent laissés pour compte. Des responsables de MLI rencontrés déplorent que les publics qu'ils accompagnent, bien que cumulant beaucoup de difficultés et de facteurs d'exposition aux risques, ne soient pas considérés comme prioritaires par les ARS et les collectivités territoriales.

Pour la Guyane comme pour les Antilles, les préoccupations majeures exprimées par les responsables des MLI incluent la lutte contre les IST et les grossesses précoces non désirées, au-delà de la prise en charge sanitaire de base (optique, dentaire). Les professionnels en charge du public des MLI, en particulier les conseillers en insertion sociale et professionnelle (CISP), ont indiqué se retrouver « désarmés » pour prendre en compte ces préoccupations.

Des expériences intéressantes ont vu le jour en Guadeloupe grâce à une convention récente signée avec l'ARS qui permet de proposer des ateliers de sensibilisation et de mobilisation (avec production d'outils par les jeunes) mais ceux-ci ont été arrêtés en 2012 faute de financements. Un partenariat avait été mis en place avec le Conseil Départemental pour favoriser le dépistage et l'information des jeunes, mais il a été interrompu depuis la suppression du pôle prévention en 2015. Une conseillère de la MLI Guadeloupe, sensibilisée grâce à la formation TROD, fournit un accompagnement au dépistage. De façon générale, le manque de moyen rend difficile le recours aux interventions extérieures payantes car il n'existe pas de budget dédié.

²⁴¹ Cour des Comptes. *La santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République. Rapport public thématique. Op. cit.*

²⁴² Article L831-1 du code de l'éducation.

²⁴³ Auditions CNS.

²⁴⁴ Article 46 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et décret n° 2016-1855 du 23 décembre 2016 relatif au parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie et à la Garantie jeunes.

En Guyane, les mêmes outils de mobilisation ont été utilisés : ateliers collectifs de prévention et entretiens d'accompagnement réguliers et obligatoires pendant un an.

4.2.3.2. Les DTPJJ

La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) est investie d'une mission d'éducation et d'une mission d'insertion des jeunes mineurs dont elle a la charge. Les services de la PJJ mettent en œuvre les décisions prises par les juges des enfants, qu'elles soient motivées par un objectif de protection et/ou d'assistance d'un mineur en danger, ou par l'application de sanctions (éducatives ou pénales). Le travail de la protection judiciaire auprès des mineurs sous main de justice repose sur une démarche éducative visant à favoriser leur insertion sociale et professionnelle et à les aider à construire un projet de vie. Cette démarche comprend une mission de promotion de la santé. La durée moyenne de prise en charge des jeunes mineurs est variable, et s'échelonne en général de 6 à 12 mois. Si nécessaire, l'accompagnement peut être poursuivi, pour un temps limité, au-delà du terme de la mesure, y compris pour un jeune devenu majeur. Un effort de structuration de l'action des services de PJJ en faveur de la santé et de formation de ses personnels a été initié au niveau national à travers le plan « PJJ promotrice de santé 2013-2016 ». Ce plan est renouvelé pour la période 2017-2021.²⁴⁵

Les directions territoriales de la PJJ (DTPJJ) en Guyane, en Martinique et en Guadeloupe suivent chacune entre 350 et 500 mineurs en moyenne mensuelle. Ces jeunes sont très majoritairement en grande difficulté, en raison notamment de contextes familiaux dysfonctionnels, marqués par des défaillances parentales, des déficits éducatifs variés, la fréquence des violences intrafamiliales, dont des violences sexuelles. De nombreux jeunes sont en situation d'échec scolaire, d'absence de perspectives professionnelles et vivent dans des conditions de grande précarité sociale et économique. La prévalence des problèmes d'addiction et des troubles comportementaux et psychiatriques non pris en charge est élevée, notamment du fait de l'absence ou de l'insuffisance de structures de soin ou médico-sociales adaptées à l'accueil des jeunes.

Les trois DTPJJ rencontrées par la mission ont exprimé de fortes préoccupations concernant les comportements sexuels à risque des mineurs dont elles assurent le suivi et se montrent soucieuses de renforcer leur action en matière de prévention de ces risques. Chaque DTPJJ compte une infirmière conseillère technique chargée de développer et coordonner la promotion de la santé au sein des différents services. Les axes privilégiés de cette action concernent dans les trois territoires principalement les problématiques d'addiction, de nutrition, de bien-être et santé mentale, ainsi que les risques liés à la sexualité.

Dans ce dernier champ, l'attention est portée principalement sur les grossesses précoces, les violences sexuelles et, mais dans une mesure qui paraît moindre, sur les risques d'IST. L'importance d'inscrire l'abord de ces questions dans une approche fondée sur développement des compétences psychosociales est soulignée. Parvenir à engager avec le mineur un travail de fond sur le rapport à son corps, à l'intime et à autrui constitue une étape préalable.

En termes de suivi individuel, l'entretien initial avec le mineur lors de sa prise en charge par le service, qui comporte un volet santé, peut être l'opportunité de repérer des situations à risque en lien avec la sexualité. Le suivi social, dont notamment l'engagement de démarches d'ouverture de droits à la couverture maladie, est également une opportunité pour proposer un bilan de santé, mais qui n'inclut pas toujours des dépistages du VIH, des hépatites et des IST. La DTPJJ de Guyane rencontre ainsi des difficultés à trouver des structures de dépistage gratuit susceptibles d'accueillir des mineurs. En Guadeloupe, le bilan de santé réalisé par un centre d'examen de santé (CES) de l'assurance maladie ne propose pas de dépistage du VIH. Les services de PJJ rapportent par ailleurs n'avoir eu à suivre des mineurs vivant avec le VIH que dans un nombre extrêmement limité de cas. Ils rappellent cependant qu'il n'ont d'informations sur l'état de santé des mineurs qui leur sont confiés qu'au travers de ce que ceux-ci veulent bien leur confier en entretien.

Les DTPJJ indiquent organiser périodiquement des actions collectives d'éducation à la sexualité, incluant la prévention du VIH et des IST, en direction des mineurs suivis dans différents cadres (unités éducatives de jour, unités d'hébergement collectif, jeunes placés dans des familles d'accueil), à l'exception toutefois des mineurs incarcérés. Ces interventions sont essentiellement conduites grâce à des partenariats avec des associations spécialisées ou des structures de santé.

En dépit d'un certain volontarisme, les DTPJJ des trois territoires font état de limites quantitatives et qualitatives à leur action en matière d'éducation à la sexualité et de promotion de la santé sexuelle.

Les actions collectives restent trop peu fréquentes et seule une fraction des jeunes pris en charge par les services en bénéficie effectivement, en raison du flux permanent d'entrées et de sorties dans les dispositifs de suivi et de la durée variable et souvent courte de celui-ci. La capacité d'action des services de PJJ est

²⁴⁵ Ministère de la Justice, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Note à l'attention de Mesdames et Messieurs les Directeurs interrégionaux de la protection judiciaire de la jeunesse et de Madame la Directrice de l'ENPJJ. 1^{er} février 2017. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_sante_jeunes1_annexe2_note_acdrage.pdf

limitée dans un contexte général difficile, où les services sont saturés et confrontés à des problèmes de sous-effectif en personnels et de manque global de moyens, ce qui les contraint à se concentrer sur leur cœur de mission.

Pour la réalisation des actions de promotion de la santé et d'éducation à la sexualité, le recours à des partenaires associatifs en complément des ressources internes est une composante essentielle, mais la constitution et l'entretien d'un réseau actif de partenaires demande un investissement régulier que les DTPJJ peinent à assurer. L'établissement et le renforcement de ces partenariats sont en outre rendus difficiles par un financement de ces actions qui est éclaté entre de multiples acteurs (PJJ, ARS, Éducation nationale, certaines collectivités territoriales, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), etc.). Les DTPJJ déplorent globalement l'insuffisance de reconnaissance et de financement par les ARS de son activité dans la promotion et l'éducation à la santé des mineurs sous main de justice. Une politique de conventionnement entre les DTPJJ et les ARS a cependant été initiée.

Sur le plan interne, la volonté des directions de renforcer l'action éducative en matière de santé sexuelle se heurte à la difficulté de mobiliser les éducateurs sur ces questions. La santé en général ne constitue pas une préoccupation première pour la plupart des éducateurs par rapport au travail à engager avec le mineur autour de la mesure de justice dont il fait l'objet, et à l'enjeu de construire un parcours d'insertion. Les éducateurs sont en outre très insuffisamment formés aux enjeux de santé en général ni à ceux de la santé sexuelle en particulier ; ils tendent ainsi à les considérer isolément de la dimension éducative et à estimer que leur abord relève du seul ressort des professionnels de santé. De nombreux éducateurs sont réticents à aborder les questions touchant à la sexualité, par manque de formation, mais fréquemment aussi parce qu'ils peuvent eux-mêmes se sentir peu à l'aise pour parler de sexualité, ou se trouver en conflit avec leurs convictions morales ou religieuses. Certains éducateurs – et parfois aussi les personnels de direction, comme la mission a pu l'observer en particulier dans l'un des territoires – partagent les stéréotypes dominants concernant les rapports de genre ou l'orientation sexuelle, et éprouvent des difficultés à adopter des postures de non-jugement dans leur exercice professionnel.

La réception par les jeunes des actions d'éducation à la sexualité et de promotion de la santé sexuelle proposées dans le cadre des services de la PJJ est également un enjeu complexe et ces actions sont parfois un échec. Les professionnels soulignent la complexité de faire prendre conscience des risques de santé à des jeunes qui globalement sont et/ou se perçoivent en bonne santé. Les risques d'IST sont largement méconnus et sous-estimés. Une partie des jeunes éprouvent d'importantes réticences à parler d'eux-mêmes et en particulier de leur sexualité, pour des raisons multiples qui peuvent tenir à un manque de confiance dans leur interlocuteur et/ou l'institution qu'il représente, à une éducation dans un contexte social et familial où la parole sur la sexualité ou l'intimité relève de l'interdit, ou encore à des enjeux de réputation.

RECOMMANDATIONS

Aux directeurs généraux des ARS et à leurs partenaires dans le champ médico-social et social,

- 17. initier des actions en direction des jeunes, en particulier dans le cadre des structures et dispositifs éducatifs, sociaux, médico-sociaux et médico-psychologiques les concernant** et notamment (i) programmer des actions d'éducation à la sexualité hors milieu scolaire dans le cadre des MLI et des PJJ, en organisant en particulier des ateliers collectifs (ii) former les éducateurs et les conseillers en insertion sociale et professionnelle (CISP) qui accueillent informent, orientent et accompagnent ces publics (iii) favoriser les partenariats avec établissements de planification CPEF/EICCF, des consultations jeunes consommateurs, des centres médico-psychologiques (CMP), des CeGIDD et des Maisons des adolescents, des associations (iv) développer des supports d'information adaptés à la diversité des populations et associer les jeunes eux-mêmes à leur conception.

Au ministre de l'Éducation nationale,

Aux recteurs,

- 18. renforcer le développement de l'éducation à la sexualité dans les établissements d'enseignement** et notamment (i) engager des actions spécifiques adaptées dès le premier cycle d'enseignement, (ii) soutenir le développement de supports et d'outils pédagogiques adaptés à la diversité culturelle et aux spécificités des publics scolaires des territoires ultramarins, (iii) mettre en œuvre un système partagé de recueil et d'échange de bonnes pratiques et de mutualisation d'outils entre les académies de Guyane, de Guadeloupe et de Martinique.

5. LE CADRE STRATÉGIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES IST DOIT PERMETTRE D'ÉTENDRE LES COOPÉRATIONS, D'ÉLARGIR LA GOUVERNANCE ET DE RENFORCER LES CONNAISSANCES

La lutte contre les IST dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises s'inscrit dans un cadre stratégique renouvelé. La loi de modernisation de notre système de santé adoptée en 2016 dispose que les pouvoirs publics ont l'obligation de définir une stratégie de santé spécifique aux collectivités ultramarines établie à partir d'une évaluation des données épidémiologiques et des risques sanitaires spécifiques aux collectivités. En outre, cette stratégie doit prendre en compte le développement de la coopération régionale en outre-mer dans le domaine de la santé²⁴⁶. À ce titre, une stratégie de santé pour les outre-mer 2016 a été présentée par les ministres en charge de la santé et des outre-mer en mai 2016²⁴⁷. Une nouvelle stratégie nationale de santé a été promue au second semestre 2017 pour la période 2018-2022²⁴⁸ et comporte 14 objectifs propres à l'outre-mer, dont dix objectifs transversaux, un objectif concernant plus particulièrement la Guadeloupe et la Martinique²⁴⁹ et un objectif concernant plus particulièrement la Guyane, Mayotte et Wallis-et-Futuna²⁵⁰.

Le futur cadre stratégique susceptible de contribuer à la lutte contre les IST devra prendre en compte plusieurs impératifs. Tout d'abord, il définira des objectifs d'intégration des territoires ultramarins dans leur environnement régional et précisera les initiatives bilatérales ou multilatérales requises (5.1). Il élargira la gouvernance de la lutte contre les IST aux différents échelons : national, interrégional, régional (5.2). Enfin, il s'attachera à développer les connaissances épidémiologiques, socio-comportementales, sociales et anthropologiques et à favoriser leur mise en réseau (5.3).

5.1. L'INTÉGRATION DE LA GUYANE ET DES ANTILLES FRANÇAISES DANS LEUR ENVIRONNEMENT RÉGIONAL ET DANS L'ESPACE EUROPÉEN DOIT ÊTRE RENFORCÉE

Les États de la Caraïbe et du plateau des Guyanes présentent plusieurs particularités, notamment l'insularité et l'enclavement, un retard de développement, des facteurs de vulnérabilité socio-économiques ainsi qu'une mobilité des populations, qui appellent des réponses coordonnées et intégrées dans le champ de la santé publique à l'échelle de la Caraïbe et de l'Amazonie. Une telle réponse, qui repose en particulier sur la mise en œuvre d'instruments de coopération bilatérale institutionnels entre États ou entre organisations de ces États, paraît toutefois insuffisamment développée pour offrir une action de santé publique adaptée dans les zones transfrontalières (5.1.1). Les territoires de Guyane et des Antilles françaises peuvent aussi concevoir et décliner des réponses avec l'appui des principales organisations internationales à vocation régionale qui œuvrent dans le champ de la santé publique. La France ne semble, toutefois, pas avoir accompagné suffisamment les processus d'adhésion à ces organisations (5.1.2). Enfin, l'intégration des territoires de Guyane et des Antilles françaises, qui sont des régions ultrapériphériques (RUP) de l'Union européenne, doit pouvoir être renforcée au sein de l'espace européen, en raison de la pertinence des instruments de coopération et financement communautaires dédiés à des programmes de santé et possiblement de lutte contre les IST (5.1.3).

5.1.1. Les dynamiques de coopérations bilatérales et transfrontalières inégales suggèrent la nécessité d'une nouvelle impulsion dans le champ des interventions coordonnées en santé publique

Du fait de la situation épidémiologique, mais aussi de la mobilité des populations de la Caraïbe, les territoires de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et Saint-Martin sont confrontés à des problématiques de santé nécessitant une coopération et une gestion transfrontalières. Ces enjeux sont plus prégnants dans les territoires de la Guyane et de Saint-Martin qui comprennent des frontières poreuses avec leurs États limitrophes respectifs, le Brésil et le Suriname d'une part, les Pays-Bas d'autre part. La nécessité de donner une nouvelle impulsion aux coopérations bilatérales et transfrontalières en particulier avec la République Dominicaine et Haïti, reste toutefois une constante dans la région de la Caraïbe.

²⁴⁶ Article L1411-1-1 du code de la santé publique.

²⁴⁷ Ministère des outre-mer, ministère des affaires sociales et de la santé. *La stratégie de santé pour les Outre-Mer. Mai 2016.*

²⁴⁸ Ministère de la solidarité et de la santé. *Stratégie nationale de santé 2018-2022.* 2017.

²⁴⁹ Réduire l'exposition de la population à la chlordecone.

²⁵⁰ Renforcer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement pour tous.

Les coopérations de la France avec les États limitrophes peuvent s'inscrire dans le cadre institutionnel des commissions mixtes transfrontalière (CMT) créées par accord international entre plusieurs États souverains, de conventions de coopération décentralisées signées entre plusieurs collectivités territoriales situées de part et d'autres de la frontière dans le champ de leurs compétences respectives et, enfin des conventions de partenariats pouvant impliquer notamment des établissements de santé et des associations. La coopération entre États ou par convention de coopération décentralisée apparaît peu développée dans les faits : les instances de coopération sont soit inexistantes, comme à Saint-Martin, soit inégalement investies par les représentants de l'État français, et ceux des États voisins, comme le Brésil. Les initiatives de coopération restent donc majoritairement le fait d'acteurs locaux dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises, en lien avec d'autres acteurs des territoires voisins ou proches, qui mettent en place des canaux de coopération par convention de partenariat ou informels afin de pallier le manque de canaux de coopération institutionnalisés effectifs.

Plus encore que les autres territoires de mission, la Guyane a promu différentes instances de coopération pour répondre aux défis sociodémographiques et de santé communs posés dans ses régions frontalières bordées par les fleuves. À l'Ouest, la rive droite du fleuve surinamais du Maroni (611 km) délimite le territoire de Guyane tandis qu'à l'Est, le fleuve Oyapock (403 km) constitue la frontière entre le Brésil et la France. Ces fleuves représentent des frontières poreuses par lesquelles transitent les populations migrantes du Brésil et de la Caraïbe. En outre, les populations natives, de différentes origines ethniques, résident aussi bien d'un côté que de l'autre le long de ces fleuves. Les principales communes françaises en bordure de ces fleuves, Saint-Laurent-du-Maroni à l'Ouest et Saint-Georges à l'Est ne disposent pas des ressources suffisantes pour accueillir les populations riveraines ni gérer les problèmes sanitaires afférents.

Aussi, plusieurs accords instituant des CMT ont été conclus par la France avec ses deux États frontaliers le Brésil et le Suriname²⁵¹. Ils ont permis d'instituer dans le cadre de chacune des CMT, un conseil du Fleuve, instance de coopération technique qui réunit les acteurs de Guyane et du Suriname autour du fleuve Maroni, et ceux de Guyane et du Brésil autour du fleuve Oyapock. Par ailleurs, des projets de coopération entre acteurs locaux ont également émergé (*Cf.* encadré).

Coopération avec le Suriname

La coopération entre la France et le Suriname

La première consultation bilatérale de haut niveau entre la France et le Suriname s'est tenue à Cayenne en janvier 2009 et a été suivie d'une première CMT au Suriname à la fin de la même année²⁵². La commission instituée a pour but de favoriser la coopération politique transfrontalière en matière de santé, d'éducation, de protection civile, d'environnement, de circulation des personnes, de transports, de douane et de sécurité civile. Les réunions de la CMT doivent être annuelles mais cet objectif n'a pas été tenu, si bien que la CMT a été jugée peu fonctionnelle par les acteurs intéressés par la coopération transfrontalière. Le rapprochement entre la France et le Suriname en 2017²⁵³, qui s'est notamment traduit par la signature d'un accord entre les deux pays sur la délimitation de la frontière maritime depuis l'embouchure du Maroni²⁵⁴ devait permettre de renforcer la coopération entre les deux États, en particulier dans le cadre de leur conseil du fleuve. Créé en 2012 pour répondre à des aspects plus opérationnels de la CMT, ce conseil ne s'est pas réuni en 2015 et 2016 mais a tenu deux réunions en 2017 et a inscrit la question de la santé, et plus particulièrement du VIH, à l'ordre du jour de sa réunion de décembre 2017²⁵⁵.

La coopération entre acteurs locaux

La grande proximité de la commune française de Saint-Laurent-du-Maroni et de celle d'Albina qui induit une forte mobilité de part et d'autre du fleuve a justifié la mise en œuvre d'un projet de coopération en faveur du dépistage du VIH le long du Maroni entre l'association Aides et le bureau de la Croix-Rouge surinamaïse d'Albina. L'objectif du programme, soutenu par l'Agence française de développement (AFD), est de renforcer la prévention ainsi que le maintien dans le soin des personnes mobiles entre les deux rives à travers la constitution d'équipes mixtes d'intervention dans la zone envisagée.

Par ailleurs, les difficultés rencontrées par le Suriname pour assurer l'accès à une offre de soin à Albina a conduit les établissements de santé des deux pays à établir et entretenir des échanges réguliers. Le CHOG de Saint-Laurent-du-Maroni qui accueille un nombre significatif de PVVIH originaires du Suriname est en lien avec le service d'inféctiologie de l'hôpital de Paramaribo pour permettre le suivi de situations concrètes de patients. L'offre de soins dans la région d'Albina demeure extrêmement précaire. Un premier hôpital construit dans les années 2000 avec l'aide de la France a cessé de fonctionner quelques années après son ouverture faute de soutien du gouvernement surinamaïse. Un nouvel hôpital est en cours de construction, mais des interrogations subsistent sur les chances du projet d'aboutir et sur la pérennité de son fonctionnement.

²⁵¹ Un accord a également institué une CMT entre la France et un État non limitrophe le Guyana en 2010.

²⁵² La CMT franco-surinamaïse s'est déroulée à Paramaribo (Suriname) le 24 novembre 2009.

²⁵³ Auditions CNS.

²⁵⁴ Accord de délimitation maritime entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République du Suriname et Déclaration. 8 novembre 2017.

²⁵⁵ Communiqué du préfet de la région Guyane. Conseil du fleuve sur le Maroni 18 juillet 2017 - Albina (Suriname) « Le dialogue bilatéral avec le Suriname réaffirmé ». 27 juillet 2017.

Coopération avec le Brésil

La coopération entre la France et le Brésil

Une commission mixte transfrontalière a été instituée entre la France et le Brésil, dont l'État fédéré d'Amapá est frontalier de la Guyane, en vertu d'un accord-cadre de coopération signé en mai 1996²⁵⁶ et complété par un accord-cadre visant à favoriser la coopération décentralisée²⁵⁷. La CMT qui se réunit une fois par an et dont la dernière réunion date de décembre 2016²⁵⁸, a traité les questions de santé sans toutefois leur accorder un caractère prioritaire. Les acteurs locaux posent le constat de dysfonctionnements à tous les niveaux de décision au Brésil – État fédéral, États fédérés, municipalités –, mais l'État français est aussi parfois absent des réunions transfrontalières.

Un conseil du fleuve Oyapock a par ailleurs été institué dans le cadre de la CMT en 2012 et regroupe, de façon paritaire, représentants des pouvoirs publics et de la société civile²⁵⁹. Le conseil du fleuve qui devait se réunir au moins deux fois par an s'est jusqu'à présent peu réuni et devrait, toutefois, se réunir prochainement et aborder les thèmes de la santé, du tourisme et de l'éducation.

En outre, un projet d'accord entre la France et le Brésil est actuellement en préparation pour permettre la prise en charge au Brésil des patients brésiliens présents sur le territoire français et améliorer les relations entre soignants français et soignants brésiliens. Côté français, un médecin généraliste affecté au CDPS de Saint-Georges travaille actuellement au projet d'accord avec le Brésil.

La coopération entre acteurs locaux

Tout comme pour l'ouest guyanais, la grande proximité de la commune française de Saint-Georges et de celle d'Oiapoque induit une mobilité incessante de part et d'autre du fleuve.

Plusieurs projets portés par des acteurs locaux ont été mis en œuvre ces dernières années :

- Le projet Oyapock Coopération Santé (OCS). Le programme a pour objectif principal de contenir voire stopper l'épidémie à VIH sur la frontière et d'améliorer la prise en charge globale des PVVIH. Ses objectifs secondaires sont de contribuer à faire baisser le nombre de grossesses non désirées et les grossesses chez les mineures et de faire chuter durablement le nombre d'actes de violence envers les femmes. Il comporte trois volets : un volet d'action de prévention combinée ; un volet de formation ; et un volet de soutien communautaire associatif.

Le programme est porté par plusieurs instances : l'association ID Santé côté français, l'association DPAC Fronteira côté brésilien sont les initiateurs du projet ; le CHAR est partenaire et apporte un appui financier. En outre, le projet bénéficie du soutien de la nouvelle direction de l'ARS, de l'ambassade française à Brasilia ainsi que des services diplomatiques de Brasilia et de leurs relais régionaux. En revanche, à la date de mission du CNS, les porteurs du projet étaient toujours en attente du financement européen.

Le projet a débuté début 2017 par des sessions de formation communes entre les intervenants français et brésiliens. Les acteurs locaux sont en attente du déploiement du projet sur le terrain même si certains d'entre eux déplorent le manque de communication sur sa mise en place.

- Le projet de dépistage du VIH et de recherche des perdus de vue mené par les représentants de l'association Développement-Accompagnement-Coopération-Guyane (DAAC) de Saint-Georges en partenariat avec l'association brésilienne DPAC Fronteira à Oiapoque.

Ces dernières années, les services déconcentrés de l'État et les ARS ont contribué à renforcer les dispositifs de coopération régionale bilatérale. S'agissant de la préfecture de Guyane, celle-ci assure un triple rôle (i) de facilitateur, en lien avec les missions diplomatiques françaises présentes dans les États voisins ; (ii) de co-financier au travers du fonds de coopération régionale qui atteint environ 100 000 € par an et concourt à l'amorçage de projets plutôt qu'à leurs financements²⁶⁰ ; (iii) d'accompagnement à la formalisation de coopération (aide à la rédaction de documents, mise en relation entre parties). En outre, la préfecture est en charge de la préparation des CMT, en lien avec les ministères des affaires étrangères de la France et du Brésil et appuie leur organisation.

S'agissant de l'ARS, en Guyane, les contributions aux projets transfrontaliers en cours ou en élaboration n'avaient pas reçu son soutien. Depuis plusieurs mois, une volonté de reprise de dialogue s'est manifestée et s'est notamment traduite par plusieurs recrutements de chargés de missions frontaliers permettant d'offrir un

²⁵⁶ Accord-cadre de coopération entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérative du Brésil signé à Paris le 28 mai 1996.

²⁵⁷ Protocole additionnel à l'accord-cadre de coopération entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérative du Brésil portant sur la coopération décentralisée. 12 février 2008.

²⁵⁸ Dixième Commission Mixte Transfrontalière (CMT) France-Brésil. 7 décembre 2016. « Renforcer l'attractivité de la Guyane et de l'Amapá ».

²⁵⁹ Déclaration d'intention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérative du Brésil relative au conseil du fleuve Oyapock signé à Paris le 14 décembre 2012.

²⁶⁰ Toutefois, la préfecture n'est pas en charge de la gestion des programmes financés par des fonds européens (*Cf. infra*) qui sont suivis par la CTG.

appui à la coordination bilatérale²⁶¹. En outre, l'ARS a manifesté un soutien au travers de l'organisation récente d'une semaine transfrontalière de la santé en octobre 2017 dans le cadre de la coopération transfrontalière autour de la santé publique, en partenariat avec le secrétaire municipal de la santé de la commune brésilienne de Oiapoque, le secrétaire d'État de la santé d'Amapá, la mairie de Saint-Georges et l'association DAAC. Cette première expérience, qui a fait l'objet de retours positifs de la part des acteurs locaux et pourrait être renouvelée, témoigne du rôle clé de l'agence.

RECOMMANDATION

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères, à la ministre des solidarités et de la santé, à la ministre des outre-mer,

Aux exécutifs des collectivités territoriales,

Aux préfets, aux directeurs généraux des ARS, aux chefs des postes diplomatiques et consulaires des pays de la zone, à l'ambassadeur délégué à la coopération régionale,

- 19. renforcer les initiatives et actions de l'État et des collectivités territoriales en matière de coopération régionale, en particulier transfrontalière**, afin de permettre un dialogue efficace et structuré, global et spécifique, avec les autres États de la région, européens ou non européens et leurs collectivités territoriales et notamment (i) promouvoir les accords internationaux bilatéraux de coopération transfrontalière qui intègrent la promotion de la santé, (ii) favoriser la signature de conventions entre l'État ou les collectivités territoriales françaises et leurs partenaires étrangers sur des sujets d'intérêts communs incluant la promotion de la santé, (iii) renforcer l'activité des commissions mixtes de coopération transfrontalières existantes en veillant à l'inscription des questions de lutte contre les IST à leur agenda, (iv) favoriser la participation des populations locales aux instances de dialogue bilatérales.

5.1.2. La faible intégration des territoires dans leur environnement régional prive les territoires ultramarins d'opportunités de coopération dans le champ de la santé.

5.1.2.1. L'intégration de la France et de ses territoires au sein des organisations internationales existantes apparaît très inégale

Plusieurs organisations internationales de coopération et de gouvernance régionale concourent au développement de la Caraïbe et de l'Amazonie. Les collectivités de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et Saint-Martin apparaissent, toutefois, faiblement intégrées à ces organisations.

La France, et non ses collectivités territoriales, dispose, en principe, du monopole de l'adhésion à ces organisations internationales. Toutefois les exécutifs des territoires de Guyane²⁶², Martinique²⁶³, Guadeloupe²⁶⁴ et Saint-Martin²⁶⁵ peuvent adresser au Gouvernement des propositions en vue de la conclusion d'engagements internationaux concernant la coopération régionale entre la République française et, selon les cas, les États ou territoires de la Caraïbe, les États ou territoires du continent américain voisins de la Caraïbe et ou au voisinage de la Guyane, en vue de la conclusion d'accords avec des organismes régionaux des aires correspondantes, y compris des organismes régionaux dépendant des institutions des Nations unies. En accord avec les autorités de la République, les territoires de la Guyane, Guadeloupe, Martinique et Saint-Martin peuvent également être membre associé ou obtenir un statut d'observateur auprès de ces organismes régionaux.²⁶⁶

²⁶¹ Pour l'appui de la coordination de l'action transfrontalière, l'ARS dispose d'un ingénieur sanitaire en charge du suivi de la zone frontalière Ouest avec le Brésil et d'un médecin praticien hospitalier en charge du suivi de la zone frontalière Est avec le Suriname. En outre, un médecin est dédié à la mise en œuvre du plan contre le paludisme dans les deux zones.

²⁶² Article L7153-2 du code général des collectivités territoriales.

²⁶³ Article L7253-2 du code général des collectivités territoriales.

²⁶⁴ Article L4433-4-1 du code général des collectivités territoriales.

²⁶⁵ Article L06351-14 du code des collectivités territoriales

²⁶⁶ Articles L7153-6, L7253-6, L06351-17 et L4433-4-5 du code des collectivités territoriales.

L'intégration des territoires ultramarins dans les organisations internationales de coopération et de gouvernance régionales

Les territoires ultramarins sont adhérents de plusieurs organisations.

- L'**Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS)** est l'agence internationale de santé pour les Amériques, et tient le rôle de bureau régional pour les Amériques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'organisation compte 52 États membres. La France y dispose d'un statut de membre participatif et participe à ses sessions au titre de la Résolution XV de l'OPS de 1951. Elle y est représentée par la Mission Permanente auprès de l'Organisation des États Américains. Les services sanitaires français des territoires de Guyane et des Antilles collaborent avec l'OPS notamment sur les sujets de surveillance sanitaire et un expert technique français est mis à disposition de l'OPS à La Barbade. La DGS contribue également aux budgets de l'OPS. Au-delà de ces missions obligatoires, la France ne semble pas s'investir pleinement dans l'élaboration des orientations stratégiques de l'OPS.

- L'**Association des États de la Caraïbe (AEC)** a pour but la création de promouvoir la coopération et la consultation des États membres au sein d'un espace économique, social, culturel, scientifique et technique. L'organisation compte 25 États membres et six États membres associés. La France est membre associé au titre de représentation de la Guyane, de Saint-Martin et Saint-Barthélemy depuis la création de l'association en 1994. En outre, la Guadeloupe et la Martinique sont membres associés en leur nom propre depuis 2014.

- L'**Organisation des États de la Caraïbe Orientale (OECS)** a pour objectif la consultation et la coopération des pays des Antilles orientales dans les domaines du commerce, du transport et du tourisme durable. L'organisation compte sept États membres et trois États membres associés. La collectivité territoriale de Martinique en est membre associé et un processus d'adhésion de la Guadeloupe est en cours depuis 2015. L'OECS comprend notamment un axe thématique VIH/sida articulé autour du programme dénommé « Regional Strategic Framework for the Holistic Response to HIV, STI and TB ». Le projet est financé à hauteur de 5 millions de US\$ par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour la période 2016-2019.

5.1.2.2. Le soutien de la France aux organisations non gouvernementales de coopération régionale dans le champ de la santé sexuelle est peu marqué

L'inégale intégration de la France au sein de son environnement régional se mesure également à l'aune du soutien accordé à des organisations de coopération régionale qui œuvrent dans le champ de la santé sexuelle et notamment la CFPA (Caribbean Family Planning Affiliation / Fédération caribéenne de planning familial).

Fondée en 1971 et reconnue par l'IPPF (International Planned Parenthood Federation / Fédération internationale de planning familial), la CFPA compte 17 organisations membres, qui sont les principaux prestataires de services de santé sexuelle et reproductive dans leurs pays. Les associations de plannings familiaux de Guadeloupe et de Martinique en sont ainsi membres. La CFPA œuvre à la promotion de la santé sexuelle et reproductive dans la Caraïbe au travers d'initiatives concourant à une meilleure gouvernance, au financement, et au développement des compétences de ses membres. A ce jour, la France ne finance ni la CFPA, ni l'IPPF qui est le principal bailleur de fonds de la CFPA. Cette absence de financement est regrettée par les acteurs locaux, dans un contexte de remise en cause probable du soutien financier consenti par les États-Unis à l'organisation²⁶⁷.

5.1.2.3. L'adhésion à la CARPHA, l'agence de santé publique de la CARICOM constituerait une opportunité de développer l'intégration régionale

La Communauté de la Caraïbe (CARICOM), qui compte quinze États membres, cinq membres associés et huit États observateurs, est une organisation-clé de la région Caraïbe. Ses objectifs sont essentiellement économiques et commerciaux. Depuis 1992 et la création du CARIFORUM, dont l'objectif est l'établissement d'un groupe caribéen, interlocuteur unique face à la Commission européenne, cette organisation a gagné en influence. La CARICOM constitue également la base d'une série d'organisations affiliées aux buts variés, dont l'une revêt une importance toute particulière pour la lutte contre le VIH/sida et les IST, l'agence de santé publique caribéenne, la CARPHA (Caribbean Public Health Agency / Agence de santé publique caribéenne).

A ce jour, ni la France, ni ses territoires ultramarins ne sont membres de la CARICOM²⁶⁸. Des processus d'adhésion des territoires ultramarins à la CARICOM sont en cours depuis 2015, mais peinent à aboutir faute de portage politique suffisant. Une déclaration d'intention d'adhésion devrait toutefois être rendue publique prochainement ouvrant la voie possiblement à un processus législatif permettant la mise en œuvre d'un processus d'adhésion.

²⁶⁷ Auditions CNS.

²⁶⁸ Il existe seulement un poste de représentant permanent de la France auprès de la CARICOM, actuellement pourvu par l'Ambassadeur de la France compétent pour le Suriname et le Guyana : Auditions CNS.

La CARPHA, présente sur le périmètre de la Grande Caraïbe, émane d'un accord inter-gouvernemental des États membres de la CARICOM. Elle regroupe les fonctions de cinq instituts régionaux de santé et œuvre à la mise en place de réponses coordonnées en matière de santé publique, en particulier dans le domaine de la santé sexuelle. La CARPHA est notamment en charge de la surveillance épidémiologique et de la gestion des maladies infectieuses, dont le VIH/sida, endémiques dans la région. La pleine adhésion à cette agence apparaît stratégique mais elle n'est ouverte qu'aux membres de la communauté caribéenne, membres de la CARICOM.

L'absence de participation de la France et de ses territoires à la CARICOM est d'autant plus pénalisante pour les territoires mentionnés, qu'un partenariat existe depuis 2001 entre les États membres concernant la lutte contre le VIH/sida dans la région : le PANCAP (Pan-Caribbean Partnership Against HIV and AIDS). Seule la Guadeloupe participe actuellement au PANCAP. Un projet du PANCAP et de la CARICOM, « Removing Barriers to accessing HIV and sexual and reproductive health services for key populations in the Caribbean », bénéficie d'un accord de financement avec le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et perçoit un financement à hauteur de 5 millions de US\$ pour la période 2016-2019.

5.1.2.4. En parallèle à l'ouverture de processus d'adhésion, la représentation des intérêts des territoires ultramarins doit être consolidée

Le renforcement des intérêts des territoires au plan régional doit permettre de favoriser les processus d'adhésion et de renforcer les processus de coopérations multi ou bilatéraux. Ce renforcement des intérêts suppose que les acteurs en charge de la représentation de ces territoires connaissent finement leurs contextes et problématiques spécifiques, notamment grâce à un ancrage local. Cet impératif d'ancrage plaide pour la présence d'acteurs institutionnels locaux au sein des instances de coopération régionales susmentionnées.

RECOMMANDATIONS

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères,

20. **promouvoir les processus d'adhésion et de participation de la France et de ses territoires ultramarins aux instances régionales concourant à la lutte contre le VIH/sida et les IST en général** afin de garantir une intégration forte et pérenne des territoires de la Guyane et des Antilles françaises dans leur environnement régional et notamment (i) initier à court-terme, une démarche de demande de participation au PANCAP au nom de la Martinique et de la Guyane, (ii) amorcer un double processus d'adhésion à la CARICOM et à la CARPHA en apportant une nouvelle impulsion aux demandes d'adhésion des territoires ultramarins à la CARICOM et en initiant une démarche de demande d'adhésion de la France au nom de ces territoires à la CARPHA sous le statut de membres associés conformément à l'Article 3 de son Accord constitutif, (iii) favoriser la présence d'acteurs institutionnels de ces territoires (collectivités territoriales avec l'appui des services déconcentrés de l'État) auprès des organisations internationales.
21. **organiser, à plus long terme, l'intégration de ces territoires dans l'environnement plus global de la coopération sanitaire dans la région Caraïbes**, et notamment (i) apporter un soutien politique clair aux demandes d'adhésion à l'OECS de la Guadeloupe et de Saint-Martin, (ii) engager une réflexion sur une évolution et une revalorisation de la participation de ces territoires au titre de représentation de la France à l'Organisation Panaméricaine de la Santé, (iii) engager une réflexion sur la pertinence d'un soutien de la France à la CFPA dans le cadre d'un soutien plus affirmé à l'IPPF.

5.1.3. Les fonds européens INTERREG présentent des opportunités de financements de la lutte contre le VIH/sida et les IST, dont seulement certains acteurs locaux parviennent à bénéficier

De par leur statut de régions ultrapériphériques (RUP)²⁶⁹, les territoires de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et Saint-Martin sont des bénéficiaires potentiels des programmes de coopération INTERREG Caraïbe (Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin) et Amazonie (Guyane). Ces programmes disposent de budgets

²⁶⁹ L'Union européenne compte neuf régions ultrapériphériques géographiquement très éloignées du continent européen dont la Martinique, la Guyane, Saint-Martin et la Guadeloupe. Ces régions sont soumises à la législation communautaire ainsi qu'à tous les droits et obligations attachés à l'adhésion à l'Union européenne, sauf dans les cas où des mesures spécifiques ou dérogatoires sont prévues.

conséquents, en partie financés par le fonds européen de développement régional (FEDER) : 85 millions d'euros pour INTERREG V Caraïbes – 2014-2020 dont dix millions d'euros pour le volet santé, en augmentation par rapport au budget total de 63 millions d'euros d'INTERREG IV Caraïbes – 2007-2013 ; et 18,9 millions d'euros pour INTERREG V Amazonie dont 4,9 millions d'euros pour le volet santé²⁷⁰. Les discussions concernant la programmation du programme INTERREG VI sont actuellement en cours. La priorité thématique accordée au volet santé, justifiant l'allocation de fonds, n'est pas assurée d'être maintenue.

5.1.3.1. La complexité de la procédure d'adhésion à INTERREG la rend peu accessible aux acteurs locaux et notamment ceux de moindre taille

La procédure de candidature aux financements INTERREG

La procédure de candidature aux financements INTERREG repose sur deux canaux : par appel à manifestation d'intérêt (AMI) (ou par dépôt de projets en continu. Chaque projet doit être porté par un « chef de file », coordinateur de la candidature et qui devient, le cas échéant, responsable de la gestion et la mise en œuvre du projet. Les candidatures sont examinées tout au long de la période de validité du programme par le comité de sélection, et ce, jusqu'à consommation complète des crédits alloués pour chaque axe thématique.

Les informations quant aux critères de sélection des projets sont recensés dans un document appelé le « Programme Opérationnel d'INTERREG ». L'attribution des crédits INTERREG est décidée lors des réunions d'un comité de sélection, et sur la base d'une grille de notation et d'une évaluation stratégique sur les dimensions technique et partenariale des projets présentés.

Des obstacles à l'accès la candidature INTERREG ont été constatés et apparaissent être de divers ordres : les acteurs associatifs de moindre taille – acteurs associatifs, centres hospitaliers, centres de soin – ne semblent pas avoir un accès suffisant à l'information sur les procédures en vigueur. Ces derniers sont également pénalisés par la lourdeur et la complexité des procédures de demandes de financements INTERREG, qui nécessitent des capacités de conception et gestion de projets, souvent inaccessibles aux acteurs locaux et associatifs. En effet, une demande de financement INTERREG mobilise des ressources humaines et logistiques dont certains acteurs ne bénéficient pas, ou qu'ils peuvent allouer seulement au détriment de leurs activités habituelles²⁷¹.

Ces différentes difficultés sont aggravées par le manque de transparence qui entoure les critères d'évaluation des projets et d'attribution des financements INTERREG. Les critères de la grille de notation et de l'évaluation stratégique sont difficilement accessibles et compréhensibles pour les porteurs de projets. Il est difficile pour ces derniers d'identifier les attentes du comité de sélection à partir du seul Programme Opérationnel, au regard de la taille et de la complexité du document. L'accès à une information claire et intelligible pour des porteurs de projets de petite et moyenne tailles est d'autant plus compliqué que le site web d'INTERREG Caraïbes est actuellement en maintenance, et ce depuis plusieurs mois précédant la rédaction du présent Avis. Le manque de transparence concerne également le financement des projets déjà réalisés. Il n'existe aucun recueil d'information formalisé sur les projets menés grâce aux précédents programmes, ni d'évaluation quantitative des projets financés.

La complexité et l'opacité actuelle des processus favorisent ainsi la soumission et la sélection de projets réservés à des acteurs de grande taille, bénéficiant d'un soutien institutionnel – ARS, collectivités territoriales – et susceptibles de consommer la totalité des crédits. Ainsi, selon les informations recueillies par la mission, le seul projet actuellement soumis dans le cadre d'INTERREG V-Caraïbes, porté par l'ARS et le Conseil régional de Guadeloupe, vise le développement de la télémédecine et du tourisme de santé, en direction d'une clientèle étrangère solvable. Ce projet, s'il venait à être approuvé, consommerait l'intégralité de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé pour la région de la Caraïbe pour la période 2014-2020, qui représente entre neuf et dix millions d'euros²⁷².

Dans ce contexte, les acteurs locaux expriment un besoin d'information et d'accompagnement dans la demande de financements et la formalisation de projets, pour que des associations locales, agissant au plus près des populations, puissent s'intégrer de façon cohérente aux programmes INTERREG et bénéficier des fonds alloués. À cet égard, une implication politique des ARS en faveur de la diversité des projets paraît opportune.

5.1.3.2. La gestion multipartite des fonds conduit à des retards et blocages administratifs, pénalisants pour les porteurs de projets

Des problèmes concernant les circuits de gestion des fonds ont également été relevés. La complexité de ces circuits conduit à des retards de réception des fonds à différents échelons : les fonds européens FEDER pour la Guyane (qui cofinancent les projets INTERREG) sont par exemple gelés depuis janvier 2016 pour cause

²⁷⁰ Auditions CNS.

²⁷¹ Auditions CNS.

²⁷² Auditions CNS.

d'absence de gestionnaire des fonds à la collectivité territoriale de Guyane²⁷³. Ces blocages administratifs obligent les porteurs de projets à pallier les retards de paiement à l'aide de leurs fonds propres, au détriment de leurs autres actions et de leur équilibre financier.

5.1.3.3. Les fonds européens INTERREG et le FED semblent structurellement inadaptés au financement de projets de coopération bi- ou multilatérale dans la région

Un problème soulevé par les structures auditées par la mission du CNS est l'inadaptation constitutive du mécanisme INTERREG au financement de projets de coopération bilatérale ou régionale dans les régions de la Caraïbe et de l'Amazonie. En effet, les territoires de Guyane et des Antilles françaises sont entourés d'États des Caraïbes et du Pacifique qui, notamment, partagent une frontière terrestre ou maritime avec la Guyane et les Antilles françaises. Ils ne sont toutefois pas éligibles aux fonds INTERREG ciblés sur les RUP mais au Fonds européen de développement (FED)²⁷⁴.

Dans l'éventualité d'un projet de coopération financé par INTERREG entre un territoire français de Guyane et des Antilles françaises et un État voisin, seul le territoire français serait éligible aux financements INTERREG, l'État voisin serait dans l'obligation de s'autofinancer. Inversement, dans l'éventualité d'un projet de coopération financé par le FED entre un territoire français de Guyane ou des Antilles françaises et un État voisin, le territoire français serait dans l'obligation de s'autofinancer.

RECOMMANDATIONS

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères, à la ministre des solidarités et de la santé,

À la secrétaire générale des affaires européennes, aux directeurs généraux des ARS,

22. **faciliter l'accès des acteurs locaux aux programmes INTERREG** et notamment (i) promouvoir un effort de clarification et de transparence des processus de programmation, de candidature et de sélection des programmes INTERREG, (ii) accompagner et soutenir les acteurs locaux, notamment les structures de moindre taille, afin qu'ils puissent s'intégrer dans la procédure de candidature en leur fournissant de l'information, un accompagnement méthodologique, un accompagnement à la formalisation de projets ;
23. **coordonner les stratégies de demandes de subventions européennes de la France (fonds INTERREG) et celles des pays voisins éligibles (FED)** afin de favoriser le financement de projets de coopération bi- ou multilatérale entre la France et des pays voisins tiers à l'Union Européenne.

5.2. LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AUX DIFFÉRENTS ÉCHELONS DE L'ÉTAT NÉCESSITE D'ÊTRE ÉLARGIE

La gouvernance de la lutte contre le VIH/sida repose sur une programmation de santé publique assumée par deux ministères au plan national et les agences régionales de santé au plan territorial (5.2.1) Dans ce contexte, au plan national, le pilotage national de la politique entre le ministère en charge de la santé et celui des outre-mer ainsi que la stratégie de portage interministérielle apparaissent insuffisamment clarifiées (5.2.2). Au plan régional, les coopérations entre les services de l'État d'une part, les ARS et les collectivités territoriales, d'autre part, sont insuffisamment développées (5.2.3).

5.2.1. Les programmes et stratégies pluriannuelles sont très inégalement mis en œuvre et faiblement évalués

La programmation pluriannuelle de la lutte contre le VIH/sida et les IST repose sur trois instruments principaux : (i) des stratégies nationales thématiques déclinées en actions spécifiques aux territoires ultramarins et pilotées par le ministère en charge de la santé, (ii) des stratégies nationales de santé, spécifiques à l'ensemble des territoires ultramarins et présentées par le ministère en charge de l'outre-mer (iii) des programmes de santé propres à chacun des territoires ultramarins établis sous la responsabilité des agences régionales de santé.

Les différents instruments de programmation contribuent à une meilleure prise en compte des enjeux de lutte contre le VIH/sida et les IST dans les outre-mer. Toutefois ces différents programmes présentent des

²⁷³ Auditions CNS.

²⁷⁴ Le FED est destiné aux pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique signataires de la Convention de Lomé et de l'Accord de Cotonou ainsi qu'aux pays et territoires d'outre-mer (PTOM).

limites au stade de leur mise en œuvre et apparaissent, en outre, insuffisamment articulés et inégalement évalués.

5.2.1.1. Des plans et stratégies nationaux spécifiques au VIH et aux IST insuffisamment opérationnels

Une programmation pluriannuelle de l'action publique contre le VIH/sida et les IST dans les outre-mer s'est progressivement instituée mais a peiné à produire les effets attendus. Elle a d'abord pris la forme de plans nationaux de lutte contre le VIH/sida et les IST (2001-2014) puis d'une stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030), en particulier dans son axe 6.

Dans le cadre des plans successifs de lutte contre le VIH/sida et les IST de la décennie 2000, les actions en faveur des populations résidant dans les départements français d'Amérique (DFA) ont été désignées comme prioritaires²⁷⁵. Toutefois, les mesures fléchées en faveur de l'outre-mer étaient inscrites en nombre limité et les actions publiques apparaissaient faiblement opérationnelles, selon les évaluations établies à mi-parcours et à titre de bilan.

Le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 a pour la première fois décliné un plan spécifique aux populations d'outre-mer, permettant d'inclure des axes propres aux enjeux de ces territoires. Les évaluations disponibles ont néanmoins montré que la programmation était dans certains cas peu opérationnelle et insuffisamment appropriée et déclinée au sein des territoires par les acteurs en charge du pilotage du système de santé²⁷⁶. En outre, en l'absence de coordination intersectorielle au niveau déconcentré, les autres acteurs publics n'étaient que très faiblement associés et concernés par la mise en œuvre régionale du plan.

Des évaluations de la déclinaison en Outre-Mer ont été menées à l'initiative de la DGOM à titre de bilan d'étape à la fois transversal à l'ensemble de l'outre-mer et par territoire²⁷⁷ et, à titre de bilan, par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)²⁷⁸. Le bilan d'étape a notamment pointé des lacunes dans la mise en œuvre des actions en direction des jeunes (éducation à la sexualité, interventions en milieu scolaire...), dans la structuration des actions de formation des professionnels de santé et dans la définition d'une stratégie régionale de coopération sanitaire. En outre il a souligné les difficultés rencontrées dans l'évolution vers un modèle de prise en charge moins hospitalo-centré que celui actuellement en place.

L'approche programmatique centrée sur les pathologies du VIH et des IST, qui a prévalu entre 2001 et 2014, a laissé place à une approche stratégique et transversale centrée sur la santé sexuelle. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 présentée en 2017 promeut le renforcement et la diversification de la prévention des IST et du VIH par la promotion de dispositifs adaptés aux personnes et à leur situation. Un axe est dédié aux territoires de l'outre-mer.

La définition d'une programmation d'actions contre le VIH/sida et les IST puis d'une stratégie de santé sexuelle a donc permis l'élaboration de déclinaisons spécifiques à l'outre-mer. Toutefois, ces déclinaisons sont apparues jusqu'à présent insuffisamment opérationnelles. En outre, ces instruments de programmations ne constituent pas, à eux seuls, des leviers suffisamment pertinents pour mobiliser efficacement les secteurs d'action publique ne relevant pas du champ de la santé.

5.2.1.2. Des programmations nationales de santé spécifiques à l'ensemble de l'outre-mer lacunaires

Des programmations de santé spécifiques à l'ensemble de l'outre-mer ont également été promues par le ministère de l'outre-mer en 2009 puis, en partenariat avec le ministère de la santé et les ARS, en 2016.

Dans le contexte de mobilisation des politiques publiques et de création d'un conseil interministériel en charge de l'action publique en outre-mer, un premier plan santé des outre-mer avait été présentée en 2009. Ses objectifs transversaux portaient sur la continuité territoriale de l'offre de santé, la formation, la recherche et la coopération interrégionale et internationale. En dépit de ses ambitions, le plan a été jugé insuffisant, tant du point de vue de son contenu²⁷⁹ que de sa mise en œuvre²⁸⁰. Le manque de précision de

²⁷⁵ Direction générale de la santé. *Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 et le Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008*.

²⁷⁶ Le plan a été évalué à mi-parcours par le cabinet EQR Conseil, puis à son issue, par le Haut Conseil de la Santé Publique

²⁷⁷ EQR Conseil. *Evaluation du Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST auprès des populations outre-mer*. Rapport final. Tome 1 : rapport transversal synthétique. Septembre 2013.

²⁷⁸ Haut conseil de la santé publique. *Evaluation du Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*. Rapport. Février 2016.

²⁷⁹ Cour des comptes. *La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République. Rapport public thématique*. Op. cit.

²⁸⁰ Sénat. *Rapport d'information n° 764, fait au nom de la commission des affaires sociales suite à une mission en Martinique et Guyane*. Juillet 2011.

ses objectifs et l'absence de calendrier d'exécution, de programmation financière et de dispositif d'évaluation ont été invoqués, d'une part, et la faiblesse de la coordination interministérielle et de l'impulsion stratégique au sein du ministère de la santé ont été pointés, d'autre part.

Un second plan a pris la forme d'une stratégie de santé pour les outre-mer (SSOM) présentée en mai 2016²⁸¹. La publication du rapport de la Cour des Comptes sur la santé dans les outre-mer en 2014²⁸² ainsi que la remise de propositions des députés ultramarins en 2015 ont contribué à la mise à l'agenda d'une stratégie ambitieuse de santé pour les outre-mer.

L'élaboration de la SSOM a bénéficié d'une mobilisation importante. Les deux ministères en charge de la santé et des outre-mer ont constitué un « comité de pilotage stratégique pour la santé dans les outre-mer » des directeurs du ministère (Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)) et du directeur de la DGOM et lui ont assigné mission de construire ensemble une stratégie claire et coordonnée pour les territoires d'outre-mer. Le comité a bénéficié du concours des services centraux des ministères, des agences nationales, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), des ARS ultramarines et a soumis ces orientations aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) concernées. Les travaux d'élaboration ont abouti à la publication d'un document stratégique qui présente les priorités et les objectifs communs aux outre-mer au travers cinq axes qui se déclinent en 22 objectifs et 62 actions ainsi qu'une feuille de route pour chaque territoire.

La prévention et la prise en charge des IST est abordée dans l'action 5.1 « Santé sexuelle et reproductive » rattachée à l'Objectif 5 « Agir sur les déterminants comportementaux de la santé » de l'Axe 1 « Améliorer l'état de santé, renforcer la prévention, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ». Elle prône le développement de l'accès au dépistage, au travers des TROD et autotests, et à la vaccination, ainsi que la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, l'augmentation de la couverture vaccinale hépatite B et HPV. Elle inscrit par ailleurs au titre de ses priorités le renforcement de la promotion de la santé en lien avec l'éducation nationale et la santé scolaire, en s'appuyant sur les CPEF et les CeGIDD.

Outre les actions dédiées spécifiquement à la lutte contre les IST, la SSOM a inscrit des mesures susceptibles d'améliorer la prévention des IST dans plusieurs champs. La SSOM prévoit de renforcer l'observation et les connaissances des états de santé des populations ultramarines, d'améliorer le système de santé outre-mer et notamment de renforcer la présence médicale, de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'amélioration des prises en charge, en particulier des personnes les plus isolées géographiquement et de renforcer la participation des ARS dans les instances et organisations régionales.

En sus de la SSOM, les feuilles de routes régionales déclinent leurs propres objectifs (*Cf.* encadré page suivante) ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de cette stratégie, et devaient être intégrées, pour la période 2016-2018, dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS puis alimenter les futurs PRS pour la période 2018-2023.

La forte mobilisation qui a présidé à l'élaboration de la SSOM ne s'est pas traduite par une mobilisation comparable aux étapes de mise en œuvre, suivi et évaluation. Le suivi du plan n'a pas bénéficié d'un pilotage renforcé par une instance dédiée et après sa première année de mise en œuvre, une nouvelle stratégie nationale de santé était élaborée par le nouveau gouvernement. Aucune évaluation n'a été réalisée compte tenu de la brièveté de la mise en œuvre.

Outre la stratégie de santé Outre-mer, d'autres stratégies sectorielles ciblées sur les territoires ultramarins peuvent contribuer à la lutte contre le VIH/sida et les autres IST. Ainsi, le Plan jeunesse outre-mer présenté en 2015 promeut des mesures en faveur de l'insertion professionnelle et sociale des jeunes ultramarins adaptées au contexte local et au caractère très vulnérable des jeunes ultramarins. Aucun bilan d'étape ni document de suivi n'est à ce jour disponible.

²⁸¹ Ministère des outre-mer, ministère des affaires sociales et de la santé. *La stratégie de santé pour les Outre-mer. Op. cit.*

²⁸² Cour des comptes. *La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République. Rapport public thématique. Op.cit.*

Les actions de lutte contre les IST dans les feuilles de route régionales de Guyane et des Antilles françaises

Guyane²⁸³

- Renforcer les CPEF afin qu'ils puissent assurer l'ensemble de leurs missions
- Renforcer la prévention en matière de santé sexuelle et reproductive
- Renforcer la promotion et l'éducation à la santé sexuelle dès le plus jeune âge en mobilisant les acteurs locaux (rectorat, réseaux associatif, CTG, ARS, CGSS)
- Mettre en place des programmes adaptés d'éducation à la vie sexuelle auprès des jeunes non scolarisés (espaces territoriaux d'accès aux premiers savoirs, missions locales)
- Relancer avec la CGSS, l'accès aux tests de dépistage rapide du VIH (TROD) en médecine de ville pour améliorer le dépistage plus précoce et renforcer la filière de prise en charge des personnes séropositives pour le VIH
- Poursuivre et renforcer la stratégie tendant à adopter une démarche globale de prévention de l'ensemble des risques liés à la sexualité

Guadeloupe et Saint-Martin²⁸⁴

- Animation du COPIL santé sexuelle et reproductive mis en place en 2014 avec un plan santé sexuelle adressé à toutes les tranches d'âge (conseil départemental, Rectorat, Réseau Périnatalité, COREVIH, IREPS, Mission Locale, mutuelles étudiantes)
- Programme conjoint ARS/Éducation Nationale : ateliers parentalité, formation des responsables d'établissement aux CESC et des personnels administratifs et soignants, ateliers « Pass Santé Jeunes » dans les établissements post-bac, actions envers Saint-Martin et son nouvel espace santé jeunes, jeunes relais « pairs » dans les lycées, programme d'accès à la contraception et à l'IVG, programme piloté par la Commission régionale de la naissance (CRN)
- Programme de renforcement des compétences psycho-sociales en direction des enfants et jeunes scolarisés : parcours éducatif compétences psycho-sociales (CE2, 6^e, 2^{nde})

Martinique²⁸⁵

- Réduire les IST : améliorer la politique de prévention et de dépistage adaptée en associant tous les acteurs (AIDES, Sidaction, CeGIDD), informer et former les professionnels de santé sur la prévention combinée de l'infection par le VIH, agir au plan vaccinal (VHB et HPV)
- Favoriser les rapprochements entre Association martiniquaise pour la recherche épidémiologique en cancérologie (AMREC), CPIOF et CeGIDD pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Mettre en place un Comité de pilotage pour une approche globale et intégrée dont les objectifs seront :
 - o Harmoniser les pratiques d'intervention en matière de santé sexuelle dans une approche globale (milieu scolaire et population générale)
 - o Favoriser la structuration des campagnes d'information co-construites entre les acteurs locaux et Santé Publique France
 - o Organiser un plan de formation commun régional
 - o Rapprocher le COREVIH et le Centre de ressources d'éducation et de promotion de la santé sexuelle (CREPSS)

²⁸³ Agence régionale de santé de Guyane. *La stratégie de santé pour les outre-mer. Feuille de route Guyane*. Mai 2016.

²⁸⁴ Agence régionale de santé de Guadeloupe. *La stratégie de santé pour les outre-mer. Feuille de route Guadeloupe*. Mai 2016.

²⁸⁵ Agence régionale de santé de Martinique. *Les cinq axes de la stratégie santé outre-mer pour la Martinique*. 2016.

5.2.1.3. Des projets régionaux de santé qui intègrent les actions favorisant la lutte contre le VIH/sida et les IST sans suivi ni évaluation publics

La lutte contre le VIH/sida est également inscrite dans les PRS des ARS qui doivent définir les objectifs des agences sur cinq ans, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Ils doivent s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Les premiers PRS ont été présentés en 2011 et 2012 dans les trois ARS couvrant le périmètre de mission²⁸⁶. Des axes spécifiques propres à la lutte contre le VIH/sida ont été promus dans les différents volets des PRS, en particulier le plan stratégique régional de santé (PSRS), le schéma régional de prévention (SRP) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Les modalités de suivi et d'évaluation des PRS appartiennent à chacune des ARS. Les ARS ultramarines n'ont pas rendu publics de rapports d'évaluation. Des rapports ont toutefois été établis, en particulier par des cabinets externes.

Ainsi, un rapport d'évaluation participative du PRS de Guyane établi par un cabinet d'étude²⁸⁷ comporte une évaluation du plan stratégique VIH (PSVIH) du PRS.

Les acteurs du plan stratégique se sont félicités de l'existence d'un référent VIH, mais ont notamment déploré une absence de pilotage stratégique du plan par l'ARS qui a constitué un obstacle à la mise en œuvre d'actions. A contrario l'existence et l'implication d'un référent programme ARS a été saluée. Plus généralement, les acteurs du plan reconnaissent que les progrès dans le dépistage et la prise en charge dans le champ de la santé sexuelle et reproductive du VIH/sida constituent l'une des principales améliorations mises en évidence lors de l'évaluation. Néanmoins les faiblesses touchent le cadre d'action publique en santé au sens plus large : faible portage politique du PRS, déficit, ou manque d'exploitation, des données issues de la recherche, dans tous les champs, répartition très inégale des ressources et de l'offre de santé, faible démographie des professionnels de santé, faible diversité et faible nombre de porteurs de projets qui a pour conséquence que certains appels à projets restent sans réponse, faiblesse de la coordination des politiques publiques, faiblesse du pilotage et du suivi des axes ou des actions, au niveaux régional et infrarégional, difficulté à organiser les parcours de santé coordonnés. La coopération entre établissements et entre professionnels du soin est très variable et dépend en grande partie de l'investissement, faiblesse de la démocratie sanitaire.

5.2.2. Au plan national, le pilotage national partagé entre le ministère en charge de la santé et celui des outre-mer ainsi que la stratégie de portage interministérielle sont insuffisamment clarifiées

5.2.2.1. Le ministère en charge de la santé assure la promotion et la coordination de la politique santé outre-mer

La politique de santé dans les outre-mer relève de la compétence de l'État et de la responsabilité du ministre de la santé. Le ministre en charge des solidarités et de la santé prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé²⁸⁸. Il est notamment responsable de l'organisation de la prévention et des soins. Il élabore et met en œuvre, en liaison avec les autres ministres compétents, les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques susceptibles de l'affecter. Il est également compétent en matière de professions médicales et paramédicales et de fonction publique hospitalière.

Pour remplir ses missions, le ministre dispose de ses directions d'administration centrales, la DGS, la DGOS, DSS, la DGCS, DREES ainsi que des agences nationales de santé, notamment Santé publique France et les ARS.

La promotion et la coordination des politiques de santé outre-mer reposent sur des missions ou des services placés au sein de plusieurs des directions d'administration centrale du ministère de la solidarité et de la santé. Ainsi, s'agissant de la DGS, la mission pour les outre-mer (MOM) promeut et coordonne la dimension ultramarine dans les politiques de santé publique et de sécurité sanitaire, en collaboration avec les autres services de la direction et les opérateurs nationaux de sécurité sanitaire ; elle participe aux instances traitant des outre-mer ; elle assure l'interface de la direction avec les autres partenaires compétents ; elle s'assure de l'adaptation de la stratégie nationale de santé et des plans et programmes de santé aux spécificités des outre-mer ; elle veille, enfin, à la qualité du droit de la santé et à son adaptation permanente aux entités ultramarines²⁸⁹. S'agissant des autres directions, la DGOS comprend un bureau en

²⁸⁶ PRS Guadeloupe 2012- 2016, PRS Guyane, 2011-2015, PRS Martinique 2012-2016.

²⁸⁷ Agence régionale de santé de Guyane. *Rapport d'évaluation du projet régional de sante de Guyane 2011-2015*. Juin 2017.

²⁸⁸ Décret n° 2017-1076 du 24 mai 2017 relatif aux attributions du ministre des solidarités et de la santé.

²⁸⁹ Arrêté du 6 avril 2016 portant organisation de la direction générale de la santé.

charge du suivi des questions relatives à l'outre-mer²⁹⁰ et des référents outre-mer sont présents dans chacune des directions. Enfin un référent outre-mer est affecté au secrétariat général des ministères sociaux.

Les différentes missions et services dédiés à l'outre-mer ainsi que les ARS des territoires ultramarins ont largement contribué à l'élaboration de la SSOM et à sa déclinaison au travers des feuilles de route régionales. Mais le suivi de la SSOM apparaît éclaté entre directions, si bien que le ministère ne paraît pas disposer d'une vision d'ensemble de la mise en œuvre de la stratégie de santé des outre-mer.

5.2.2.2. Le ministère des outre-mer coordonne de l'action du gouvernement dans les territoires et domaines relatifs aux outre-mer

La politique de santé dans les outre-mer bénéficie en outre de l'action du ministre de l'outre-mer. Le ministre des outre-mer est chargé de coordonner l'action du Gouvernement dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, en particulier la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des règles applicables dans ces collectivités et d'élaborer et de mettre en œuvre la politique du Gouvernement dans les autres collectivités dont Saint-Martin²⁹¹.

La représentation de l'outre-mer au sein du gouvernement est relativement récente. La création d'un ministère des DOM-TOM date de l'avènement de la V^e République. La dénomination et les attributions de ce ministère, et donc son influence, ont varié au cours des années, selon que la représentation de l'outre-mer a pris la forme d'un secrétariat d'État, d'un ministère délégué, ou d'un ministère de plein exercice²⁹². Depuis 2012, le Ministère des outre-mer est un ministère de plein exercice, dont la gestion est largement assurée par le Ministère de l'Intérieur. Il exerce des missions de souveraineté (exercice de l'autorité de l'État dans les outre-mer), d'intervention notamment économique et sociale, et de coordination de l'action du gouvernement dans les territoires et domaines relatifs aux outre-mer²⁹³. Cette mission de coordination prend notamment la forme de comités et conseils interministériels animés et suivis par le/la ministre des outre-mer. Le ministère possède une unique DGOM depuis 2013, anciennement Délégation générale à l'outre-mer, composée de 160 agents, en charge de la définition, l'impulsion, la coordination, l'évaluation et la prospective des politiques publiques outre-mer²⁹⁴. Les questions de santé sont traitées par la DGOM, au sein de la Sous-direction des politiques publiques (SDPP), par le Bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement (BCSSE).

Sur un plan politique, des rapports successifs²⁹⁵ ont constaté la difficulté des ministères des outre-mer successifs à porter et soutenir leurs ambitions, au sein du gouvernement et à l'échelle interministérielle. Un référé de la Cour des Comptes de 2016²⁹⁶ a pointé la sous-utilisation des dispositifs de coordination interministérielle, qui a pour conséquence l'absence de vision globale des politiques publiques pour les outre-mer, et rend le ministère dépendant des orientations des autres ministères, créant un déficit chronique d'intégration des enjeux ultramarins aux politiques menées par les autres ministères.

Sur un plan administratif, le ministère ne dispose pas de la capacité de contribuer significativement à l'impulsion, la coordination et l'évaluation des politiques de santé outre-mer. La DGOM ne dispose que d'un équivalent temps plein en charge des questions de santé ainsi que, ponctuellement, de moyens pour mettre en œuvre une évaluation des politiques de santé. Le référé de la Cour des comptes précité avait également souligné les faibles capacités en termes d'évaluation des politiques publiques et de prospective de la DGOM²⁹⁷.

5.2.2.3. La coordination ministérielle et interministérielle aux échelons politiques et administratifs est perfectible

La coordination nationale aux échelons politiques et administratifs repose aujourd'hui sur plusieurs instruments.

Au plan politique, le Comité interministériel pour la santé assure la promotion de la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques et doit permettre une action coordonnée sur l'ensemble des

²⁹⁰ Arrêté du 7 mai 2014 portant organisation de la direction générale de l'offre de soins en sous-directions et en bureaux.

²⁹¹ Décret n° 2017-1084 du 24 mai 2017 relatif aux attributions du ministre des outre-mer.

²⁹² Thiellay Jean-Philippe. *Le droit des outre-mer*. Paris. Dalloz. 2011.

²⁹³ Décret n° 2017-1084 du 24 mai 2017 relatif aux attributions du ministre des outre-mer.

²⁹⁴ Décret n°2013-728 du 12 août 2013 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'intérieur et du ministère des outre-mer.

²⁹⁵ Cour des comptes. *Rapport public annuel 2005*. Chapitre II - Observations sur l'organisation et la gestion de l'État et de ses opérateurs : sur le ministère de l'outre-mer.

Cour des comptes. *Les services centraux chargés de l'outre-mer. Rapport public annuel. 2011*

Cour des comptes. *La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République. Rapport public thématique. Op.cit.*

²⁹⁶ Référé S2016-3531 de la Cour des Comptes. *L'administration centrale du ministère des Outre-Mer (exercices 2011 à 2015)*. 21 novembre 2016.

²⁹⁷ *Ibid.*

déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, etc.). Ce comité regroupe autour du Premier ministre tous les ministres. Il suit l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Au plan administratif, un « comité de pilotage stratégique pour la santé dans les outre-mer » a été constitué et est composé des directeurs du ministère (DGOS, DGS, DSS, DREES, DGCS) et du directeur de la DGOM. Il a contribué à construire la stratégie santé 2016 pour les territoires d'outre-mer. En outre, des réunions régulières réunissent dans le cadre du secrétariat des ministères sociaux les Directeurs généraux des ARS (DGARS), la DGOS et les référents outre-mer désignés dans chacune des directions, à l'occasion du séminaire mensuel des DGARS.

Les instances de coopération politiques et administratives appellent à être davantage investies, les premières pour permettre un suivi régulier des politiques de santé dans les outre-mer à l'échelle quinquennale, les secondes pour assurer mensuellement un pilotage fin des politiques de santé, s'agissant notamment des actions dont la mise en œuvre dans les territoires ultramarins présentent des spécificités communes.

5.2.3. Aux plans régional et local, les coopérations entre les services de l'État, d'une part, les ARS et les collectivités territoriales, d'autre part, paraissent négligées

5.2.3.1. À l'échelle régionale, les commissions de coordination des politiques publiques sont peu investies

La mise en œuvre de la stratégie de santé pour les outre-mer relève des agences régionales de santé. La Guyane, la Martinique et la Guadeloupe disposent d'une ARS. Saint-Martin relève de l'ARS de Guadeloupe.

Au sein de chacun des territoires, la coordination des acteurs publics en charge des politiques de santé est assurée par l'ARS. Les Commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) des ARS réunissent les différents acteurs concernés par ces politiques, en particulier l'ensemble des services déconcentrés de l'État ainsi que les collectivités territoriales qui exercent une compétence en matière de santé. Les CCPP, au nombre de deux – l'une est dédiée à la prévention, l'autre au champ médico-social, assurent l'élaboration et le suivi des politiques de santé²⁹⁸.

La Commission de prévention remplit plusieurs fonctions décisives compte tenu du grand nombre d'acteurs de prévention. Elle décide des travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé (PRS), et notamment du SRP. Elle favorise, sur la base du PSRS et du SRP, la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI financées par chacun de ses membres. En outre, elle détermine les modalités de leur éventuel cofinancement et définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de la commission pourront s'associer à l'ARS pour organiser une procédure d'appel à projets. Enfin, elle doit permettre le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale, en vue d'améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé. Sa composition est définie par arrêté. Le directeur de l'ARS et le Préfet en sont membres, ainsi que des représentants des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale ainsi que des représentants de l'État exerçant des compétences dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. La Commission médico-sociale, participe également à l'élaboration du PRS, et notamment du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

Les CCPP sont mentionnés dans les PRS de Guadeloupe et de Martinique, notamment dans leur schéma prévention, et dans son schéma médico-social pour la seconde. Toutefois, la mission a constaté que les réunions des CCPP dans les différentes ARS étaient insuffisamment investies ou investies à un échelon ne permettant pas d'impulser véritablement des actions, en particulier dans les domaines qui requièrent une forte coopération : c'est notamment le cas des politiques de prévention menées dans le cadre des CPEF, qui relèvent des collectivités territoriales, et des politiques d'éducation à la sexualité, qui relèvent de la responsabilité d'un grand nombre d'acteurs dont les rectorats.

5.2.3.1. A l'échelle locale, les contrats locaux de santé et les contrats de ville ne sont pas suffisamment sollicités ni, s'agissant des contrats existants, évalués

A l'échelle locale, des contrats entre les ARS et des collectivités territoriales et leurs groupements peuvent être conclus depuis 2009 afin de mettre en œuvre leurs PRS²⁹⁹. Les contrats doivent porter sur la promotion de la santé, la prévention, la politique de soins et l'accompagnement médico-social. En outre, les contrats de politiques de la ville, les contrats de ville, peuvent intégrer des objectifs relatifs à la santé. Créés par la loi

²⁹⁸ Décret n°2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques.

²⁹⁹ Article L1434-10 du code de la santé publique. Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.

de 2014³⁰⁰, ils doivent permettre de concentrer des crédits spécifiques de l'État sur les territoires les plus en difficulté et de formaliser des orientations stratégiques et opérationnelles permettant une réponse globale, en particulier dans le domaine de la santé. Au titre de leurs missions, ils doivent contribuer à développer la prévention, la promotion et l'éducation à la santé, et favoriser l'accès aux soins.

La mise en œuvre des contrats souffre dans les faits d'un manque d'impulsion. Leur recours, par ailleurs, demeure relativement faible.

En **Guyane**, les communes de Cayenne³⁰¹ et de Matoury³⁰² ont conclu des contrats locaux de santé (CLS) respectivement en juin 2015 pour une durée de trois ans et en novembre 2012 pour une durée d'un an. Ces contrats comportent tous les deux des actions en faveur de la santé sexuelle.

- À Cayenne, l'axe stratégique 5 du CLS est en effet intégralement axé sur la santé sexuelle et affective et la prévention des IST, en lien avec le PRS guyanais. Des actions d'éducation et de promotion de meilleures relations genrées sont engagées, ainsi que la coordination au niveau local des acteurs des milieux médicaux, sociaux et associatifs, via le service du Développement social et rénovation urbaine de Cayenne avec la désignation d'un coordinateur. L'information et le dépistage sont également priorités. L'axe stratégique 1 portant sur un meilleur accès aux soins est également susceptible d'avoir une incidence favorable sur la lutte contre les IST, tout comme l'axe 4 dans son action liée à la prévention des conduites addictives chez les jeunes.
- À Matoury, le CLS fait état d'un objectif secondaire au sein de son second axe de prévention des risques sexuels liés aux IST et au VIH.

En **Martinique**, peu de CLS ont été conclus, malgré leur apparition comme leviers de prévention dans le SPR du territoire. Un CLS a été conclu avec la commune de Ducos. Les communes de Fort-de-France et de Lamentin ont également contractualisé. Dans cette dernière, la sexualité est néanmoins déléguée au contrat de ville. Le contrat de ville encourage le soutien aux associations engagées en faveur de la lutte contre les conduites à risque, en particulier l'exposition aux IST et leur alloue un financement dédié.

En **Guadeloupe**, l'Organisme régional de la santé de Guadeloupe, (ORSaG) a produit dix profils sociaux sanitaires communaux afin d'affiner les besoins locaux en matière de santé, ces derniers étant utilisés pour élaborer des CLS. Dans ce cadre, la Communauté d'agglomération du Nord Grande-Terre a signé un CLS.

RECOMMANDATIONS

Au Premier ministre, au ministre de la solidarité et de la santé, au ministre des outre-mer,

Au secrétariat général des ministères sociaux, à la direction générale des outre-mer,

24. **renforcer et pérenniser la coordination ministérielle et interministérielle la plus pertinente aux échelons politiques et administratifs** afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle dans les outre-mer et à cette fin (i) programmer dans le cadre du comité interministériel pour la santé un rendez-vous annuel de suivi des programmes d'action de santé, et notamment de santé sexuelle, dans les outre-mer, (ii) poursuivre et renforcer une coordination administrative de haut niveau entre les directions centrales des ministères des affaires sociales (DGS, DGOS, DGCS, DSS, DREES), la DGOM, les DGARS et veiller à y associer les autres services centraux et déconcentrés de l'État pertinents.

Aux ARS, aux préfetures, au rectorat, avec le concours des collectivités territoriales,

25. **renforcer la coordination entre les acteurs d'un même territoire** afin de consolider le pilotage des politiques de santé et à cette fin (i) conférer aux commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) un rôle effectif de gouvernance participative, offrant à l'ensemble des parties prenantes, et tout particulièrement les collectivités territoriales, des opportunités réelles d'implication et de co-construction de réponses ajustées aux besoins et contraintes spécifiques des territoires, (ii) s'assurer dans le cadre de l'instance la plus pertinente – CCPP, commission de l'administration régionale (CAR) – de l'intégration des enjeux de santé, dont la lutte contre les IST, dans les autres politiques publiques, relatives notamment aux transports, au logement, à l'éducation, à la formation et à l'emploi, à l'immigration et à l'intégration ;

³⁰⁰ Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

³⁰¹ Contrat local de santé de Cayenne. 2015.

³⁰² Contrat local de santé de Matoury. 2012.

26. **promouvoir, dans le cadre formalisé du contrat le cas échéant, un partenariat entre les services de l'État et les collectivités territoriales** et dans ce cadre, (i) favoriser l'élaboration des contrats locaux de santé avec les communes, sur la base d'une évaluation fine de leurs besoins, définir dans ce cadre les actions permettant la mise en œuvre d'une approche globale de prévention et de dépistage intégrant les IST, renforcer leur suivi et leur évaluation (ii) promouvoir la mise en œuvre des actions du PRS, en particulier dans le domaine de la prévention des IST, de la réduction des inégalités en santé et de l'accès aux droits et aux soins, dans le cadre des contrats de ville ;
27. **renforcer la coordination entre les territoires de Guyane et des Antilles sur des questions d'intérêt commun et notamment** (i) organiser des rencontres annuelles des acteurs (ARS, préfectures, rectorats, collectivités territoriales, acteurs associatifs) des trois territoires sur les enjeux de la santé sexuelle afin de permettre le partage d'expérience et la mutualisation des bonnes pratiques, des ressources et des outils, (ii) établir un bilan annuel des actions de coordination inter-territoires mises en œuvre en faveur de la santé sexuelle par les différentes institutions et structures et assurer sa communication à l'ensemble des parties prenantes ainsi qu'à l'échelon de la coordination interministérielle.

5.3. RELATIVEMENT LACUNAIRES, LES CONNAISSANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES DOIVENT ÊTRE DÉVELOPPÉES ET MISES EN RÉSEAU

Des données épidémiologiques relatives à la surveillance des IST et des données socio-comportementales, sociales et anthropologiques qui rendent compte de l'exposition au risque des IST en Guyane et dans les Antilles françaises sont disponibles. Toutefois, ces données apparaissent incomplètes. La surveillance des IST qui ne relèvent pas du régime de la déclaration obligatoire apparaît insuffisante faute de réseaux de surveillance suffisamment développés (5.3.1). En outre les travaux de sciences sociales qui portent sur l'exposition au risque d'infection par le VIH et les autres IST et sa prévention demeurent limités et insuffisamment appropriés par les acteurs de santé publique (5.3.2).

5.3.1. La surveillance des IST demeure insuffisante et très inégale sur les territoires

La surveillance des IST repose sur plusieurs dispositifs distincts. Le VIH, l'hépatite A aiguë et l'infection aiguë symptomatique par l'hépatite B sont soumises au régime dit de la déclaration obligatoire³⁰³. La surveillance des nouveaux diagnostics réalisée en continu inclut des données relatives aux caractéristiques des personnes récemment contaminées, aux modes de contamination, au stade clinique de l'infection. Le dispositif de déclaration obligatoire est par ailleurs couplé à une surveillance virologique des contaminations récentes et des sous-types viraux circulants.

La surveillance des autres IST n'est pas soumise au régime de déclaration obligatoire. La surveillance des IST bactériennes repose sur la déclaration de réseaux volontaires de cliniciens (RésiST, pour la syphilis et les gonocoques) et de laboratoires (Rénaço pour les gonocoques, Rénachla pour les chlamydia). Ces réseaux apparaissent très inégalement développés dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises.

Le réseau RésiST inclut des données de Martinique depuis 2009, mais sa participation s'est érodée et elle est désormais limitée à trois sites³⁰⁴. Le réseau connaît un développement récent en Guadeloupe et à Saint-Martin qui comprend cinq sites. Il est absent de Guyane. Les réseaux Rénaço et Rénachla incluent quatre laboratoires en Guadeloupe et à Saint-Martin, mais sont absents en Martinique et en cours de mise en place en Guyane.

Il n'existe pas de réseau de surveillance des infections par le HPV.

5.3.2. Les connaissances socio-comportementales, sociales et anthropologiques sont insuffisamment développées et exploitées

5.3.2.1. Les études sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques présentent intérêts et limites

Les données épidémiologiques, qui présentent des photographies de la situation sanitaire des territoires de Guyane et des Antilles françaises apparaissent insuffisantes, notamment pour envisager la mise en œuvre de projets de recherche interventionnelle qui nécessitent une compréhension fine des enjeux du terrain en amont.

³⁰³ Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique.

³⁰⁴ Auditions CNS.

À cette fin, des données ont notamment été recueillies sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques (enquête KABP) des populations dans le champ de la santé, de la santé sexuelle et du VIH/sida. La dernière enquête rendue publique en 2013 (*Cf. supra*) a été réalisée en 2011-2012³⁰⁵. Son objectif était de déterminer les connaissances, attitudes, croyances et pratiques en Guyane, Martinique et Guadeloupe vis-à-vis du VIH/sida (mode de transmission, protection, dépistage) mais aussi vis-à-vis des risques sexuels, de l'interruption volontaire de grossesse, de la contraception et d'autres thèmes de santé sexuelle, dans le but de caractériser les spécificités des territoires de Guyane et des Antilles françaises et les évolutions depuis la précédente enquête KABP Antilles-Guyane de 2004.

En dépit de leurs apports, ces enquêtes présentent plusieurs limites, qui résident principalement dans le mode de recrutement des participants et dans l'interprétation des résultats.

D'une part, le recrutement établi à partir du tirage au sort d'un numéro de téléphone fixe conduit à écarter un grand nombre de personnes dépourvu de téléphone fixe dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises, en particulier les populations en habitat spontané les plus exposées aux risques. En outre, la limite d'âge inférieure du recrutement des personnes, établie à 15 ans, peut apparaître trop élevée, compte tenu de la précocité de l'entrée dans la sexualité dans certaines communautés et des risques auxquels la population jeune de moins de 15 ans est potentiellement exposée.

D'autre part, l'interprétation des résultats des enquêtes KABP demande d'aller au-delà du constat sur le contenu des connaissances erronées. En effet, les croyances erronées peuvent s'inscrire dans un réseau de croyances et de connaissances plus vaste ainsi que dans une série de comportements considérés comme essentiels dans une communauté religieuse ou d'une autre nature. La compréhension de cet univers de croyances, de connaissances et de pratiques apparaît particulièrement déterminante pour concevoir des interventions en prévention auprès des populations et des communautés.

De même, l'interprétation des résultats des enquêtes KABP sur la stigmatisation, doit évoquer, outre l'analyse de son évolution, ses effets au sein des communautés. La stigmatisation ne revêt pas la même forme selon le mode de vie des différentes communautés et peut traduire des opérationnalisations différentes : exclusion du lieu de vie, ne plus avoir de partenaire sexuel, être privé de certains biens ou droits.

De façon générale, les enquêtes KABP offrent une photographie de la situation générale des croyances et pratiques de la Guyane et des Antilles françaises, mais elles ne permettent ni d'appréhender les croyances et les pratiques observées au sein des communautés ni d'apporter des éléments de compréhension et d'articulation de ces croyances et comportements.

5.3.2.2. Les études socio-comportementales, sociales et anthropologiques sont en nombre insuffisant

Pour ces raisons, les données doivent être complétées par des données socio-comportementales, sociales et anthropologiques qualitatives plus fines.

Des travaux sur la santé, la sexualité et la santé sexuelle ont été menés au sein de certaines communautés. Toutefois, ces travaux apparaissent en nombre insuffisant pour appréhender précisément les représentations propres de la sexualité et de la santé, leurs différents déterminants et les rapports au risque que ces communautés entretiennent. A cet égard il apparaîtrait déterminant d'appréhender scientifiquement les trajectoires de PVVIH au sein de communautés variées. L'étude de la barrière de la langue est en particulier essentielle pour déployer une recherche scientifique reconnue et validée.

En outre, des études pourraient porter sur les représentations des IST, du dépistage, des traitements prophylactiques et curatifs, en particulier sur (i) les liens entre IST, VIH et hépatites et leur place dans les croyances relatives à la santé, (ii) les croyances en l'efficacité du dépistage afin de promouvoir la littératie en santé (*health literacy*)³⁰⁶ (iii) les connaissances, représentations et diffusion de l'information relative aux traitements VIH post- (TPE) et pré-exposition (PrEP) au risque, dans les communautés particulièrement exposées : travailleuses du sexe et orpailleurs ; (iv) les représentations des traitements – observance, modes d'action, usages – dans les communautés les plus touchées, en considérant notamment la place de la médecine traditionnelle qui peut être perçue comme complémentaire ou pas.

Par ailleurs, des études relatives aux trajectoires d'accès aux droits puis au soin, notamment centrées sur les services de santé à l'instar des *health services research*³⁰⁷, pourraient permettre de préciser les conditions effectives d'accès aux établissements de santé et aux lieux mobiles, les niveaux de prise en charge et leurs déterminants, en particulier le lieu de naissance ; enfin, de telles études permettraient

³⁰⁵ Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels. Op.cit.*

³⁰⁶ L'OMS définit la *health literacy* comme des « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé ».

³⁰⁷ Le *health services research* est une branche de l'épidémiologie qui concerne la recherche sur les services de santé.

d'appréhender les effets potentiels, d'un point de vue clinique, des difficultés d'accès ou d'un niveau de prise en charge insuffisant.

Plus largement, la représentation du VIH au sein des communautés doit pouvoir être approfondi, en particulier en regard des spécificités des sociétés caribéennes représentatives d'un modèle d'organisation hérité de la période coloniale esclavagiste.

Plus généralement, ces insuffisances d'études sur la santé, la sexualité et la santé sexuelle, se doublent d'une absence de travaux plus généraux sur la zone Caraïbe en sciences sociales. Depuis trente ans, malgré le constat récurrent d'un manque de données dû notamment à l'absence d'un investissement adéquat pour mener des enquêtes de terrain de grande envergure, le ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur, pas plus que les agences de financement de la recherche (ANR), n'a lancé d'appel à projets ni développé localement au sein des universités de programmes doctoraux pour se doter d'une véritable anthropologie des populations vivant sur ces territoires. La plupart des publications majeures émane ainsi massivement de chercheurs du continent nord-américain.

5.3.2.3. En l'absence de mise en réseaux, ces travaux sont insuffisamment appropriés par les acteurs de santé publique

Les travaux de recherche, aujourd'hui en nombre insuffisant, sont peu appropriés par les acteurs de terrain, et sous-exploités, en particulier à des fins d'interventions en santé publique. La mise en réseau des acteurs de la santé publique d'une part, des équipes de recherche en sciences humaines et sociales d'autre part, ne paraît pas suffisamment opérante aux stades de la conception, de la réalisation et de l'évaluation des projets de recherche.

Afin de permettre une meilleure appropriation, des formations issues des travaux de sciences humaines et sociales à destination des professionnels de la prise en charge devraient être encouragées. En outre, considérant notamment la contrainte induite par le *turnover* des personnels, un lieu d'interface devrait permettre de conserver, transmettre et enrichir les informations et connaissances apportés par chacun des intervenants. Ce lieu devrait contribuer à développer à la fois la recherche translationnelle et la formation continue pour les soignants.

La réussite de cette mise en réseau doit reposer sur la promotion de partenariats de recherche entre cliniciens de terrain et chercheurs en sciences humaines et sociales et bénéficier d'un appui des ARS. Les partenariats doivent par ailleurs pouvoir intégrer un volet consacré à la formation de médiateurs-co-chercheurs, véritables relais dans les communautés pour mettre en œuvre des recherches de type communautaire.

RECOMMANDATIONS

Au directeur général de Santé publique France,

28. **développer le recueil de données épidémiologiques** et notamment (i) promouvoir une politique d'animation régionale des réseaux de surveillance clinique (RéSIST) et biologiques (Rénago, Rénachla) afin d'intensifier le recueil épidémiologique de la syphilis et des infections à gonocoque et à chlamydia, en suscitant l'inclusion de nouveaux sites et en élargissant les territoires surveillés.

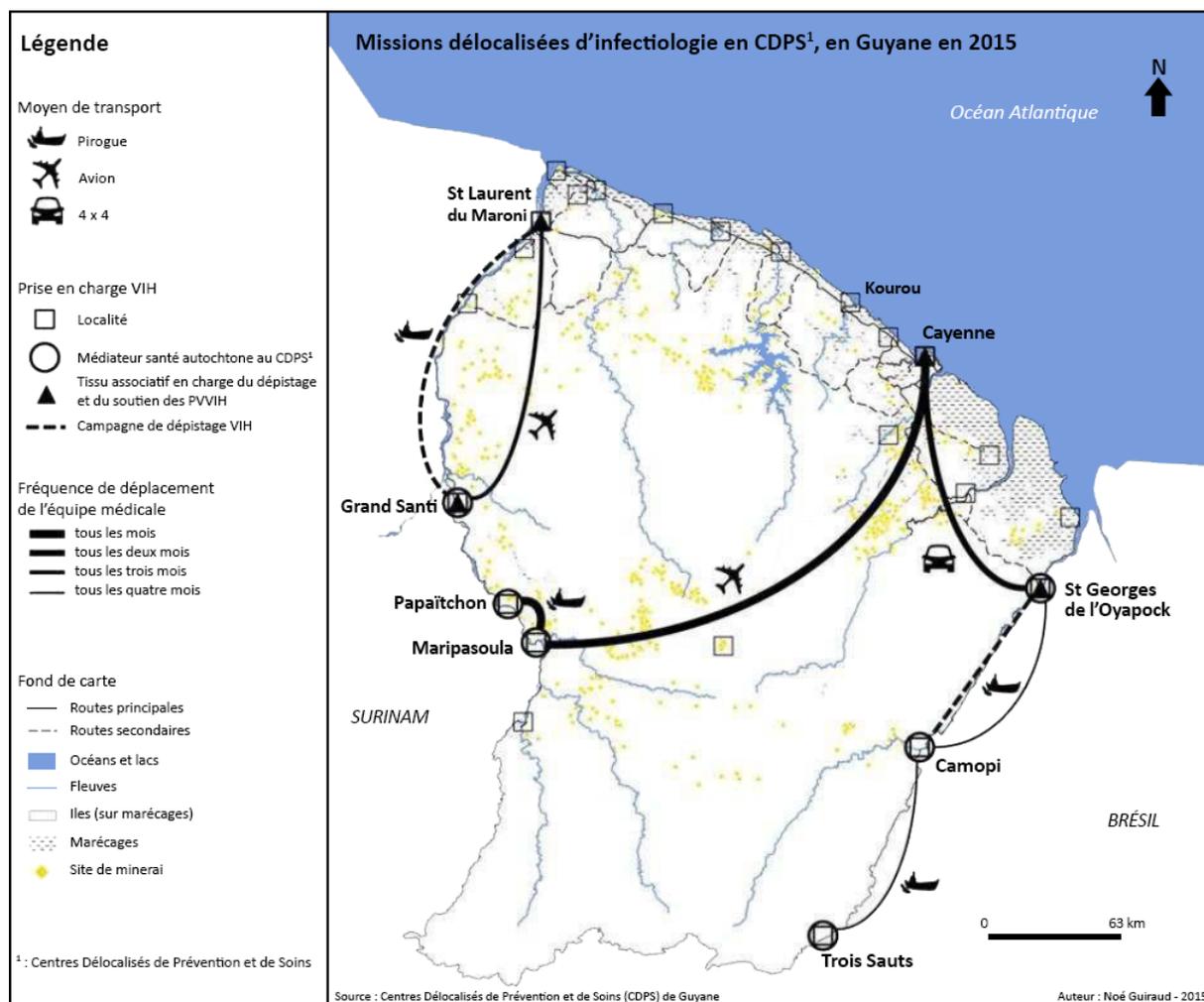
À la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Au directeur général de Santé publique France, au directeur de l'ANRS et plus largement aux directeurs d'établissements publics à caractère scientifique et technologique et aux directeurs d'établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel,

29. **promouvoir les recherches socio-comportementales, sociales et anthropologiques**, et notamment (i) poursuivre les études de type « KABP » auprès des différentes communautés culturelles en les complétant par des enquêtes qualitatives afin de mieux appréhender les déterminants de la santé au sein de chacune des communautés, (ii) soutenir des projets de recherche multidisciplinaires sur la sexualité et la santé sexuelle dans les territoires de la zone Caraïbe, (iii) mettre en œuvre des études permettant d'améliorer les connaissances sur les comportements et pratiques sexuelles des jeunes, en particulier à partir du collège ;
30. **favoriser les approches collaboratives entre les acteurs locaux** et notamment initier des rencontres entre les professionnels de la santé et de la santé publique, les chercheurs des disciplines de sciences humaines et sociales impliqués dans des projets de recherche sur ces territoires.

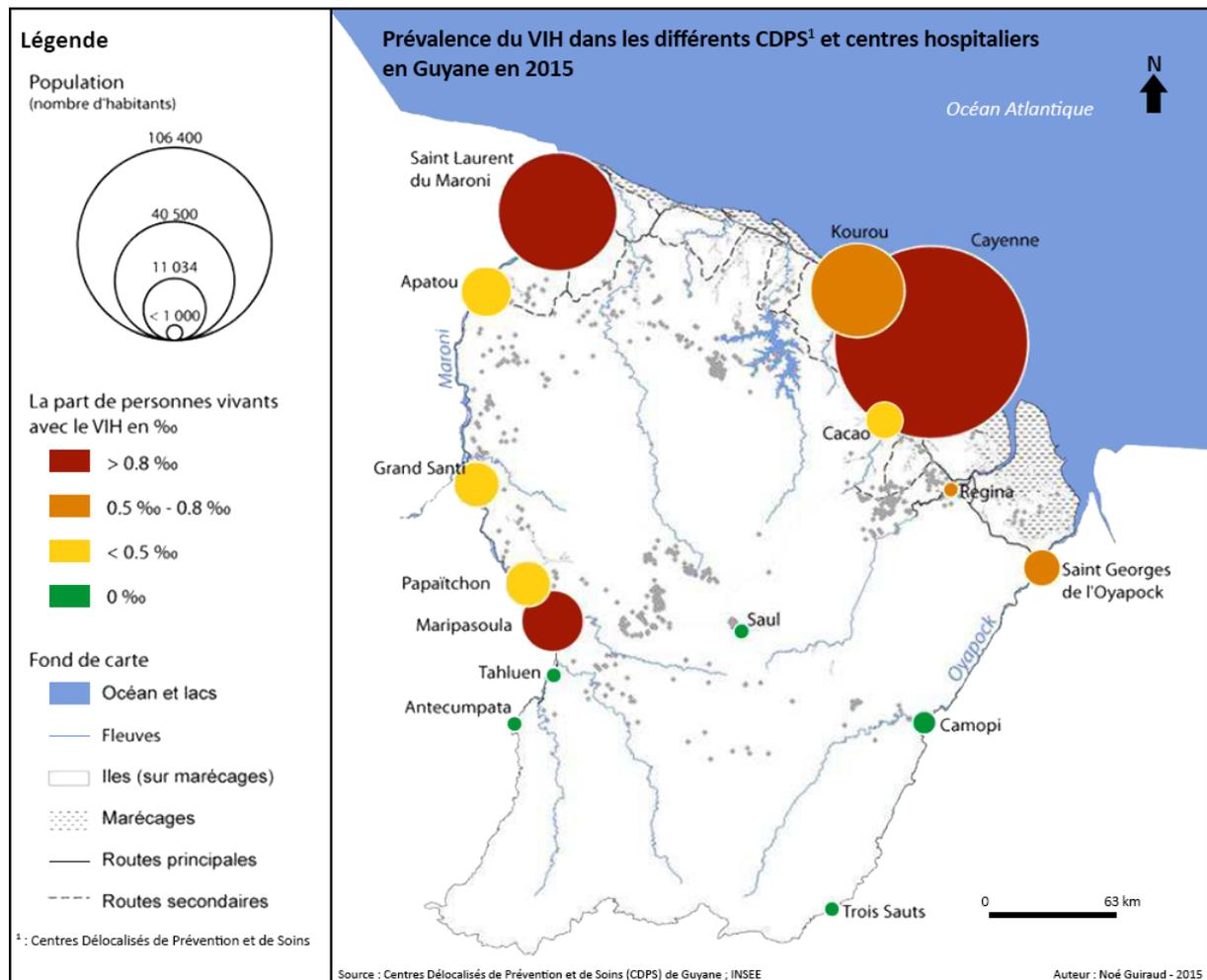
ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIES

Carte 1. Missions délocalisées en infectiologie des CDPS en 2015³⁰⁸



³⁰⁸ Mosnier Emilie *et al.* « Diagnostic et prise en charge des PVVIH en zones isolées et frontalières en Guyane ». *Bulletin de Veille Sanitaire. Op. cit*

Carte 2. Nombre de PVVIH suivis dans les établissements de soins en 2015, rapporté à la population³⁰⁹



³⁰⁹ *ibid.*

ANNEXE 2 : REMERCIEMENTS ET LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Le Conseil national du sida et des hépatites virales exprime ses vifs remerciements à l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réflexion du Conseil dans le cadre de ses auditions :

- 11/05/2017, Paris - **AIDES** : Marc DIXNEUF, Directeur général.
- 11/05/2017, Paris - **Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)** : Véronique SEHIER, Co-présidente ; Caroline REBHI, Co-présidente.
- 11/05/2017, par audioconférence - **Santé publique France, Direction des régions** : Caroline SIX, responsable CIRE Antilles ; Lydéric AUBERT, CIRE Antilles, antenne de Guadeloupe, épidémiologiste ; Fabrice QUET, responsable CIRE Guyane ; Marion PETIT-SINTUREL, CIRE Guyane, épidémiologiste.
- 19/05/2017, par audioconférence - **Médecin du Monde - Mission France-Guyane** : Céline IDRISSEU, Coordinatrice générale ; Catherine OLIVIERO, Coordinatrice médicale.
- 19/05/2017, par audioconférence - **PAHO/WHO Office for Barbados and the Eastern Caribbean Countries** : Laure GARANCHER, Technical Advisor for the French Departments of the Americas.
- 19/05/2017, Paris - **Sidaction** : Florence THUNE, Directrice générale ; Jennifer COUBARD, Programmes France, responsable des programmes régionaux.
- 29/05/2017, par audioconférence - **CHU de Martinique, service des maladies infectieuses et tropicales - COREVIH de la Martinique** : André CABIE, Médecin, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, chef de service, président du COREVIH.
- 02/06/2017, Paris - **COREVIH de la Guyane** : Leïla ADRIOUCH, Médecin, Centre hospitalier Andrée Rosemon (Cayenne), coordinatrice médicale du COREVIH.
- 06/06/2017 par audioconférence - **Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) - Direction générale de la santé, Mission pour les outre-mer (DGS-MOM)** : Nathalie NIKITENKO, Cheffe de service, déléguée aux affaires européennes et internationales ; Agnès JOSSELET, Chargée de mission, Bureau international Santé et protection sociale - DAEI2 ; Charles SAOUT, DGS-MOM.
- 07/06/2017, Paris - **Agence régionale de santé de Guyane** : François LACAPERRE, Médecin-inspecteur de santé publique, direction de la Santé Publique, de la veille et de la sécurité sanitaire, référent périnatalité, santé sexuelle et reproductive, VIH/Sida, vaccinations.
- 07/06/2017, par audioconférence - **CHU de Guadeloupe, service des maladies infectieuses et tropicales - COREVIH de la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy** : Bruno HOEN, Médecin, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, chef de service, président du COREVIH ; Isabelle LAMAURY, Médecin, praticien hospitalier, CHU de Guadeloupe, coordinatrice médicale du COREVIH.
- 08/06/2017, par audioconférence - **MFPF - Le Planning familial 973 (Guyane)** : Guylaine VERNET, Conseillère conjugale et familiale, présidente ; Sonia MARCHALAND, Infirmière, trésorière.
- 08/06/2017, Paris : Virginie SUPERVIE, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, UMR-S 1136, INSERM et Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06.
- 09/06/2017, par audioconférence - **Agence française de développement** : Christophe PAQUET, Responsable de la Division Santé et Protection sociale ; Emilie GONZALEZ, Chef de projet santé ; Camille PERREAND, Chef de projet division santé et protection sociale.
- 09/06/2017, Paris - **Gwada Uni-vers** : Jean-Michel BARUL, Président.
- 12/06/2017, Cayenne - **Direction territoriale de la Croix-Rouge française en Guyane** : Olivier KLEITZ, Directeur.

- 12/06/2017, Cayenne - **Fonds Mondial** : Lilian PEDROSA, Portfolio Manager for the Global Fund ; Laure GARANCHER, Technical Advisor for the French Departments of the Americas, PAHO/WHO Office for Barbados and the Eastern Caribbean Countries.
- 12/06/2017, Cayenne - **Guyane Promo Santé** : Hélène LAMAISSON, Directrice ; Gilles DOLOR, Chargé de projet et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé & animateur du Pôle Régional de Compétence.
- 12/06/2017, Cayenne - **Réunion des médecins de PMI de Guyane** : Jérôme BAUDUFFE, CPEF/PMI Ronjon (Cayenne) ; Dominique GUILLOT, PMI Berrat (Cayenne) ; Florencia RAZAFINDRALISON, PMI Macouria ; Rachel RATSIMANDRESY, PMI Rémire ; Amélie LE-DE-LAVAL, PMI Ronjon (Cayenne) ; Sophie BOSTMAMBRUN, PMI Kourou ; Delphine BENOIT, PMI Kourou.
- 12/06/2017, Oiapoque (Brésil) - **Centre de santé amériendien** : Mme PAULINA, Infirmière.
- 12/06/2017, Oiapoque (Brésil) - **Centre de santé municipal (UBS Nova Esperança)** : Elise ANGÈLA, Coordinatrice ; Roselita, Chef de service des soins ; Cintya, Infirmière.
- 12/06/2017, Oiapoque (Brésil) - **DPAC (Desenvolvimento, Prevenção, Acompanhamento e Cooperação de Fronteira)** : Jeanne ABORSALO, Coordinatrice ; Fabiola, Infirmière bénévole ; Leonardo, Médiateur bénévole.
- 12/06/2017, Saint-Georges-de-l'Oyapock - **Centre délocalisé de prévention et de santé (CDPS)** : Tiana SIMON, Médecin.
- 12/06/2017, Saint-Georges-de-l'Oyapock - **DAAC (Développement Accompagnement Coopération Guyane)** : Sandrine CLEMENT, Médiatrice sociale ; Bernadine PHILOGENE, Médiatrice sociale ; Roziane BARBOSA, Médiatrice sociale ; Jonailde COADOU, Médiatrice sociale ; Myriam DUFAY, Directrice (Cayenne) ; Anaëlle HOANG, Animatrice de projet (Cayenne) ; Vanessa MAURICE, Service civique ; Ermisson FIRMINO-NARCISO, Service civique.
- 12/06/2017, Saint-Laurent-du-Maroni - **AIDES Guyane** : Romaric ZERIOUH-UNET, Président ; Anne LE-BOULICAUT, Déléguée de AIDES-Saint-Laurent-du-Maroni et Bas-Maroni ; Agnes NAWANG, Membre de l'association (Présidente à compter de juillet 2017).
- 12/06/2017, Saint-Laurent-du-Maroni - **Centre hospitalier de l'Ouest guyanais Frank Joly** : Anne JOLIVET, Médecin de Santé Publique - Epidémiologiste, responsable du Pôle Santé Publique ; Frédérique PEROTTI, Pharmacienne des hôpitaux, Chef de service, Présidente de la CME ; Maria-Francesca MANCA, Interne de santé publique ; Laurent TAUDIC, Cadre de santé ; Dominique BELOEIL, Cadre de santé ; Véronique JACQUES-GUSTAVE, Assistante sociale ; Mathilde CHAZAL, Coordinatrice réseau ville-hôpital Kikiwi Ouest ; Pascal SÉLÉ, Animateur de prévention sur les risques sexuels et reproductifs.
- 13/06/2017, Cayenne - **CAARUD Relais Drogue Solidarité** : Charles MESSAGER, Président ; Christin DELANNON, Trésorier ; Alain VANDESTOC, Chef de service ; Viviane CLET, Agent de médiation ; Dominique CLET, Agent de prévention ; Samantha RODRIGUES, Agent de prévention et de médiation ; Joanna GOMES-DA-SILVA, Monitrice éducatrice ; Raphaël MARIGARD, Infirmier ; Sylvia LAGRAVILLE, Coordinatrice.
- 13/06/2017, Cayenne - **CeGIDD - Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge de Cayenne** : Rebecca SACRAMENTO, Médecin ; Magalie CHABBAL, Infirmière.
- 13/06/2017, Cayenne - **Entr'AIDES Guyane** : Fanny GRAS, Directrice ; Léa BOURSE, responsable programme accompagnement PVVHB ; Joachim BONIFAY, Accompagnement PVVIH.
- 13/06/2017, Cayenne - **Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (PADA), Croix-Rouge Française** : Olivier KLEITZ, Directeur territorial.
- 13/06/2017, Saint-Laurent-du-Maroni - **CeGIDD - Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge de Saint-Laurent-du-Maroni** : Boubacar BONDABOU, Médecin.
- 13/06/2017, Saint-Laurent-du-Maroni - **AKATI'J - Pôle Ouest** : Hélène COMMERLY, Directrice du Pôle Ouest
- 13/06/2017, Saint-Laurent-du-Maroni - **Lycée Lumina Sophie** : Joëlle MATHYS, professeure de BTSE, ancienne infirmière de l'Education nationale.

- 13/06/2017, Saint-Laurent-du-Maroni - **Réunion des équipes d'AKATI'J - Pôle Ouest** : Hélène COMMERLY, Directrice du Pôle Ouest ; Pierrick THIBAUD, Psychologue ; Jérôme PRUVOT, Educateur ; Lucenda ASOINI, Médiatrice ; Joyce BABEL, Médiatrice ; Maxime RISCH, Educateur ; Fabio LEON, Educateur ; Elisabeth WARNER, Infirmière ; Aïvon ASINEV, Moniteur ; Monique CLOUZEAU, Médecin ; Marion MAGAGNA, Monitrice ; Ugenie HILLER ; Emeliano ALIMA ; Léonice CHO-HA-FUNG ; Estelle ANDRIEIS.
- 14/06/2017, Cayenne - **Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Hôpital de jour adultes (HDJA)** : Florence HUBER, Médecin, praticien hospitalier, présidente du réseau ville-hôpital Kikiwi ; Myriam EL-GUEDJ, Médecin, praticien hospitalier ; Pauline MONNIER, Assistante sociale, Hôpital de jour ; Julie DELANOË, Infirmière ETP.
- 14/06/2017, Cayenne - **Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Service de dermatologie** : Pierre COUPPIE, Médecin, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, chef de service.
- 14/06/2017, Cayenne - **Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Unité des maladies infectieuses et tropicales (UMIT)** : Loïc EPELBOIN, Médecin, praticien hospitalier.
- 14/06/2017, Cayenne - **ID Santé** : Sophie RHODES, Présidente.
- 14/06/2017, Cayenne - **Mission locale d'insertion de Guyane** : Jean-Raymond PASSARD, Directeur.
- 14/06/2017, Kourou - **Réunion des acteurs de Kourou, Iracoubo, Sinnamary et Macouria** : Martine PINAY, Coordinatrice territoriale, ADER-Guyane ; Nadjima ARACI, Infirmière de l'Education nationale ; Jean-Philippe APPOLINAIRE, ADER-Guyane ; Vanessa CHAVES, ADER-Guyane ; Laetitia LABEDAN, ADER-Kourou ; Christophe BERTRANET, AKATI'J Kourou, pôle social ; Nadine HIPPOS, Infirmière, Centre médico-chirurgical de Kourou (CMCK) ; Thierry CARAGE, Biologiste, laboratoire Carage, Kourou.
- 14/06/2017, Maripasoula - **ADER Haut-Maroni** : Bernadette-ALIMAN-HE ALIMAN-HE, Coordinatrice ; Luc APINA, Médiateur ; Raphael ALIMAN-HE, animateur de prévention.
- 14/06/2017, Maripasoula - **AIDES Guyane** : Aude TREPONT, Responsable AIDES-Haut-Maroni
- 14/06/2017, Maripasoula - **Centre délocalisé de prévention et de santé (CDPS)** : Edouard LE-GOFF, Cadre de santé ; Samuel GAVOHEDO, Médecin ; Jennifer CARTIER, Médecin.
- 14/06/2017, Maripasoula - **Collectif LAWA** : Lydina DADA, membre du collectif ; Thibaut LEMIERE, membre du collectif.
- 14/06/2017, Maripasoula - **Collège Gran Man Difou** : Véronique PETRICEVIC, professeure de SVT ; Ludovic MONCY, professeur de SVT.
- 15/06/2017, Cayenne - **Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Pôle CDPS** : Emilie MOSNIER, Médecin, praticien hospitalier, responsable du pôle CDPS, Université de Guyane ; Florence NIEMETZKY, Médecin, service des CDPS, chef de clinique, Université de Guyane.
- 15/06/2017, Cayenne - **COREVIH de Guyane - Réunion des acteurs de la prise en charge** : Mathieu NACHER, COREVIH, président, Médecin PU-PH, Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane (CIC 1424 Inserm), directeur interrégional ; Vanessa MOREL, CDAG, SAU - CHAR, Cayenne ; Dominique GRANIER, Réseau ville-hôpital KIKIWI, coordonnateur ; Carole MATHURIN, AGRRR, Association guyanaise de RdR ; Anaëlle HOANG, DAAC, animatrice de projet ; Myriam DUFAY, DAAC, directrice ; Natacha DJAE, Entr'AIDES Guyane ; Fanny GRAS, Entr'AIDES Guyane, directrice ; Catherine OLIVIERO, Médecins du Monde, coordinatrice médicale ; Cécilia DOS-SANTOS, Croyances et Santé Sexuelle, coordinatrice sociale ; Martine PINAY, ADER-Guyane, coordinatrice territoriale ; Claire GRENIER, Rectorat de l'académie de Guyane, Médecin conseillère technique du Recteur ; Pascale DELYON, Mairie de Matoury, chargée de mission santé ; Vanessa FACCHINO, Service Pédiatrie - CHAR, médiatrice santé publique ; Stéphanie BERNARD, Réseau Périnatal de Guyane, sage-femme, coordinatrice du réseau ; Florence HUBER, HDJA - CHAR, médecin PH, Réseau ville-hôpital KIKIWI ; Louise VUYLSTEKER, Réseau Périnatal de Guyane, sage-femme, stagiaire santé publique ; Lesley PORTE, L'arbre fromager, directrice ; Joanna GOMES-DA-SILVA, CAARUD RDS, monitrice éducatrice ; Sylvia LAGRAVILLE, CAARUD RDS, coordinatrice éducatrice ; David PERAT, COREVIH, interne CHAR ; Philippe ABBOUD, UMIT-CHAR, médecin PH ; Gilles DOLOR, Guyane Promo Santé, chargé de projet ; François LACAPERE, ARS Guyane, Médecin-inspecteur de santé publique, référent périnatalité, santé sexuelle et reproductive, VIH/Sida, vaccinations ; Rose-Hélène REIVAX, COREVIH, secrétaire | Et participant *par audioconférence* : Anne JOLIVET, CHOG, Médecin de santé publique ; Maria-

Francesca MANCA, CHOG, Interne de santé publique ; Anne LE-BOULICAUT, AIDES Guyane ; Mathilde CHAZAL, Réseau ville-hôpital KIKIWI.

- 16/06/2017, Cayenne - **Agence régionale de santé de Guyane** : Fabien LELEU, Directeur général adjoint ; François LACAPÈRE, Médecin-inspecteur de santé publique, direction de la Santé Publique, de la veille et de la sécurité sanitaire, référent périnatalité, santé sexuelle et reproductive, VIH/Sida, vaccinations.
- 16/06/2017, Cayenne - **Collectivité territoriale de Guyane** : Catherine LEO, Vice-présidente en charge de l'action sanitaire et de l'organisation hospitalière et médico-sociale.
- 16/06/2017, Cayenne - **Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de Guyane** : Brigitte GROSLIER-THIERRY, Directrice territoriale ; Myriam BOUDEHRI, Conseillère technique santé.
- 16/06/2017, Cayenne - **Rectorat de l'Académie de Guyane** : Claire GRENIER, Médecin conseillère technique du Recteur ; Geneviève EUZET, Infirmière conseillère technique du Recteur, référente EAS ; Louise VUYLSTEKER, Sage-femme, stagiaire santé publique, Réseau Périnat de Guyane ; Nathalie BOUDINOT, Infirmière, coordinatrice de l'Espace Ecoute Ados, PMI ; Valérie BERARD,, Assistante sociale, Lycée professionnel Max Joséphine, Cayenne, responsable-adjointe Conseillère technique SSFE ; Elodie CODRON, Infirmière de l'Education nationale, Lycée professionnel Max Joséphine, Cayenne ; Alexandre CASANOVA, Professeur de sciences de la vie de la terre, Lycée Félix Eboué, Cayenne ; Christine JACQUEMYN, Inspectrice d'académie - Inspectrice pédagogique régionale (IA-IPR) de sciences de la vie de la terre.
- 19/06/2017, Fort-de-France - **Action Sida Martinique** : Marlène OURKA, Présidente ; Marie-Odile GLISSE, Directrice.
- 19/06/2017, Fort-de-France - **CeGIDD - Centre de santé de la Société d'hygiène de la Martinique (dispensaire Vernes)** : Romuald FARYS, Médecin.
- 19/06/2017, Fort-de-France - **CHU de Martinique, SMIT, CeGIDD, COREVIH de Martinique** : André CABIE, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, chef de service, Service des maladies infectieuses et tropicales, président du COREVIH ; Sylvie ABEL, Praticien Hospitalier, Service des maladies infectieuses et tropicales, responsable de l'unité somatique de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Ducos ; Christophe CERLAND, Coordinateur administratif du COREVIH ; Juliette LEVEQUE, Praticien hospitalier, médecin addictologue, Service de Psychiatrie/Addictologie ; Sandrine PIERRE-FRANÇOIS, Praticien Hospitalier, Service des maladies infectieuses et tropicales, responsable de l'Hôpital de Jour, référente RCP hépatites ; Marlène RINNA, Assistante sociale, Permanence d'accès aux soins de santé et Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant ; Catherine PENDANT, Faisant fonction de cadre socio-éducatif ; Jonathan ALFRED, Assistant social, Service des maladies infectieuses et tropicales.
- 19/06/2017, Fort-de-France - **Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de Martinique** : Serge LUBOZ, Directeur territorial ; Armelle CAPGRAS, Infirmière conseillère technique santé.
- 19/06/2017, Le Lamentin - **Réseau de Santé Addictions Martinique** : Colette CORDE-ALPHONSINE, Directrice administrative et financière ; Claude FITTE-DUVAL, Office des missions d'action sociale et de santé (OMASS) de la ville du Lamentin, responsable de la Permanence d'accueil et d'accompagnement lamentinois (PAAL).
- 20/06/2017, Fort-de-France - **Agence régionale de santé de Martinique** : Olivier COUDIN, Directeur général adjoint ; Fabienne LO-RE, Médecin inspecteur de santé publique, Direction de l'animation territoriale et de la santé publique (DATSP).
- 20/06/2017, Fort-de-France - **AIDES Martinique** : Marie-Louise YMELDA, Coordinatrice du territoire Martinique.
- 20/06/2017, Fort-de-France - **Association Citoyenne pour l'Insertion Solidaire et Economique (ACISE) - Samu Social de Martinique** : Géraldine LALOUPE, Cheffe de service.
- 20/06/2017, Fort-de-France - **Association Martiniquaise pour l'Information et l'Orientation Familiale (AMIOF)** : Marie-Ange RISEDE, Présidente ; Claire REINETTE, Secrétaire ; Suzy TEREAU, Secrétaire adjointe.
- 20/06/2017, Le Lamentin - **Croix-Rouge française en Martinique** : Félide ETIENNE, Directrice d'établissement ; Mirlène LIMERI, Responsable du Pôle Hébergement (service ACT, service CHRS) ; Danielle SEBASTIEN, intérim Direction territoriale Antilles.

- 20/06/2017, Schoelcher - **Rectorat de l'Académie de Martinique** : Catherine DAMIANO-DELATTRE, Médecin conseillère technique du Recteur ; Dominique BRIEU, Infirmière conseillère technique du Recteur, référente EAS ; Hélène JACOB, Infirmière de l'Education nationale, collègue du Carbet, Le Carbet.
- 21/06/2017, Les Abymes - **Rectorat de l'Académie de Guadeloupe**: Armelle EZELIN, Médecin conseillère technique du Recteur ; Patrick ROBLOT, Infirmier conseiller technique du Recteur ; Yvelyse DELLAN-LUBIN, Infirmière de l'Education nationale, coordinatrice des projets de santé.
- 21/06/2017, Pointe-à-Pitre - **CHU de Guadeloupe, service des maladies infectieuses et tropicales - COREVIH de la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy** : Isabelle LAMAURY, Médecin, praticien hospitalier, CHU de Guadeloupe, coordinatrice médicale du COREVIH ; Jean-Claude MACED, Coordinateur AIDES Guadeloupe, vice-président du COREVIH ; Vanessa TRESSIERES, Coordinatrice administrative du COREVIH ; France-Lise COCLES, Infirmière (SMIT, HDJ), coordonnatrice ETP ; Jessica TOUEBA-DARWIN, Assistante de service social (SMIT) ; Sylvie TURLEPIN, Infirmière.
- 21/06/2017, Saint-Martin - **Centre hospitalier Louis Constant Flemming** : Cyril CLAVEL, Médecin, Praticien hospitalier, service des maladies infectieuses, responsable du CeGIDD ; Nadia AGAPE, Infirmière ; Virginie REY, Infirmière ; Véronique WALTER, Technicienne d'études cliniques.
- 21/06/2017, Saint-Martin - **Réunion des acteurs associatifs - AIDES** : Anaëlle GOURMELON, Déléguée ; Danielle HEURTIER, Éluë au Conseil de TA ; Mounia ZITOUNI, Volontaire ; Nadia AGAPE, AIDES/Chrétiens et sida ; Dahlia FRANCOIS, Animatrice d'Actions ; Marie-Adeline THEODULE, Animatrice d'actions ; Julie FOSSES, Chargée de projet ACT (appartements de coordination thérapeutique) ; Sarina RABOANARY, Assistante / **Sida - Les liaisons dangereuses (SLD) - CeGIDD** : Ketty KARAM, Présidente ; Frédéric OLIVO, Médecin.
- 21/06/2017, Sint Maarten, Cole Bay : Gerard VAN-OSCH, Médecin, Union Road Medical Clinic, St. Maarten AIDS Foundation, Président.
- 22/06/2017, Basse-Terre - **Agence régionale de santé de Guadeloupe** : Patrice RICHARD, Directeur général ; Marie-Line DANGLADES, Infirmière de santé publique, pôle santé publique, référente pratiques addictives.
- 22/06/2017, Basse-Terre - **AIDES Guadeloupe** : Aurélie MISCHÉL-BARBASSAT, Présidente du territoire d'action (TA) Guadeloupe et Saint-Martin ; Jean-Claude MACED, Coordinateur du TA ; Christine DROZDZ, Éluë au Conseil de TA, Gilles JEAN-ALEXIS, Éluë au Conseil de TA ; Myrella CALIARI, Volontaire ; Arnaud LAUGEOIS, Volontaire ; Ketty KANCEL, Animatrice d'Actions ; Sophie DULICE, Animatrice d'Actions.
- 22/06/2017, Basse-Terre - **CeGIDD du centre hospitalier de Basse-Terre** : Fabrice BOULARD, Médecin, praticien hospitalier, chef de service ; Félixienne BIANAY, Infirmière ETP ; Michelle CYSIQUE, Infirmière ; Coralie CHEVRY, Secrétaire.
- 22/06/2017, Basse-Terre - **Conseil régional de Guadeloupe** : Dominique THEOPHILE, Conseiller régional, président de la commission sport et santé.
- 22/06/2017, Les Abymes - **Mission locale d'insertion de Guadeloupe, pôle social** : Christiane MERCUL, Directrice adjointe ; Josiane CHELLIN, Chargée de projet.
- 22/06/2017, Le Gosier - **Casa Gwadeloup - Gwada Uni-Vers** : Christel LAGNEAU, Coordinatrice.
- 22/06/2017, Marie-Galante - **Groupe qualité des médecins de l'union régionale de professionnels de santé (URPS)**, animé par le Dr LETHUILLIER, médecin généraliste.
- 22/06/2017, Pointe-à-Pitre - **Conseil départemental de Guadeloupe, Sous-direction de la PMI** : Viviane BERDIER, Médecin, responsable de la PMI.
- 23/06/2017, Les Abymes - **Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de Guadeloupe** : Sonia JOACHIM-ARNAUD, Directrice territoriale.
- 23/06/2017, Marie-Galante - **Centre Hospitalier Sainte Marie** : Reneta SELBONNE, Directrice ; Charles MAURICE, directeur des ressources humaines ; Gérard DAVIGNY agent de la communauté de communes de Marie-Galante ; Amélie DEFAUT, infirmière libérale ; Maddly LARNEY, Cadre supérieur de santé ; Jean-Claude MACED, AIDES Guadeloupe/Saint-Martin ; Aline MELASSE, IDE ; Sylvie PLUMAIN, Sage-femme ; Isabelle LAMAURY, Médecin, praticien hospitalier, CHU de Guadeloupe, coordinatrice médicale du COREVIH ; Vanessa TRESSIERES, Coordinatrice administrative du COREVIH.

- 23/06/2017, Pointe-à-Pitre - **CeGIDD du CHU de Guadeloupe - CLASS de Beuperthuy**: Tony MAULINE, Assistant médico-éducatif ; Christelle SEVI, Cadre de santé (SMIT, HDJ, CeGIDD, CLATT) ; Isabelle FABRE, Médecin, Praticien hospitalier (SMIT, CeGIDD) médecin référent CeGIDD ; Evelyne GOLITIN, Infirmière (SMIT, CeGIDD) ; Sophie SOLVET, Infirmière (SMIT, CeGIDD) ; Gerty FIRMIN, Infirmière (SMIT, CeGIDD).
- 23/06/2017, Pointe-à-Pitre - **Croix-Rouge française en Guadeloupe** : Emile COGNON, Responsable de pôle ; Cécile DZIAMSKI, Responsable de service.
- 23/06/2017, Pointe-à-Pitre - **Maternité Consciente** : Carole BOREL, Directrice ; Corinne LOMBION, Présidente ; Adler BYNOE, Chief Executive Officer, Caribbean Family Planning Affiliation (CFPA) ; Béatrice DATIL, Assistante de direction ; Addia MILLER-BERNARD, Secrétaire.
- 29/06/2017, par audioconférence - **Secrétariat Conjoint INTERREG Caraïbes** : Gilles BAJAZET, Directeur.
- 30/06/2017, par audioconférence - **Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, Direction des Amériques et de Caraïbes, Bureau Guyane** : Estelle HALIMI, Rédactrice pour la zone Guyane.
- 29/09/2017, Paris - **Office français de l'immigration et de l'intégration, Direction générale** : Didier LESCHI, Directeur général ; Thanh LE-LUONG, Directrice du pôle santé ; Marion HAMARD, Directrice adjointe du pôle santé.
- 10/10/2017, par audioconférence - **Préfecture de la Guyane** : Stanislas ALFONSI, Secrétaire général adjoint ; Mathias OTT, Sous-préfet pour les communes de l'intérieur ; Jérôme NATTES, Chef du bureau de l'accueil au séjour des étrangers ; Myriam AFLALO, Cellule de coopération régionale.
- 10/10/2017, par audioconférence - **Office français de l'immigration et de l'intégration, Direction régionale Ouest** : Olivier JOSEPH, Médecin inspecteur de santé publique, coordinateur de la zone Ouest et DFA.
- 08/01/2018, par audioconférence - **Direction générale des Outremer** : Michaela RUSNAC, Cheffe du bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement ; Rajko STOKIC, Chargé de mission santé au bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement.

Le CNS tient également à remercier, pour leur aide à l'élaboration de cette mission, leur éclairage technique et/ou leur apport d'informations ou de documents complémentaires :

- Pauline MONNIER, **CHAR (Cayenne)**, Assistante sociale.
- Marine PEIGNE, **CHAR (Cayenne)**, Assistante sociale.
- Claire PIEDRAFITA Y COSTA, **AIDES**, Coordinatrice Territoire d'Action Guyane.
- Jean-Christophe COMBOROURE, **DGS**, Chef du bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose (SP2).
- Aminata SARR, **DGS**, Bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose (SP2).

ANNEXE 3 : SIGLES ET ACRONYMES

ACISE : Association citoyenne pour l'insertion solidaire et économique
ACT : Appartement de coordination thérapeutique
ADER : Action pour le développement, l'éducation et la recherche
AEC : Association des États de la Caraïbe
AES : Accidents d'exposition sexuels
AFD : Agence française de développement
AKATI'J : An nou kombat ansanm tout inégalité di jôdla - Combattons toutes les inégalités chez les jeunes
ALD : Affection de longue durée
AME : Aide médicale d'État
AMI : Appel à manifestation d'intérêt
AMIOF : Association martiniquaise pour l'information et l'orientation familiale
AMREC : Association martiniquaise pour la recherche épidémiologique en cancérologie
ANR : Agence nationale de la recherche
APAPED : Association pour la Prévention et l'Accompagnement des Publics en Difficultés
APS : Autorisation provisoire de séjour
ARS : Agence régionale de santé
ARV : Traitement antirétroviral
AUDA : Accueil d'urgence des demandeurs d'asile
BCSSE : Bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement
BDS : Bus dépistage santé
BISPO : Bibliothèque d'information santé sur les pays d'origine
Bumidom : Bureau pour le développement des migrations dans les départements d'outre-mer
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAR : Commission de l'administration régionale
CARICOM : Communauté de la Caraïbe
CARPHA : Caribbean Public Health Agency / Agence de santé publique caribéenne
CASO : Centre d'accueil de soins et d'orientations
CCAS : Centre communal d'action sociale
CCPP : Commissions de coordination des politiques publiques
CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CDG : Conseil départemental de Guadeloupe
CDPS : Centre délocalisé de prévention et de santé
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CES : Centre d'examens de santé
CESEC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CESEP : Contrats d'engagement de service public
CFPA : Caribbean Family Planning Affiliation / Fédération caribéenne de planning familial
CGSS : Caisse générale de sécurité sociale
CH : Centre hospitalier
CHAR : Centre hospitalier Andrée Rosemon
CHBT : Centre hospitalier de Basse-Terre
CHOG : Centre hospitalier de l'Ouest guyanais
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHUG : Centre hospitalier universitaire de Guadeloupe
CHUM : Centre hospitalier universitaire de Martinique
CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST
CISP : Conseiller en insertion sociale et professionnelle
CJC : Consultation jeunes consommateurs
CLASS : Centre local d'action de santé et de solidarité
CLAT : Centre de lutte antituberculeuse
CLS : Contrat local de santé
CMCK : Centre Médico-chirurgical de Kourou
CMP : Centre médico-psychologique
CMT : Commission mixte de coopération transfrontalière
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales
CNSA : Caisse nationale de solidarité et d'autonomie

Comede : Comité pour la santé des exilés
COREVIH : Comité de coordination régionale de la lutte contre les IST et le VIH
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CPIOF : Centre de planification, d'information et d'orientation familiale
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS : Centre de prévention santé
CREPSS : Centre de ressources d'éducation et de promotion de la santé sexuelle
CRÉS : Comité régional d'éducation pour la santé
CRF : Croix-Rouge française
Crips : Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes
CRN : Commission régionale de la naissance
CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux
CTG : Collectivité Territoriale de Guyane
CTM : Collectivité territoriale de Martinique
CVS : Cadre de vie et sécurité
DAAC : Développement, accompagnement, animation, coopération
DAF : Dotation annuelle de financement
DCS : Dépense courante de santé
DFA : Départements français d'Amérique
DGARS : Directeur général de l'ARS
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire
DGOM : Direction générale des outre-mer
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DOM : Département d'outre-mer
DPAC Fronteira : Desenvolvimento, Prevenção, Acompanhamento E Cooperação de Fronteiras / Développement, prévention, surveillance et coopération frontalière
DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la sécurité sociale
DTPJJ : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse
EAS : Éducation à la sexualité
EICCF : Établissement d'information, de consultation et de conseil familial
EPS : Éducation pour la santé
ETP : Éducation thérapeutique du patient
ETP : Équivalent temps plein
EVAS : Éducation à la vie affective et sexuelle
FBCF : Formation brute de capital fixe
FED : Fonds européen de développement
FEDER : Fonds européen de développement régional
FEI : Fonds exceptionnel d'investissement
FEJ : Fonds d'expérimentation pour la jeunesse
FIR : Fonds d'intervention régional
FNORS : Fédération nationale des observatoires de santé
FRAES : Fédération Rhône Alpes d'Éducation pour la santé
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HDJ : Hôpital de jour
HPV : Papillomavirus humain
HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
HTLV : Virus T-lymphotropique humain
IDH : Indice de développement humain
IGA : Inspection générale de l'administration
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IMEA : Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IPPF : International Planned Parenthood Federation / Fédération internationale de planning familial
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MDM : Médecins du Monde
MFPF : Mouvement français pour le planning familial
MIG : Missions d'intérêt général
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MLI : Mission locale d'insertion
MOM : Mission pour les outre-mer
NEET : Neither in Employment nor in Education or Training / Ni en emploi, ni en études, ni en formation
NVN : Numéro vert national
OCS : Oyapock Coopération Santé
OECD : Organisation des États de la Caraïbe Orientale
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé
ORSaG : Organisme régional de la santé de Guadeloupe
PADA : Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
PAEJ : Point d'accueil et d'écoute jeunes
PAF : Plan académique de formation
PANCAP : Pan-Caribbean Partnership Against HIV and AIDS / Partenariat pan-caribéen contre le VIH/sida
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PCR : Réaction en chaîne par polymérase
PEPS : Pôle régional de compétences en éducation et promotion pour la santé
PES : Parcours éducatifs de santé
PIB : Produit intérieur brut
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PLF : Projet de loi de finances
PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI : Protection maternelle et infantile
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRC : Pôle régional de compétences
PREM : Plateforme de ressources en éducation pour la santé de la Martinique
PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis / Prophylaxie pré-exposition
PRS : Projet régional de santé
PS : Promotion de la santé
PSRS : Plan stratégique régional de santé
PSVIH : Plan stratégique VIH
PTME : Prévention de la transmission mère-enfant
PTMG : Praticien territorial de médecine générale
PUMa : Protection universelle maladie
PVVIH : Personne vivant avec le VIH
RdRD : Réduction des risques et des dommages
RSA : Revenu de solidarité active
RUP : Région ultrapériphérique
SDPP : Sous-direction des politiques publiques
SHM : Société d'hygiène de Martinique
SIUMPPS : Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
SLD : Sida-Les liaisons dangereuses
SNSS : Stratégie nationale de santé sexuelle
SPF : Santé publique France
SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale
SRP : Schéma régional de prévention
SSOM : Stratégie de santé pour les outre-mer
SUMPPS : Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
TPE : Traitement post-exposition
TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
UMIT : Unité des maladies infectieuses et tropicales
URU : Unité relais d'urgence
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	3
LETTRE DE SAISINE.....	5
PRÉAMBULE.....	6
MÉTHODOLOGIE.....	8
SYNTHÈSE.....	9
RECOMMANDATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	17
1. LES POPULATIONS DES TERRITOIRES DE LA GUYANE ET DES ANTILLES SONT EXPOSÉES À UN RISQUE MAJORÉ D'INFECTIONS PAR LE VIH/SIDA ET D'IST EN GÉNÉRAL.....	18
1.1. EN DÉPIT D'UN EFFET DE RATTRAPAGE, LE RETARD DE DÉVELOPPEMENT RESTE PATENT, LARGEMENT SOUS- TENDU PAR LA PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE, LA PRESSION MIGRATOIRE ET L'ÉTAT DES INFRASTRUCTURES.....	18
1.1.1. Le niveau de développement humain connaît un retard par rapport à celui de la métropole.....	18
1.1.2. Les taux de chômage et de pauvreté témoignent d'une précarité socio-économique qui affecte inégalement les populations et les territoires.....	18
1.1.3. La pression migratoire demeure dynamique et contribue à fragiliser les territoires.....	20
1.1.4. L'état des infrastructures, en particulier de transport, limite significativement la mobilité des populations.....	21
1.2. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EST MOINS FAVORABLE QU'EN MÉTROPOLE ET DEMEURE, POUR CERTAINES IST, MAL CONNUE.....	21
1.2.1. L'épidémie VIH demeure à son plus haut niveau d'activité dans ces territoires.....	21
1.2.2. Les données épidémiologiques relatives aux infections par les virus des hépatites virales B et C contrastent avec celles de métropole.....	23
1.2.2.1. Les infections par le virus de l'hépatite B.....	23
1.2.2.2. Les infections par le virus de l'hépatite C.....	24
1.2.3. Les données relatives aux autres IST sont mal connues.....	25
1.3. MALGRÉ L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION, L'EXPOSITION AU VIH ET AUX AUTRES IST DEMEURE MAJORÉE PAR LES CONTEXTES DE SEXUALITÉ.....	26
1.3.1. Une progression de l'utilisation des instruments de prévention du VIH et des autres IST est constatée.....	26
1.3.1.1. L'utilisation du préservatif, qui est en hausse dans certaines populations, demeure insuffisante, en particulier dans certaines situations d'exposition aux risques.....	26
1.3.1.2. Le recours au dépistage du VIH apparaît particulièrement élevé mais demeure insuffisamment ciblé..	26
1.3.2. Les rapports sexuels payés ainsi que le multipartenariat sont plus fréquents qu'en métropole, et augmentent l'exposition au risque de transmission des IST.....	27
1.4. LES ATTEINTES AUX DROITS SEXUELS CONTRIBUENT À RENFORCER L'EXPOSITION AU RISQUE.....	28
1.4.1. La déclaration des violences sexuelles subies est en hausse.....	28
1.4.2. La persistance des normes sociales prescriptives autour de certaines formes de sexualités et de stéréotypes favorise des attitudes stigmatisantes et une culture du secret.....	29
1.4.2.1. Les représentations des rôles hommes-femmes, de l'homosexualité et du VIH/sida demeurent stéréotypées.....	29
1.4.2.2. La fréquence des attitudes stigmatisantes favorise une culture du secret.....	30

1.5. LA VULNÉRABILITÉ DES MIGRANTS AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH APPARAÎT PARTICULIÈREMENT MAJORÉE.....	30
1.5.1. La proportion de migrants parmi les PVVIH est élevée.....	31
1.5.2. Les personnes migrantes sont plus exposées au risque d'infection par le VIH que les personnes nées sur le territoire français.....	31
1.5.3. Les personnes migrantes infectées par le VIH présentent en outre des facteurs généraux de vulnérabilité.....	32
2. LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST NÉCESSITE UNE MISE À NIVEAU DE L'OFFRE DE SANTÉ ET UNE ADAPTATION DES DISPOSITIFS AUX CONTRAINTES DES TERRITOIRES.....	33
2.1. COMPTE TENU DE LEUR FAIBLESSE STRUCTURELLE, LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT DOIVENT ÊTRE D'AVANTAGE PROMUES.....	33
2.1.1. Les concours financiers publics en faveur de la prévention sont structurellement insuffisants.....	33
2.1.1.1. Les concours financiers de l'État ne traduisent pas la priorité que constituent les interventions de prévention.....	34
2.1.1.2. Les concours des collectivités territoriales au titre de leurs compétences générales ou obligatoires..	37
2.1.1.3. Les concours de l'assurance-maladie au titre de sa mission de prévention.....	37
2.1.2. Le soutien aux opérateurs en charge de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale est déficient.....	38
2.1.2.1. Les opérateurs associatifs en charge de la lutte contre les IST.....	38
2.1.2.2. Les opérateurs du champ médico-social et social intervenant auprès des populations exposées.....	41
2.1.2.3. L'appui des opérateurs par les pôles régionaux de compétence.....	43
2.1.3. La promotion de la médiation en santé est largement inaboutie.....	43
2.1.3.1. La diversité de la population justifie le déploiement d'une offre de médiation.....	43
2.1.3.2. La médiation constitue un instrument adapté aux territoires, mais insuffisamment mis en œuvre.....	43
2.1.4. La coordination de la prévention demeure inégalement poursuivie par les COREVIH.....	44
RECOMMANDATIONS.....	45
2.2. LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À L'OFFRE DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE LEVÉES, EN PARTICULIER PAR LE DÉPLOIEMENT D'UNE OFFRE MOBILE PLEINEMENT ADAPTÉE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS.....	46
2.2.1. L'offre de soins apparaît sous-dimensionnée et inégalement répartie.....	46
2.2.1.1. L'offre hospitalière apparaît très concentrée dans des établissements de santé fragilisés.....	46
2.2.1.2. L'offre publique de soins dans les territoires isolés de Guyane présente un modèle d'organisation original mais confronté à de nombreuses difficultés.....	46
2.2.1.3. Les CeGIDD, qui peinent parfois à déployer certaines de leurs missions, n'ont pas la capacité de répondre aux besoins des territoires.....	49
2.2.1.4. Les organismes en charge de la planification, structures-clés pour l'accompagnement des femmes et des jeunes, peinent à remplir leurs missions.....	52
2.2.1.5. Inégalement répartie, l'offre ambulatoire libérale pâtit d'une pénurie chronique de ressources humaines.....	54
2.2.1.6. Une offre lacunaire dans certains territoires ou en direction de certaines populations concernant la vaccination contre le VHB et surtout contre le HPV.....	55
2.2.1.7. La mise en place progressive d'une offre de PrEP.....	57
2.2.2. Les réponses institutionnelles mises en œuvre pour répondre au défi des ressources humaines sont insuffisamment déployées.....	59
2.2.2.1. Le bilan des dispositifs favorisant l'installation des professionnels de santé dans des territoires sous-dotés apparaît peu probant.....	59
2.2.2.2. Des instruments de transfert de compétences sont prévus par la loi mais ne sont pas mobilisés.....	60

2.2.3. Les particularités territoriales et la diversité sociale des populations en zone Caraïbe justifiant un déploiement beaucoup plus large d'une offre mobile.....	60
2.2.3.1. L'éloignement du système de soins de certaines populations nécessite de renforcer les stratégies d'aller-vers par le développement d'offres délocalisées ou mobiles.....	61
2.2.3.2. Des exemples d'offre mobile diversifiés et pertinents dans les différents territoires, mais en nombre trop limité et insuffisamment soutenus pour répondre aux besoins.....	61
2.2.3.3. L'intérêt de favoriser le développement d'une offre mobile innovante et originale.....	63
2.2.4. L'offre de dépistage par TROD est significative mais reste insuffisamment déployée au regard des besoins dans certains territoires.....	63
RECOMMANDATIONS.....	65
2.3. LA FORMATION DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DOIT ÊTRE RENFORCÉE.....	66
2.3.1. Compte tenu du contexte local, les besoins en formation apparaissent multiples.....	66
2.3.3. La médiation en santé soulève des enjeux spécifiques.....	66
RECOMMANDATIONS.....	67
3. LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES RESSORTISSANTS ÉTRANGERS NÉCESSITE L'ÉVOLUTION DES MESURES D'EXCEPTION ET DES PROCÉDURES DE DROIT COMMUN.....	68
3.1. LES MESURES D'EXCEPTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE D'IDENTITÉ PEUVENT CONSTITUER UN OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS.....	68
3.2. LA PROCÉDURE DE DROIT COMMUN DE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR POUR RAISON DE SANTÉ PRÉSENTE DES LIMITES DU POINT DE VUE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES DEMANDEURS.....	69
3.2.1. La procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé paraît insuffisamment adaptée aux spécificités des territoires.....	70
3.2.1.1. L'entrée dans la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé est en partie mise en échec par les mesures d'exception prises en matière de contrôle d'identité.....	71
3.2.1.2. La délivrance du récépissé qui vaut autorisation de séjour apparaît inutilement conditionnée et retardée par la nouvelle procédure.....	71
3.2.1.3. L'obligation de présentation d'un justificatif de domicile à l'appui de la demande de titre fait obstacle à la prise en compte de la résidence habituelle en France de demandeurs sans domicile stable.....	72
3.2.2. La procédure d'instruction du volet médical de la demande doit être consolidée.....	73
RECOMMANDATIONS.....	73
4. UN EFFORT SPÉCIFIQUE DOIT ÊTRE CONSENTI EN DIRECTION DES JEUNES.....	74
4.1. LES POPULATIONS JEUNES APPARAISSENT PARTICULIÈREMENT EXPOSÉES AU VIH ET AUX AUTRES IST DANS UN CONTEXTE PROPICE AU CUMUL DE VULNERABILITÉS.....	74
4.1.1. L'entrée des jeunes dans la sexualité les expose à des facteurs de risque.....	74
4.1.1.1. Le contexte d'entrée dans la sexualité apparaît problématique dans certains cas.....	74
4.1.1.2. Le recours à des relations payées, initiées parfois à un très jeune âge, est avéré mais n'est pas précisément mesuré.....	75
4.1.1.3. Les connaissances et pratiques de prévention des jeunes apparaissent contrastées.....	75
4.1.2. Les jeunes sont particulièrement exposés à un cumul de vulnérabilités.....	75
4.1.2.1. L'exposition aux vulnérabilités socio-économiques atteint un niveau important.....	76
4.1.2.2. Les taux élevés de grossesses précoces traduisent et aggravent la précarité socio-économique des jeunes filles.....	76
4.1.2.3. L'exposition aux conduites addictives apparaît particulièrement précoce.....	77

4.2. LES DISPOSITIFS D'ACTION PUBLIQUE EN DIRECTION DES JEUNES SONT INÉGALEMENT MOBILISÉS EN FAVEUR DE L'ÉDUCATION A LA SEXUALITÉ.....	77
4.2.1. Les actions d'éducation à la sexualité et de prévention des IST dans le cadre scolaire.....	77
<i>4.2.1.1. Les freins au déploiement de l'éducation à la sexualité sont de nature multiple.....</i>	<i>78</i>
<i>4.2.1.2. Des efforts de structuration et de coordination de l'action sont engagés au niveau rectoral dans chacune des trois académies, mais apparaissent inégalement avancés.....</i>	<i>78</i>
4.2.2. Les actions de prévention des IST en milieu universitaire.....	80
4.2.3. Les structures et dispositifs fléchés en direction des jeunes peinent à poursuivre des missions d'éducation à la sexualité.....	81
<i>4.2.3.1. Les missions locales d'insertion et l'EAS.....</i>	<i>81</i>
<i>4.2.3.2. Les DTPJJ.....</i>	<i>82</i>
RECOMMANDATIONS	83
5. LE CADRE STRATÉGIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES IST DOIT PERMETTRE D'ÉTENDRE LES COOPÉRATIONS, D'ÉLARGIR LA GOUVERNANCE ET DE RENFORCER LES CONNAISSANCES.....	84
5.1. L'INTÉGRATION DE LA GUYANE ET DES ANTILLES FRANÇAISES DANS LEUR ENVIRONNEMENT RÉGIONAL ET DANS L'ESPACE EUROPÉEN DOIT ÊTRE RENFORCÉE	84
5.1.1. Les dynamiques de coopérations bilatérales et transfrontalières inégales suggèrent la nécessité d'une nouvelle impulsion dans le champ des interventions coordonnées en santé publique	84
RECOMMANDATION	87
5.1.2. La faible intégration des territoires dans leur environnement régional prive les territoires ultramarins d'opportunités de coopération dans le champ de la santé.....	87
<i>5.1.2.1. L'intégration de la France et de ses territoires au sein des organisations internationales existantes apparaît très inégale.....</i>	<i>87</i>
<i>5.1.2.2. Le soutien de la France aux organisations non gouvernementales de coopération régionale dans le champ de la santé sexuelle est peu marqué.....</i>	<i>88</i>
<i>5.1.2.3. L'adhésion à la CARPHA, l'agence de santé publique de la CARICOM constituerait une opportunité de développer l'intégration régionale.....</i>	<i>88</i>
<i>5.1.2.4. En parallèle à l'ouverture de processus d'adhésion, la représentation des intérêts des territoires ultramarins doit être consolidée.....</i>	<i>89</i>
RECOMMANDATIONS	89
5.1.3. Les fonds européens INTERREG présentent des opportunités de financements de la lutte contre le VIH/sida et les IST, dont seulement certains acteurs locaux parviennent à bénéficier	89
<i>5.1.3.1. La complexité de la procédure d'adhésion à INTERREG la rend peu accessible aux acteurs locaux et notamment ceux de moindre taille.....</i>	<i>90</i>
<i>5.1.3.2. La gestion multipartite des fonds conduit à des retards et blocages administratifs, pénalisants pour les porteurs de projets.....</i>	<i>90</i>
<i>5.1.3.3. Les fonds européens INTERREG et le FED semblent structurellement inadaptés au financement de projets de coopération bi- ou multilatérale dans la région.....</i>	<i>91</i>
RECOMMANDATIONS	91
5.2. LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AUX DIFFÉRENTS ÉCHELONS DE L'ÉTAT NÉCESSITE D'ÊTRE ÉLARGIE.....	91
5.2.1. Les programmes et stratégies pluriannuelles sont très inégalement mis en œuvre et faiblement évalués.....	91
<i>5.2.1.1. Des plans et stratégies nationaux spécifiques au VIH et aux IST insuffisamment opérationnels.....</i>	<i>92</i>
<i>5.2.1.2. Des programmations nationales de santé spécifiques à l'ensemble de l'outre-mer lacunaires.....</i>	<i>92</i>
<i>5.2.1.3. Des projets régionaux de santé qui intègrent les actions favorisant la lutte contre le VIH/sida et les IST sans suivi ni évaluation publics.....</i>	<i>95</i>

5.2.2. Au plan national, le pilotage national partagé entre le ministère en charge de la santé et celui des outre-mer ainsi que la stratégie de portage interministérielle sont insuffisamment clarifiées.....	95
5.2.2.1. Le ministère en charge de la santé assure la promotion et la coordination de la politique santé outre-mer	95
5.2.2.2. Le ministère des outre-mer coordonne de l'action du gouvernement dans les territoires et domaines relatifs aux outre-mer.....	96
5.2.2.3. La coordination ministérielle et interministérielle aux échelons politiques et administratifs est perfectible.....	96
5.2.3. Aux plans régional et local, les coopérations entre les services de l'État, d'une part, les ARS et les collectivités territoriales, d'autre part, paraissent négligées	97
5.2.3.1. À l'échelle régionale, les commissions de coordination des politiques publiques sont peu investies.....	97
5.2.3.1. A l'échelle locale, les contrats locaux de santé et les contrats de ville ne sont pas suffisamment sollicités ni, s'agissant des contrats existants, évalués.....	97
RECOMMANDATIONS	98
5.3. RELATIVEMENT LACUNAIRES, LES CONNAISSANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES DOIVENT ÊTRE DÉVELOPPÉES ET MISES EN RÉSEAU.....	99
5.3.1. La surveillance des IST demeure insuffisante et très inégale sur les territoires	99
5.3.2. Les connaissances socio-comportementales, sociales et anthropologiques sont insuffisamment développées et exploitées.....	99
5.3.2.1. Les études sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques présentent intérêts et limites.....	99
5.3.2.2. Les études socio-comportementales, sociales et anthropologiques sont en nombre insuffisant.....	100
5.3.2.3. En l'absence de mise en réseaux, ces travaux sont insuffisamment appropriés par les acteurs de santé publique	101
RECOMMANDATIONS	101
ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIES	102
ANNEXE 2 : REMERCIEMENTS ET LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	104
ANNEXE 3 : SIGLES ET ACRONYMES.....	110
TABLE DES MATIÈRES.....	113