



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

RAPPORT SUIVI DE RECOMMANDATIONS

ACTION PUBLIQUE

FR

11 MARS 2003

REPENSER LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
RAPPORT	3
INTRODUCTION	3
CHAPITE 1 VIH/SIDA ET SOCIÉTÉ DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER	4
1.1 Etat des lieux sanitaire et social	4
1.1.1 Entre cadre national et spécificité régionale	5
1.1.2 Les dynamiques sociales des DOM	7
1.1.3 Des moyens sanitaires insuffisants	10
1.2 Données épidémiologiques	12
1.2.1 L'évolution de l'épidémie	13
1.2.2 Quelques particularités des DOM	18
1.3 Les traitements et les infections	20
1.3.1 Les patients à leur entrée dans le sida	20
1.3.2 La prise en charge	23
CHAPITE 2 LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE : ENJEUX, LIMITES ET PROPOSITIONS DE RÉFORMES	24
2.1 Prévention et dépistage	24
2.1.1 Définir et conduire des actions de prévention adaptées aux terrains	27
2.1.2 Favoriser l'accès au dépistage	35
2.2 Offre de soins et suivi des patients	39
2.2.1 Poursuivre la mise à niveau de l'offre de soins hospitalière	39
2.2.2 Ouvrir davantage l'hôpital sur les autres acteurs	41
2.2.3 Lutter contre les obstacles à la prise en charge des patients	45
2.3 Migrations et coopération régionale	47
2.3.1 Une position éthique : soigner les migrants séropositifs	48
2.3.2 Renforcer la coopération entre les DOM et les pays voisins	49
RECOMMANDATIONS POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER	54
ANNEXES	57
Annexe 1 : Les centres de médecine collective ou la triste histoire de l'abandon d'un secteur sanitaire à lui-même en Guyane	57
Annexe 2 : Principaux droits par ordre de croissance d'exigence sur le séjour	59
Annexe 3 : Les institutions régionales de coopération dans les Caraïbes	60
Annexe 4 : Politique de lutte contre le sida en Guyane : propositions de points à développer	61
Annexe 4 bis: Politique de lutte contre le sida en Guyane : propositions des points à améliorer	63
Remerciements	64

RAPPORT

Responsable de la commission : M. Jean-Albert Gastaut

Membres de la commission :

- Mme Christiane Basset
- M. Hervé Bideault
- M. Jean-Marie Faucher
- M. Jacques Gradt
- Mme Claudine Herzlich
- Mme Véronique Nahoum-Grappe

Rapporteurs : M. Frédéric Depétris, M. Marc Dixneuf

Collaboration : Mme Anne Marijnen, ancien rapporteur

INTRODUCTION

La situation de l'épidémie de VIH/sida dans les départements d'outre-mer¹ (DOM) est encore aujourd'hui préoccupante, alors que les stratégies de lutte contre cette maladie semblent mises en échec.

En effet, le taux d'incidence du sida est près de sept fois plus élevé qu'en métropole : entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2002, les départements d'outre-mer ont enregistré en moyenne 17,09 nouveaux cas de sida pour 100 000 habitants contre 2,47 dans l'hexagone. Mais au sein même de cet ensemble géographique, de grandes disparités subsistent : durant la même période, la Guyane a enregistré 43,8 cas pour 100 000 habitants (soit près de 18 fois le taux enregistré en métropole), la Guadeloupe 14,9 cas, la Martinique 6,29 cas et la Réunion 3,4 cas pour 100 000 habitants².

La dynamique de l'épidémie ne paraît donc pas maîtrisée et exige que l'attention soit de nouveau attirée sur des régions qui, en dépit de leur éloignement, n'en constituent pas moins des départements français à part entière au sein desquels une telle situation sanitaire ne saurait être tolérée. Par ailleurs, il incombe au Conseil d'assurer le suivi des avis et recommandations qu'il formule, c'est-à-dire, dans le cas présent, le suivi de son rapport de 1996.

Dès 1994 en effet, le Conseil national du sida s'intéressait à l'évolution particulière de l'épidémie dans les départements français d'Amérique (DFA). En juin 1996, il rendait public son rapport « *Spécificités et inégalités. Le sida dans les départements français d'Amérique* »³ et formulait des recommandations dans le but d'améliorer la lutte contre l'épidémie. Le rapport, qui reposait sur une analyse à la fois médicale, sociologique et politique de la question du sida dans les DFA⁴ soulignait la nécessité de défendre un droit à la santé uniforme sur l'ensemble du territoire français et indiquait certaines voies à suivre pour cela. Quatre grandes orientations étaient retenues :

- en premier lieu, le CNS demandait que des mesures exceptionnelles soient prises afin de combler les déficits structurels en matière sanitaire et sociale des DFA ;
- en second lieu, l'accès aux droits sanitaires et sociaux des habitants des DFA devait être le même que celui des métropolitains ;
- par ailleurs, un effort important devait être fait en matière de prévention ;
- enfin, il fallait prendre en compte la dimension régionale de l'épidémie et rechercher des partenariats avec les autres pays de la région.

¹ Les trois départements français d'Amérique (Martinique, Guadeloupe, Guyane) auxquels s'ajoute le département de la Réunion dans l'océan Indien.

² Source : BEH, n°27, 2002.

³ *Spécificité et inégalités. Le sida dans les départements français d'Amérique*, Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida, 17 juin 1996.

⁴ Le travail réalisé en 1996 présentait en particulier une analyse des sociétés antillo-guyanaises face au sida dont la pertinence se vérifie encore aujourd'hui et à laquelle le lecteur est invité à se référer en complément du présent rapport.

Le contexte a, bien sûr, sensiblement évolué depuis 1996. Les changements sont plus visibles dans le domaine médical que dans les autres : l'arrivée des multithérapies et la possibilité d'accéder à des traitements antirétroviraux qui augmentent considérablement les chances de survie des patients séropositifs ont modifié les modes de gestion de l'épidémie. Il est certain que des progrès ont été enregistrés dans ces départements, notamment en ce qui concerne les équipements médicaux disponibles et les infrastructures hospitalières.

Cependant, les taux de prévalence et d'incidence restent élevés, de nombreuses difficultés, relatives par exemple à la prise en charge et au suivi des patients, à la prévention ou à la confidentialité semblent subsister. Des problèmes se posent aujourd'hui en matière d'accès à des soins qui n'existaient pas alors. La plupart des DOM sont ainsi dans une situation paradoxale : les techniques et les traitements les plus performants en matière de lutte contre le VIH/sida sont disponibles mais les populations les plus précarisées, qui sont aussi les plus touchées, rencontrent de grandes difficultés pour en bénéficier.

Il est donc apparu nécessaire aux membres du Conseil de procéder à un état des lieux de l'épidémie de sida dans les départements d'outre-mer et de formuler de nouvelles recommandations à l'aune de la situation présente.

Les développements consacrés à chacun des DOM ne sont pas de nature et d'ampleur égales. Ces différences reflètent en grande partie l'inégalité de situation de chacun d'eux face à l'épidémie de VIH/sida. Ainsi la Guyane est nettement plus présente dans le rapport eu égard à sa situation préoccupante. Cela ne signifie pas pour autant que la lutte contre l'épidémie est pleinement satisfaisante dans les autres DOM ni, bien sûr, que ces départements ne méritent pas une attention particulière. A ce titre, l'inclusion dans le présent rapport de la Réunion, qui pourtant présente une situation plus favorable, se justifie pleinement : d'une part, cette île partage des caractéristiques culturelles, sociales, économiques et administratives communes avec les départements français d'Amérique ; d'autre part, elle permet de présenter des contrepoints et des éclairages originaux sur des initiatives positives en matière de lutte contre le VIH/sida.

Pour établir son rapport, le Conseil national du sida a procédé à de nombreuses auditions d'acteurs locaux de la lutte contre l'épidémie ainsi que de chercheurs spécialistes de ces régions. Une délégation de membres du Conseil a effectué une mission en Guyane et en Guadeloupe au mois de septembre 2002 au cours de laquelle de nouvelles auditions ainsi qu'une investigation approfondie des infrastructures existantes ont été faites.

Par ailleurs, le président du Conseil national du sida s'est rendu à la réunion inter-CISIH en octobre 2002 qui s'est tenue à Cayenne afin d'assister aux débats et de rencontrer les différents responsables de la lutte contre le sida dans les quatre DOM. Le Conseil national du sida tient à exprimer sa gratitude tant à l'égard des personnes auditionnées à Paris que de celles rencontrées lors de ses déplacements⁵.

Enfin, le Conseil a demandé à M. François Buton, chercheur au CNRS et ancien rapporteur au CNS, de conduire une recherche sur la question du VIH/sida en Guyane. La réflexion du Conseil doit également beaucoup à ce travail de recherche qui lui a été présenté, en décembre 2002, sous la forme d'un rapport intitulé « *La lutte contre le VIH/sida en Guyane. Dispositifs et représentations* ».

CHAPITE 1 VIH/SIDA ET SOCIÉTÉ DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

L'épidémie de VIH/sida dans les DOM s'inscrit dans un contexte économique et social difficile. Les obstacles de tous ordres présents dans ces départements rendent plus difficile la maîtrise de l'épidémie. Ceux-ci sont particulièrement nombreux en Guyane. Cela rend d'autant plus complexe la lutte contre le VIH/sida dans ce département que le taux de prévalence y est élevé : la Guyane concentre les handicaps, ce qui doit en faire un objectif prioritaire.

Cette première partie présente les caractéristiques administratives, économiques, sociales et sanitaires des DOM qui forment l'arrière plan des données épidémiologiques.

1.1 ETAT DES LIEUX SANITAIRE ET SOCIAL

Rassemblés sous la dénomination commune de département d'outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion demeurent des territoires aux caractéristiques bien différenciées. Appartenant à trois régions distinctes, les Caraïbes, l'Amérique du sud et l'Océan indien, ces départements ont suivi des trajectoires historiques singulières au sein desquelles l'esclavage, le commerce colonial ou le bagne ont laissé une empreinte particulière. Pour autant, les DOM ont des traits communs qui les distinguent de la métropole.

⁵ Une liste des personnes auditionnées à Paris ainsi qu'une liste des personnes rencontrées en Guyane et en Guadeloupe sont disponibles en annexe.

Ils partagent avec les départements métropolitains leur cadre administratif, mais bénéficient d'aménagements qui prennent en compte leurs spécificités. Ces dispositifs particuliers doivent leur permettre de faire face à des difficultés économiques et sociales qui constituent un obstacle supplémentaire à la lutte contre l'épidémie de VIH/sida. Enfin, compte tenu de ces caractéristiques défavorables, le système de soins existant est encore, à bien des égards, insuffisamment développé pour répondre aux exigences de la situation.

Données générales

	Superficie km ²	Population au 1/01/2000	Densité h/km ²
Guadeloupe	1 705	425 700	250
Martinique	1 100	383 300	348
Guyane	91 000	161 100 ¹	2
Réunion	2 503	716 000	286

(1) La population réelle de la Guyane est sans doute supérieure à ce chiffre en raison de la difficulté de recenser l'ensemble des étrangers résidant sur ce territoire

Source : INSEE-DRESS

1.1.1 ENTRE CADRE NATIONAL ET SPÉCIFICITÉ RÉGIONALE

Géographiquement éloignés de la France, ces départements sont situés dans des régions peu développées où ils font figure d'îlots de richesse attractifs. Les pays voisins des DOM, Maurice dans l'Océan indien, le Brésil, le Surinam, la République dominicaine ou le Guyana pour les DFA, ont des indices de développement humain très inférieurs à ceux des DOM. Voisin des départements français d'Amérique, Haïti est l'un des pays les plus pauvres au monde. Le rapport sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) le classe au 146^e rang mondial, juste devant Madagascar, proche de la Réunion⁶.

L'éloignement géographique des DOM par rapport à la métropole est renforcé par l'insularité de trois d'entre eux et, bien que continentale, la Guyane est enclavée par sa situation dans la forêt amazonienne. Ce département n'a qu'une seule route qui longe la côte et les déplacements à l'intérieur des terres se font grâce aux fleuves. La superficie, la faible densité et les particularités du développement de la Guyane la placent dans une situation distincte au sein de l'ensemble des départements d'outre-mer, la Réunion apparaissant plus proche des Antilles par bien des aspects.

Tout en adoptant la structure des départements de l'Etat français, ces territoires bénéficient donc d'aménagements qui prennent en compte leurs spécificités régionales.

DES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS

Nés de la loi de départementalisation de 1946, les DOM sont des départements de droit commun dont les compétences sanitaires sont identiques aux départements de métropole. Ainsi, contrairement à l'ensemble du dispositif de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, le sida ne relève pas de leur responsabilité. Compétent pour la lutte contre le sida, l'Etat a suscité la création des Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH). Si les CISIH sont aujourd'hui moins actifs en métropole, cela est largement dû au bon fonctionnement du dispositif sanitaire global. Dans les DOM, ils ont une fonction importante de mise en cohérence des actions de lutte contre l'épidémie, de prise en charge des malades et d'analyse de l'évolution de l'épidémie à travers leur rapport annuel.

Les compétences du département sont définies par les lois de décentralisation de 1982. Dans le domaine de l'action sociale et de la santé elles sont larges et peuvent être des instruments importants de complément de lutte contre le sida. Le département a en charge : l'aide sociale à l'enfance ; l'aide aux familles ; l'aide aux personnes handicapées ; l'aide aux personnes âgées ; la protection maternelle et infantile (PMI) ; la lutte contre la tuberculose ; les MST, appelées aujourd'hui Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ; la lèpre ; l'organisation des vaccinations. Ainsi sur ce dernier point, c'est le Conseil général de Guyane qui a demandé une enquête sur la couverture vaccinale dans ce département⁷. Cet ensemble de compétences recouvre de nombreux problèmes liés au VIH/sida, qu'il s'agisse des IST, des maladies opportunistes ou des aides aux personnes malades et à leurs familles. Les personnes

⁶ Le pays le mieux classé, l'île Maurice, est au 67^e rang, alors que le moins bien classé des DOM, la Réunion se situe au 30^e rang. D'après le PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, novembre 2002. L'indice de développement humain pour la Réunion a été calculé par l'INSEE en 1992.

⁷ Conseil général de la Guyane, CIRE Antilles Guyane, DDASS Guyane, InVS, *La couverture vaccinale en Guyane en 2000*, 2002, 84 p.

précarisées comptent parmi les plus exposées aux risques de contamination, les compétences sociales des départements peuvent donc les conduire à soutenir les programmes nationaux de lutte contre le sida⁸.

Les assemblées régionales n'ont pas de compétences particulières en matière de santé, leur mission étant d'abord de conduire la politique de la région axée sur l'action économique, l'aménagement du territoire et la formation professionnelle. Cependant, à travers leurs politiques d'investissement, notamment en matière d'infrastructures de transport, les régions peuvent contribuer à l'amélioration de l'offre de soins.

Les services déconcentrés de l'Etat en matière de santé sont présents au niveau régional avec les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), groupements d'intérêt public dotés de l'autonomie administrative et financière et placés sous la tutelle du ministère de la santé. Les missions de ces agences sont de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins, de coordonner l'activité des établissements de santé et de déterminer leurs ressources. Enfin, les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS)⁹, ont pour mission d'améliorer l'information sur l'état de santé de la population et ses besoins dans le cadre d'une mission d'aide à la décision.

DES AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES

En matière administrative, les possibilités d'aménagement offertes apparaissent dans l'article 73 de la Constitution française qui autorise l'adaptation du régime législatif et de l'organisation administrative des DOM. Ces aménagements peuvent prendre des aspects très divers. Ainsi, deux îles des Antilles, Saint-Barthélemy et Saint-Martin – cette dernière relevant en partie des Antilles néerlandaises – bénéficient du statut de commune rattachée au département de la Guadeloupe. Surtout, la décentralisation a conduit à la création de régions qui se superposent aux départements. Pour chaque territoire, il existe donc deux assemblées distinctes aux compétences définies par les lois de 1982. Cependant, le projet de loi constitutionnelle relatif à l'organisation décentralisée de la République, adopté le 17 mars 2003 par le Parlement réuni en Congrès, devrait entraîner de nombreux changements dans les mois à venir. Sous certaines conditions, de nouvelles collectivités d'outre-mer (COM) pourraient se substituer aux actuels départements et régions d'outre-mer ; une assemblée délibérante unique pourrait être créée pour ces deux collectivités. Par ailleurs davantage d'autonomie est prévue pour l'adaptation de la loi française aux spécificités de ces régions, selon un principe de subsidiarité.

La situation géographique particulière des DOM a été reconnue également par l'Union européenne dans l'article 299-2 du Traité d'Amsterdam qui leur octroie le statut de régions ultrapériphériques¹⁰. En reconnaissant le retard structurel important de ces régions, cet article leur donne accès aux aides du programme POSEIDOM et aux différents fonds structurels européens pour assurer leur développement économique et social. Les DOM bénéficient ainsi de sommes importantes du fait de leur faible PIB par rapport à la moyenne communautaire. Par exemple, la Guyane bénéficie depuis 2000 de plus d'un milliard d'euros d'aides avec le Contrat de plan Etat-Région (CPER 2000-2006) et les fonds européens apportés par le Document unique de programmation (DOCUP 2000-2006)¹¹. Elle est, par ailleurs, la première région de France pour la part d'aides reçues de l'Etat rapportée au nombre d'habitants.

La prise en compte des particularités des DOM pour leur cadre administratif a conduit à prendre des dispositions spécifiques en matière de santé. C'est dans cette perspective que les ministres de la Santé et de l'Outre-mer ont présenté en avril 2002 une communication sur la politique de santé outre-mer dans laquelle est réaffirmée la nécessité d'un plan global pour le sida annoncé en novembre 2001. Les objectifs sont les suivants : réduire l'incidence de l'infection ; améliorer la cohérence de la prévention compte tenu de la dimension régionale de l'épidémie et des modes de vie ; réduire l'écart avec la métropole en matière d'accès au dépistage et aux soins ainsi que de respect des droits de la population étrangère ; lutter contre les discriminations ; favoriser la mobilisation communautaire¹².

Enfin, les DFA sont dotés de DSDS (Direction de la santé et du développement social), qui ont succédé aux DDASS (Directions départementales de l'action sanitaire et sociale) en août 2001. Les DSDS, qui ont des compétences élargies par rapport aux DASS de métropole ont pour mission principale de surveiller l'état de santé de la population et de mettre en œuvre des politiques de santé. A la Réunion, cette fonction est assurée par la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales).

⁸ Le plan national de lutte contre le sida pour la période 2001-2004 a fixé comme un de ces objectifs prioritaires la maîtrise de l'épidémie dans les DOM.

⁹ Les ORS sont des associations à but non lucratif sauf en Ile-de-France, en Guadeloupe et en Guyane. En Ile-de-France, l'ORS est un département autonome de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Ile-de-France (IAURIF). En Guadeloupe, l'Observatoire départemental social et sanitaire (ODESSA) est un service du Conseil général tandis qu'en Guyane il dépend du Conseil régional.

¹⁰ Les Açores, les Canaries et Madère sont les trois autres régions à bénéficier de cette qualification. Le statut de région ultrapériphérique permet de poursuivre l'objectif de cohésion économique et sociale au sein de l'Union européenne. Prévu dans le préambule du Traité de Rome, précisé dans l'Acte Unique européen de 1986, cet objectif a été institutionnalisé par le Traité de Maastricht. Les fonds qui y sont alloués ont été augmentés dans la perspective de l'élargissement de l'Union.

¹¹ Préfecture de la région Guyane, *Contrat de Plan Etat-région pour 2000-2006*, 9 mai 2000. Préfecture de la région Guyane, *Document unique de programmation pour la région Guyane, 2000-2006*, septembre 2000.

¹² B. Kouchner, C. Paul, *Communication sur la politique de santé outre-mer*, Ministère délégué à la Santé, Secrétariat à l'Outre-mer, avril 2002.

1.1.2 LES DYNAMIQUES SOCIALES DES DOM

UNE POPULATION JEUNE ET DIVERSE

Le dernier recensement en 1999 a permis de constater une croissance annuelle moyenne de la population de 0,7 % en Martinique, 1,0 % en Guadeloupe, 1,9 % à la Réunion et 3,6 % en Guyane pour la période 1990-1999, contre respectivement 1,1 %, 2,1 %, 1,9 % et 5,8 % pour la période 1982-1990.

La croissance de la population guyanaise est portée par un taux de natalité de 31,66 ‰ très supérieur à celui de la métropole (12,76 ‰) et même aux autres DOM (le taux de natalité de la Réunion, le plus important après celui de la Guyane n'étant "que" de 20,98 ‰). Le solde naturel de la Guyane est également important puisqu'il est de 2,72 % en 1999 contre 0,36 % pour la métropole et 1,58 % à la Réunion.

D'une manière générale, la population dans ces départements est plus jeune qu'en métropole où la part de la population âgée de plus de 60 ans dépasse les 20 %.

Population par âge en % de la population totale			
	0-19 ans	20-59 ans	60 ans et plus
Guadeloupe	31.7	54.4	14.0
Martinique	29.5	53.8	16.6
Guyane	43.3	50.8	6.0
Réunion	36.2	53.8	10.0
Métropole	24.6	54.1	21.3

Source : INSEE, Recensement de la population 1999

L'accroissement important de la population guyanaise repose également en partie sur les fluctuations migratoires difficilement mesurables du fait des mouvements frontaliers. La mobilité des population est inhérente à l'espace caraïbe et elle n'est pas propre à ce département. Au cours des années quatre-vingt dix, les flux entrants et sortants se sont également accélérés à la Réunion, favorisant un léger accroissement de la population. Dans ce département, les arrivants sont très majoritairement citoyens français, même quand ils arrivent de Madagascar.

Les populations des DOM sont caractérisées par une composition pluriethnique liée à leur histoire. Par exemple, la Guyane a une composante H'mong importante consécutive à l'accueil de réfugiés laotiens en 1977. Ceux-ci cohabitent avec les Amérindiens, les descendants d'esclaves africains qui se sont réfugiés dans la forêt (les Noirs Marrons), les Chinois, les créoles et les métropolitains.

A ces populations « autochtones », il faut ajouter les composantes issues des migrations plus récentes : Haïtiens, Dominicains, Surinamiens, Brésiliens. La Réunion recèle aussi une grande diversité de populations européennes, malgaches, indiennes, chinoises ou arabes. Comparativement, les Antilles apparaissent plus homogènes, bien qu'elles comprennent elles aussi des populations diverses : créoles ; descendants des colons ; européens ou migrants de la région des Caraïbes ; Indiens et levantins. Cette diversité de populations favorise dans chaque DOM une pluralité linguistique et culturelle qui, si elle est une richesse, est aussi la source de fortes tensions sociales.

UNE SITUATION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE DIFFICILE

Le contexte économique

L'économie des DOM est en partie dépendante des transferts de ressources de la métropole et elle est peu diversifiée. L'insularité, l'éloignement de la métropole, le coût des transports, celui du travail et l'étroitesse des marchés locaux freinent leur développement. Le tourisme apparaît comme une activité dynamique et créatrice d'emplois mais fortement concurrencée à l'heure actuelle par des destinations voisines, Cuba ou la République dominicaine dans les Caraïbes, l'île Maurice dans l'Océan indien.

L'industrie des Antilles est largement agroalimentaire et repose sur la transformation de la canne dans des sucreries ou des rhumeries. Les cultures de cannes comme celle de bananes sont aidées car elles font face à une forte concurrence régionale.

En Guyane, l'agriculture et le tourisme sont peu développés. Créé au milieu des années soixante, le centre spatial de Kourou forme à lui seul un pôle économique : il représente presque le tiers des emplois du département¹³. L'activité dissimulée peut soutenir une

¹³ A cet égard, la suppression de plusieurs centaines d'emplois sur le site spatial de Kourou annoncée récemment risque de pénaliser fortement l'économie départementale.

partie de l'économie locale, comme l'orpailage, sans pour autant favoriser une croissance susceptible de bénéficier à l'ensemble des secteurs économiques.

Chômage et précarité

Le manque d'activités économiques diversifiées et la croissance de la population favorisent un chômage plus important qu'en métropole. Pour autant, le marché de l'emploi peut être dynamique à l'image de celui de la Réunion où le nombre d'emplois occupés entre 1993 et 2001 a augmenté de 22 % contre 7 % en métropole. Ce département affiche cependant le plus fort taux de chômage.

Taux de chômage en %

	Mars 1995	Mars 2000
Guadeloupe	26.1	25.7
Martinique	26.1	26.3
Guyane	23.0	25.8
Réunion	36.6	36.5
Métropole	11.5	10.0

Source : INSEE.

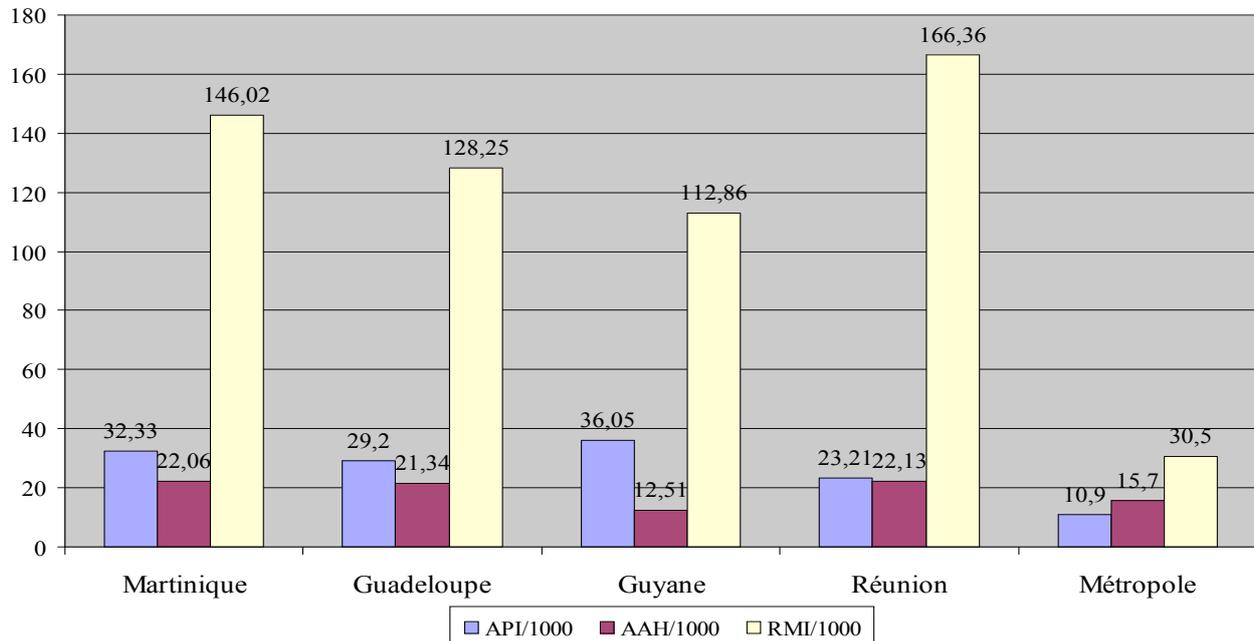
Ces taux importants de chômage peuvent masquer des activités non-déclarées. Pour autant, ils sont des indicateurs d'une situation économique critique à laquelle s'ajoutent de nombreux problèmes sociaux.

L'exclusion, accompagnée d'alcoolisme ou de consommation de drogues, se retrouve dans chaque DOM. Les problèmes d'alcoolisme rencontrés à la Réunion et aux Antilles sont la source d'une importante mortalité, liée directement ou indirectement aux accidents sur la voie publique. La consommation de crack en Guadeloupe, Martinique et Guyane pose un grave problème de santé publique. La Guyane se distingue également par la subsistance de bidonvilles, dont un s'étend sur le domaine foncier de l'hôpital de Cayenne. Le dernier recensement indique toutefois une relative amélioration des conditions d'habitat dans les DOM.¹⁴

¹⁴ P. Bazely, C. Catteau, *Etat de santé, offre de soins dans les départements d'Outre-mer, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion*, DRESS, Série Etudes, n°14, juin 2001, p. 7.

Prestation d'intervention sociale au 1er janvier 2001

Taux pour 1 000 ; Source : DRESS



API : allocation parent isolé pour 1000 femmes de 15 à 49 ans;

AAH : allocation adulte handicapé pour 1000 personnes âgées de 20 ans et +;

RMI : revenu minimum d'insertion pour 1000 personnes de 20 à 59 ans)

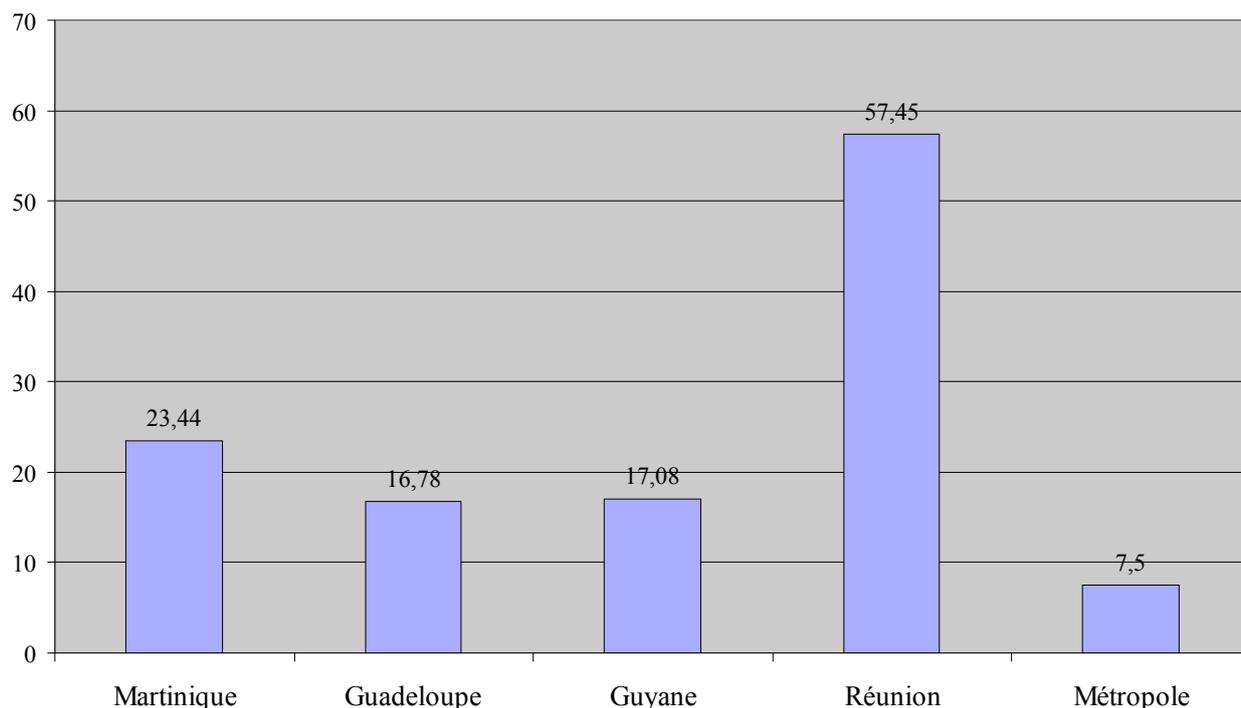
Les dispositifs d'aides sociales sont largement utilisés et la part de la population qui y a droit est importante. Certains postes sont particulièrement importants comme le RMI à la Réunion ou l'allocation parent isolé (API) en Guyane. Cela met en évidence à la fois une population plus fragilisée, mais aussi un système d'attribution de l'aide qui fonctionne. (Il faut noter cependant que jusqu'en 2000, les montants des prestations servies dans les DOM sont inférieurs à ceux de la métropole ¹⁵).

En raison de cette situation sociale, la part de la population qui bénéficie de la CMU est plus importante dans les DOM, notamment à la Réunion, qu'en métropole.

¹⁵ Cf. Attias-Donfut C, Lapierre N., *La famille providence. Trois générations en Guadeloupe*, La Documentation française, 1997

CMU, Couverture de la population en % au 1/01/02.

Source : DRESS



1.1.3 DES MOYENS SANITAIRES INSUFFISANTS

L'ENCADREMENT MÉDICAL DE LA POPULATION

Médecins

Les taux d'encadrement pour 100 000 habitants montrent que la densité de médecins est moindre dans les DOM qu'en métropole. Cet écart est particulièrement prononcé pour les médecins spécialistes. La Réunion est le département le mieux doté des DOM, la Guyane apparaissant particulièrement défavorisée.

Professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salarié au 1^{er} janvier 2001. Densité pour 100 000 habitants

	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Médecins généralistes	157,6	105,7	114,0	90,0	127,2
Médecins spécialistes	158,0	90,4	92,4	63,9	95,5

Source : DRASS - ADELI

Personnels infirmiers et sages-femmes

La situation des personnels infirmiers laisse aussi apparaître une moindre densité qu'en métropole pour l'ensemble des DOM. La Guyane se distingue cependant avec une densité représentant moins d'un tiers de celle de la métropole. En ce qui concerne les sages-femmes, le taux d'encadrement de la population générale dans chacun des DOM est supérieur à celui de la métropole. Toutefois, rapportée au nombre de naissances, la situation apparaît plus contrastée : la dotation de la Guyane demeure insuffisante avec seulement 11 sages-femmes pour 1000 naissances contre 20 à la Guadeloupe, 26 à la Martinique, 15 à la Réunion et 19 en métropole¹⁶.

Professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salarié au 1^{er} janvier 2001. Densité pour 100 000

¹⁶ *Idem*, p. 18.

habitants

	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Infirmiers	595,8	332,6	455,5	159,5	433,5
Sages femmes	25,1	32,6	36,8	27,3	30,9

Source : DRASS – ADELI

LES STRUCTURES SANITAIRES

Etablissements de soins

Les taux de lits de court séjour installés pour 1 000 habitants permettent d'avoir un aperçu de la densité des équipements de santé. Cet indicateur n'est que quantitatif, il ne renseigne donc pas sur la qualité des soins qui peuvent être prodigués. Il apparaît qu'en médecine, la Guadeloupe et la Martinique sont mieux équipés que la métropole, au contraire de la Guyane et de la Réunion. En lits de chirurgie, la métropole est mieux dotée. Enfin, le taux d'équipement en gynécologie-obstétrique est plus élevé dans les DOM, ce qui s'explique par leur natalité plus forte.

Court séjour hospitalier, taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants au 1^{er} janvier 2001

	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
Médecine	2,18	2,25	2,68	1,84	1,50
Chirurgie	1,81	1,30	1,46	1,13	1,06
Gynécologie- Obstétrique	0,42	0,61	0,56	0,83	0,52

Source : DRASS-SAE

Pour le moyen séjour, l'écart avec la métropole est le plus prononcé pour les soins de suite. Cette situation n'est pas trop critique, la population étant jeune. Cependant, les malades du sida représentent une population pour laquelle ce type de soins est important. Par exemple, le taux d'équipement global en soins de suite et de réadaptation fonctionnelle¹⁷ est nettement inférieur à celui de la métropole (1,59) : il est de 0,97 en Guadeloupe ; 1,1 en Martinique ; 0,39 à la Réunion. Il n'est que de 0,21 en Guyane où les seuls lits disponibles relèvent du secteur privé. Pour l'ensemble de ces départements, on constate un manque certain d'équipement en réadaptation fonctionnelle, la Guyane ne disposant d'aucun lit pour ce type de soins.

Autres établissements de soins ou à vocation sociale

Le réseau des dispensaires, structures de soins dépendant du Conseil général, varie sensiblement d'un département à l'autre en raison de la configuration spécifique de l'offre de soins dans chacun de ces départements. On en compte 5 à la Guadeloupe et la Réunion et 1 à la Martinique¹⁸. En Guyane, il existe 21 centres de médecine collective qui forment un dispositif à part, censé répondre à la situation d'enclavement de nombreuses communes et villages¹⁹.

Les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont très nombreux à la Réunion avec 61 services alors que la Guyane, dont la population est la plus jeune des DOM, ne compte que 3 services. Ramené au nombre d'habitants, le nombre de services de PMI est de 8,6 pour 100 000 habitants à la Réunion contre 1,9 en Guyane.

Ce déficit se retrouve également pour d'autres catégories d'établissement comme les maisons d'accueil et les foyers de vie destinés à accueillir les adultes handicapés. Il n'y a pas de maison d'accueil en Guyane par exemple. Le taux d'équipement en foyer de vie est de 0,5 en Guadeloupe, 0,12 à la Martinique, 0,41 en Guyane, 0,72 à la Réunion contre 1,29 en Métropole²⁰.

¹⁷ Taux d'équipement pour 1000 habitants au 1^{er} janvier 2001. Source DRASS-SAE.

¹⁸ Source FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux), consulté en janvier 2002.

¹⁹ Cf. dans la deuxième partie de ce rapport, chapitre B, section 2.2 relative à la nécessaire réorganisation de ces centres de médecine collective.

²⁰ Source DRASS-enquête ES-FINESS au 1^{er} janvier 2001. Taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Il ressort de cet état des lieux de l'offre sanitaire qu'en dépit d'un rattrapage partiel du retard après 1996, l'équipement des DOM reste à compléter. Cela est particulièrement vrai pour la Guyane où les équipements sanitaires et sociaux ne sont pas en nombre suffisant pour accompagner la croissance démographique.

1.2 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

En préalable à une description de l'épidémie de VIH/sida, il convient de souligner les spécificités de l'état de santé général de la population des départements d'outre-mer. Si ces territoires enregistrent une amélioration constante depuis plus de vingt ans de la santé de leurs habitants, ils n'en connaissent pas moins des problèmes sanitaires spécifiques.

Les maladies liées à l'environnement tropical

La situation des départements dans un environnement tropical expose les populations à différentes maladies. L'incidence du paludisme est élevée en Guyane et, en l'absence d'une couverture vaccinale importante, la fièvre jaune représente également un risque important. La dengue est répandue et des formes hémorragiques sont apparues dans les DFA depuis le début des années quatre-vingt-dix, causant plusieurs décès. Les difficultés d'accès à l'eau potable, notamment en Guyane, favorisent le développement de maladies infectieuses entériques. D'une manière générale, les enfants de moins de 5 ans ont une mortalité par maladies infectieuses et parasitaires (hors sida) significativement plus élevée qu'en métropole²¹.

Des spécificités propres à chaque DOM

Des pathologies spécifiques comme la drépanocytose touchent également la population des DFA, où l'on relève aussi une fréquence élevée du diabète ou de l'hypertension artérielle. Si aujourd'hui le paludisme, la poliomyélite ou la rougeole épargnent la Réunion et les Antilles, l'obésité et les tumeurs malignes y sont devenues des maladies courantes. Les accidents de la route, notamment en Guadeloupe, représentent une des causes de mortalité les plus importantes. L'alcoolisme est une source de préoccupation récurrente à la Réunion où il est responsables directement ou indirectement de nombreux décès.

La Guyane se distingue par des taux de mortalité périnatale et de mortalité maternelle supérieurs aux autres DOM²². Par ailleurs, la couverture vaccinale dans ce département a révélé des déficiences importantes. Comparée aux Antilles, la couverture vaccinale en Guyane pour le 1er rappel est inférieure de 10 % pour le DT-Polio et de 20 % pour la coqueluche. Par rapport à la métropole, cet écart atteint 25 % pour le DT Polio et 30 % pour la coqueluche²³. Pour cette dernière, le taux de couverture vaccinale à 2 ans est particulièrement bas. Ces insuffisances vaccinales sont également constatées en Guyane pour la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Les IST et les co-infections

La tuberculose décroît régulièrement et l'incidence globale est proche de la moyenne nationale, elle est cependant plus élevée en Guyane. Les taux de co-infection avec le VIH sont quant à eux plus élevés qu'en métropole : 19 % des tuberculeux en Martinique, 25 % en Guyane et 28 % en Guadeloupe sont porteurs du VIH. Les personnes étrangères sont les plus touchées et surtout les jeunes hommes²⁴. La syphilis, endémique dans la région caraïbe avec une incidence élevée et stable, épargne les DFA où son évolution est proche de celle de l'Europe avec une quasi-disparition. La résurgence de la syphilis avec une épidémie limitée à la région de Pointe-à-Pitre montre qu'elle touche une population précarisée, toxicomane au crack. Restée circonscrite, l'épidémie n'était cependant pas contrôlée en juillet 2002, dix-huit mois après son début²⁵.

L'épidémie de VIH/sida dans les DOM s'inscrit donc dans un contexte sanitaire d'ensemble marqué par des pathologies et des taux de prévalence différents de la métropole. En outre, des problèmes spécifiques de précarité et de conduites addictives peuvent favoriser des pratiques à risques.

²¹ Cette mortalité est ainsi neuf fois plus élevée en Guyane et cinq fois plus en Guadeloupe avec respectivement, pour 100 000 individus : 127 décès en Guyane ; 70,5 en Guadeloupe contre 13,6 pour la métropole. D'après P. Bazely , A. Blataud , P. Chaud, *La Surveillance des maladies infectieuses et parasitaires aux Antilles et en Guyane. Détermination des priorités par les professionnels de santé*, 2000, p. 8.

²² P. Bazely, C. Catteau, *op.cit*

²³ D. Antona, A. Blateau , T. Cardoso *et alii*, *La Couverture vaccinale en Guyane en 2000*, Conseil général de la Guyane, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, InVS, 2002, pp. 57-58.

²⁴ *BEH*, 11/1998, "La tuberculose en région Antilles Guyane".

²⁵ *BEH*, 48/2002, "Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack".

1.2.1 L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE

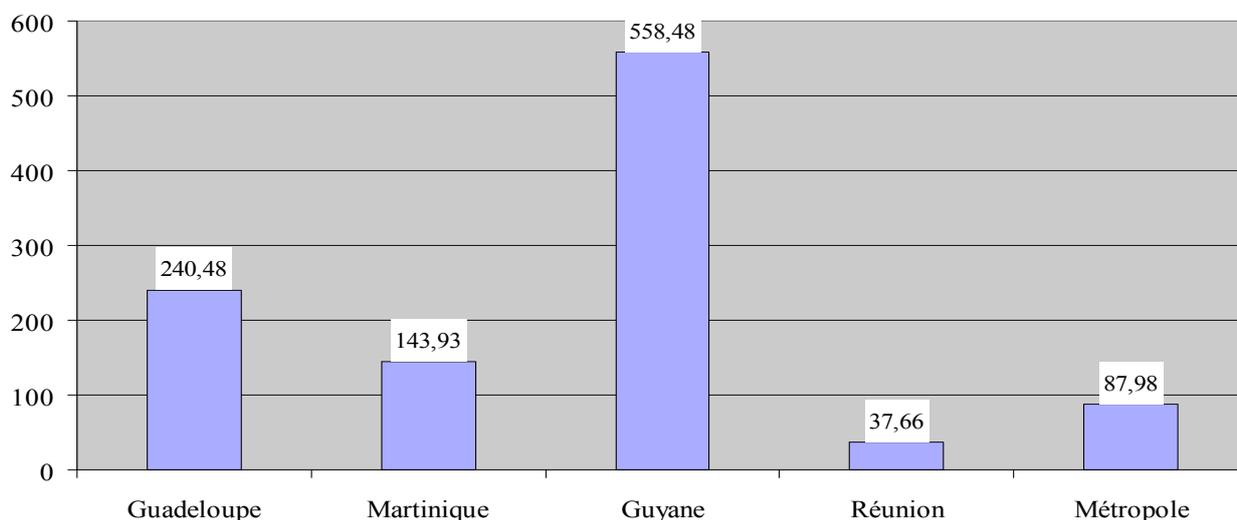
Par son incidence (nombre de cas dans une période donnée) et sa prévalence (nombre de cas depuis le début du comptage), l'épidémie de VIH dans les DOM apparaît nettement plus importante que celle de la métropole²⁶.

L'ÉPIDÉMIE AUJOURD'HUI

Prévalence et incidence de l'épidémie

Comme en 1996, l'épidémie de VIH/sida dans les DOM se distingue de la métropole sur de nombreux points. En premier lieu, même si les nouveaux cas de sida déclarés chaque année tendent à baisser, l'incidence reste plus forte dans les DOM qu'en métropole. La Réunion est un département où le profil de l'épidémie se rapproche du profil métropolitain. Comme le montre le graphique ci-dessous, la situation en Guyane est particulièrement préoccupante.

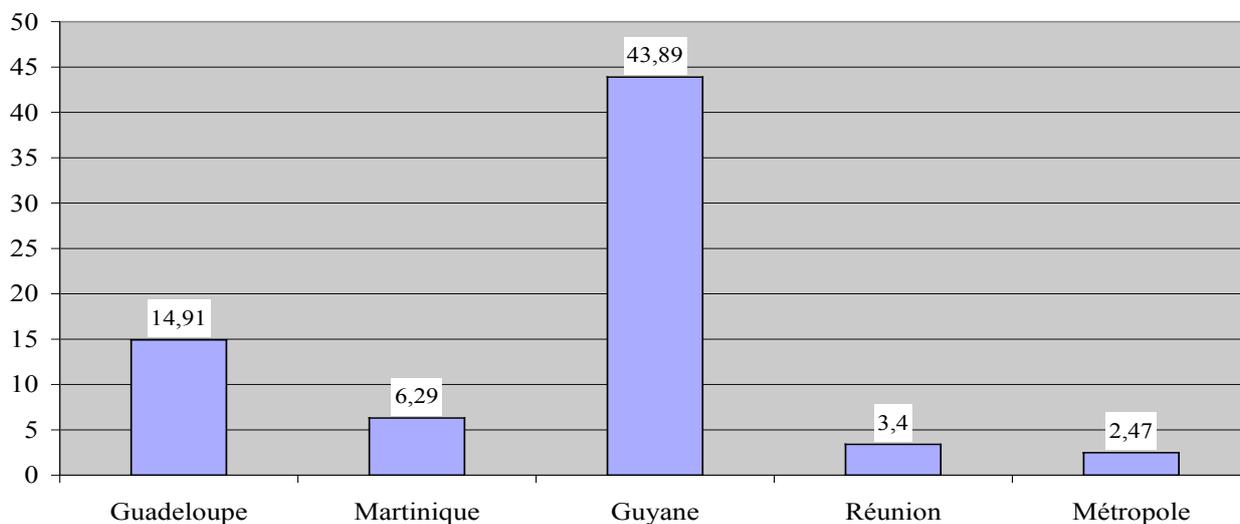
Cas de sida cumulés depuis 1978
Taux pour 100 000 habitants
Source : BEH, n°27/2002



La très forte incidence du VIH/sida en Guyane tend à rapprocher la prévalence dans ce département de celle à Paris qui est de 572 pour 100 000 habitants. Par ailleurs, le caractère récent de l'épidémie à la Réunion (le premier cas de sida a été enregistré en 1987) peut expliquer que son taux de prévalence soit plus faible que celle de la métropole alors que son taux d'incidence est plus élevé.

²⁶ Paris est le département de métropole où l'épidémie est la plus forte et il peut être intéressant de faire certaines comparaisons entre Paris et les DOM.

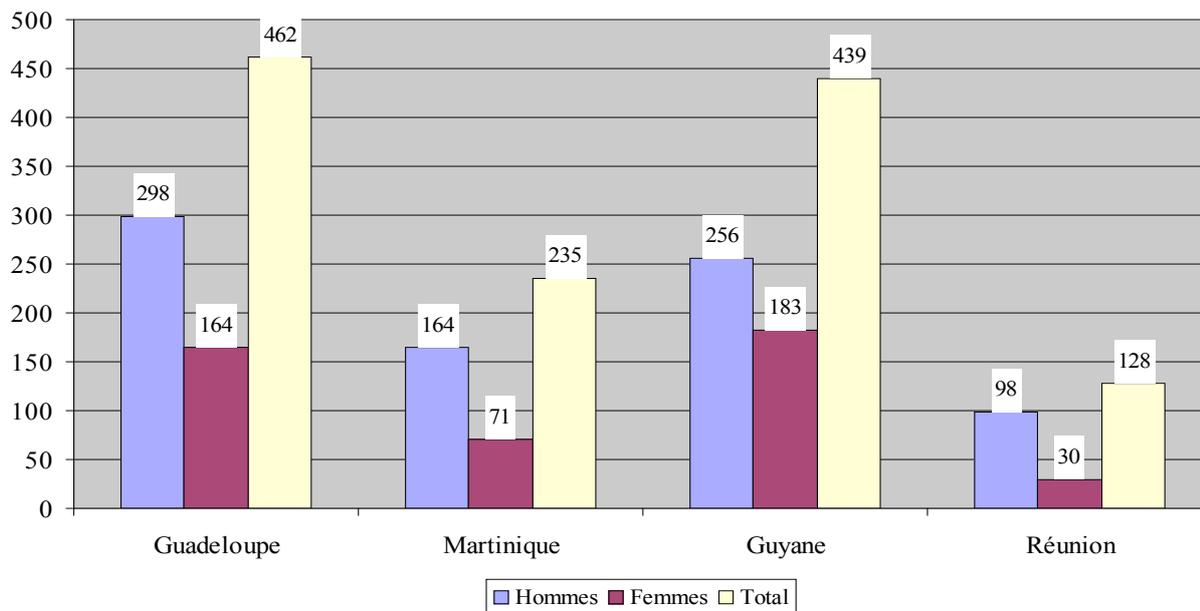
Cas de sida entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2002
Taux pour 100 000 habitants
Source : BEH, n°27/2002



Les personnes vivant avec le sida en 2002

Les taux de prévalence et d'incidence distinguent la Guyane des autres DOM. Pour une population bien plus faible, le nombre de personnes vivant avec le sida dans ce département s'avère très supérieur à la Martinique et à la Réunion. La Guadeloupe compte plus de malades que la Guyane, mais sa population totale est trois fois supérieure à cette dernière.

Personnes vivant avec le sida au 30 septembre 2002
Source : InVS



Parmi les personnes vivant avec le sida, le plus grand nombre d'enfants se trouve en Guadeloupe (12) et en Guyane (29), cette dernière compte plus des deux tiers des cas recensés dans les DOM. Au 30 septembre 2002, il y a également quatre enfants à la Martinique et un à la Réunion qui vivent avec le sida. En Guadeloupe, les naissances d'enfant dont la mère est séropositive sont en

baisse avec une seul cas en 2000. En Martinique, huit enfants sont nés de mères séropositives en 2000 et neuf en 2001 mais aucun n'est né porteur du virus.

LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE

Lors de la publication du précédent rapport du CNS en 1996, les traitements étaient quasiment inexistantes et leur disponibilité très réduite. Au cours des années qui ont suivi, la généralisation des multithérapies a modifié le profil de l'épidémie. La conséquence la plus visible est le gonflement des files actives des hôpitaux dans les DOM comme en métropole. En effet, la mortalité des personnes malades a considérablement baissé : les traitements ont permis de diminuer le nombre de nouveaux cas de sida annuels et donc d'augmenter l'espérance de vie des personnes séropositives.

La file active des hôpitaux

L'évolution des files active se caractérise par un accroissement du nombre de malades et du nombre de journées d'hospitalisation. Par exemple pour la Guadeloupe, le nombre de journée en hospitalisation classique a augmenté de 23 %, et de 5 % en hôpital de jour. Comme le montre le tableau ci-dessous, le nombre de patients est en augmentation dans tous les départements et particulièrement en Guyane.

	1995	2001	Evol. en %
Guadeloupe	513	1 047	104,1 %
Martinique	326	492	50,9 %
Guyane	381	764	100,5 %
Réunion	287	510	77,7 %

Source : rapports des CISIH.

Le sexe ratio des personnes pour lesquelles le sida a été diagnostiqué au cours de l'année 2001 est actuellement de 2,8 hommes pour une femme en métropole. Dans les années 1990, ce rapport était de 5 hommes pour une femme. Cette évolution du sexe ratio n'apparaît pas dans les files actives des DOM qui ont toujours eu un rapport homme/femme plus équilibré. Seule la Réunion est proche de la moyenne nationale avec un sexe ratio de 2,6. La Guadeloupe a un sexe ratio de 1,3 et la Martinique de 1,69. La Guyane se distingue encore par un nombre plus important de femmes (433) que d'hommes (331) et un sexe ratio de 0,76.

Cette part importante des femmes dans la file active guyanaise peut s'expliquer par la conjugaison d'une forte prévalence chez les parturientes des pays voisins de la Guyane et d'une tendance importante à recourir aux services des maternités du département français, reconnus pour leur qualité. La prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes est de 1,7 % en Guyane contre 0,6 % en Guadeloupe. Le Guyana et Haïti présentent des taux de 3,8 %²⁷, pays dont sont issus en grande partie les migrants en Guyane.

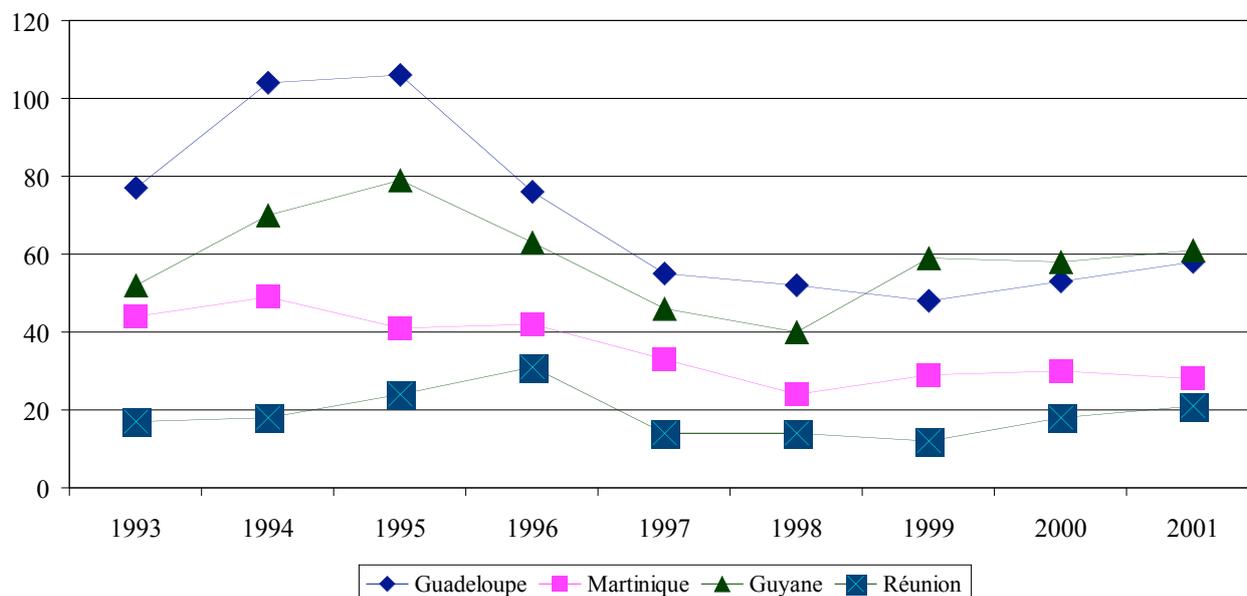
Cas de sida dans les DOM par année de diagnostic

Comme pour l'ensemble de la métropole, on note pour les DOM une baisse importante du nombre de nouveaux cas de sida annuels à partir de 1996 avec l'arrivée des multithérapies. Cependant dans les DOM, le nombre de cas de sida par année a cessé de diminuer depuis 1999. Le faible nombre de cas ainsi que le manque de recul et de donnée définitives pour les dernières années ne permettent pas de déceler de nouvelles tendances mais incitent à suivre avec attention l'évolution de ces données.

²⁷ Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida, ONUSIDA, 2002, p. 206. Les chiffres datent de 2000 pour Haïti et de 1997 pour le Guyana.

Cas de sida par département et par année de diagnostic 1993-2001

Source : InVS, données brutes au 30 septembre 2002

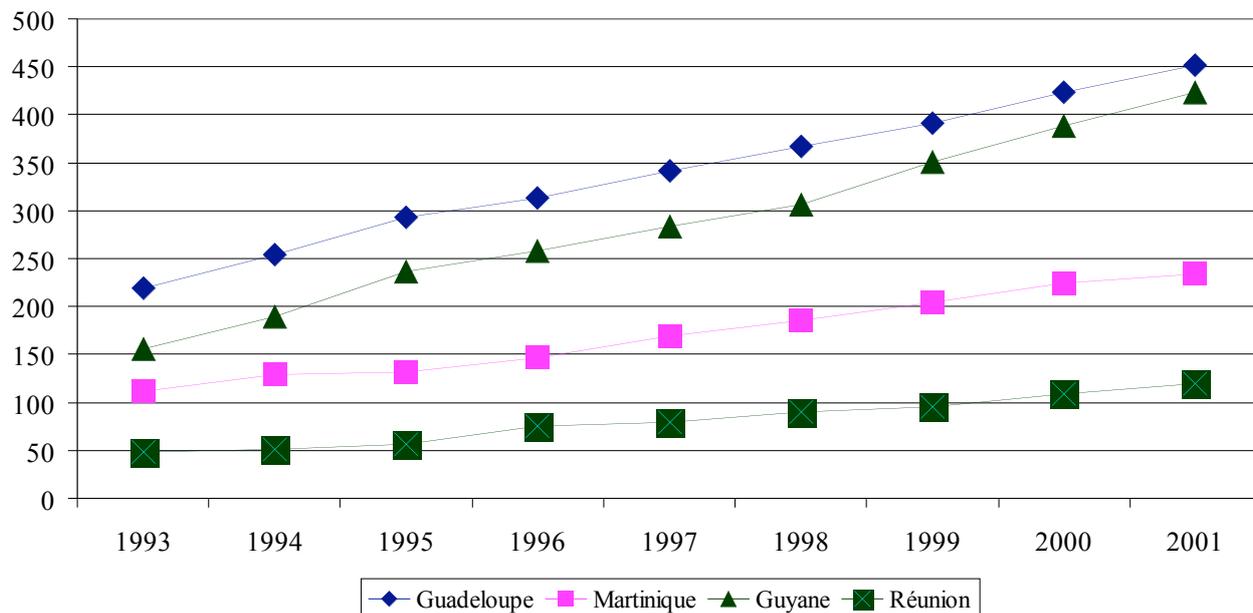


La Réunion a connu une baisse plus tardive du nombre de cas, la plus forte étant celle de la Guadeloupe. La reprise la plus importante se manifeste en Guyane. La Martinique se distingue avec la baisse la plus régulière et une situation relativement stable.

Evolution du nombre de personnes vivant avec le sida

Personnes vivant avec le sida au 31 décembre (1993-2001)

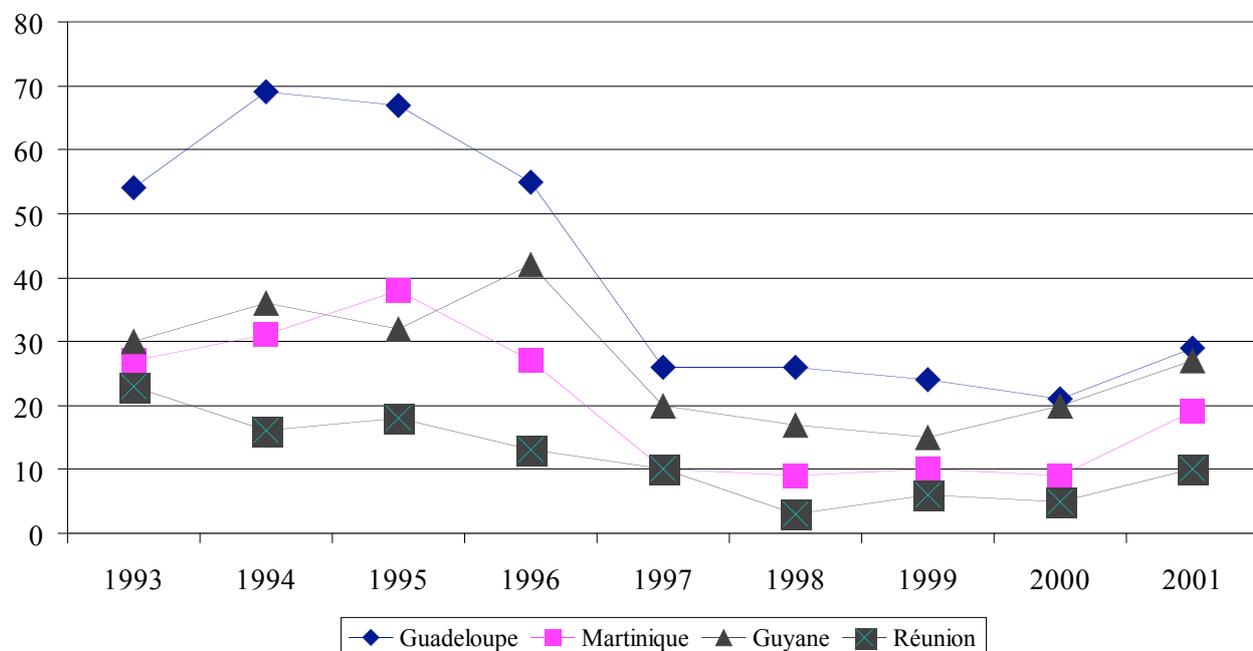
Source : InVS, données brutes au 30 septembre 2002



Depuis 1993, le nombre de personnes vivant avec le sida est en croissance régulière, comme pour la métropole. Cette évolution est bien entendue dépendante de l'importance de la prévalence.

Nombre de décès dus au sida, 1993-2001

Source : InVS, données brutes au 30 septembre 2002



Evolution des décès

Après une baisse du nombre de décès entre 1996 et 1998, puis une stabilisation, l'évolution de l'épidémie dans les DOM semble marquée par une reprise des décès à partir de 2000 en Guadeloupe et en Guyane. Cette tendance peut être rapprochée des données qui indiquent une augmentation des patients hospitalisés sans avoir été dépistés au préalable. Toutefois, comme pour le nombre de nouveaux cas de sida, le faible nombre de cas ainsi que le manque de recul et de donnée définitives pour les dernières années ne permettent pas de parler d'une tendance avérée à la hausse des décès dus au sida.

1.2.2 QUELQUES PARTICULARITÉS DES DOM

Bien que le profil de l'évolution de l'épidémie de VIH dans les DOM soit proche de celui de la métropole, ces départements présentent des particularités, telles que les modes de contamination ou l'âge des personnes touchées, qui peuvent expliquer des taux de prévalence et d'incidence plus élevés.

LES MODES DE CONTAMINATION

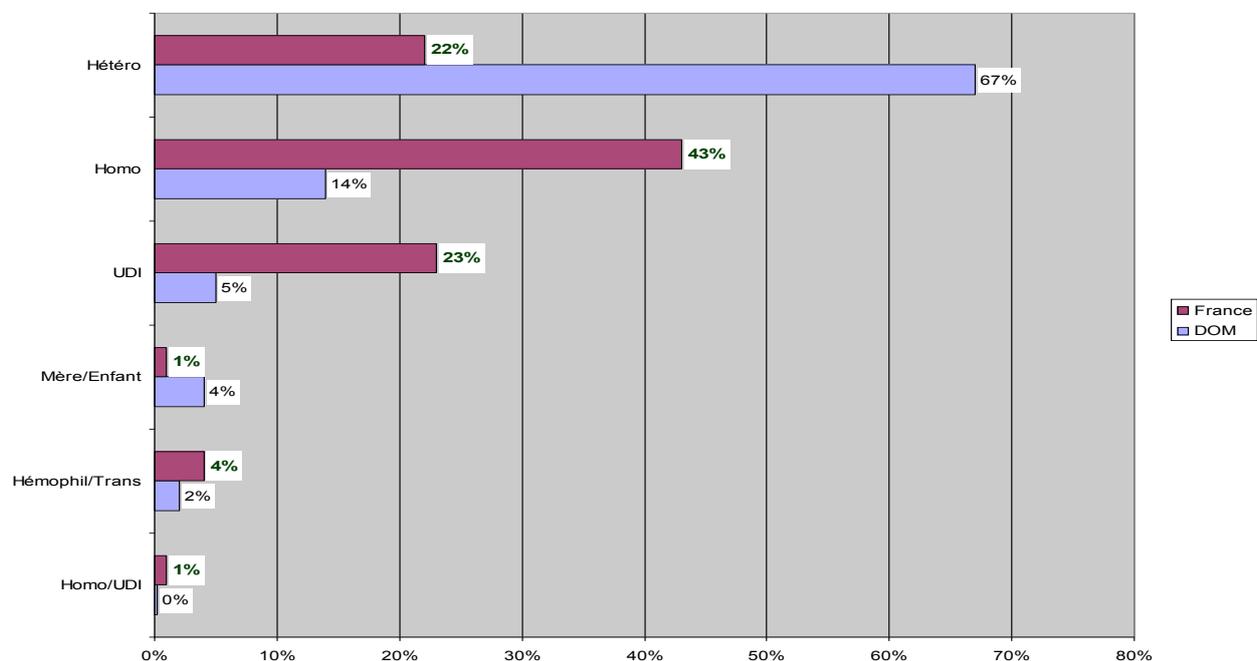
Comme au milieu des années quatre-vingt-dix, les modes de contamination dans les DOM diffèrent sensiblement de ceux de la métropole, même si les données récentes montrent que les modes de contamination métropolitains tendent à se rapprocher de ceux de l'outre-mer. En France, depuis le début de l'épidémie, les cas de sida concernent à 81 % des hommes et 19 % des femmes, contre 67 % d'hommes et 33 % de femmes pour l'ensemble des DOM. Cependant, la répartition des cas de sida en France en 2001 est de 74 % d'hommes et 26 % de femmes, ce qui tend à montrer la part faiblement croissante de la contamination hétérosexuelle.

Mode de contamination France/départements d'outre-mer

Les DOM se distinguent de la moyenne française, par une proportion plus élevée de contamination hétérosexuelle et de transmission mère enfant. Les contaminations homosexuelles ou consécutives à l'usage de drogue injectée par voie intraveineuse (UDI) représentent corrélativement une part plus faible.

France-DOM. Cas de sida par mode de contamination

(Comparaison en %)

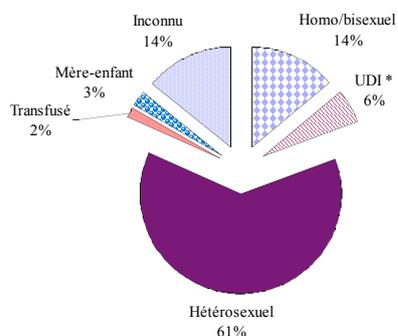


Source InVS au 30 septembre 2002

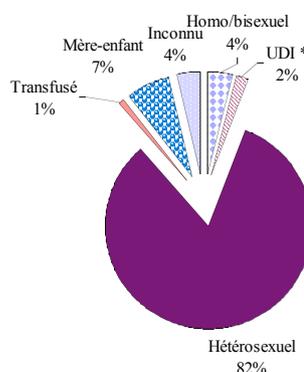
Mode de contamination par département

Au sein des DOM, c'est en Guyane que le mode de transmission hétérosexuelle est le plus important, la Réunion étant le département au plus fort taux de transmission homosexuelle. La Guadeloupe se démarque par une proportion de transmissions d'origine inconnue de 14 %, inférieure à celle de 1996 mais qui reste important²⁸.

Guadeloupe. Cas de sida par mode de contamination
Source : InVS au 30 septembre 2002

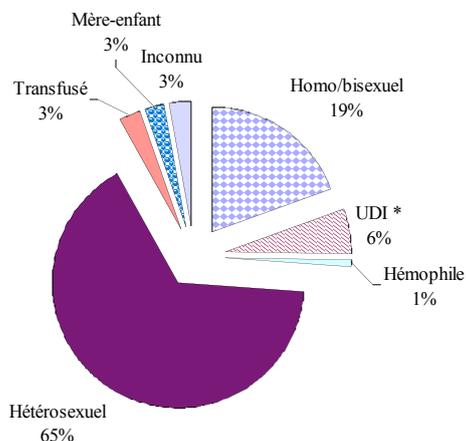


Guyane. Cas de sida par mode de contamination
Source : InVS au 30 septembre 2002

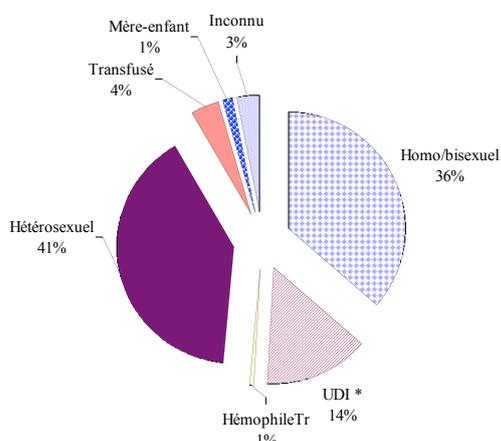


Les cas de sida dont l'origine était inconnue représentaient 30 % des cas en Guyane en 1996 : ils ne sont plus aujourd'hui que 4 %. En l'absence d'études précises expliquant ces évolutions, on peut émettre l'hypothèse d'une plus grande facilité de déclaration des patients, notamment des transmissions homosexuelles. Par ailleurs, l'allongement de la durée de vie des patients est susceptible de favoriser une meilleure recherche de leur mode de contamination. Les transmissions par UDI sont plus importantes à la Réunion que dans les autres départements ; il s'agit pour la plupart de patients originaires de la métropole.

Martinique. Cas de sida par mode de contamination
Source : InVS au 30 septembre 2002



Réunion. Cas de sida par mode de contamination
Source : InVS au 30 septembre 2002



*UDI : usagers de drogue injectée par voie intraveineuse.

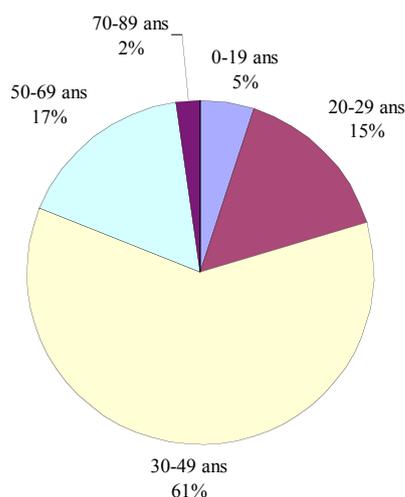
²⁸ Conseil national du sida, *Ethique sida et société, Rapport d'activité 1994-1996, Tome II*, La documentation française, p. 127.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Les DOM se distinguent par la proportion de malades âgés touchés par le sida. Pour ces quatre départements, les plus de 50 ans représentent 19 % des malades contre 12 % à Paris. La part des enfants ou adolescents est également plus importante dans les DOM : les moins de 20 ans représentent 5 % des cas contre 1 % seulement à Paris, ce qui s'explique en grande partie par un taux de transmission mère-enfant plus élevé.

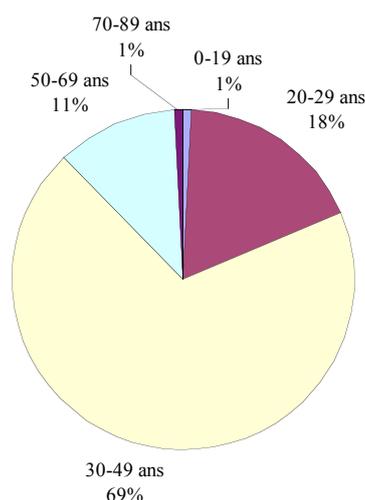
DOM. Répartition des cas de sida par classe d'âge

Source : Inv/Sau 30 septembre 2002



Paris. Répartition des cas de sida par classe d'âge

Source : Inv/S au 30 septembre 2002



1.3 LES TRAITEMENTS ET LES INFECTIONS

Les multithérapies ont contribué à l'allongement de l'espérance de vie des personnes séropositives et, aujourd'hui, les traitements les plus efficaces sont disponibles dans les DOM. Cependant, on constate une augmentation du nombre de patients nouvellement atteints par le sida alors qu'ils n'ont pas été dépistés ou qu'ils ne sont pas traités²⁹. Celle-ci est d'autant plus inquiétante que la proportion de malades non traités au moment de l'apparition du sida est déjà très élevée dans les DOM.

1.3.1 LES PATIENTS À LEUR ENTRÉE DANS LE SIDA

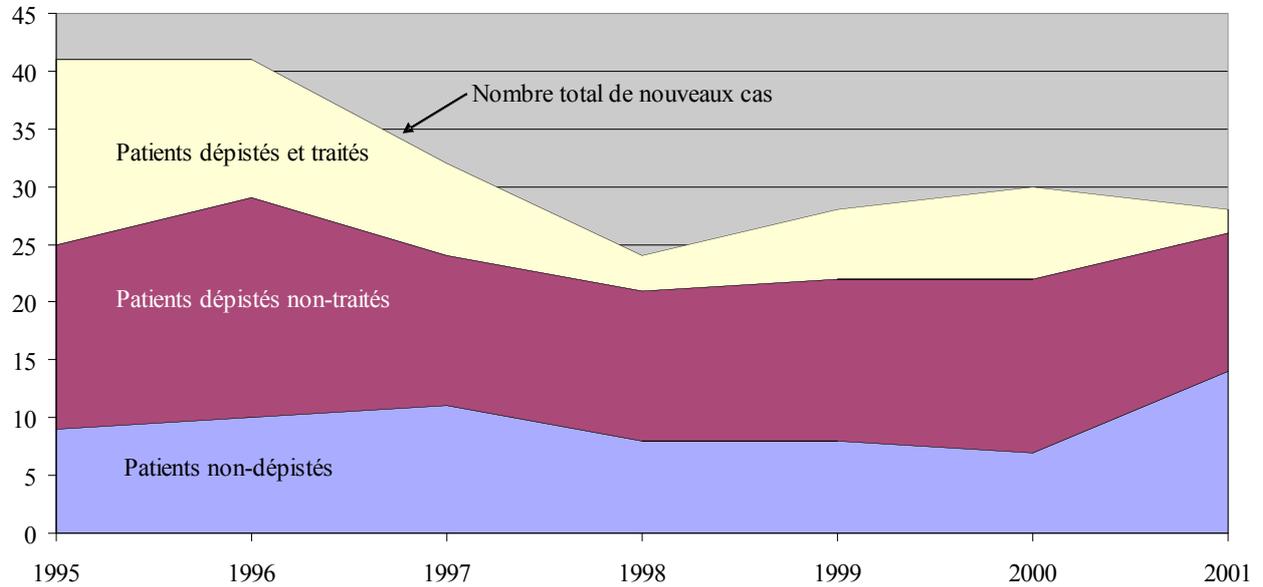
LA CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ ET LE TRAITEMENT LORS DE L'APPARITION DU SIDA

La reprise des décès au cours des deux dernières années s'explique par le nombre croissant de patients hospitalisés pour une infection opportuniste alors qu'ils ne connaissent pas leur séropositivité. De même, nombreux sont ceux qui, tout en connaissant leur séropositivité, ne sont pas traités. L'absence de traitement peut avoir des raisons très diverses qui seront développées plus loin.

²⁹ BEH, n°27/2002, p.134. J. Pillonel R. Pinget, D. David, *et alii*, "Dernières données disponibles sur la surveillance du Sida", in InVS, *Sida, VIH et IST. Etat des lieux des données en 2002*, novembre 2002, p. 10.

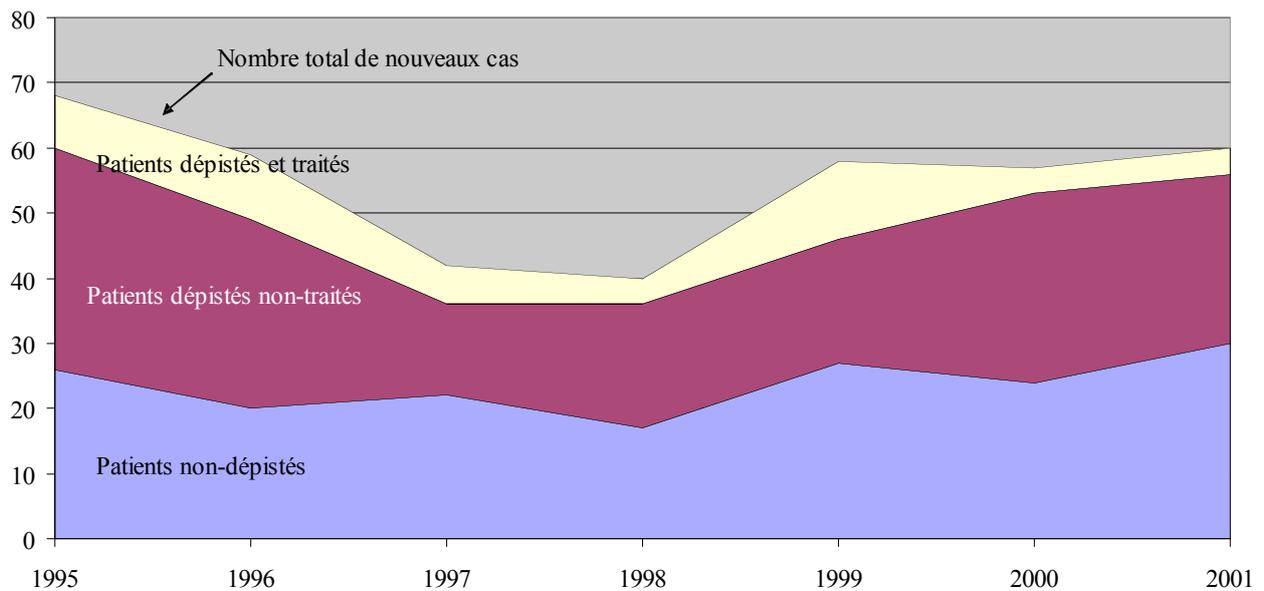
Martinique. Répartition des cas de sida adultes en fonction de la connaissance de la séropositivité et d'un éventuel traitement

Source : InVS au 30 septembre 2002



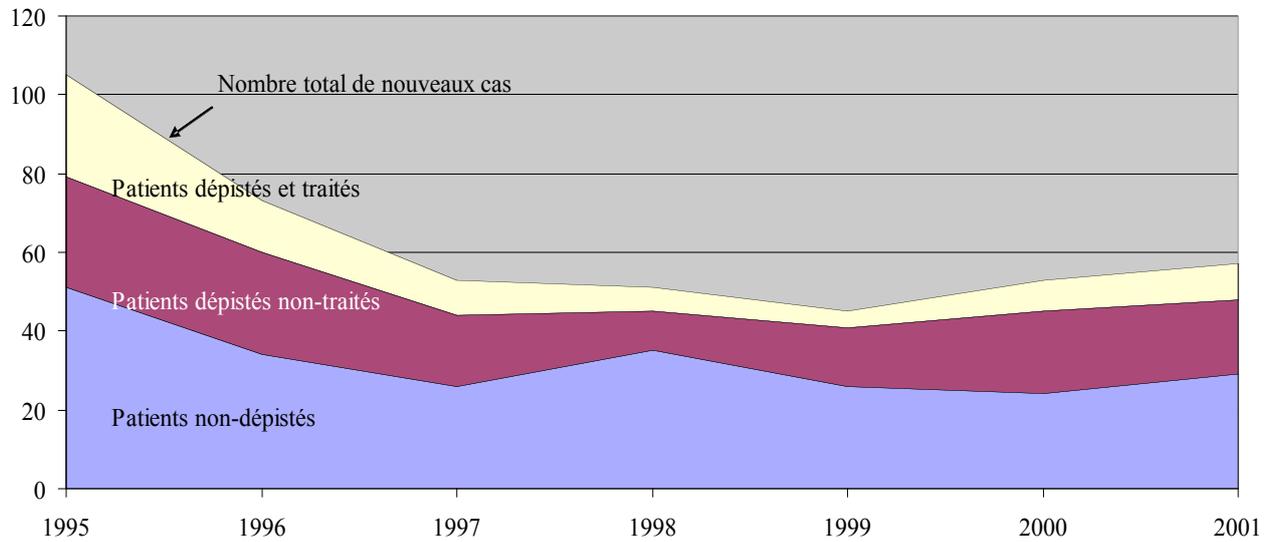
Guyane. Répartition des cas de sida adultes en fonction de la connaissance de la séropositivité et d'un éventuel traitement

Source : InVS au 30 septembre 2002



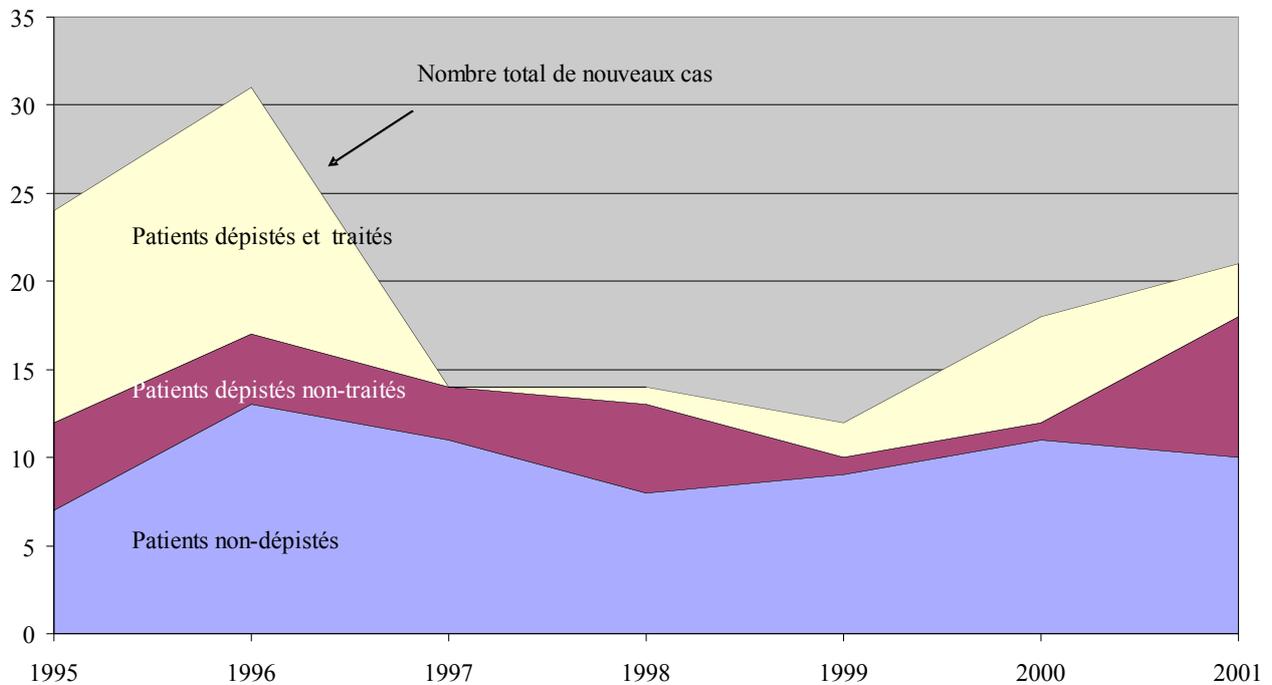
Guadeloupe. Répartition des cas de sida adultes en fonction de la connaissance de la séropositivité et d'un éventuel traitement

Source : InVS au 30 septembre 2002



Réunion, Répartition des cas de sida adultes en fonction de la connaissance de la séropositivité et d'un éventuel traitement

Source : InVS au 30 septembre 2002



La tendance globale montre une évolution semblable à celle des nouveaux cas de sida diagnostiqués dans la population hétérosexuelle en France : la part des personnes non-dépistées ou dépistées et non-traitées tend à croître par rapport aux patients dépistés et traités³⁰. Ainsi en 2001, seuls 7 % des patients sont traités au moment où ils déclarent un sida en Martinique et en Guyane, 14 % à la Réunion et 16 % en Guadeloupe³¹. En Guyane, la part des patients non-dépistés est proportionnellement plus importante que dans les autres DOM. De plus, dans ce département comme en Martinique et en Guadeloupe, la proportion de patients dépistés et non-traités est relativement élevée. Ce constat peut être interprété comme l'enregistrement statistique du phénomène des « perdus de vue », c'est-à-dire des patients qui ont été dépistés mais qui, pour différentes raisons sont sortis de la file active et ne font plus l'objet d'un suivi jusqu'à ce qu'ils soient de nouveau pris en charge, mais à un stade avancé de la maladie.

1.3.2 LA PRISE EN CHARGE

Comme ailleurs, les trithérapies sont largement utilisées et représentent en moyenne plus de 80 % des traitements dans les DOM³². Pour faire face aux problèmes d'observance, renforcés chez les personnes en situation de précarité, la prise en charge des patients suppose de proposer dans la mesure du possible des traitements qui ne soient pas trop contraignants.

Dans tous les cas, dans des proportions variables, l'association AZT/3TC/ABACAVIR réunie en un comprimé, le TRIZIVIR®, est la plus utilisée. Elle concerne 10 % des patients traités en Guadeloupe, 14,6 % des patients traités en Guyane ; 6 % en Martinique. La combinaison AZT/3TC, réunie en un comprimé, le COMBIVIR® représente également une part importante des trithérapies en association avec une troisième molécule (IP ou INNPI) avec 18 % en Guyane et 20 % en Guadeloupe. Afin d'atteindre la meilleure observance, les médicaments les plus prescrits sont ceux qui présentent les modalités les plus simples d'administration.

La limitation des effets secondaires est également recherchée. Ainsi à la Réunion, l'usage des inhibiteurs de protéases (IP) est restreint aux patients dont le taux de CD4 est inférieur à 100³³. On remarque également qu'en Guadeloupe les trithérapies sont de moins en moins des associations comprenant des IP³⁴. Les IP apparaissent peu à cause des risques de complications fréquentes et parfois sévères. D'une manière générale, on prescrit moins d'IP dans les DOM qu'en métropole.

Tous les patients des files actives ne sont pas traités : le choix d'un traitement est lié à la présentation clinique, au niveau de CD4 et à la charge virale de la personne séropositive. Par exemple en Guadeloupe, 21 % des patients de la file active ne sont pas traités contre 13 % à la Réunion³⁵.

Par ailleurs, une étude comparant les patients séropositifs suivis des DFA et de la métropole sur une période allant de janvier 1997 à juin 1998 met en évidence certaines tendances. Avec la généralisation des trithérapies, le pourcentage de patients en échec thérapeutique diminue dans les deux zones, mais reste plus élevé dans les DFA : sur la période considérée, il passe de 21 % à 14 % pour les DFA et de 11,4 % à 6,7 % en métropole. Cette différence pourrait être liée au pourcentage significativement plus élevé de patients sans prescription d'ARV dans les DFA qui reste de l'ordre de 20 % au dernier trimestre 1998 dans les DFA contre 12 % en métropole³⁶.

Ces écarts persistants pourraient s'expliquer par une prise en charge tardive des patients, un suivi moins régulier et une observance moindre pouvant rendre compte d'un pourcentage plus important d'échecs thérapeutiques. Dès lors, la nouvelle hausse du nombre de cas de sida et de décès en 2000 pourrait être due à ces difficultés dans la prise en charge des patients.

LES INFECTIONS OPPORTUNISTES ET LES CO-INFECTIONS

En Guadeloupe, les principales infections opportunistes sont, en 2000, la candidose œsophagienne (31 cas) et la toxoplasmose cérébrale (22 cas). Les autres infections avec en moyenne une dizaine de cas pour chaque type sont la pneumocystose, la tuberculose, l'histoplasmose et l'encéphalopathie.

³⁰ C'est parmi les cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle que l'on observe la plus forte proportion de personnes non dépistées avant le sida : 64 % au 1^{er} semestre 2002. Cette proportion est de 45 % pour les cas liés à une contamination homosexuelle et de 17 % pour les cas liés à une contamination par usage de drogues injectables. Cf. *Sida, VIH et IST, op. cit.*, p. 10.

³¹ Source InVS au 30 septembre 2002.

³² Données 2001, Rapports des CISIH.

³³ Rapport 2001 du CISIH de la Réunion.

³⁴ Rapport 2002 du CISIH de Guadeloupe, annexe.

³⁵ Données 2000 pour la Guadeloupe, 2001 pour la Réunion, Rapports des CISIH.

³⁶ Cf. *Prise en charge thérapeutique et état biologique et clinique des patients séropositifs pour le VIH : une étude comparative en Antilles et en métropole*, M. Mary-Krause, J. Deloumeaux, D. Costagliola, Premières journées d'épidémiologie et de Santé Publique, Pointe-à-Pitre, France, 25-27 novembre 1999, Résumé C-29.

En Martinique, les principales infections sont, en 2001, la pneumocystose (11 cas) et la toxoplasmose (10 cas). Viennent ensuite avec une moyenne de 5 cas par infection la candidose œsophagienne, la tuberculose, les infections sévères à cytomégalovirus, et celles à mycobactéries atypiques.

En Guyane, les infections à l'origine du passage au stade sida les plus fréquentes sont les tuberculoses (28 %), suivies des candidoses œsophagiennes (24 %).

Les infections opportunistes à la Réunion concernent un petit nombre de cas. Après un pic en 1997, elles sont en déclin constant pour les infections sévères à cytomégalovirus, celles à mycobactéries ou les cryptococoses. La pneumocystose reste l'infection la plus fréquente et la plus stable avec une moyenne de 5 cas par an depuis 1998 et 8 cas en 2001. Les gonococcies chez les personnes vivant avec le VIH ont fait une réapparition significative après avoir disparu pendant des années (12 cas en 2001), signe d'une reprise des comportements à risque.

Les co-infections VIH/VHC concernent environ 10 % de la file active : 10 % pour la Martinique en 2001 ; 12 % pour la Guadeloupe en 2000 ; 13,5 % à la Réunion en 2001 mais seulement 4,4 % en Guyane en 2001. Les co-infections HTLV1/VIH représentent 11 % de la file active de la Guadeloupe en 2000 et 5 % en Martinique en 2001 et n'existent pas à la Réunion. Le taux de co-infection VIH/HTLVI n'est pas connu précisément sur la Guyane mais peut être estimé à 12 %³⁷.

LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIRUS

Les expositions sexuelles représentent une part importante des accidents d'expositions dans les DOM.

En Guadeloupe en 2000, 30 cas ont été pris en charge dont 16 expositions sexuelles. Sur les 30 personnes prises en charge, 16 ont reçu un traitement. En Martinique, on recense 152 cas en 2000, avec une part croissante des expositions sexuelles (30 cas). 104 cas concernaient les accidents d'exposition professionnelle des personnels de santé. Pour l'ensemble des cas, 56 personnes ont reçu un traitement. En Guyane en 2001, 121 accidents d'exposition ont été pris en charge par les hôpitaux de Saint-Laurent et de Cayenne dont 46 cas d'exposition sexuelle. Sur les 121 cas pris en charge, 34 personnes ont suivi un traitement post-exposition. Enfin à la Réunion, 72 accidents d'exposition ont été dénombrés en 2002, dont 34 sexuels. 36 personnes au total ont été traitées³⁸.

CHAPITE 2 LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE : ENJEUX, LIMITES ET PROPOSITIONS DE RÉFORMES

Le dispositif de lutte contre le VIH/sida dans les DOM doit prendre en compte une situation économique et sociale difficile ainsi qu'une épidémie aux caractéristiques et à l'ampleur distinctes de la métropole. Ce dispositif repose en premier lieu sur les actions de prévention et de dépistage (A) qui doivent être à la hauteur des enjeux posés par l'épidémie. Il ne peut cependant être efficace sans une offre de soins suffisante et adaptée aux contextes locaux (B). Enfin, la compréhension et la prise en compte de l'environnement régional des départements étudiés est un élément essentiel de l'amélioration de la lutte contre l'épidémie dans les DOM. C'est pourquoi, une attention particulière doit être portée aux migrants ainsi qu'aux programmes de coopération à développer avec leurs pays d'origine (C). Ces trois domaines ont déjà bénéficié de la mise en œuvre de certains programmes. Cependant, jusqu'à présent, ces derniers n'ont pas réussi à mettre un terme à une évolution de l'épidémie plus défavorable qu'en métropole. L'objectif n'est pas tant de montrer les faiblesses du dispositif, qui tiennent pour beaucoup à l'absence de coordination et de concertation entre les acteurs et, dans une moindre mesure, à l'insuffisance des moyens alloués, que de proposer les voies possibles d'une amélioration de la lutte contre le VIH/sida.

(Les passages en italique qui précèdent les développements les plus importants de cette partie résument les positions et les préconisations du CNS sur chacun des points considérés. Ils sont repris de manière synthétique à la fin du rapport sous la forme de recommandations).

2.1 PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Dans la lutte contre l'épidémie de sida, la prévention et le dépistage ont toujours été des priorités. Déterminants dans la première décennie de l'épidémie, quand il n'existait pas encore de traitements susceptibles de ralentir l'évolution de la maladie, ils demeurent les premières actions à mener pour enrayer ou circonscrire l'épidémie.

³⁷ Données des CISIH.

³⁸ Données des CISIH, 2000 pour la Guadeloupe, 2001 pour la Martinique et la Guyane, 2002 pour la Réunion.

Dans les départements d'outre-mer, la prévention et le dépistage se heurtent à de nombreuses difficultés dont certaines sont très spécifiques à ces départements. Dès 1993, le rapport Montagnier³⁹ critiquait les actions conduites avec l'Association française de lutte contre le sida (AFLS) et soulignait leur manque d'adaptation au terrain. Le précédent rapport du CNS sur la situation de l'épidémie de sida dans les départements français d'Amérique concluait également à certaines spécificités et lacunes de la prévention et du dépistage⁴⁰.

Le rapport soulignait en particulier deux points essentiels : l'insuffisance du dépistage volontaire qui a pour conséquence un accès très tardif aux soins ; l'inadéquation ou l'insuffisance de la prévention à l'égard de certaines catégories de personnes notamment les détenus, les usagers de crack, les prostitué(e)s et les migrants.

Le constat général est que la politique de prévention n'est pas à la hauteur des enjeux et de la dynamique de l'épidémie dans les DOM. Elle pâtit du manque de mobilisation de certains acteurs, notamment du Conseil général, et surtout du défaut de coordination et de concertation entre ces acteurs. Les actions de prévention souffrent également des déficiences et de l'isolement des différentes associations.

Il est donc particulièrement nécessaire de s'intéresser à nouveau aux actions de prévention et de dépistage afin de pointer certaines de leurs lacunes et surtout de soutenir les différents acteurs de ces campagnes qui agissent dans un contexte parfois difficile.

Remarques liminaires : hommes, femmes, sexualités et VIH/sida

Les sociétés guyano-antillaises sont considérées par les sociologues et les anthropologues spécialistes de cette région comme des sociétés matrifocales. Il s'agit de sociétés au sein desquelles la prédominance de la femme en tant que mère s'exerce sur la famille, dans les rôles d'éducation et d'autorité familiales, avec pour corollaire un effacement de la figure paternelle.

Paradoxalement, alors que le mariage en tant qu'institution est encore socialement très valorisé, cette matrifocalité s'accompagne d'un taux élevé de concubinage, d'union libre sans cohabitation et de multipartenariat qui accentuent la faiblesse du rôle paternel. Ainsi, alors que le statut social masculin s'articule essentiellement autour du statut professionnel, celui des femmes est encore majoritairement conditionné par la maternité. Cependant, cette matrifocalité ne saurait être assimilée à un matriarcat. En effet, la place des femmes au sein des sociétés antillo-guyanaises est caractérisée par une certaine absence de l'espace public et des lieux de pouvoir social, économique et politique. La condition féminine dans les DFA est ainsi marquée, pour une large part de cette population, par une dépendance forte à l'égard des hommes, notamment financière. Nombre de relations sexuelles sont entretenues plus ou moins ouvertement en contrepartie de « cadeaux » ou d'avantages matériels. « Les partenaires sont invités à offrir des présents, participer aux dépenses ou bien encore à l'entretien du foyer maternel quand un enfant est venu l'agrandir, dans un mode de relation qui s'appuie sur le rôle avant tout économique de l'homme et qui flirte parfois avec des pratiques de prostitution domestique (Hebel, 1996). Dans cette négociation de la sexualité, les femmes peuvent avoir à la fois un partenaire affectif et un partenaire d'intérêt. »⁴¹

Dans le cadre de cette relation de dépendance, il peut être très difficile voire impossible pour une femme de demander à son partenaire d'utiliser un préservatif. De plus, dans le cas où une femme apprend sa séropositivité, elle craint souvent de révéler son statut sérologique à son partenaire et de se voir ainsi rejetée ou accusée de la contamination éventuelle de l'homme. C'est ce qui explique, par exemple en Guyane, que seulement 50 % des femmes des couples sérodiscordants révèlent leur séropositivité à leur partenaire⁴².

Pour les hommes, l'annonce de la séropositivité s'apparente à une remise en cause de leur virilité. Outre l'opprobre social très fort qui menace les hommes comme les femmes en cas de révélation de la maladie, les hommes craignent très souvent d'être accusés d'homosexualité, particulièrement stigmatisée dans les sociétés antillo-guyanaises. De ce fait, il existe un déni très fort de l'homosexualité : une partie des contaminations déclarées par voie hétérosexuelle masquent des contaminations bisexuelles ou homosexuelles (Cf. supra). De plus, la stigmatisation des homosexuels gêne considérablement les actions de prévention plus spécifiques à leur égard.

Le déni de la maladie

³⁹ L. Montagnier, *Le sida et la société française*, décembre 1993, Paris, La Documentation française, 1994.

⁴⁰ CNS, « Spécificité et inégalités. Le sida dans les Départements Français d'Amérique », 17 juin 1996 in *Ethique sida et société, Rapport d'activité 1994-1996, Tome II*, La Documentation française, pp. 165-181.

⁴¹ Cf. F. Lert et S. Mulot, *Les conditions de vie et l'accès aux soins des personnes infectées par le VIH/sida dans les départements français d'Amérique : problématique du projet VESPA-DFA*, Septembre 2002, p. 10.

⁴² Source CISIH Guyane 2002.

Ces représentations sociales des rapports entre les sexes, dont nous n'avons présenté que certains aspects⁴³, ainsi que les représentations du corps et de la maladie propres aux cultures des Antilles et de la Guyane⁴⁴ contribuent à construire et à entretenir un très fort déni de la maladie, obstacle majeur à la lutte contre le VIH/sida.

La discrimination à l'égard des personnes séropositives, moins considérées comme des victimes qu'accusées de propager le virus est une réalité. Elle a pour conséquence un très fort déni collectif de l'épidémie (« le sida c'est les autres ») et une grande difficulté pour les séropositifs de parler de la maladie, y compris à leurs proches. De plus, « le contrôle social coercitif et la pratique d'un "makrélaj" (commérage) alimentant continuellement la rumeur publique rendent plus difficiles encore le maintien de la confidentialité, de l'anonymat et du secret de la vie privée par rapport à la collectivité. »⁴⁵ Par conséquent, le VIH/sida demeure un sujet largement occulté à tel point que l'on a pu parler de « parole proscrite » à propos de cette épidémie aux Antilles et en Guyane⁴⁶.

Par exemple, en Guyane, aucun membre bénévole d'une association n'est séropositif, ce qui montre la difficulté de l'engagement et du témoignage pour les séropositifs⁴⁷. Cette difficulté est sans aucun doute accentuée par l'absence de débat sur la question dans l'espace public. De même, les critiques de l'activité médicale et administrative de lutte contre le sida, volontiers livrées en privé, n'émergent pratiquement jamais dans l'espace public sinon de manière anonyme. Le silence associatif est ainsi fréquemment justifié au nom du déni de l'infection à VIH mais tend paradoxalement à la renforcer : l'association n'encouragerait pas à la prise de parole de ses membres de crainte de la stigmatisation qu'elle pourrait induire.

En préalable à des analyses relatives à la prévention, il peut être utile de rappeler certaines données d'enquêtes concernant les comportements sexuels dans les DOM. En effet, ces données permettent de mettre en évidence certaines caractéristiques, concernant par exemple le partenariat sexuel ou l'usage du préservatif et donc de réorienter et d'améliorer les actions de prévention.

Les seules données disponibles sont celles de l'enquête ACSAG (analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane) de 1992⁴⁸. L'essentiel peut en être rappelé : la transmission majoritairement hétérosexuelle qui caractérise les DFA⁴⁹ semble corrélée à la forte proportion de multipartenariat sexuel et, dans une moindre mesure, à un recours plus élevé qu'en métropole à la prostitution ou à des pratiques assimilables à la prostitution⁵⁰. Si l'utilisation du préservatif est comparable voire supérieure à celle de la métropole, on note qu'elle reste faible chez les femmes lors d'un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

Plusieurs remarques s'imposent à propos de ces enquêtes. Il est regrettable, en premier lieu, que celles-ci datent de plus de dix ans et qu'elles n'aient pas été renouvelées depuis. D'une manière générale, c'est l'ensemble de la recherche en sciences sociales sur les multiples caractéristiques et implications de l'épidémie qui mérite d'être davantage développée. En particulier, il faut continuer à interroger régulièrement les comportements sexuels effectifs des habitants des DOM : les prochains résultats des enquêtes VESPA (VIH : Enquête Sur les Personnes Atteintes) pour les DFA et KABP (Knowledge, Attitude, Behavior and Practice) sont à ce titre très attendus. En effet, les méthodes, les protocoles et les résultats de ces enquêtes se doivent d'être d'autant plus fiables qu'ils risquent d'être utilisés pour alimenter des propos polémiques plus que scientifiques relatifs aux comportements sexuels des habitants de ces départements.

S'il est vrai que le multi-partenariat masculin dans les DFA est trois fois plus élevé que celui de la métropole, il convient de rappeler que les sociétés antillo-guyanaïses sont aussi caractérisées par une pratique religieuse encore importante, un contrôle social

⁴³ Pour une étude plus approfondie de ces questions, nous renvoyons à la bibliographie sélective proposée à la fin de ce rapport.

⁴⁴ Cf. notamment A. Gilloire, *Représentations et pratiques populaires relatives à l'environnement et à la santé aux Antilles françaises. Systèmes de santé et organisation sociale à la Martinique et à la Guadeloupe*, Paris, 1985 et *Rapport du CNS, 1996*.

⁴⁵ Cité dans F. Lert et S. Mulot, *op. cit.*, p. 8. Le déni de la maladie et l'impossibilité corrélative d'en parler entraînent très souvent l'isolement des malades. « Culpabilisés et conscients de ces manques, les malades eux-mêmes expriment parfois leur volonté de garder le secret sur leur état et n'envisagent pas de se confier même à leur conjoint ou leur famille. Les équipes soignantes soulignent la difficulté ressentie par les patients à prévenir le partenaire, les parents ou les enfants de leur séropositivité, et la solitude dans laquelle ils se retrouvent face à leur maladie. Le recours à la spiritualité, aux thérapeutiques traditionnelles ou à la religion, comme aide, comme soutien, voire comme acte de rédemption du crime désigné par la société, semble pour certains un détour nécessaire ». *Ibid.*, p. 9.

⁴⁶ Cf. D. Porette, *Hommes et femmes de la Guadeloupe en Ile-de-France. Pratiques liées au corps, relations entre les sexes et attitudes face au risque de contamination par le VIH*, Thèse en ethnologie et anthropologie sociale, sous la direction de Marie-Élisabeth Handman, Paris, EHESS, 2002.

⁴⁷ Pour la première fois le 1^{er} décembre 2002, un malade a osé témoigner à visage découvert lors d'une émission de télévision sur RFO Guyane. Ce type d'initiatives peut contribuer à lever le tabou qui pèse encore sur cette maladie.

⁴⁸ Les conclusions que l'on peut en tirer rejoignent donc celles du précédent rapport de 1996, *Spécificités et inégalités. Le sida dans les départements français d'Amérique*, Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida, 17 juin 1996, *op. cit.*

⁴⁹ Cf., pour les résultats les plus récents, les données épidémiologiques de la première partie.

⁵⁰ Il s'agit de « marchandisation » de la sexualité, c'est à dire de relations sexuelles entretenues plus ou moins ouvertement en contrepartie de « cadeaux » ou d'avantages matériels.

très fort et une omniprésence de la rumeur qui stigmatise tout comportement déviant. Les généralisations abusives sur les comportements sexuels de ces populations, largement empreintes de culturalisme voire de racisme⁵¹ ont trop longtemps parasité les analyses de la sexualité dans les DOM pour ne pas constituer aujourd'hui l'objet d'une mise en garde.

Contrairement aux DFA, les enquêtes sur les pratiques sexuelles à la Réunion ne montrent pas de spécificités très marquées par rapport à la métropole.

Le premier rapport sexuel intervient en moyenne à 16,8 ans pour les femmes et à 17,9 ans pour les hommes. Une femme sur vingt et un homme sur cinq ont eu plusieurs partenaires dans l'année ayant précédé la dernière enquête, et les 2/3 de ces personnes multi-partenaires étaient célibataires. Si la proportion d'hommes multi-partenaires est supérieure à celle de la métropole, elle reste très en deçà des DFA. 2,6 % d'hommes se disent homosexuels.

En matière de comportements à risques, il apparaît que moins de 60 % des Réunionnais ont déjà utilisé un préservatif ; la rencontre avec un partenaire occasionnel n'entraîne d'ailleurs l'utilisation d'un préservatif que dans 70 % des cas. Toutefois, une personne sur trois assure avoir modifié ses comportements sexuels depuis le début de l'épidémie, cette affirmation concernant avant tout des jeunes diplômés multi-partenaires.

Les responsables médicaux de la Réunion auditionnés par le CNS suggèrent que les comportements en matière sexuelle se sont progressivement éloignés du modèle familial traditionnel, où la sexualité était conçue dans le cadre d'un couple fidèle n'utilisant pas de contraception, au profit de pratiques plus libérées. Ils précisent toutefois que le nombre de naissances chez de très jeunes femmes demeure élevé. Cette fécondité des jeunes filles est assez bien acceptée dans une société encore marquée par la cohabitation et la solidarité familiale mais elle n'est pas sans poser des problèmes sociaux et sanitaires dont les solutions s'inscrivent dans une éducation générale à la santé et à la sexualité.

2.1.1 DÉFINIR ET CONDUIRE DES ACTIONS DE PRÉVENTION ADAPTÉES AUX TERRAINS

L'ETAT DOIT S'AFFIRMER DAVANTAGE COMME UN ACTEUR CENTRAL DE LA PRÉVENTION

La déclinaison locale de la politique nationale en matière de VIH/sida s'articule autour de programmes régionaux de santé (PRS) relatifs au VIH/sida actuellement mis à jour et prévoit une approche ciblée par thèmes et par populations. Cette adaptation locale est soutenue par le Ministère de la santé qui a placé les DFA comme groupe prioritaire dans les stratégies de prévention de l'infection VIH/sida en France pour les années 2001-2004.

Cependant, les actions engagées sont encore trop souvent discontinues et restreintes à certains moments ou à certains types d'action comme la mise à disposition, par ailleurs bien imparfaite dans sa mise en œuvre, de préservatifs. Il est certes très important que la démarche de prévention soit associée à des événements tels que le carnaval (février) ou la journée mondiale de lutte contre le sida, le 1^{er} décembre, mais la plupart des acteurs regrettent que ces campagnes de prévention ne soient pas davantage inscrites dans la durée.

Il en va de même pour les programmes d'action des DSDS de ces départements, souvent décisifs dans la mise en œuvre effective de campagnes de prévention et de dépistage mais qui s'inscrivent insuffisamment dans la durée et la continuité nécessaire à leur efficacité. Par ailleurs, le travail de prévention que mènent les différents acteurs institutionnels et associatifs se heurte aux représentations de l'épidémie de VIH/sida qui génèrent un déni du risque et de la maladie ainsi qu'une forte stigmatisation. C'est la raison pour laquelle une constante attention doit être portée à la teneur du message de prévention et à l'évaluation de son efficacité.

Le rôle d'impulsion et de coordination des services de santé de l'Etat

- Les campagnes générales de prévention

Les campagnes de prévention dans les départements d'outre-mer, adressées à la population générale grâce aux médias, sont désormais mieux adaptées au « contexte local », ce que d'aucuns appellent la « créolité ». Elles ont longtemps souffert en effet, de n'être que de simples transpositions des campagnes métropolitaines, coupées des réalités locales et ne tenant pas compte du

⁵¹ Cf. notamment l'article de M. Giraud, « Une construction coloniale de la sexualité. A propos du multipartenariat hétérosexuel caribéen », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 128, 1999, pp. 46-55.

profil épidémiologique spécifique des DOM⁵². L'inefficacité et parfois les conséquences négatives de ces précédentes campagnes, soulignées par différents rapports⁵³, ont effectivement plaidé en faveur d'une réforme radicale de celles-ci.

Les derniers courts-métrages de prévention, diffusés depuis le 1^{er} décembre 2001 sur RFO sont mieux adaptés au contexte et mettent en scène des problèmes locaux spécifiques. Elaborés en coordination avec les campagnes nationales dans chacun des départements, ils font appel par ailleurs à des comédiens antillais ou guyanais⁵⁴.

Cependant, les populations les plus précarisées ou les plus isolées (pauvres, migrants en situation irrégulière, populations vivant le long des fleuves guyanais ou dans la zone des cratères à la Réunion) n'ont pas régulièrement accès aux grands médias généralistes (journaux, télévision, radio). Par conséquent, la fraction la plus fragilisée de la population bénéficie peu de ce type de prévention et d'information.

En outre, on pourrait souhaiter une adaptation plus rapide aux réalités locales, pour la plupart communes à l'ensemble des DOM, à savoir l'importance de la tradition orale et des spécificités dans les représentations de la sexualité et de la maladie.

- L'évaluation des supports de prévention

On peut s'interroger en particulier sur les supports utilisés pour communiquer. Pour certaines communautés, de tradition culturelle orale⁵⁵, il est probable que les supports écrits n'ont que peu d'effets, même traduits dans leur langue. Dans de nombreux cas, il est donc préférable de mener une action de prévention spécifique dans la langue de la population concernée ou de construire cette action autour de supports visuels, schémas ou dessins. Par ailleurs, il importe de porter ce message directement, de personne à personne : le contact humain est souvent indispensable à sa bonne réception et cette démarche de proximité, reposant sur des personnels autochtones formés, peut s'avérer positive.

Se pose enfin la question de l'évaluation de ces actions : dispose-t-on de suffisamment de recul par rapport aux précédentes campagnes ? Les populations ciblées ont-elles été atteintes ?

Plusieurs travaux ont été menés sur les représentations du sida en Guadeloupe depuis 1989 qui permettent de documenter les difficultés inhérentes à tout travail de prévention et d'information⁵⁶.

De ce point de vue, une Recherche Action VIH/sida, menée de septembre 2001 à juin 2002 par le Comité Guadeloupéen d'Education pour la Santé (COGES)⁵⁷ est riche d'enseignement puisqu'elle se propose de recenser et d'évaluer les différents supports de

⁵² A titre d'exemple, on peut souligner que les campagnes de prévention et de dépistage, même les plus récentes, ne tiennent pas compte d'une spécificité des départements d'outre-mer, à savoir la proportion relativement élevée des plus de 65 ans (environ 15 %) parmi les séropositifs.

⁵³ Il s'agit du rapport Montagnier de 1993 puis du rapport du CNS de 1996. Ces campagnes étaient critiquées pour ne mettre en scène que des acteurs métropolitains, ou ne représenter que des groupes ou des comportements « marginaux » (homosexuels, usagers de drogues, prostituées, étrangers). Ces actions, trop exclusivement orientées vers ceux que l'on appelait les « groupes à risques » (on parle aujourd'hui de « comportements à risques ») ont contribué à renforcer la stigmatisation de ces personnes et l'ostracisme dont elles étaient victimes, tout en maintenant l'illusion, au sein de la population créole, que le sida était la maladie de « l'autre », de cet « autre » métropolitain, étranger ou déviant.

⁵⁴ Cf. Les principales conclusions de l'enquête Médiamétrie. Médiamétrie, *Post test films sida, Martinique, Guadeloupe et Guyane*, p. 40. Il faut par ailleurs veiller à ce que les acteurs des films diffusés en Guadeloupe soient guadeloupéens et non martiniquais afin de laisser le moins de prise possible au discours classique qui consiste à assimiler le VIH/sida à la maladie de « l'autre », de « l'étranger », même s'il s'agit d'un « étranger proche » martiniquais.

⁵⁵ Dans les quatre DOM, le créole ainsi que les langues autres que le Français enseignés à l'école sont des langues davantage parlées que lues.

⁵⁶ On peut citer notamment la première étude de la DDASS sur l'état des connaissances et des pratiques vis-à-vis du VIH/sida en 1989 ; l'enquête ACSAG initiée en 1992 ; l'enquête de l'OBEA de 1996 sur les connaissances, comportements et attitudes à l'égard du VIH ; le rapport du CNS en 1996 ; et en 2001, l'enquête de l'observatoire départemental social et sanitaire chez les jeunes scolarisés.

On peut par ailleurs se reporter avec profit aux recherches menées en sociologie et en anthropologie sur la sexualité et les rapports de sexe notamment les thèses de S. Mulot, « *Je suis la mère, je suis le père !* » : *l'énigme matrifocale. Relations familiales et rapports de sexes en Guadeloupe*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, Paris, 2000 ; de D. Pourrette, *Hommes et femmes de la Guadeloupe en Ile-de-France, pratiques liées au corps, relations entre les sexes et attitudes face aux risques de contamination par le VIH*, Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, Paris, 2002.

Enfin, pour le cas particulier de Saint-Martin, on peut se référer aux travaux de Catherine Benoît par exemple « Surveillance épidémiologique du sida dans la Caraïbe : le déni scientifique et politique de l'épidémie à Saint-Martin/Sint Maarten (1991-1997), ou comment s'en débarrasser ? », *Autrepart*, 12, 1999, pp. 141-158.

prévention proposés en Guadeloupe depuis 1994. Cette recherche a permis d'établir un état des lieux des supports de prévention tant sur les plans qualitatifs que quantitatifs. Ainsi plusieurs recommandations ont pu être formulées notamment de :

- « favoriser une approche globale de la sexualité, en lien avec la contraception, la maîtrise de la sexualité ;
- tenir compte du rapport des genres et de développer une approche sexuée de la sexualité et de la prévention contre le sida ;
- détacher l'image négative du préservatif lié au sida afin de multiplier son utilisation ;
- lutter contre la stigmatisation et la discrimination en détachant la personne infectée d'une identité dite transgressive et déviante ;
- démystifier les idées reçues ou croyances sur des modes de contamination où le risque de transmission est nul ;
- continuer à renforcer les connaissances sur le fonctionnement de la maladie, les modes de transmission. »⁵⁸

Ces recommandations sont pertinentes et montrent la nécessité d'un constant rappel de faits pourtant très établis en matière de transmission de la maladie, la nécessité d'une lutte continue contre toutes les formes de discrimination et de rejet et enfin la nécessité de relancer des campagnes de prévention à un moment où l'on constate un relâchement des comportements⁵⁹. Le message de prévention est peu efficace en Guadeloupe car la population ne se reconnaît pas dans une maladie réputée concerner les homosexuels ou les étrangers.

Le VIH/sida reste par ailleurs une maladie abstraite dont la représentation est difficile pour certaines populations parce qu'elle ne rentre pas dans les cadres de perception habituels de la maladie.

- Les programmes d'action des services de santé de l'Etat

En Guyane, un programme d'intervention pour la période 2002-2005 a été élaboré sous l'égide de la DSDS. Plusieurs groupes de travail se sont réunis afin de redéfinir une politique de prévention plus diversifiée : l'objectif est à la fois de revoir les outils classiques de prévention en les diversifiant, de cibler des populations particulières telles que les « jeunes » ou « les milieux de la nuit » et d'organiser la prévention par « quartiers ». D'autre part, des formations récentes sous l'égide de la DSDS ont permis de lancer des actions nouvelles comme des groupes de parole de femmes (mises en place à Entr'aides Cayenne⁶⁰, en projet à Entr'aides Saint-Laurent), qui constituent à la fois des actions de soutien aux personnes atteintes et des actions de prévention. D'autres sont en cours à destination des acteurs des dispositifs de dépistage dont les personnels non médicaux des CDAG ont été les premiers bénéficiaires. De plus, un réseau d'acteurs ressources a été créé par la DSDS dans les principales villes et depuis plusieurs années, une équipe mobile d'intervention et de prévention (EMIPS) permet d'aller au devant des populations du fleuve Maroni, malgré des conditions d'accès et de sécurité souvent contraignantes⁶¹.

La rotation élevée des responsables administratifs, notamment des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), est soulignée par plusieurs acteurs comme un obstacle de premier ordre à la continuité administrative et au suivi exhaustif des programmes, de leur mise en place à leur évaluation. Cependant, depuis septembre 2002, la Guyane dispose d'un poste de MISP chargé à temps plein de superviser et de coordonner les actions de lutte contre l'épidémie. En effet jusqu'au milieu de l'année 2002, malgré une lourde activité liée au VIH/sida, seul un demi-poste de MISP était consacré à cette pathologie, ce qui était insuffisant⁶².

En Guadeloupe, la première conférence régionale de santé qui a eu lieu en 1996 a retenu le VIH/sida comme priorité de santé publique⁶³. Un programme régional de santé (PRS) « VIH/sida (1998-2000) » a été élaboré en 1997 et a débuté en 1998.

S'appuyant sur les données de la DSDS ainsi que sur l'enquête ACSAG (analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane) il présentait deux objectifs principaux : « Faire en sorte que d'ici l'an 2000, l'ensemble de la population de la Guadeloupe bénéficie des mêmes possibilités de prévention, d'accès aux soins, d'accompagnement et de soutien pour l'infection par le VIH » et

⁵⁷ COGES, *Recherche Action VIH/sida, septembre 2001-juin 2002, Présentation, Bilan, Evaluation. Analyse des outils de prévention VIH/sida utilisés en Guadeloupe*, septembre 2002.

⁵⁸ *Ibid*, p. 32.

⁵⁹ *Cf. supra*, partie I, chapitre B. Données épidémiologiques.

⁶⁰ Désormais totalement indépendante de Aides fédération, Aides Guyane est juridiquement autonome depuis le 1^{er} janvier 2003 et a pris le nom d'Entr'aides.

⁶¹ A ce titre, il est important que le travail des équipes médicales intervenant sur les fleuves ou dans les zones enclavées soit facilité.

⁶² Le MISP ne pouvait consacrer que la moitié de son temps à l'activité sida car d'autres missions lui incombait comme la veille sanitaire, la surveillance de la périnatalité ou le suivi des procédures administratives concernant les étrangers malades.

⁶³ La lutte contre l'épidémie de VIH/sida a été retenue comme priorité par le jury de la Conférence régionale de santé de Guadeloupe avec les PRS « Lutter contre les accidents de la voie publique », « Maîtriser l'épidémie de diabète en Guadeloupe » et « Réduire l'hypertension artérielle en Guadeloupe ». Le PRS « VIH/sida » a la particularité d'avoir eu une durée de mise en œuvre plus courte que les autres puisqu'il s'est terminé en 2000 alors que les autres se sont poursuivis jusqu'en 2002. L'action entreprise dans le cadre du PRS « VIH/sida » s'est toutefois poursuivie grâce au travail du Comité Sida.

« Faire en sorte de poursuivre les efforts entrepris dans les domaines du soin, de la prévention, de l'accompagnement psychosocial »⁶⁴.

Outre sa durée, sans doute trop courte pour être réellement efficace, l'action de ce PRS s'est essentiellement articulée autour de la journée mondiale de lutte contre le sida. Les difficultés de mise en œuvre complète de ce programme témoignent à la fois des problèmes de coordination entre les différents acteurs institutionnels, ainsi que d'un manque de moyens et de mobilisation de la part de ces acteurs. Ainsi le comité sida, créé en 1997 et qui regroupait une centaine d'intervenants n'a pas été suffisamment utilisé. Pour les praticiens qui l'ont dirigé, il fut difficile à réunir et à mobiliser en raison notamment de conflits de personnes, sans doute exacerbés par la situation d'insularité et l'interconnaissance très forte entre les divers intervenants. Le bilan des actions prioritaires montre que l'action de formation de personnes-relais et le suivi de leur projet de prévention sont inégaux et que l'implication des associations communautaires demeure limitée. Par ailleurs, des distributeurs⁶⁵ ont été installés mais leur acceptabilité et leur accessibilité sont à revoir : la taxe de l'octroi de mer renchérit leur coût et on a pu voir des officines où ceux-ci étaient fournis avec de la vaseline. La question se pose donc de l'évaluation et de l'éventuelle continuation du PRS « VIH/sida » qui s'est conclu en 2000.

- Maintenir la vigilance des services de santé

En Martinique, on note ce qui semble être une forme de désengagement des pouvoirs publics puisque auparavant deux médecins inspecteurs se partageaient la charge de travail désormais dévolue à un seul. Outre la lutte contre l'infection à VIH/sida, celle-ci comprend le suivi des conduites addictives, de la santé en milieu carcéral, de l'infection par les VHB/VHC et du centre de rétention administrative.

Cependant, il semble qu'il y ait un risque important de voir la DSDS se désengager de l'action de lutte contre le sida en raison de la situation plutôt favorable de l'épidémie dans l'île par rapport aux autres DFA.

A la Réunion, les pouvoirs publics poursuivent, malgré la diminution des crédits disponibles, leur mobilisation en faveur de la prévention. L'objectif général du PRS Santé et Sexualité est de maintenir l'épidémie à un niveau modeste en limitant les nouvelles contaminations. Plus spécifiquement, il vise à aider les acteurs de prévention à se doter de méthodes et outils adaptés à la population locale (en veillant par exemple à ne pas confondre La Réunion et les DFA) et à aider la population à « trouver une réponse adaptée pour une sexualité sans risque ».

Un centre ressource, celui de l'Association réunionnaise de prévention du sida, (ARPS) a dans un premier temps été mobilisé, puis un groupe partenarial s'est élaboré (Sidanergie). Un numéro vert est disponible et des actions d'accompagnement et de re-socialisation des personnes infectées sont menées. Les praticiens exerçant à la Réunion insistent néanmoins sur la forte diminution des crédits extrahospitaliers disponibles en 2002 (-30 %), qui entrave la continuité des efforts.

LE RÉSEAU SCOLAIRE DOIT ÊTRE MOBILISÉ ET ORIENTÉ VERS UNE ÉDUCATION GÉNÉRALE À LA SANTÉ

A travers l'institution scolaire et le réseau d'écoles, collèges et lycées de chaque département, l'Etat dispose d'instruments efficaces pour relayer son discours de prévention. Mais le message sur le sida et l'usage du préservatif, tel qu'il est délivré actuellement, semble rejeté. D'après les intervenants en milieu scolaire, les jeunes scolarisés attendent autre chose et notamment une information plus globale sur la sexualité, les IST ou la grossesse⁶⁶. Par ailleurs, les personnels qui s'étaient investis dans la prévention semblent découragés, en partie parce que des relais et des partenaires importants, tels que Sol En Si en Guyane, ont disparu ou se sont épuisés.

Une réflexion d'ensemble sur le rôle de l'institution scolaire est nécessaire : le discours de prévention sur le sida doit s'inscrire dans un discours plus global d'éducation à la santé et à la sexualité. Cette éducation générale à la santé est d'autant plus importante que les élèves, qui sont parfois les premiers de leur famille à être scolarisés, peuvent être les relais de messages de prévention et d'information à destination de leurs parents.

- Mieux coordonner les actions de prévention en milieu scolaire

En Martinique, en Guadeloupe et à la Réunion, dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé, les actions conduites en milieu scolaire semblent souvent insuffisantes. Il est important que l'Éducation nationale, notamment en la personne du médecin-

⁶⁴ Cité dans S. Mulot et A. Danière, *Évaluation des Programmes Régionaux de Santé de Guadeloupe initiés depuis 1996*, Rapport du COGES, présenté le 7 février 2002 lors de la Conférence régionale de santé, p. 70.

⁶⁵ La consommation de préservatifs a été multipliée par cinq en six ans : elle est désormais de 25 000 unités/an.

⁶⁶ Le désir de grossesse est très fort chez les jeunes filles, tout particulièrement en Guyane, puisque l'accès à la maternité leur procure un statut social valorisant, leur donnant à la fois une certaine indépendance financière liée à l'obtention d'allocations et surtout une place reconnue dans la société.

chef en charge de ce secteur, s'implique dans la prévention contre le VIH/sida et utilise le plus largement possible les moyens et le réseau des écoles, collèges et lycées de ces îles⁶⁷. La situation est cependant nettement plus défavorable en Guyane et mérite à ce titre une attention plus soutenue. Depuis 1996, il existe un rectorat qui est notamment chargé d'impulser au niveau local la politique d'éducation à la santé et à la sexualité que l'école doit dispenser.

L'analyse des actions de prévention menées par l'Education nationale met en évidence une faiblesse de la santé scolaire ainsi qu'un défaut de coordination entre le rectorat et le Conseil général.

Ces problèmes récurrents de coordination, d'animation, et de répartition claire des champs d'intervention nuisent au bon fonctionnement de la prévention en milieu scolaire qui est pourtant un maillon essentiel de la chaîne de prévention. Par exemple, l'accessibilité aux préservatifs pose problème. Dans de nombreuses régions de la Guyane⁶⁸, l'âge moyen d'entrée dans la sexualité est beaucoup plus bas que dans le reste de la France : les élèves concernés par la prévention de l'infection VIH fréquentent le collège, or les distributeurs de préservatifs n'existent qu'au lycée. Par ailleurs, le Conseil général, dans le cadre de son action de prévention des IST, a financé l'installation de distributeurs de préservatifs. Cependant, nombre de ces distributeurs ne fonctionnent plus, ne sont pas approvisionnés ou ne sont pas très accessibles pour les élèves⁶⁹.

Pour la journée du 1^{er} décembre, de nombreux projets sont organisés par les élèves mais cette journée est bien souvent la seule manifestation de prévention et d'information sur le sida à laquelle ils puissent assister et participer. D'autres actions positives ont été engagées. On peut citer par exemple, à Sinnamary et à Iracoubo, un projet inter-établissements qui consiste à organiser autour d'un événement sportif (un mini-marathon) des animations de prévention contre le sida. Mais n'ayant pas obtenu de crédits spécifiques « sida » pour cette action, les organisateurs ont eu recours à des crédits de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies). Par ailleurs, des opérations de prévention ont été mises en oeuvre en 1996 et 1997 par des « jeunes-relais » auprès de leurs camarades d'école⁷⁰. Ces opérations avaient, semble-t-il, rencontré un certain succès et il pourrait être opportun de les organiser à nouveau. Enfin depuis trois ans, circule le bus de la prévention IST-VIH, financé par le Conseil général, avec un médecin, une infirmière et une secrétaire, qui participent à diverses actions de prévention en direction du public scolaire des collèges et lycées de Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly⁷¹. Cette initiative intéressante, offrant une écoute et une information des publics scolaires en matière de sexualité et de prévention des IST devait être officialisée par la signature au premier semestre 2003 d'une convention entre l'Education nationale et le Conseil général.

La prévention doit pouvoir s'appuyer sur une éducation générale à la santé et un dispositif de lutte contre la précarité.

Si cette recommandation est valable pour l'ensemble des départements d'outre-mer, elle présente un caractère urgent en Guyane⁷².

Dans ce département, beaucoup de jeunes ne fréquentent pas l'école, non seulement parce que l'effort important de construction d'infrastructures scolaires ne parvient pas à absorber la croissance du nombre d'enfants en âge d'être scolarisés mais aussi parce que beaucoup d'entre eux, en situation irrégulière sur le territoire français, ne sont pas pris en charge par l'institution scolaire. Certains arrivent ainsi sans papiers ni soutien familial, bien souvent en situation de survie. Ces enfants ont peu accès aux soins car ils n'ont pas d'argent, ont d'autres priorités que leur santé (se nourrir et trouver un lieu pour dormir) et craignent avant tout la reconduite aux frontières. On rencontre parfois des situations de malnutrition chez les enfants des fleuves⁷³. Enfin, l'échec scolaire est un grave problème en Guyane et beaucoup sortent du système scolaire sans formation.

⁶⁷ En Martinique par exemple, certains acteurs se sont plaints des fortes réticences de parents d'élèves, membres d'associations laïques, qui considéraient que la prévention et l'éducation à la sexualité constituaient une forme d'incitation à la débauche.

⁶⁸ L'âge d'entrée dans la sexualité serait ainsi de 11 ans dans la commune de Maripasoula (auditions du CNS).

⁶⁹ En effet, l'entretien et l'approvisionnement des distributeurs de préservatifs ont été confiés par le Conseil général à une société privée. Le Conseil général n'ayant plus les moyens financiers de payer régulièrement cette société, les distributeurs ont été laissés à l'abandon. La DSDS, l'Education nationale et le Conseil général étaient en discussion au début de l'année 2003 afin que de tels dysfonctionnements ne se reproduisent pas.

⁷⁰ Cf. par exemple, *Développement d'un réseau de jeunes Noir-Marrons intervenant dans la prévention et la lutte contre le sida*, ORSG et DDASS Etat, novembre 1997.

⁷¹ Le médecin de PMI à l'initiative de ce bus de prévention est parti en Martinique et n'est toujours pas remplacé plus d'un an plus tard, en mars 2003. Cependant, le bus continue de fonctionner sous la responsabilité de l'infirmière et intervient dans trois établissements par trimestre à raison de deux visites par semaine dans chacun de ces établissements.

⁷² Il faut noter à ce titre l'adoption récente d'une circulaire de l'Education nationale (circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003) qui prévoit de renforcer l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées français. Cette circulaire remplace la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida et complète ainsi la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

⁷³ La Guyane est le seul département français où l'on voit encore des kwashiorkors.

Or, les structures ne sont pas adaptées pour faire face à cette population. Ainsi, seulement 50 % des établissements scolaires de Guyane disposent d'une cantine. Pour l'hébergement des enfants scolarisés loin du toit familial, l'internat ne paraît pas constituer une solution viable car il ne s'inscrit pas dans la tradition guyanaise et est, de ce fait, quand il existe, souvent délaissé et sous-utilisé. De nombreux enfants sont donc pris en charge dans des familles d'accueil qui souvent n'ont pas reçu d'agrément, où ils sont mal logés, mal nourris, parfois maltraités⁷⁴.

Pour intervenir auprès des 55 000 enfants scolarisés, parfois en situation de grande précarité, on compte seulement douze médecins scolaires, dont sept vacataires, pour l'ensemble du rectorat⁷⁵. A la différence des fonctionnaires d'Etat, ces médecins vacataires sont moins bien payés (environ 2 000 €/mois) et ne bénéficient d'aucune aide pour leur logement ou leur retour en métropole. Comment imaginer recruter dans de telles conditions ? Le problème est identique pour les infirmières scolaires, le salaire proposé par l'hôpital étant beaucoup plus attractif. La santé scolaire, pour laquelle trop peu de moyens sont affectés, intervient presque exclusivement auprès des établissements accessibles par la route⁷⁶.

En 1985, une convention avait été passée entre le Conseil général et l'Education nationale : le Conseil général qui disposait le long des fleuves du réseau de centres de médecine collective proposait de prendre en charge la santé scolaire, normalement du ressort de l'Etat, pour les écoles et les établissements de ces zones. Cependant au milieu des années 1990, les difficultés financières du Conseil général et l'abandon consécutif de ces centres de médecine collective a privé pendant de nombreuses années tous les établissements scolaires isolés d'une action suivie en matière de santé. Les établissements isolés, en particulier ceux des fleuves, ne bénéficient donc pas d'actions de prévention suffisantes. Au début de l'année 2003 et malgré la reprise de ces centres par l'Etat, cette convention était toujours en vigueur⁷⁷. C'est pourquoi, un effort particulier doit être engagé par le ministère de l'Education nationale afin d'assumer ses responsabilités en matière de prévention et d'éducation à la santé, en particulier dans les zones où cette éducation fait défaut.

Enfin, cette situation sociale explosive, combinant les problèmes de logement et d'accueil, les graves difficultés psycho-affectives de ces enfants et l'absence de soutien et de moyens des autorités de tutelle, rend particulièrement difficile le travail des intervenants et provoque leur lassitude et leur découragement.

LES CONSEILS GÉNÉRAUX DOIVENT ASSUMER PLEINEMENT LES RESPONSABILITÉS QUI SONT LES LEURS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

Dans l'ensemble des DOM, les différents acteurs de la lutte contre le VIH/sida souhaitent un investissement plus important et plus régulier des Conseils généraux dans les missions de prévention. Alors que la lutte contre l'épidémie de sida relève de la compétence de l'Etat, la mise en œuvre de cette politique devrait trouver naturellement un appui et une contribution de la part des structures sanitaires et des services des Conseils généraux dont les champs d'intervention peuvent être concernés par le VIH/sida (infections sexuellement transmissibles ; prévention ; santé de la mère et de l'enfant). C'est en Guyane que les manquements les plus graves ont été relevés de la part d'un Conseil général qui refuse de s'impliquer pour une épidémie « qui vient d'ailleurs ». On ne peut se contenter, dans le cas d'espèce, de déplorer un manque certain d'engagement. Il faut agir rapidement et énergiquement afin de mettre un terme à une situation à la fois consternante et dangereuse.

De fait, en Guyane, le dysfonctionnement le plus fréquemment souligné à trait aux relations entre le Conseil général et les autres acteurs de la lutte contre l'épidémie, qui se caractérise, du côté de ces derniers, par une profonde défiance, voire par une forte hostilité à l'égard de l'institution départementale. « Institution spécialisée dans l'échec de tout projet », caractérisée par son « inaptitude totale » sur le plan du recrutement de personnels compétents comme de la logistique, le Conseil général est d'autant plus vilipendé que sa collaboration est considérée comme nécessaire. Or, non seulement l'action du Conseil général est généralement jugée insuffisante dans le domaine sanitaire qui relève de ses compétences, mais son refus d'apporter sa coopération dans les actions de prévention impliquant le sida, au nom précisément de la répartition des compétences qui a fait de la lutte contre le VIH/sida une responsabilité de l'Etat, est unanimement condamné par les acteurs impliqués dans la lutte contre l'épidémie.

⁷⁴ La maltraitance à enfants n'est pas marginale et des viols ont été rapportés (auditions du CNS).

⁷⁵ La santé scolaire, qui dépend du ministère de l'Education nationale, intervient auprès des enfants et adolescents scolarisés de la dernière année de maternelle jusqu'aux classes de lycée.

⁷⁶ La question du transport est un problème important en Guyane. Seule la frange côtière bénéficie d'un réseau routier organisé autour de la route principale qui mène de Saint-Laurent du Maroni à Saint-Georges de l'Oyapock. Par conséquent, l'intérieur des terres est très enclavé et uniquement accessible par les fleuves. C'est un élément important à prendre en compte puisque les difficultés de déplacement et l'isolement de certaines populations perturbent voire empêchent certaines actions de prévention, de soins ou de suivi des patients.

⁷⁷ Elle figure cependant comme priorité sur l'agenda des discussions actuellement menées par le Conseil général, l'Education nationale et la DSDS à propos de la santé scolaire. Notons que, depuis le décret du 12 décembre 1991, les médecins contractuels de santé scolaire sont aussi placés sous la responsabilité du ministère de l'Education nationale. Par conséquent, l'Education nationale a désormais l'entière responsabilité de la santé scolaire.

Deux raisons complémentaires sont souvent avancées pour expliquer, sinon justifier, le faible engagement du Conseil général en la matière : tout d'abord, la lourdeur de ses missions en matière sociale et sanitaire, l'activité de PMI constituant une charge écrasante et prioritaire au regard de l'évolution démographique ; ensuite, ses problèmes financiers, le Conseil général étant lourdement endetté (l'hôpital de Cayenne compte parmi ses créanciers). Il s'agit d'un problème important pour la Guyane puisque aussi bien les Conseils général et régional que les municipalités de Cayenne et de Saint-Laurent du Maroni sont très endettés, ce qui constitue une contrainte supplémentaire pour le développement de cette région.⁷⁸ Parmi les autres facteurs susceptibles d'expliquer le faible engagement du Conseil général, « l'habitude » de compter sur l'intervention de l'Etat, le clientélisme politique⁷⁹, une stratégie consciente visant à décourager les populations étrangères en multipliant les obstacles à leur accès aux prestations sociales et sanitaires, ou le caractère éminemment politique des problèmes de santé publique en Guyane (notamment du problème de la pollution des fleuves par le mercure utilisé sur les sites d'orpillage) sont les plus souvent avancés.

L'état dans lequel se trouvent aujourd'hui les centres de médecine collective suggère que la santé des populations dont il a pourtant la responsabilité n'est pas la priorité du Conseil général. Nombre de nos interlocuteurs en Guyane ont considéré que la médecine préventive était à l'abandon, ce que confirme la faiblesse de la couverture vaccinale des zones enclavées du département⁸⁰ (cf. supra partie 1). Pour ces zones, dans la plupart des secteurs sanitaires, un plan de rattrapage est nécessaire.

D'une manière générale, la Guyane mérite une reprise en main générale de l'action sanitaire, impliquant une collaboration étroite entre le Conseil général et les services de l'Etat, dans un souci réel et immédiat d'efficacité.

LE DÉVELOPPEMENT ET LA RECONNAISSANCE DES ASSOCIATIONS DOIVENT ÊTRE ENCOURAGÉS

D'une manière générale, les associations sont peu présentes dans les DOM et sont insuffisamment associées au travail de prévention et d'information organisé par l'Etat ou les Conseils généraux. Il s'agit là d'une différence majeure à l'égard de la situation en métropole où les associations sont très présentes et ne sont pas seulement considérées comme des « auxiliaires de la médecine »⁸¹ par les acteurs institutionnels de lutte contre l'épidémie mais comme des partenaires à part entière. Elles sont également isolées des associations de la métropole, ce qui est, de fait, préjudiciable à leur fonctionnement et à leur action.

Il s'agit d'une part, d'aider le développement du tissu associatif des DOM et de retisser des liens souvent distendus avec les associations métropolitaines ; d'autre part, d'encourager les initiatives communautaires tout en veillant à leur ouverture aux autres communautés et acteurs de la lutte contre l'épidémie.

Des associations isolées au sein du dispositif de lutte contre le VIH/sida

La faiblesse du secteur associatif et son isolement sont notamment sensibles en Guyane. Au début de l'année 2003, deux associations spécialisées dans la lutte contre le sida étaient implantées (Sol en si ayant dû fermer son antenne guyanaise) : Entr'aides à Cayenne et Saint-Laurent, qui regroupe plusieurs salariés et volontaires ; Sida Info Service, dont un membre est présent dans le département depuis peu. Sans négliger la contribution des associations communautaires, du GRID (Groupement de recherche et d'innovation pour le développement qui organise régulièrement des actions de prévention) ou de Sida Info Service, qui a mis en

⁷⁸ Ainsi, entre 1989 et 1995, la dette du Conseil régional a été multipliée par six, passant de 934 francs en 1989 à 6 070 francs en 1995 (moyenne nationale 1 010 francs/habitant en 1995 ; moyenne des DOM 3 060 francs/habitant) ; cf. la *Lettre d'observation de gestion de la Chambre régionale des comptes* (Guadeloupe-Guyane-Martinique), adressée au président du Conseil régional le 11 mai 1999. De même, les dérives de la gestion passée des deux principales communes de Guyane ne leur permettent pas aujourd'hui de prendre beaucoup d'initiatives pour améliorer la situation sanitaire et sociale de leurs habitants. Ainsi par exemple, « la Chambre a bien été obligée de noter que durant les exercices examinés, soit de 1983 à 1996, la commune de Saint-Laurent du Maroni n'a pas été un exemple de bonne administration de la chose publique ». Cf. la *Lettre d'observation de gestion de la Chambre régionale des comptes*, adressée au maire de Saint-Laurent du Maroni le 26 avril 1999, citations p. 27 du document mis en ligne sur www.ccomptes.fr. Ces dysfonctionnements ne sont malheureusement pas spécifiques à la Guyane, ni aux autres départements d'outre-mer dont certaines collectivités territoriales sont également critiquables. Cependant, lorsqu'ils aboutissent, comme en Guyane, à priver toute une population déjà défavorisée de l'accès à des soins élémentaires et à des conditions de vie décentes, elles deviennent insoutenables et appellent à des mesures d'urgence.

⁷⁹ On peut noter que le corps électoral « réel » (les votants) est extrêmement réduit, en raison d'un taux d'abstention très élevé et de la présence de nombreux étrangers n'ayant pas le droit de vote. Par exemple, lors des élections législatives de juin 2002, les deux représentants élus ont rassemblé respectivement environ 4 000 et 7 000 suffrages (pour environ 51 000 inscrits). A Saint-Laurent, on compte 3 000 électeurs parmi les 25 000 habitants.

⁸⁰ De même, s'il n'y a plus de cas de lèpre relevé dans le département, c'est en premier lieu qu'il n'y a plus de personnel affecté au suivi de cette maladie ni par conséquent de données épidémiologiques susceptibles d'infirmer ou de confirmer sa disparition. Les interrogations quant à l'absence d'étude et de suivi de cette maladie par le Conseil général de Guyane apparaissent d'autant plus légitimes que la lèpre est présente de manière endémique dans la zone Caraïbe et qu'elle n'a pas complètement disparu de Guadeloupe (Cf. « La lèpre en Guadeloupe de 1985 à 1998 », *BEH*, n° 32/2002).

⁸¹ Cf. F. Buton, *op. cit.*, p. 41.

place des services téléphoniques d'écoute déjà disponibles en métropole, l'acteur central dans le monde associatif guyanais demeure Entr'aides. Or, plusieurs membres de l'association font état d'un certain « épuisement » de l'engagement, qui se traduit notamment par une forte réduction du nombre des volontaires réellement actifs et par le départ de certains responsables de l'association. Entr'aides Cayenne compte environ trente-cinq volontaires mais seulement une dizaine d'actifs⁸².

En Martinique⁸³ et dans une moindre mesure en Guadeloupe, les associations sont également en perte de vitesse depuis 1996 et doivent composer avec les difficultés de recrutement et la baisse de motivation de leurs fondateurs et animateurs qui peinent à trouver des relais. Il est donc nécessaire d'aider au développement des réseaux associatifs locaux et d'inciter des intervenants métropolitains à s'investir dans les DFA afin de renforcer ces réseaux et de partager leur expérience en la matière.

D'une manière générale, les membres des associations déplorent l'absence de reconnaissance et de partenariat avec les acteurs institutionnels.

Ainsi en Guyane, si des relations de confiance peuvent exister au niveau individuel, entre acteurs médicaux et acteurs associatifs, les relations institutionnelles sont, quant à elles, au-delà du financement, presque inexistantes. L'essentiel de l'activité d'Entr'Aides réside dans le soutien aux malades, soutien matériel, alimentaire, sanitaire et juridique, indispensables pour bien des patients en situation de grande précarité sociale⁸⁴. Cependant, cette action « humanitaire », qui accorde une aide à des individus en situation d'urgence, s'accompagne d'une absence notable d'action « politique », qui, par exemple, essaierait d'énoncer les intérêts des personnes atteintes ou de contester certaines pratiques administratives et médicales. Dès lors, cette action « humanitaire » apparaît en complète concordance non seulement avec la politique à l'égard des étrangers en situation irrégulière auxquels seule la maladie semble donner un droit légitime à un titre de séjour mais aussi avec la vision médicale de la politique de lutte contre le sida selon laquelle les progrès de cette politique sont à imputer aux seuls progrès médicaux. Selon F. Buton, « les médecins de Guyane ne s'y trompent pas, qui accordent à Entr'aides, de manière plus ou moins condescendante, un rôle "assez important" en termes d'approvisionnement en médicaments ou en lait maternel et en termes de soutien juridique. Ainsi, dans l'esprit de bien des médecins, l'action associative est une sorte de rattrapage utile (voire, pour des raisons de limite budgétaire, indispensable) qui ne fait que compléter une intervention bio-médicale première, d'autant plus fondée qu'elle a internalisé, via le suivi social et la médiation culturelle, une grande partie du soutien social aux malades »⁸⁵. En Martinique comme en Guadeloupe, en ce qui concerne les actions de prévention, la DSDS et les associations collaborent ponctuellement pour des affiches ou des spots locaux⁸⁶ mais ces initiatives conjointes demeurent cependant trop parcellaires.

En conséquence les associations, dans les DFA, sont assez peu sollicitées par les hôpitaux ou les services de santé de l'Etat et ne sont associées que de façon secondaire à leur travail.

La Réunion présente un tout autre visage en la matière, celui d'un **partenariat actif et fructueux entre les associations, les personnels médicaux, la DRASS et le Conseil général**⁸⁷. Dans le cadre du PRS Santé Sexualité, le Plan départemental

⁸² Au-delà des actions classiques de prévention, des actions d'information plus spécifiques sont mises en œuvre, dans les collèges et les lycées, mais aussi au 9^{ème} RIMA/RSMA, Service Militaire Adapté qui propose à de jeunes Guyanais, de nationalité française, dix mois de formation professionnelle.

⁸³ Deux d'entre elles, Sida Martinique (ex Aides) et le CNPES parviennent à maintenir leur activité mais commencent, elles aussi, à être confrontées à l'absence de bénévoles. La mobilisation des associations peut cependant emprunter des voies nouvelles comme, par exemple, au moment de la course des Yoles au cours de laquelle sont installés des stands de prévention.

⁸⁴ Entr'aides accorde également des aides financières et des aides alimentaires d'urgence : par exemple, les médicaments hors antirétroviraux, le lait pendant un an, les colis alimentaires, les traductions, les timbres fiscaux pour certains papiers dont les cartes de séjour.

⁸⁵ F. Buton, *op. cit.*, p. 42.

⁸⁶ En Guadeloupe, les structures associatives participant à la lutte contre le sida sont « Sida liaisons dangereuses » qui intervient à Saint-Martin (*cf. infra*) ; « Entraide Gwadeloup' » qui manque probablement d'actions de formations mais fonctionne activement ; « O'big » la seule association officiellement homosexuelle dont le fonctionnement repose principalement sur deux personnes ; « Maternité consciente » qui fonctionne comme le planning familial dans une version guadeloupéenne. Cette association rencontre de nombreuses difficultés notamment avec les églises. Par ailleurs, certaines responsables font preuve d'un esprit assez fermé et refusent notamment de fournir des préservatifs aux prostituées. Des associations d'aide aux usagers de drogues existent comme « Saint Vincent de Paul » dans le quartier de l'assainissement, aux Abymes ou « COREDAF ». « J'aimes » assure la préparation d'un magazine de prévention destiné aux lycéens. Par ailleurs, des associations qui interviennent auprès des plus marginaux, en bas seuil, telles que « Emmaüs Guadeloupe », nouvellement implantée (depuis 2 ans), « Le Jaricot », association de bénévoles chrétiens ou « Contact rue » jouent également un rôle très important en matière de prévention. Enfin, il existe des relais auprès des associations d'étrangers dominicains ainsi que des associations proposant des actions ponctuelles (romans photos, spectacle, stands de prévention) financées par la DSDS comme « Aux arts citoyens » ou « Case départ ». Cependant, selon nos interlocuteurs, la DSDS de Guadeloupe ne semble pas solliciter régulièrement les associations et celles-ci ne sont pas souvent invitées à ses réunions.

⁸⁷ Les bons rapports entretenus par la DRASS avec le Conseil général de la Réunion permettent la mise en œuvre d'échanges utiles qui, au final, profitent à la lutte contre le VIH/sida. Le Conseil général prête ses DAV pour l'activité de CDAG tandis que la DRASS offre gratuitement

d'éducation sexuelle (PDES) permet d'organiser deux heures de rencontre pour les classes de quatrième des collèges sur la sexualité et ses risques (contraception d'urgence, IVG, violences sexuelles, IST). Il mobilise les moyens de la DRASS, du Conseil général, de la Sécurité Sociale, d'associations de lutte contre le VIH/sida et de l'Education nationale.

La principale association de l'île, Réunion Immunodéprimés, Vivre et Ecouter (Rive) présente la particularité d'être présidée depuis deux ans par la directrice du CISIH eu égard à l'état de santé des patients trop malades pour assumer cette responsabilité. Créée en 1994 par des personnes séropositives, cette association assure une permanence quotidienne en hôpital de jour dont l'accueil est réalisé par une personne vivant depuis longtemps avec le VIH. L'association œuvre beaucoup pour favoriser l'observance et éviter l'exclusion : un éducateur spécialisé prend plus particulièrement en charge les aspects sociaux et favorise l'accès au logement et à l'emploi. Grâce à l'action de Rive, 20 personnes ont pu bénéficier d'un logement grâce à un système de baux glissants, et 30 personnes sur 60 ayant fait la demande, ont pu retrouver un emploi fixe.

Leurs actions de prévention s'appuient notamment sur le témoignage de patients réunionnais qui ont accepté de s'adresser aux médias à visage découvert⁸⁸. De plus, Rive est engagée depuis sept ans dans des programmes de coopération régionale, notamment avec des malades de l'île Maurice. Après avoir aidé au développement du dépistage sur l'île, l'association permet à des Mauriciens d'avoir accès aux traitements sur ses fonds propres. Des contacts existent avec le ministre mauricien de la santé. Rive accueille et prend en charge des patients de cette île et de Madagascar dont l'état est grave, procède à des collectes de médicaments et à la recherche de sponsors. Parallèlement, sont accueillis pour des sessions de formation de quinze jours à un mois des médecins et des infirmières de la région (Madagascar, île Maurice, Namibie)⁸⁹. Enfin, Rive participe depuis cinq ans à l'accueil téléphonique d'un numéro vert « Sida, MST, Sexualités », dont la relève est prise le soir par Sida Info Service.

La seconde association présente et très active à la Réunion se nomme Sidaventure. Cette petite structure très dynamique comprend quatre salariés et effectue principalement des actions de prévention et d'accueil au sein du service de pneumologie de la structure hospitalière du sud de l'île. Elle participe également à des manifestations importantes telles que le salon de l'auto⁹⁰ ou la distribution de préservatifs lors du festival des arts métis. Par ailleurs cette association sollicite les personnalités politiques en leur demandant de s'investir et de témoigner sur RFO ou dans les journaux, ce qui est loin d'être le cas aux Antilles et en Guyane. Enfin, la troisième est l'Association Réunionnaise pour la Prévention du Sida (Arps), fondée en 1988 par trois patients, qui a mis sur pied un centre de documentation, intervient dans les collèges et lycées et participe également au numéro vert.

Le rôle des associations communautaires

L'ensemble de la vie sociale des DOM étant marquée par des structures et une vie communautaire fortes, il est utile de développer une action associative qui prenne en compte cette spécificité. Il s'agit d'atteindre un individu au sein d'un groupe et donc de cibler l'unité d'appartenance communautaire qui soit la plus pertinente possible. En effet, les actions des médecins n'atteignent pas les mêmes publics que celles menées dans les structures éducatives, les entreprises, les maisons de quartier ou les communautés religieuses. De même, les communautés villageoises et les cellules familiales, en tant que groupes intermédiaires, sont à même de relayer efficacement le discours de prévention auprès des individus.

De manière générale, l'engagement des associations « communautaires » ou « de quartier » dans la lutte contre le sida est encore marginal. Cet engagement est faible aux Antilles et en Guyane (propositions d'actions au moment du 1er décembre, production d'un disque, etc.) et, semble-t-il, dépourvu de « culture de la prévention »⁹¹. En revanche, des associations représentant les intérêts des prostituées, le plus souvent réunies selon leur nationalité, s'engagent désormais dans des opérations de prévention, avec l'appui des DSDS. C'est notamment le cas d'associations de femmes dominicaines, que l'on trouve en Guyane et en Guadeloupe.

2.1.2 FAVORISER L'ACCÈS AU DÉPISTAGE

Le CNS reste très attaché à l'existence de consultations de dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG). En effet, l'anonymat et la gratuité restent deux facteurs incitatifs forts et nécessaires, en particulier auprès de populations pauvres et au sein desquelles la révélation de la séropositivité est une cause de stigmatisation et d'exclusion très forte. De même, le respect du libre consentement du patient est essentiel. Comme l'argument a parfois été avancé, l'anonymat ne permettrait pas d'identifier et d'informer les personnes

aux médecins et infirmières des CDAG du département la formation pour le diplôme de sidénologie organisé à la Réunion par l'Université de Bordeaux II.

⁸⁸ Parmi ceux-ci figuraient un homme, une femme contaminée par son mari et une femme de religion musulmane. Auditions du CNS.

⁸⁹ Les sessions de formation ont lieu à l'hôpital et l'accueil est assuré dans la maison de vie de Rive. Cet hébergement a également l'avantage de donner aux soignants une autre vision des séropositifs encore trop souvent stigmatisés et mis à l'écart y compris dans les services hospitaliers, en particulier à Maurice.

⁹⁰ Manifestation attirant près de 350 000 visiteurs alors que l'île en compte environ 800 000.

⁹¹ Aucune association brésilienne n'intervient dans le domaine du VIH/sida et l'association communautaire la plus active en Guyane, représentant la communauté haïtienne, a cessé de fonctionner.

dépistées séropositives qui ne viennent pas chercher leurs résultats. Dans le cadre d'un dépistage qui ne serait pas anonyme, il serait alors possible de les retrouver. Cette analyse repose cependant sur une vision très parcellaire de l'activité de dépistage : l'absence de confidentialité n'est pas acceptable et le retour du malade à l'hôpital ne garantit pas un bon suivi.

Il est préférable au contraire de développer le travail mené dans le cadre des CDAG et de le compléter par des actions plus diversifiées, tant en ce qui concerne les populations visées que les lieux proposés pour le dépistage. Là encore, **il est nécessaire d'aller vers la population**, celle qui est la plus fragilisée et la plus exposée au risque de contamination (les détenus, les usagers de drogues, les prostitué(e)s ou les migrants) comme celle qui est la plus éloignée des centres urbains, en créant par exemple des CDAG dans les centres de soins existant le long des fleuves. Enfin, il est nécessaire d'améliorer l'articulation entre le discours de prévention, le dépistage et le suivi des patients dépistés séropositifs afin d'éviter toute rupture de la chaîne de soins préjudiciable d'une part, à la réduction des comportements à risque et d'autre part, au bon suivi médical et social des séropositifs.

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES CONSULTATIONS DE DÉPISTAGE

Dans l'ensemble des DOM, l'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est en augmentation. D'après les données de l'InVS recueillies dans toutes les régions françaises, la séroprévalence dans les CDAG est plus élevée que celle enregistrée par le réseau de laboratoires privés ou les établissements de soins : le rapport entre le nombre de personnes confirmées positives et le nombre de personnes testées est ainsi de 0,52 % pour les personnes prélevées en CDAG contre 0,27 % dans les deux autres cas⁹². Les accidents d'exposition pris en charge sont majoritairement des accidents professionnels mais on constate une part croissante des expositions sexuelles⁹³. Hommes et femmes confondus, la principale motivation de la consultation est la crainte d'une contamination après un rapport sexuel.

En Guyane, l'activité de dépistage connaît une forte augmentation. Le nombre de tests ELISA réalisés a ainsi augmenté de 33 % en deux ans, et le nombre de Western Blot de 27 %⁹⁴. La proportion de tests positifs est également supérieure à la moyenne nationale : alors qu'elle s'élevait à 4,7 ‰ au niveau national, 5,4 ‰ à la Réunion et à 10,5 ‰ pour les Antilles-Guyane⁹⁵, elle était de 20 ‰ dans la CDAG de Saint-Laurent et de 16,3 ‰ dans la CDAG de Cayenne⁹⁶.

La CDAG de Saint-Laurent, confrontée à une croissance très forte de son activité (environ 600 tests par an), est sous-dotée en personnel (le service est assuré par un médecin et une infirmière). Malgré ce handicap, elle fonctionne de manière satisfaisante et assure des consultations d'observance.

La CDAG de Cayenne quant à elle n'était pas assez accessible pour la population : son emplacement (au sous-sol à l'entrée de l'hôpital, faute de locaux disponibles) et surtout ses horaires d'ouverture trop restreints ont été critiqués. Cette CDAG a fermé en octobre 2002 et devrait être à nouveau ouverte à partir de janvier 2003⁹⁷. Le dépistage est également assuré par un dispensaire de Cayenne, qui offre théoriquement la possibilité d'un dépistage gratuit. Seul dispensaire de Guyane pour les maladies sexuellement transmissibles, dont l'activité le situerait au troisième rang national, l'établissement est manifestement sous-doté en personnel pour les missions qui lui sont imparties. En outre, l'implantation de dispensaires anti-vénériens à Saint-Laurent et à Kourou est jugée nécessaire, mais le Conseil général rencontre des problèmes de recrutement, notamment de dermatologues.

Le laboratoire départemental fait l'objet de nombreuses critiques, pour des retards voire des erreurs dans le rendu des résultats, parfois tragiquement préjudiciables aux patients : il est arrivé qu'un résultat positif soit rendu après l'accouchement d'une patiente. En matière de dépistage, le dispositif est jugé en général très incomplet. Si les dépistages sont majoritairement effectués dans les CDAG, ils ne doivent cependant pas masquer toute l'activité de dépistage faite en dehors et qui pourrait être développée, notamment

⁹² *Sida, VIH et MST, Etat des lieux des données en 2001*, InVS, novembre 2001-2002.

⁹³ 46 cas sur 117 pour les hôpitaux de Saint-Laurent et de Cayenne, 38 sur 142 en 2001 en Martinique, 40 sur 71 au CHD de la Réunion (données des CISIH).

⁹⁴ Environ 21 400 tests ELISA et 824 Western Blot ont été effectués en 2001 contre 16 100 ELISA et 646 Western Blot en 1999. Données des laboratoires, auditions du CNS. Le nombre de tests réalisés dans la CDAG de Cayenne est supérieure à 1 000 en 2000 et 2001 et proche de 600 dans la CDAG de Saint-Laurent (contre 245 en 1999) ; le DAV a réalisé 889 tests VIH en 2000 (mais cinq seulement en dispositif CDAG).

⁹⁵ *BEH*, n° 43, 2002. Proportions pour les CDAG hors prison en 2000.

⁹⁶ Il faut noter que, à la CDAG de Cayenne, un nombre important de consultants ne viennent pas chercher leurs résultats : 20 % en 1993, entre 5 et 8 % entre 1996 et 1999, environ 11 % en 2000 et autant en 2001 (dont 3 tests positifs sur 31 entre 98 et 2000). Depuis 1998, le nombre de diagnostics positifs est sensiblement identique dans les trois principales structures de dépistages volontaires (33 cas dans le DAV de Cayenne, 31 cas dans la CDAG de Cayenne, 25 cas dans la CDAG de Saint-Laurent, en total cumulé 1998-2000).

⁹⁷ Certains acteurs hospitaliers avaient souhaité la mise sur pied d'un grand centre de dépistage anonyme et gratuit de plusieurs pathologies (VIH, hépatites, IST, lèpre, etc.) sous la responsabilité de l'hôpital. Ce grand centre était censé remédier à deux problèmes : l'insuffisance des dispositifs publics de diagnostics et de soins spécialisés dans les MST ; les obstacles que constitue pour bien des populations l'accès aux dispositifs de lutte contre le VIH/sida lorsque ces derniers sont spécifiques, donc susceptibles d'entamer la double exigence de confidentialité et de non-stigmatisation attachée à une démarche de dépistage anonyme. Il semble que le projet de réouverture de la CDAG ne reprenne pas, dans l'immédiat, cette idée.

dans le cadre de consultations gratuites relevant d'un établissement public hospitalier (ou participant au service public hospitalier) et de consultations relevant d'un dispensaire antivénérien (DAV)⁹⁸. L'activité de prévention, de dépistage et de suivi des patients doit être la plus « large » possible et faire appel à toutes les compétences, en particulier celles des médecins libéraux. En ce sens, le développement des réseaux ville/hôpital peut aider à la mobilisation et à la coordination de tous ces acteurs.

En Martinique, différentes structures sont dévolues au dépistage dont trois CDAG qui permettent un accès satisfaisant au dépistage pour une population dite générale. Dans le dispensaire anti-vénérien de Fort-de-France qui propose aux mêmes heures et aux mêmes jours des tests gratuits anonymes ou des tests gratuits mais nominatifs, elle a pu observer que la proportion de tests positifs était nettement plus élevée parmi les tests réalisés anonymement. Les consultants des CDAG semblent donc plus exposés au risque de contamination que la population générale de ce département. Ce constat témoigne également d'une recherche de l'anonymat d'autant plus importante que la société antillaise se caractérise par une interconnaissance forte et une forte stigmatisation du sida.

Par ailleurs, les consultants d'une CDAG semblent ne retirer que peu de bénéfices des deux entretiens-conseils réalisés lors d'un dépistage⁹⁹ et il est donc souhaitable de repenser l'articulation de l'ensemble de la démarche de dépistage et du discours de prévention.

En premier lieu, les problèmes de confidentialité, dans pratiquement toutes les structures, ne facilitent pas le recours au dépistage. Cette absence de confidentialité constitue un des facteurs d'exclusion des personnes vivant avec le VIH. Aujourd'hui encore, les médecins évoquent des situations d'exclusions très dures dans les villages, à l'école, voire à l'hôpital¹⁰⁰. Par ailleurs, le dépistage reste insuffisant au centre pénitentiaire principalement en raison de problèmes récurrents de confidentialité.

En second lieu, la restitution des résultats souffre d'un manque de conseil et d'écoute en particulier de la part des médecins de ville. Cette situation n'est pas favorable à une démarche de prévention et de gestion des risques. Elle est imputable au manque de temps à disposition des médecins, à leurs conditions de travail et à leur manque de formation. Ceux-ci sont habitués à avoir un rapport à la maladie plus qu'au patient et cette démarche n'est pas adaptée pour le sida.

Enfin, si la question des transports ne se pose pas de façon aussi cruciale qu'en Guyane, il serait sans doute souhaitable d'envisager une meilleure répartition des CDAG en Martinique. Il y a en effet, entre Fort-de-France et la côte sud de l'île, 50 minutes de déplacement motorisé et 1 heure 30 entre Fort-de-France et la pointe Nord. Or deux centres de dépistage anonyme sont situés dans la ville préfectorale, et le troisième dans la ville voisine du Lamentin. Les autres centres de dépistage gratuits ne concernent dans les faits que des femmes, qu'ils soient proposés par des PMI ou le Planning familial.

En Guadeloupe, les trois CDAG hospitalières (Pointe-à-Pitre, Basse-Terre et Saint-Martin) et les trois CDAG organisées par les dispensaires ont une activité certaine mais ne parviennent pas à toucher toutes les catégories de population, notamment les Haïtiens. Or ceux-ci représentent une part importante du nombre de séropositifs, notamment à Saint-Martin, et il est donc important de favoriser leur accès au dépistage.

Dans les deux îles antillaises, comme en Guyane et à la Réunion, le dépistage de la séropositivité intervient tardivement après la contamination, souvent même au stade sida. Cela a pour conséquence l'inclusion dans la file active de personnes à un stade déjà avancé de l'infection qui risquent de souffrir de manifestations graves et de moins bénéficier de l'efficacité des traitements antirétroviraux (Cf. partie 1).

Afin d'alléger l'activité des services d'urgence des hôpitaux, la création à proximité des centres hospitaliers de « Maisons de santé », chargées d'orienter les malades et de répondre immédiatement aux soins élémentaires est actuellement à l'étude. Il serait

⁹⁸ Pour l'organisation des consultations de dépistage, cf. la circulaire n° DGS/SD6A/2000/531 du 17 octobre 2000 relative aux modalités de désignation et aux missions de consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ainsi que la circulaire n° DGS/DH/DSS/98/423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

⁹⁹ Selon S. Halphen « l'entretien médical qui précède le test reste très formel. Le médecin pose des questions sans que le consultant ne comprenne précisément le but de cet « interrogatoire », ou ce qu'il pourrait en tirer comme bénéfice. Les informations éventuellement transmises sur la prévention du sida apparaissent peu reliées aux comportements de la personne et sont simplement perçues comme des renseignements généraux sur le sida.

Les entretiens avec les consultants mettent aussi clairement en évidence le décalage important entre leur langage pour appréhender les relations amoureuses, la sexualité et la prévention du sida, et celui couramment utilisé dans les messages de prévention et par les professionnels de santé. », communication écrite transmise au CNS lors d'une audition, le 13 mai 2002. L'essentiel des données et des analyses présentées par S. Halphen lors de son audition au CNS sont issues de sa thèse de démographie intitulée *Le dépistage du VIH en Martinique : des pratiques médicales aux comportements des populations*, Université Paris X-Nanterre, 2000.

¹⁰⁰ Des personnels de santé ont vu récemment figurer l'inscription « VIH » sur certains cercueils sortant du CHU de Fort-de-France, Auditions du CNS.

souhaitable que ces structures, confiées à des médecins libéraux, puissent aussi proposer une activité de dépistage anonyme et gratuit.

Il semble par ailleurs nécessaire de proposer des campagnes de prévention plus ciblées en direction des populations fragilisées, notamment les détenus, les usagers de drogues, les prostituées et les migrants¹⁰¹.

CIBLER LES POPULATIONS PRÉCARISÉES

L'accès aux populations les plus fragilisées à l'égard de l'épidémie de VIH/sida demeure une priorité.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont peu nombreux dans les DOM. On note cependant l'existence d'autres formes de toxicomanies, qui, si elles ne présentent pas directement un risque de contamination, peuvent conduire à une moindre observance ou à des pratiques à risque. Il existe ainsi en Guadeloupe, en Martinique et dans une moindre mesure en Guyane, une population importante de consommateurs de crack. Cette toxicomanie, qui se développe fortement depuis une dizaine d'années, a des conséquences graves. Un travail de recherche mené en 1997 sur le thème « crack et prostitution » a montré à quel point l'usage de cette substance conduisait à une situation d'isolement, familial et social, et de précarisation dans un univers marqué par la violence. Les conséquences par rapport au VIH sont connues : la consommation de crack entraîne une augmentation des conduites à risque, en particulier de rapports sexuels non protégés. Pour les femmes usagères de crack, les risques liés à l'usage de drogues se superposent à ceux relatifs à la prostitution qui, fréquemment, l'accompagne. Les travaux sur la forte recrudescence de l'épidémie de syphilis que connaît la Guadeloupe depuis 2001 (Cf. supra p. 15) mettent bien en évidence le lien entre précarité, consommation de crack, pratiques à risque et IST dont le VIH/sida¹⁰². Enfin, la prise en charge des usagers de drogues doit se faire également à travers le prisme spécifique de la prévention et du suivi des patients en prison puisque, par exemple, la file active du centre pénitentiaire de la Martinique qui comprend entre 10 et 25 patients est composée à 75 % de consommateurs de crack. Dans ce centre pénitentiaire, les détenus peuvent bénéficier d'une consultation hebdomadaire ou bimensuelle. Cependant, comme en métropole, la majorité d'entre eux sont perdus de vue à l'issue de leur période de détention : les sorties de prison s'effectuent fréquemment sans que les médecins ne soient avertis et qu'un suivi du patient ne soit mis en place.

De plus, beaucoup de médecins ne souhaitent pas prendre en charge les consommateurs de crack car ils les jugent trop désocialisés ou psychologiquement trop fragiles pour avoir une réelle observance : « les 'crackés' ne reviennent pas en consultation ». La nécessité est alors d'adapter le message de prévention et les soins destinés à ces populations. A la Réunion, le problème de la toxicomanie fait l'objet d'une grande attention. Pourtant, l'île ne connaît pas les surdoses mortelles et il n'y a pas encore de trafic avéré même si la proximité de l'île Maurice, carrefour du trafic de brown sugar, ne laisse rien pour acquis. Il n'y a pas de consommateur de drogue par voie intraveineuse en prison. Sur les 146 patients suivis par le réseau de substitution au Subutex®, 77 % sont des métropolitains. En réalité, l'usage toxicomaniaque reste cantonné à l'association alcool-zamal-médicaments¹⁰³. Enfin, les services d'alcoologie à l'hôpital se sont ouverts à l'addictologie, ce qui permet, en partie, de prendre en compte cette polyconsommation.

En Martinique, une antenne mobile de réduction des risques (qui dispense également des soins aux usagers de crack) a effectué une campagne de dépistage dans la Mangrove, lieu fréquenté par les prostitué(e)s et les usagers de drogues. Les six cas de séropositivité décelés lors de ces actions mobiles montrent l'intérêt potentiel d'une telle approche qui permet d'aller au devant de certaines populations. Cependant, on peut s'interroger sur l'adéquation des moyens aux fins puisqu'il semble qu'aucun des patients dépistés n'ait été suivi par la suite, or il faut pouvoir, après le dépistage, assurer une prise en charge rapide et effective des personnes. Il apparaît clairement que le dépistage ne peut être une fin en soi : il est un maillon essentiel d'une chaîne continue de la prévention jusqu'aux soins et, pour certains, une étape délicate qui doit conduire à une prise en charge efficace et humaine de la maladie.

La prévention en milieu carcéral

Un rapport, élaboré par une mission conjointe Santé-Justice a été rendu public en septembre 2001 afin d'une part, de faire le point sur les risques d'exposition au VIH et aux hépatites virales des personnes détenues et d'autre part, d'évaluer l'efficacité des moyens de prévention déjà mis en place en milieu carcéral¹⁰⁴. Ce rapport met en évidence que les comportements à risques en particulier injections, pratiques sexuelles non protégées et tatouages s'observent dans des proportions non négligeables en détention. Des mesures de prévention pour réduire les risques de contamination existent depuis 1985 et ont été renforcées en 1994 avec la réforme de la prise en charge de la santé en milieu pénitentiaire.

¹⁰¹ La situation particulière des migrants est développée dans le chapitre III.

¹⁰² Cf. InVS, « Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack », *BEH*, n° 48/2002.

¹⁰³ Le zamal est un cannabis local extrêmement pur.

¹⁰⁴ S. Stankoff, J. Dherot, *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Direction de l'administration pénitentiaire et Direction générale de la santé, 2000.

Cette mission a constaté que les mesures préconisées étaient insuffisamment connues, n'étaient pas toujours effectives et que leur efficacité pouvait être améliorée¹⁰⁵. Déjà en 1998, le CNS avait attiré l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de promouvoir une véritable politique de réduction des risques et d'améliorer les conditions de vie des personnes placées en détention et en rétention¹⁰⁶. Le Conseil national du sida avait préconisé que les personnes retenues dans les centres de rétention administrative (CRA) puissent bénéficier des prestations offertes par les services des établissements hospitaliers et d'une permanence médicale. Aujourd'hui, le cadre législatif existant permet théoriquement une prise en charge satisfaisante de la population carcérale.

On constate cependant que l'application de la loi varie considérablement d'un établissement à l'autre : dans de trop nombreux cas, les mesures élémentaires en matière de prévention, de prise en charge des risques d'exposition, d'accès aux traitements de substitution pour les usagers de drogues ou aux traitements antirétroviraux ne sont pas mises en œuvre.

Dans son précédent rapport, le CNS avait appelé l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'améliorer la prévention et le dépistage en milieu carcéral ainsi que la prise en charge des malades. Il avait relevé par exemple que, pour les trois DFA, les préservatifs n'étaient pas accessibles en prison et que les associations n'en distribuaient pas.

De ce point de vue, il semble que la situation se soit considérablement améliorée. Ainsi, le centre de détention de Cayenne, qui est aussi une maison d'arrêt, a adopté des mesures de prévention et de dépistage satisfaisantes mises en œuvre par l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de la prison. En revanche, au centre de rétention administrative de Guyane, au sein duquel les étrangers ne séjournent parfois que quelques heures avant d'être reconduits à la frontière, le travail de prévention est opéré exclusivement auprès des femmes.

2.2 OFFRE DE SOINS ET SUIVI DES PATIENTS

La prise en charge des personnes séropositives nécessite des structures hospitalières disposant d'équipements performants et de personnels en nombre suffisant. Toutefois, le personnel hospitalier doit pouvoir compter sur des relais extérieurs, auprès des autres acteurs de santé comme des autres services de l'Etat ou des collectivités territoriales.

2.2.1 POURSUIVRE LA MISE À NIVEAU DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

La mise à niveau de l'offre de soins, et singulièrement des structures hospitalières, est une nécessité constante. Le précédent rapport du CNS en faisait une de ses recommandations majeures. D'une manière générale, pour l'ensemble des DOM, on peut dire que la plus grande partie des besoins matériels ont été comblés même s'il manque encore, dans certains hôpitaux des équipements spécialisés utiles au suivi clinique et biologique des patients. Eu égard notamment aux spécificités sanitaires et sociales des populations des départements d'outre-mer et à leur forte croissance démographique, cet effort doit être poursuivi.

LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

En Martinique, l'offre de soins est jugée bonne tant du point de vue des traitements disponibles que des moyens matériels et des techniques à disposition. Le CHU de Fort-de-France est bien équipé et tous les tests et examens peuvent y être pratiqués : sérologie, CD4-CD8, charge virale et génotypage. Le laboratoire peut effectuer des examens en microbiologie, en hématologie et en anatomopathologie. Par ailleurs sont disponibles des équipements de qualité, scanners, IRM, matériels de radiographies et d'endoscopies.

Les déficits structurels en matière sanitaire et sociale soulignés par le précédent rapport ont été partiellement comblés. Cependant, en Martinique, il manque toujours des lits de long séjour, les moyens nécessaires à l'hospitalisation à domicile et aux soins palliatifs. L'évolution de l'activité en hôpital de jour (HDJ) se caractérise par une diminution des séjours à partir de 1997. En revanche, en

¹⁰⁵ Les propositions de la mission vont dans le sens d'un renforcement de la politique de réduction des risques en milieu carcéral. Elles visent notamment à :

- promouvoir l'éducation à la santé et les actions de prévention de la transmission des virus VIH, VHB, VHC notamment en améliorant l'accessibilité au préservatif et en renforçant l'information sur l'utilisation de l'eau de javel à des fins de décontamination de tout matériel ayant été en contact avec du sang (injection, tatouage et piercing) ;
- améliorer le dépistage des infections VIH, VHB et VHC, et renforcer la vaccination contre le VHB ;
- faciliter l'accès aux traitements prophylactiques post exposition au VIH en détention ;
- développer les traitements de substitution aux opiacés et la prise en charge des addictions ;
- actualiser et généraliser les formations pour les personnels sanitaire et pénitentiaire.

¹⁰⁶ Conseil national du sida, *Les traitements à l'épreuve de l'interpellation. Le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention*, Rapport suivi de recommandations du 18 novembre 1998.

hospitalisation classique, à partir de cette date, le temps de séjour des patients augmente et concerne un nombre relativement stable de patients (environ 140).

En Guadeloupe, le retard structurel par rapport à la métropole en matière d'infrastructures n'est toujours pas comblé et le manque d'équipements lourds oblige à transférer en Martinique ou en métropole un certain nombre de malades. La démographie médicale actuelle montre le besoin de médecins. Toutefois, il semble que l'infection par le VIH et les moyens qui y sont dévolus ne fassent pas partie des priorités de l'administration hospitalière et des services du ministère : les demandes exprimées concernant le VIH donnent généralement lieu à un renvoi sur les autres circuits existants.

En Guyane, les matériels utilisés sont récents, de bonne qualité et l'équipement des trois centres hospitaliers est plutôt satisfaisant. Les hôpitaux de Cayenne et Saint-Laurent souffrent cependant de locaux trop étroits, et devraient à terme être agrandis, restaurés ou reconstruits. Sur le plan du suivi biologique, les manques concernent principalement les dosages médicamenteux et les tests génotypiques. La charge virale (obtenue en une semaine) et les médicaments sont disponibles.

Construit il y a dix ans, le centre hospitalier de Cayenne fait actuellement l'objet d'une réflexion relative à son évolution future tant sur le plan immobilier que médical et social.

L'activité VIH/sida de l'hôpital de Cayenne, hors cas particulier des femmes et enfants, est assurée par l'hôpital de jour, le service de dermatologie, et le CISIH. Les auditions menées au sein du centre hospitalier de Cayenne font apparaître une offre de soins singulière, articulée autour du service de dermatologie.

LES NÉCESSITÉS DE RECRUTEMENT

Pour l'ensemble des DOM, le nombre de patients en consultation n'a cessé d'augmenter à partir de 1997 : la prescription de trithérapies a permis de réduire la mortalité des patients séropositifs et a eu pour conséquence un allongement de la file active. Cependant, les effectifs des hôpitaux n'ont suivi que très partiellement cette évolution et font aujourd'hui apparaître une sous-dotation générale en personnel. Pour ces quatre départements, il est impératif de recruter des assistantes sociales, des techniciens d'études cliniques et des psychologues. Un effort particulier doit être fait en ce qui concerne le secteur psychiatrique pour lequel la faiblesse des moyens contredit une demande de prise en charge en hausse constante. Des solutions ont été recherchées comme des vacations de médecins de ville au centre hospitalier de Fort-de-France, mais elles sont coûteuses en temps de formation et ne se sont pas, pour le moment, révélées vraiment satisfaisantes. Localement, pour certains services, le manque de personnels est préoccupant et fait peser un risque certain sur le bon fonctionnement du service : la réponse des pouvoirs publics doit être immédiate et à la hauteur des besoins constatés.

C'est en Guyane que la demande de personnels soignants et para-médicaux est apparue la plus forte. Ainsi les services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux de Cayenne et Saint-Laurent sont nettement sous-dotés en personnel au regard d'une activité importante et en forte progression, tout particulièrement à Saint-Laurent. Le manque de sages-femmes gêne l'activité de l'hôpital et fait peser un risque sur la sécurité des malades. A Cayenne, le nombre d'accouchements a doublé en dix ans et l'on compte aujourd'hui cinq praticiens pour 2 000 accouchements par an.

La dotation en personnel médical de l'hôpital de Cayenne est jugée suffisante grâce à des recrutements récents, mais le nombre de lits disponibles risque d'être insuffisant à court terme. Les besoins exprimés concernent davantage le personnel non-médical que le personnel médical : infirmiers, assistantes sociales, techniciens d'études cliniques et médiateurs culturels¹⁰⁷.

L'activité VIH/sida de l'hôpital de Saint-Laurent, hors cas particulier des services d'obstétrique et de pédiatrie, n'est assurée que par un médecin, assisté d'une infirmière et d'un médiateur culturel. Un second poste de médecin est jugé indispensable, ainsi qu'un poste d'assistante sociale dédié au service. Parmi les souhaits évoqués par les praticiens figure aussi la création d'un poste de technicien d'études cliniques. Par ailleurs, plusieurs acteurs ont regretté que les crédits destinés aux traitements des personnes sans couverture maladie ne puissent être pris sur des crédits fléchés, mais doivent l'être sur la dotation globale, ce qui entraîne des résistances de la part des gestionnaires.

Enfin, l'hôpital de Kourou a une activité stable mais élevée au regard du personnel et des moyens qui y sont affectés. L'arrivée d'un médecin a permis l'ouverture d'une CDAG en novembre 2002 mais l'hôpital est toujours sous-doté en personnel, en particulier médical.

En dépit de ses trois centres hospitaliers répartis sur le littoral, la Guyane continuerait à souffrir d'un « Cayenno-centrisme », expression locale du jacobinisme national, justifié en partie par le fait que l'agglomération de Cayenne représente près de la moitié

¹⁰⁷ La mission d'évaluation effectuée en août 2000 sur les besoins réels de l'hôpital de Cayenne suite à un mouvement social a conclu à la nécessité de créer un certain nombre de postes, en particulier de sages-femmes, d'infirmières et d'assistantes sociales, cf. *Rapport de mission « Centre hospitalier de Cayenne »*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS, janvier 2001.

de la population guyanaise¹⁰⁸. Il existe ainsi une homologie entre le sentiment d'isolement des acteurs guyanais vis-à-vis de la métropole et le sentiment d'isolement des acteurs de Saint-Laurent et des autres communes vis-à-vis du chef-lieu de département. Ce sentiment, qui repose essentiellement sur un déséquilibre objectif des moyens alloués, est aujourd'hui d'autant plus vif que la dynamique de l'épidémie est plus intense dans l'Ouest guyanais que dans la région de Cayenne. Mais les acteurs de l'hôpital de Cayenne semblent largement conscients de ce décalage, et désireux d'y mettre fin.

L'idée, exprimée par un acteur, selon laquelle la prise en charge du VIH fonctionne tant bien que mal en Guyane, mais « par le fait de personnes, pas de structures », résume assez bien le sentiment général : pour beaucoup, le départ d'un médecin (retour en métropole par exemple) à tel ou tel endroit suffirait à compromettre la prise en charge du VIH en Guyane.

FORMER LES PERSONNELS DE SANTÉ

Les difficultés inhérentes aux besoins en personnel sont par ailleurs amplifiées par le manque de formation à la pathologie VIH, globalement insuffisante¹⁰⁹.

Les besoins de formation concernent en premier lieu le personnel médical et para-médical (sages-femmes, infirmier(e)s, aides-soignantes, secrétaires médicales, médiateurs culturels). Ils concernent aussi les médecins désireux d'approfondir leurs connaissances sur cette pathologie et de faire profiter leurs patients des avancées les plus récentes de la recherche. Rappelons à cet égard que des diplômes universitaires de sidénologie existent mais leur localisation métropolitaine les rend difficiles d'accès, tant pour les médecins généralistes que pour les praticiens hospitaliers¹¹⁰.

Pour les raisons déjà exposées, le respect de la confidentialité doit faire l'objet d'une grande attention : des phénomènes de rejet, non seulement de la part des proches mais aussi du personnel soignant existent. A la Réunion par exemple, où la situation s'est pourtant améliorée et n'est pas la plus préoccupante des DOM, on signale encore des refus d'opérer des patients séropositifs en chirurgie ou bien des discriminations en ORL.

Dans un contexte aussi difficile, la relation entre le patient et le soignant est primordiale. Or celle-ci peut être altérée par des problèmes de formation mais aussi, et souvent malgré eux, par les représentations culturelles des soignants. Comme le montre très justement la recherche menée en Guyane par F. Buton, les représentations culturelles des soignants ont une influence sur leurs relations aux patients et, incidemment sur la prise en charge du patient. Or, comme cela a déjà été souligné, les DOM et tout particulièrement la Guyane, sont marqués par une ethnicisation très forte des relations sociales : la plupart des problèmes sociaux sont perçus à travers le prisme déformant d'une catégorisation ethnique des comportements individuels. Le danger est alors celui du culturalisme qui accorde la primauté de l'explication des comportements individuels aux facteurs culturels, d'autant plus prégnant sans doute que les médecins sont depuis longtemps en poste et ont adopté les catégorisations locales dominantes.

Il existe ainsi un discours construit autour des « bons » et des « mauvais » patients, le bon patient étant celui qui adhère au traitement, qui est observant, qui supporte les effets indésirables et qui vient à la consultation. Le mauvais patient est celui qui ne comprend pas, qui ne parle pas la langue ou qui est toxicomane. L'explication culturaliste venant des médecins est la suivante : les patients sont incapables de se traiter à cause de l'impossibilité de comprendre cette maladie particulière qu'est le VIH/sida, notamment l'absence de symptômes durant une longue période. Il est donc utile, comme le rappelle F. Buton, de « mettre en valeur les limites du culturalisme des professionnels de santé (et notamment des médecins du sida) en Guyane, qui a d'autant plus de chances d'être mis en œuvre qu'il est rendu légitime par le dispositif, utile à défaut d'être utilisé au mieux, de la médiation culturelle. »¹¹¹

2.2.2 OUVRIR D'AVANTAGE L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS

Les réseaux ville/hôpital ont pour vocation d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients séropositifs en facilitant les échanges et la communication entre le secteur hospitalier, public ou privé et les médecins libéraux¹¹². Structures souples et ouvertes, ils peuvent regrouper praticiens hospitaliers et médecins généralistes ou spécialistes mais aussi pharmaciens, infirmières de ville, assistantes sociales ou membres d'associations.

¹⁰⁸ Ainsi, à titre d'exemple, si le travail en réseau des médecins hospitaliers spécialistes du VIH semble s'améliorer, il demeure néanmoins organisé lors de réunions mensuelles à Cayenne, ce qui suppose le déplacement des médecins des autres hôpitaux et fait donc peser sur eux une contrainte supplémentaire.

¹⁰⁹ Même s'il n'est question ici que du VIH, les auditions du CNS font apparaître un besoin de formation du personnel pour d'autres pathologies.

¹¹⁰ Les besoins de formation dépassent cependant la seule sphère médicale et concernent tous les acteurs de la lutte contre l'épidémie, membres des associations et agents de l'Éducation nationale notamment.

¹¹¹ Cité dans F. Buton, *op. cit.* p. 75.

¹¹² Ils permettent essentiellement de diffuser de l'information, d'actualiser les connaissances des acteurs et de les former dans le but d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

L'implication des médecins libéraux, par la mise en place effective d'un partenariat entre la médecine de ville et l'hôpital, est un enjeu de première importance. Il s'agit d'une part, d'orienter vers les médecins libéraux la partie de l'activité liée au VIH qui ne nécessite pas de recourir aux services hospitaliers : cela permettrait, à la fois, d'éviter la saturation de l'hôpital confronté à une file active en augmentation constante et de rapprocher les soins du cadre de vie familial au patient. D'autre part, une coordination efficace permettrait de développer des actions qui concernent prioritairement la médecine libérale en matière de dépistage, de lutte contre l'exclusion ou de suivi des maladies chroniques. Enfin, elle faciliterait la mise en place d'actions de formation, dont on sait qu'elles sont particulièrement nécessaires dans les DOM, tant pour les personnels médicaux et paramédicaux que pour les membres des associations.

En Guyane, la coordination de l'ensemble des acteurs de santé suppose enfin la réorganisation des centres de médecine collective.

ENCOURAGER LA COORDINATION ET LA COOPÉRATION ENTRE LA MÉDECINE DE VILLE ET L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

L'implication de la médecine de ville est une nécessité pour lutter efficacement contre l'épidémie. Il s'agit non seulement d'associer un grand nombre d'acteurs autour d'objectifs communs et de soutenir leur mobilisation mais aussi « d'ouvrir » l'hôpital sur la société, de lutter contre les cloisonnements disciplinaires, structurels, institutionnels, ou géographiques. En métropole, partout où des réseaux actifs et ouverts ont été mis en place, à la fin des années 1980¹¹³, on a pu constater une amélioration de la coordination et de la mobilisation des différents intervenants. Dans les DOM ces réseaux sont insuffisamment développés et utilisés et mériteraient une attention plus soutenue.

Les difficultés des médecins de ville pour prendre en charge les patients sont compréhensibles : cela demande un investissement en temps important pour un nombre de patients souvent limité alors que les médecins libéraux, en particulier en Guyane où ils sont peu nombreux, ont déjà une très lourde charge de travail. Toutefois, deux champs complémentaires de formation peuvent leur être proposés. D'une part, grâce à un financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) il est possible d'être formé au suivi des patients dans le cadre du réseau ville-hôpital. Des vacations de médecins de ville à l'hôpital devraient permettre leur formation par des praticiens prenant en charge les patients séropositifs. Malheureusement, ces expériences ont jusqu'à présent demandé beaucoup de temps pour des résultats incertains. Par ailleurs, il semble essentiel de remédier au blocage que peut constituer le dépistage et l'annonce de la séropositivité. Des vacations pour la CDAG permettraient d'approfondir les techniques et les entretiens de dépistage, car il s'agit là d'un vrai problème de formation médicale.

Ainsi, le réseau ville/hôpital de Cayenne a eu du mal à se mettre en place, en partie parce que les médecins hospitaliers lui ont initialement accordé trop peu d'importance et que le CISIH a du mal à s'ouvrir sur l'extérieur et à jouer pleinement son rôle de coordination et d'impulsion. L'objectif est de mobiliser les médecins libéraux de Cayenne (cinq médecins le sont déjà, six sont dans l'attente d'une formation) en sachant qu'ils ont déjà tous une activité saturée.

En revanche à Saint-Laurent, le réseau « Matoutou » s'est mis en place à la fin de l'année 2001, mais il souffre d'une carence de médecins libéraux sur l'ouest guyanais. Pour fonctionner correctement, le réseau aurait besoin d'un secrétariat et donc d'un soutien financier. Le réseau s'est par ailleurs temporairement heurté au refus de la CMU par un certain nombre de médecins libéraux qui entendaient protester contre les délais de remboursement des soins excessivement longs. Or, à Saint-Laurent, 90 % des patients sont exonérés de paiement. Cela a constitué un problème majeur de fonctionnement et a illustré de manière archétypale les formes de blocage et de dysfonctionnement qui devraient disparaître.

En Guadeloupe, en Martinique et à la Réunion, les réseaux se sont mis en place plus précocement, dès 1991 pour la Martinique. Ils ont permis de financer des actions de formation et d'améliorer le niveau global de connaissance des caractéristiques de l'épidémie. Ils fonctionnent cependant sans trop de moyens et ne parviennent que partiellement à impliquer et fidéliser les médecins libéraux dans la lutte contre le VIH/sida.

Enfin, dans les régions les plus enclavées des DOM, il apparaît clairement que le nombre de médecins libéraux est très insuffisant. Aussi devrait-on envisager des mesures d'incitation à l'installation de médecins libéraux dans ces zones.

LA RÉORGANISATION DES CENTRES DE MÉDECINE COLLECTIVE DE GUYANE EST INDISPENSABLE

Gérés depuis 1986 par le Conseil général, ces centres de médecine collective sont répartis sur l'ensemble du territoire guyanais. La plupart ne sont accessibles que par voie fluviale, certains exclusivement par voie aérienne (Saül et Saint-Elie).

Unique offre de soins sur une large portion du territoire, ces structures répondent à l'ensemble des besoins sanitaires des populations, bien au-delà des missions dites « préventives » relevant du Conseil général. Ces centres représentent, en dehors des zones littorales, la seule possibilité de soins pour les populations des fleuves et de l'intérieur.

¹¹³ Le premier réseau a été mis en place en septembre 1985 (REZO 85). Il faut cependant attendre un arrêté ministériel de 1992 pour qu'ils soient institutionnalisés et subventionnés.

Pratiquement abandonnées à leur sort depuis plusieurs années, les équipes soignantes répondent jour et nuit et sans relâche à tous les besoins sanitaires de la population, des soins de base aux accidents et maladies graves. Suppléant souvent l'absence sur place de médecins, le personnel para-médical intervient au-delà de ses compétences¹¹⁴.

Par leur isolement, leurs conditions matérielles de fonctionnement¹¹⁵ et les problèmes de santé auxquels ils répondent, similaires à la fois à ceux des pays du Nord (diabète, hypertension artérielle, cancers) et ceux des pays du Sud (maladies infectieuses et parasitaires, pathologies maternelles et infantiles), ces structures méritent la mise en œuvre d'une politique active, et une reconnaissance véritable en tant que secteur de santé.

Un récent rapport de mission de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) fait un état des lieux objectif et assez catastrophique sur les conditions de fonctionnement de ces centres (vétusté des bâtiments et problème de logement du personnel, irrégularité et difficulté dans l'approvisionnement médical, insuffisance de l'équipement, manque de formation du personnel, manque de communication et de reconnaissance par la hiérarchie, ...) ¹¹⁶. Il souligne les problèmes de recrutement et de stabilité des équipes dans certains centres et une inégalité de la qualité des prestations offertes.

Depuis le 1er janvier 2000, faisant suite à un rapport de l'IGAS d'avril 1998¹¹⁷, un protocole d'accord signé entre l'Etat, l'Agence régionale d'hospitalisation et le Conseil général a confié l'organisation et la gestion des activités curatives de ces structures au centre hospitalier de Cayenne, les activités préventives restant à la charge du Conseil général. Il est prévu d'inclure dans cet accord l'hôpital de Saint-Laurent qui est géographiquement mieux situé pour apporter son appui technique aux centres existant sur le fleuve du Maroni. Cet accord doit s'appuyer à terme sur une réorganisation pyramidale de l'offre de soins en s'appuyant sur deux centres de référence, Maripasoula et Saint-Georges de l'Oyapock, avec une responsabilité administrative reconnue à chaque structure de soins.

D'ores et déjà, ce secteur de santé est placé sous l'autorité d'un médecin infectiologue du CH de Cayenne, et des consultations spécialisées de maladies infectieuses ont été mises sur pied dans les deux principaux centres. Si ce principe de consultations « avancées » était étendu à d'autres maladies, il devrait notamment permettre de pallier l'impossibilité actuelle des médecins des centres d'assurer la prise en charge de certaines maladies chroniques.

En ce qui concerne plus spécifiquement le VIH/sida, plusieurs acteurs estiment que certains centres de santé des « petites » communes disposent désormais d'équipes suffisamment stables, compétentes et mobilisées pour ouvrir des antennes de dépistage anonyme et gratuit, ce qui améliorerait considérablement l'accessibilité de l'activité du dépistage dans les communes de l'intérieur (par opposition au littoral) ou sur le fleuve. Ces centres de santé devraient de même pouvoir être dotés de tests de dépistage rapides pour pouvoir poser, face à un état pathologique caractérisé, un diagnostic rapide. A terme, ces centres devraient également être envisagés comme des relais efficaces dans la prise en charge médicale des patients séropositifs et dispenser des traitements. Cela permettrait aux patients isolés, médicalement stabilisés, de ne se rendre à l'hôpital qu'au moment des bilans trimestriels.

En outre, la fonction « préventive » des centres de santé doit être recentrée et articulée autour d'un projet global d'éducation à la santé des communautés concernées, le sida et les IST trouvant légitimement leur place au sein d'un tel projet.

D'une manière générale, le fonctionnement des centres devrait être redéfini pour leur permettre de trouver une assise véritable auprès des élus locaux et de la population, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui. Certains responsables territoriaux sont en effet très loquaces sur le dysfonctionnement du centre de santé de leur commune, mais ne se sentent nullement concernés par les améliorations à faire et les contributions qu'ils pourraient y apporter.

De même, le libre accès aux centres est susceptible d'entraîner dans la population une dévalorisation de la perception du service rendu, préjudiciable au bon fonctionnement des structures. Sans doute faudrait-il prendre au sérieux ce propos d'un acteur guyanais selon lequel, en matière de soins et de santé publique, « le scandale est permanent » en Guyane, propos qui, restitué dans son contexte, signifie que les scandales en matière de santé publique dépassent l'« affaire de Camopi »¹¹⁸, encore très présente dans

¹¹⁴ Par exemple, c'est un agent de santé qui est seul responsable du centre de santé d'Antecume-Pata.

¹¹⁵ Les évacuations sanitaires se font souvent par hélicoptère et uniquement le jour en raison des difficultés d'accès. Ces centres rencontrent très souvent des difficultés d'approvisionnement, des problèmes d'alimentation en eau potable, d'assainissement ou de liaisons téléphoniques. Les consultations y sont gratuites.

¹¹⁶ DHOS, *Rapport de mission « Centres de santé en Guyane »*, Mai / Juin 2001.

¹¹⁷ *Rapport de mission « situation des centres de médecine collective en Guyane »*, rapport n° 98 016, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, IGAS, avril 1998. Un précédent rapport sur l'analyse des problèmes de la Guyane, remis en octobre 1997 au secrétariat d'Etat à l'Outre-mer, soulignait également l'état de carence de l'ensemble des centres de médecine collective et rappelait qu'en avril 1996, un décès résultant d'insuffisance de soins était survenu au centre de Cacao. Il relevait « une situation sanitaire dangereuse pour les populations concernées, indigne d'un département français et sur laquelle l'attention a été appelée depuis suffisamment longtemps pour qu'une solution ne soit dégagée rapidement ». Cité dans J.-F. Merle, *Guyane 1997, Etat des lieux et propositions*, rapport au secrétariat d'Etat à l'Outre-mer, La Documentation française, 1998, p. 61.

¹¹⁸ Il s'agit du décès de trois enfants par coqueluche dans une commune où la vaccination était censée avoir été faite.

les esprits. Au-delà de l'insuffisance des moyens, d'autant plus critiquée que l'on se trouve dans le département le plus touché de France par l'épidémie de l'infection à VIH, c'est ainsi un ensemble de dysfonctionnements dans les relations entre acteurs des dispositifs qui est dénoncé.

Cependant, la Guyane dispose de crédits importants pour agir dans les zones enclavées et entreprendre des travaux afin d'améliorer en particulier l'environnement sanitaire des populations isolées vivant le long des fleuves. Dans le cadre du contrat de plan Etat-Région 1994-98 « Maroni/Oyapock » des moyens importants avaient été alloués afin de permettre aux communes de l'intérieur de la Guyane de rattraper leur retard en matière d'infrastructures. L'objectif était de généraliser les réseaux d'assainissement, d'électricité, d'adduction d'eau potable, de rénover ou de créer des infrastructures scolaires, sportives et culturelles. Les contributions budgétisées ont été de 44 MF pour l'Union européenne, de 15 MF pour l'Etat, de 15 MF pour la région et de 12 MF pour le département, les communes étant également censées apporter leur contribution.

Or, la consommation des crédits fait apparaître un taux de réalisation des projets de seulement 58 %¹¹⁹. Les infrastructures prévues n'ont pratiquement pas été réalisées, en partie parce que la contribution des communes n'a pu être mobilisée. La sous-utilisation des fonds européens n'est pas spécifique à la Guyane et concerne l'ensemble des régions françaises. Cependant, le prochain contrat de plan 2000-2006 a reconduit des crédits importants provenant notamment de l'Union européenne. Dans le cadre des fonds Objectif 1 (régions prioritaires de l'Union) les DOM bénéficient de 4 Mds d'euros pour la période 2000-2006 dont, au début de l'année 2003, seulement 2,3 % ont été consommés¹²⁰. Il est donc important que l'Etat veille à la bonne utilisation de ces crédits et à la réalisation effective des travaux prévus. L'amélioration générale des conditions de vie sanitaire et sociale des populations les plus précaires comme celles vivant le long des fleuves guyanais est en effet un préalable nécessaire à une bonne politique de prévention des risques.

Maripasoula

- Le contexte

Maripasoula a été créé en 1950 par Robert Vignon, préfet, pour offrir aux mineurs de Dorlin un village avec un dispensaire, un centre administratif et une église. Le village est devenu commune en 1965. Robert Vignon conduira une politique d'incitation à l'installation, dans le but d'obtenir des budgets conséquents en fonction de l'effectif de population. Le bourg comptait 48 habitants au recensement de 1948. Il en comptera 886 au recensement de 1982 et 3 710 en 1999. L'économie locale est très peu développée. Les actifs sont principalement des fonctionnaires et des travailleurs clandestins travaillant sur des sites d'orpaillage. Les professions exercées sont ethniquement réparties : les haïtiens font le commerce, les brésiliens l'orpaillage, les guyanais sont dans le bâtiment. Les créoles et les métropolitains sont fonctionnaires. De nombreux problèmes fonciers existent sur la commune, il n'y a pas de plan d'occupation des sols et le réseau d'eau est récent et peu fiable.

L'école est récente à Maripasoula mais s'est développée rapidement en raison d'une demande très forte. Le taux de fécondité de la population locale est de 8,1 enfants par femme. Il existe à l'heure actuelle 10 classes en maternelle, 20 en primaire et 40 en collège.

La gendarmerie est présente à Maripasoula (20 à 30 hommes) mais ne parvient pas à enrayer les nombreux actes de violence qui y sont commis. De nombreux trafics prospèrent (or, essence, drogues, prostitution...).

- Le centre de médecine collective

L'équipe théorique du centre est de trois médecins, six infirmières, trois aides-soignantes. La réalité est toute autre : treize médecins sont passés à Maripasoula en un an. Le problème de rotation du personnel est ici encore plus prononcé que dans le reste

¹¹⁹ Cité dans C. Taubira-Delannon, *L'or en Guyane, éclats et artifices, rapport à Monsieur le Premier Ministre*, 2001, p. 78.

¹²⁰ D'après le journal *Le Monde* daté du jeudi 23 janvier 2003, seulement 24 % des fonds Objectifs 1 ont déjà été programmés et 2,3 % consommés.

de la Guyane, ce qui ne permet pas d'asseoir une véritable politique de santé et un suivi des actions engagées. De plus tous les postes ne sont pas occupés : en septembre 2002, il manquait par exemple un médecin, une infirmière et une aide-soignante.

Le centre ne dispose pas de matériel de radiographie dans une région où la tuberculose n'est pas rare. Seuls cinq lits d'observation sont disponibles avec la nécessité d'attendre l'évacuation vers Cayenne lorsque la pathologie est grave. Les médecins ne disposent d'aucune information précise sur le nombre de patients séropositifs, qui seraient nombreux. Le suivi des traitements anti-rétroviraux n'était pas encore possible en septembre 2002 mais devait être mis en œuvre.

Le centre souhaiterait assurer les missions prioritaires suivantes :

- une mission d'information et de prévention mais il manque de personnel local pour communiquer ;
- assurer un meilleur suivi médical et lutter efficacement contre les problèmes de violences sexuelles mais il manque de moyens et de personnels ;
- répondre aux problèmes sociaux de la population mais l'assistante sociale de Cayenne ne passe qu'une seule fois par mois.

2.2.3 LUTTER CONTRE LES OBSTACLES À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Dans l'ensemble des DOM, les traitements sont disponibles et il est donc possible de se soigner correctement. Toutefois, plusieurs facteurs font obstacle à une bonne prise en charge sanitaire et sociale des patients. La précarité matérielle et la forte stigmatisation (cf. supra), tous deux vecteurs d'exclusion, constituent les principaux obstacles. Or, on constate une aggravation des situations d'exclusion de malades évoluant sur un mode chronique et connaissant de longues périodes de dépendance dues à une perte d'autonomie physique ou à des phénomènes de désocialisation.

L'absence de prise en charge de ces personnes en situation précaire ou « exclus » ainsi que leurs problèmes d'observance expliquent en grande partie leur mortalité et leur morbidité trop fortes : l'effort à poursuivre en matière de prise en charge doit donc porter prioritairement sur ces populations qui sont les plus touchées. Il est nécessaire de favoriser leur accès au logement, aux soins à domicile et au suivi social.

De même, les patients perdus de vue sont particulièrement nombreux parmi les populations précarisées et notamment les étrangers. Les problèmes d'application de la circulaire dite Chevènement sont importants et de nombreux étrangers en situation irrégulière ne sont pas suivis¹²¹.

LE LOGEMENT ET LE SUIVI DES PATIENTS À DOMICILE DOIVENT ÊTRE ASSURÉS

L'accès au logement pour les personnes séropositives présentant des pathologies lourdes qui nécessitent un suivi régulier voire un accompagnement en appartement thérapeutique est problématique, en France métropolitaine comme dans les DOM. Il se pose toutefois de façon beaucoup plus aiguë dans les DOM puisqu'il existe très peu de logements sociaux et pratiquement pas d'appartements thérapeutiques, ce qui pénalise gravement les patients atteints du VIH/sida.

Ainsi en Guadeloupe, il n'existe quasiment pas de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). En revanche, un système d'appartements conventionnés spécifique aux DOM est accessible aux personnes vivant avec le VIH. On compte cinq appartements de ce type auxquels s'ajoutent ceux qui sont gérés par les associations, soit au total dix appartements pour les personnes vivant avec le VIH, ce qui ne compense pas la carence majeure de logements sociaux et d'appartements de coordination thérapeutique (ACT).

En Guyane, les lits de suite n'existent pas, de même que les soins infirmiers à domicile. Le secteur de l'hébergement est d'ailleurs dans l'ensemble totalement déserté, et 4 000 ménages sont en attente de logement ; le parc immobilier social est très insuffisant.

Or, il est évident, en particulier pour les populations les plus précaires, que l'absence de structures pour le suivi et l'accompagnement social ne facilite pas l'observance.

LES PROCÉDURES D'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX DOIVENT ÊTRE AMÉLIORÉES

Les séropositifs rencontrent parfois des difficultés d'accès aux soins, faute d'informations suffisantes et en raison de la complexité des procédures d'obtention de droits à une couverture maladie. C'est en particulier le cas des plus précaires, notamment les étrangers.

¹²¹ Cf. *infra*, (chapitre C) Migrations et coopération régionale.

Or, les étrangers, dès lors qu'ils sont en situation de séjour et de travail réguliers en France, bénéficient des mêmes possibilités d'assurance maladie que les personnes de nationalité française. Pour tous ceux qui n'ont pas droit à une assurance maladie par le biais du travail, une couverture par la CMU¹²², mise en place depuis le 1er janvier 2000, est possible. De plus, il existe un dispositif d'aide médicale d'Etat (AME) pour les étrangers qui n'ont pas de titre de séjour ainsi que pour tous ceux qui n'ont pas trois mois de résidence en France. Enfin, la loi du 11 mai 1998 permet qu'un étranger atteint d'une maladie grave ne pouvant être soigné dans son pays d'origine bénéficie, de droit, d'une carte de séjour temporaire (CST) d'un an pour « vie privée et familiale » ouvrant automatiquement droit au travail et à la CMU. Cependant, une circulaire du ministère de l'Intérieur a limité cette possibilité aux personnes pouvant justifier d'un an de présence sur le territoire français. Avant cette période d'un an, les préfetures sont invitées à délivrer seulement une autorisation provisoire de séjour, avec ou sans autorisation de travail, sans durée précisée. L'autorisation provisoire de séjour (APS) ouvre droit à la même assurance maladie que les autres titres de séjour¹²³. En revanche, un certain nombre d'aides sociales (notamment allocation aux adultes handicapés, allocation logement...) ne sont pas accessibles avec une simple autorisation provisoire de séjour¹²⁴.

D'après la législation, tous les étrangers, même en situation irrégulière, devraient bénéficier d'une couverture maladie, au minimum l'AME¹²⁵. Cependant, les patients doivent fournir la preuve que leur résidence « habituelle » est en France, ce qui est souvent difficile voire impossible. C'est même souvent impossible pour certains patients dans la mesure où les sous-locations, le piratage des lignes EDF, les hébergements précaires sont fréquents. De ce fait, de nombreux étrangers en situation irrégulière notamment à Saint-Martin et en Guyane ne bénéficient ni de la CMU ni de l'AME¹²⁶. De plus, la moitié des personnes concernées découvrant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida, il est probable qu'un certain nombre d'étrangers n'ont pas pu faire valoir leur droit à un séjour pour raison thérapeutique faute de connaître leur séropositivité¹²⁷.

En Guyane, on estime encore entre 10 et 15 % la proportion des patients suivis dans des établissements de soins sans couverture maladie, essentiellement des étrangers sans titre de séjour ou en attente d'un renouvellement. Saint-Laurent du Maroni et l'Ouest guyanais concentrent l'essentiel des difficultés. La file active est composée pour 75 % d'étrangers à Saint-Laurent du Maroni dont plus de la moitié n'a pas de titre de séjour. Or, beaucoup de ces patients étrangers en situation irrégulière ne peuvent bénéficier de la CMU ou de l'AME en raison de l'absence de preuve de résidence¹²⁸. L'effort financier repose alors sur le seul budget de l'hôpital, ce qui pose problème.

¹²² La CMU est gratuite pour tous les gens qui ont des ressources inférieures à un certain plafond (fixé au 1^{er} janvier 2002 à 562 euros mensuels pour une personne seule). Pour les personnes qui ne dépassent pas ce plafond de ressources, la CMU gratuite tient lieu de "sécurité sociale" (CMU de base) et de "mutuelle" (CMU complémentaire). Le maintien de droits ouvert par la CMU de base est de quatre ans, applicable à l'étranger qui perd son droit au séjour en France et continue d'y résider. Ce maintien de droits ne s'applique pas pour la couverture complémentaire CMU. Il faut noter cependant que la CMU n'est pas encore généralisée et que de nombreuses personnes, qu'elles soient françaises ou étrangères, n'y ont toujours pas accès

¹²³ Ainsi en Guyane, l'ensemble des personnes bénéficiant d'une autorisation de séjour pour soins représente ainsi 20 % de la file active hospitalière. Sur 259 demandes de séjour pour soins adressées aux services de la préfecture en 2001, 142 étaient des renouvellements. Sur ces 259 demandes, 145 étaient motivées par une infection par le VIH. Sur ces 145 demandes, 144 ont été prises en compte. 56 % des titres attribués concernent des Haïtiens, 27 % des Surinamiens, 9 % des Guyaniens, 8 % des Brésiliens. Auditions du CNS.

¹²⁴ Cf. tableau, annexe 2. On peut cependant s'inquiéter de la remise en cause de l'accès aux soins des plus pauvres induite par les récentes mesures relatives à la CMU et à l'AME. En effet, en ce qui concerne la CMU, la mesure votée le 18 décembre 2002 qui prévoit un délai de carence entre l'ouverture des droits et le remboursement effectif des soins est d'ores et déjà applicable. Pour l'AME, les décrets d'application instaurant un ticket modérateur à la charge du patient n'ont pas encore été pris. Ils ne devraient pas concerner les pathologies lourdes telles que le VIH/sida.

¹²⁵ En 2002, les demandes d'AME présentées pour l'ensemble de la Guyane étaient au nombre de 7 110 (contre 4 617 en 2001 et 2 727 en 2000). Parmi les 7 110 dossiers déposés, 3 272 étaient des premières demandes qui ont été acceptées, 1 736 étaient des demandes de renouvellement (qui ont finalement été acceptées), 290 ont été refusées, 1 363 renvoyées pour compléter le dossier et 449 étaient en attente de traitement. Chiffres de la DSDS de Guyane, mis à jour au 06/02/03.

¹²⁶ De plus, il ne faut pas que la possibilité d'accéder à la CMU et à l'AME, qui sont de la responsabilité de l'Etat, incite certains Conseils généraux à se désengager du financement de structures de soins destinées à l'origine à pallier des insuffisances de couverture maladie qui officiellement n'existent plus.

¹²⁷ Il faut par ailleurs rappeler que, contrairement à la législation en vigueur sur le reste du territoire national, en Guyane et à Saint-Martin il n'existe pas de possibilité juridique de recours suspensif à la reconduite à la frontière.

¹²⁸ Ainsi, depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU et jusqu'au 30 juin 2000, 398 dossiers ont été transmis à la caisse générale de sécurité sociale par l'hôpital de Saint-Laurent, mais seulement 19 ont été acceptés. En ce qui concerne l'AME, 1 065 dossiers ont été déposés du 1^{er} janvier au 30 juin 2000 et 22 dossiers avaient été acceptés au 30 juin 2000. L'hôpital de Saint-Laurent représente 50 % des dossiers transmis dans le cadre de l'AME tandis que l'hôpital de Cayenne et celui de Kourou instruisent respectivement 36 % et 14 % des demandes. Chiffres cités dans le *Rapport pour M. le Secrétaire d'Etat à l'Outre-mer et Mme la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, « Accès aux soins dans le bassin du Maroni et coopération transfrontalière avec le Surinam »*, R. Lefait-Robin et E. Jacoulet, mission menée du 5 au 13 octobre 2000 en Guyane. Il s'agit cependant de chiffres relatifs au cas particulier de l'hôpital de Saint-Laurent et qui concernent les six premiers mois de l'année 2000 correspondant à la mise en œuvre de la CMU et de la nouvelle réglementation de l'AME, ce qui explique sans doute la faiblesse du nombre de dossiers acceptés. En effet, les derniers chiffres de l'AME fournis par la DSDS pour l'ensemble de la Guyane montrent qu'une majorité des demandes présentées donnent suite à une ouverture des droits (Cf. note n° 125).

On sait par ailleurs que l'obtention d'un titre de séjour pour des patients séropositifs a des effets tangibles sur la qualité du suivi et de l'observance au traitement. De ce point de vue, les études menées à partir de cohortes de mères séropositives en Guadeloupe (hors Saint-Martin) et à Saint-Martin riches d'enseignements¹²⁹. Les bons résultats périnataux en terme de transmission mère enfant observés à Saint-Martin où pourtant 49 % des femmes séropositives suivies sont des étrangères en situation irrégulière, s'expliquent par la possibilité d'un accès gratuit et sans restriction aux consultations prénatales de la PMI. En effet, à Saint-Martin, 85 % des grossesses de mères séropositives sont suivies par les dispensaires de PMI qui, grâce aux conventions passées avec l'hôpital, peuvent obtenir gratuitement des consultations avec le CISIH et la délivrance des antirétroviraux.

Grâce à ce système de médecine gratuit, la proportion de mères séropositives suivies à Saint-Martin et, *ipso facto*, le taux de transmission mère enfant, sont comparables à ceux de la Guadeloupe¹³⁰ alors que, pour cette dernière, seulement 3 % des mères séropositives suivies sont en situation irrégulière. Il semble donc nécessaire de pérenniser l'activité de ce centre de PMI et de favoriser ses relations avec l'hôpital.

Cependant, ces bons résultats ne doivent pas masquer ceux relatifs au suivi, après l'accouchement, des mères dont la situation administrative n'est pas régularisée et de leurs enfants. Ainsi à Saint-Martin et en Guadeloupe, plus de 90 % des enfants de mères étrangères dont la situation a été régularisée sont testés pour le VIH et suivis, alors que plus de 50 % des enfants des mères dont la situation n'a pas été régularisée ne sont ni testés ni suivis. Par ailleurs, 80 % des mères en situation irrégulière sont rapidement « perdues de vue ».

Ces données montrent que le suivi des patientes et de leurs enfants dépend de leur situation administrative. Or, seules 30 % des femmes séropositives en situation irrégulière ont obtenu un titre de séjour au cours de leur grossesse à Saint-Martin contre 95 % en Guadeloupe. Pourtant les femmes suivies à Saint-Martin sont présentes sur l'île en moyenne depuis sept ans. Il ne semble pas y avoir de prostitution organisée, et les femmes n'immigrent pas dans l'intention de se faire soigner. C'est au moment de leur grossesse que leur séropositivité est découverte. La Guadeloupe quant à elle n'est pas confrontée à un taux important de « perdus de vue » puisque pratiquement toutes les mères séropositives en situation irrégulière ont obtenu un titre de séjour.

Cet exemple illustre une nouvelle fois que les pratiques administratives, très variables d'une préfecture à l'autre, apparaissent comme un facteur déterminant de la qualité de la prise en charge des malades migrants. Il est certain qu'à Saint-Martin, les étrangers en situation irrégulière rencontrent des difficultés pour accéder aux soins. Au vu des conséquences négatives, tant individuelles que collectives, du phénomène des « perdus de vue », on peut dès lors s'interroger sur les modalités d'application de la législation relative au séjour des étrangers qui semblent subir des variations considérables d'une circonscription administrative à l'autre et entrent parfois en contradiction avec les objectifs de la politique de santé publique.

Ainsi à Saint-Martin, 32 % des patients de la file active n'ont aucune couverture maladie et sont donc pris en charge financièrement par le budget de l'hôpital. Les dépenses en médicaments de l'hôpital représentent près de 750 000 € dont 200 000 € pour les malades qui n'ont aucune couverture maladie. La charge induite pour l'hôpital est donc très importante¹³¹.

La situation sociale des patients étrangers suivis se caractérise dès lors par une grande précarité. Faute d'un titre de séjour, un grand nombre de personnes vivent éloignées des structures de soins et d'éducation, à la périphérie des villes ou le long des fleuves.

2.3 MIGRATIONS ET COOPÉRATION RÉGIONALE

La prise en compte des flux migratoires et de l'environnement régional est cruciale dans la lutte contre le VIH/sida des départements d'outre-mer. Elle doit se traduire à la fois par l'amélioration de la prise en charge des migrants et la poursuite des programmes de coopération régionale.

¹²⁹ Le développement qui suit s'appuie sur les travaux du Dr. F. Bardinnet, praticien hospitalier à Saint-Martin, présentés lors du colloque inter-CISIH 2002 à Saint-Laurent du Maroni. Les effets positifs de l'obtention d'un titre de séjour pour des patients séropositifs étrangers ont également été mis en évidence par une étude du CISIH de Guyane, P. Couppié, M. Sobesky, R. Renau-Ferrer, J. Versapuech, R. Pradinaud et V. Bérard, *Populations immigrées et infection par le VIH : influence des mesures de régularisation pour soins sur le suivi et l'observance*, présentation lors des X^{èmes} journées Inter-CISIH Antilles-Guyane à Pointe-à-Pitre, 2001, cité dans F. Lert et S. Mulot, *op. cit.*, p. 5.

¹³⁰ Les cohortes suivies concernent des patientes ayant accouché entre le 01/01/1995 et le 31/12/2001. Les taux de transmission mère enfant en Guadeloupe (4,8 %) et à Saint-Martin (2,5 %) sont comparables à ceux de l'Enquête Périnatale Française qui rapportait un taux de transmission mère enfant de 3,9 % pour la période 1995-1999.

¹³¹ De manière générale, de nombreux praticiens auditionnés doutent de la capacité de la CMU et de l'AME à couvrir l'ensemble des patients soignés à l'hôpital et souhaiteraient en conséquence des dispositions particulières pour la prise en charge des personnes ne bénéficiant d'aucune couverture médicale.

2.3.1 UNE POSITION ÉTHIQUE : SOIGNER LES MIGRANTS SÉROPOSITIFS

Les positions du CNS à l'égard des migrants sont communes à l'ensemble des DOM et à la métropole. Il faut en premier lieu appliquer la loi, en l'occurrence la circulaire dite « Chevènement » de 1998 et ensuite rechercher les voies d'une meilleure coopération avec les pays voisins afin de lutter efficacement contre l'épidémie.

Le CNS s'est toujours prononcé en faveur de la prise en charge de toutes les personnes séropositives, quelles que soient leurs origines. Cette position, affirmée dans un avis de 1995¹³² et régulièrement défendue depuis découle du principe minimal et absolu que soit assuré à toute personne malade un plein accès aux soins, qu'elle soit française ou étrangère, en situation régulière de séjour ou non. Au-delà de ce principe, il faut souligner la spécificité de la pathologie VIH : maladie transmissible ne connaissant pas de frontière, c'est aussi dans l'intérêt de la collectivité qu'elle requiert une attention particulière.

Le CNS n'en méconnaît pas pour autant les difficultés humaines et matérielles rencontrées pratiquement par les structures hospitalières qui doivent faire face à l'arrivée de ces migrants, souvent gravement malades. C'est pourquoi il faut s'engager concomitamment sur deux types d'action : d'une part, donner les moyens aux praticiens de remplir leur mission dans des conditions satisfaisantes ; d'autre part, s'engager sans délai dans des programmes de coopération avec les pays frontaliers ou voisins des DOM afin de les aider à rénover leur système de santé et à avoir accès aux antirétroviraux.

LA ZONE CARAÏBE EST HISTORIQUEMENT UN ESPACE DE MIGRATIONS

S'il est vrai que la situation sanitaire des Antilles françaises est en retrait par rapport à la métropole, elle est cependant très supérieure à celle de la plupart des pays voisins de la Caraïbe. On associe fréquemment à ce décalage une immigration importante en provenance des différents pays de la région, sans toutefois en apporter la preuve empirique. En réalité, il existe une tradition ancienne d'échange et de circulation dans les différents pays des Caraïbes. De nombreux exemples rappellent qu'il s'agit d'un phénomène ancien ponctué par des déplacements importants de main d'œuvre : de nombreux Martiniquais ont participé au creusement du canal de Panama, des Guadeloupéens coupaient de la canne à sucre à Cuba. Le niveau de développement économique et sanitaire des départements français d'Amérique (DFA) est intermédiaire entre celui des pays voisins et celui des pays riches. D'autres indicateurs comme le logement ou le taux de natalité attestent de cette position intermédiaire, qui concerne également le VIH qu'il s'agisse du niveau de l'épidémie ou de la prise en charge.

Les pays d'origine de ces migrants, hormis le Brésil, sont souvent très pauvres et particulièrement touchés par le VIH/sida. Haïti, la République dominicaine, le Surinam, le Guyana font partie des pays ayant les taux de prévalence les plus élevés de la Caraïbe, elle-même région du monde la plus touchée par l'épidémie après l'Afrique sub-saharienne¹³³.

Bien sûr, l'attractivité économique des DOM par rapport à leur environnement géographique immédiat contribue à alimenter les flux migratoires en provenance des pays voisins. On estime ainsi qu'en Guyane, l'accroissement de la population, qui atteint près de 5 % par an, est dû pour moitié à l'accroissement naturel et pour moitié à l'immigration.

Selon le secrétariat d'Etat à l'Outre-mer, on compterait 6 500 étrangers en Martinique dont 500 en situation irrégulière, 22 000 étrangers en situation régulière en Guadeloupe et 10 000 en situation irrégulière (la moitié pour la seule commune de Saint-Martin). A la Réunion, qui compte peu d'étrangers, l'immigration clandestine en provenance des Comores est estimée entre 1 000 et 2 000 personnes par an. Enfin la Guyane compte environ 20 000 étrangers en situation régulière et 30 000 en situation irrégulière¹³⁴. Cependant, en ce qui concerne la Guyane, le nombre d'étrangers en situation irrégulière pourrait être supérieur à 30 000. Ainsi F. Bourdier rappelle dans ses travaux que si le nombre officiellement recensé de Brésiliens vivant en Guyane est de 6 000, ils seraient entre 15 000 et 25 000 en situation irrégulière ou disposant seulement d'un visa temporaire de travail¹³⁵.

L'immigration est une question centrale en Guyane (*Cf. infra*) et en Guadeloupe avec l'île de Saint-Martin. Même si la Martinique et la Réunion, qui accueillent peu de migrants, sont moins directement concernées, elles n'en restent pas moins situées au cœur de zones historiques de migration et sont donc susceptibles de voir leur situation évoluer.

¹³² Conseil national du Sida, *La situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour*, Rapport suivi d'un avis du 18 décembre 1995.

¹³³ Cf. les chiffres de l'Onusida, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, 2002.

¹³⁴ Chiffres cités dans le rapport d'information n° 336 du Sénat. Sénat, Commission des Lois, « Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion : la départementalisation à la recherche d'un second souffle », *Rapport d'information*, n° 336 (1999-2000), p. 13.

¹³⁵ F. Bourdier, « Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida », *Sciences sociales et santé*, vol. 20 (3), septembre 2002, pp. 5-28.

LES MIGRANTS, SOUVENT EN SITUATION PRÉCAIRE, SONT VULNÉRABLES

Alors même que les conditions d'obtention d'un titre de séjour sont devenues plus restrictives à partir du milieu des années 1970 en France, une exception s'est progressivement imposée en faveur des personnes atteintes de pathologie d'une particulière gravité et ne pouvant être soignées dans leur pays d'origine¹³⁶. Cette exception participe, pour certains, de l'émergence d'une « bio-légitimité » du « corps souffrant » qui justifie l'obtention d'un titre de séjour pour soins¹³⁷.

Aujourd'hui, la question de l'immigration n'est plus de l'ordre de « l'indicible » ou de « l'impensé » comme ce fut longtemps le cas mais apparaît comme un élément essentiel de la problématique du VIH/sida¹³⁸. La « condition immigrée » explique en grande partie la plus grande vulnérabilité de ces personnes au VIH/sida. Seule l'analyse de cette condition, c'est-à-dire des modes de vie et des pratiques de ces populations précaires permet de penser ensemble immigration et sida et d'éviter cette forme d'ethnicisation des problèmes et des rapports sociaux qui caractérise si souvent les sociétés antillo-guyanaises.

« En réalité, si les étrangers, [...] ont des taux d'incidence du sida plus élevés que la moyenne, adoptent des pratiques de prévention moins facilement, découvrent leur infection plus tardivement, débutent leur traitement moins précocement, ce n'est pas en raison d'un statut défavorable en matière de droit aux soins, mais à cause d'un ensemble de disparités qui caractérisent leur condition sociale. L'analyse des politiques publiques doit ainsi s'efforcer de saisir le contraste entre les succès du combat pour une égalité de droit et les silences en matière d'inégalités de situation. »¹³⁹

Les migrations à destination des départements d'outre-mer reposent pour l'essentiel sur des critères économiques. L'opportunité de trouver temporairement du travail dans le bâtiment (sur des chantiers), l'agriculture (saisons) ou l'orpillage en Guyane oriente la circulation d'une population de travailleurs précaires qui arrive le plus souvent sans papiers ni contrats de travail et n'a par conséquent aucune protection sociale. En sus de ces conditions de vie et de travail imposées par des employeurs souvent peu scrupuleux, ces immigrés subissent les contraintes induites par l'isolement social et familial et l'absence d'intégration à la société d'accueil.

Contrairement à ce qui a pu être parfois avancé, les contaminations volontaires d'étrangers dont l'objectif est de bénéficier des conditions de vie plus favorables offertes par la France demeurent marginales. L'essentiel des étrangers émigrent pour trouver du travail et découvrent leur séropositivité au cours de leur séjour en France, le plus souvent très tardivement. De plus, pour la plupart des immigrés en situation irrégulière ne bénéficiant pas d'une protection sociale, la santé apparaît comme un capital indispensable qu'il faut préserver pour pouvoir continuer à travailler¹⁴⁰.

Rappelons par ailleurs que la question des migrants, commune à l'ensemble des DOM, n'a pas la même acuité et ne se décline pas de la même façon pour chacun d'entre eux.

2.3.2 RENFORCER LA COOPÉRATION ENTRE LES DOM ET LES PAYS VOISINS

LA COOPÉRATION DANS L'OcéAN INDIEN ET LA ZONE CARAÏBE

Dans l'Océan indien, de multiples liens ont été tissés avec des associations mauriciennes par l'intermédiaire de l'association réunionnaise Rive, dirigée par la responsable du CISIH : les patients de l'île voisine peuvent bénéficier d'une prise en charge lorsqu'ils se trouvent sur le territoire réunionnais. Toutefois, les collaborations institutionnelles sont compliquées par l'asymétrie de pouvoir et de légitimité entre les dirigeants nationaux mauriciens et les représentants départementaux de l'État. Les atermoiements de l'île Maurice en matière de lutte contre le VIH/sida sont illustrés par l'absence de publicité donnée aux chiffres de la contamination : c'est un sujet sensible, susceptible d'affecter les flux touristiques. Y compris dans le cadre du projet REVE mis en œuvre sous l'égide de l'ONUSIDA, les coordonnateurs du programme ont eu de grandes difficultés pour obtenir les données épidémiologiques concernant l'île Maurice ainsi que certains autres pays de la région comme Madagascar, dont on peut penser que le taux de prévalence officiel est sous-estimé.

¹³⁶ Le principe d'accueil de patients atteints de pathologies graves, défini par la loi n°97-396 du 24 avril 1997, dite « loi Debré » a été confirmé et consolidé en 1998 par la loi n°98-349 du 11 mai 1998, dite « loi Chevènement », dont certains décrets d'application ont cependant limité la portée (cf. *supra* II B).

¹³⁷ C'est notamment la thèse défendue par D. Fassin.

¹³⁸ D. Fassin, « l'indicible et l'impensé : la question « immigrée » dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, vol. 17 (4), décembre 1999, pp. 5-34.

¹³⁹ D. Fassin, « Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux » in *Sida, immigration et inégalités, nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Collection sciences sociales et sida, ANRS, 2002, p. 8.

¹⁴⁰ Cf. F. Bourdier, « Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida », *op. cit.*

Dans la zone Caraïbe, le CARICOM, marché commun des Caraïbes et le CAREC (Caribbean Epidemiology Center)¹⁴¹, organisation régionale à vocation sanitaire, définissent des plans d'action régionaux avec l'aide des organisations internationales. Les Etats donateurs d'aide financent les projets ainsi définis pour lesquels l'ONUSIDA fait le plus souvent fonction de coordinateur.

Les programmes qui bénéficient de l'aide française et internationale sont divers :

- le soutien aux plans stratégiques du CAREC¹⁴² ;
- le plan régional stratégique du CARICOM soutenu par l'ONUSIDA ;
- la négociation sous l'égide du CARICOM avec les firmes pharmaceutiques pour l'obtention de médicaments à moindre coût¹⁴³ ;
- l'accord de partenariat pan-caribéen (PANCAP) signé en février 2001 sous l'égide du CARICOM ;

Cependant, la coopération régionale « multilatérale » dans l'espace Caraïbe demeure trop parcellaire et n'est pas suffisamment associée aux actions nationales de lutte contre l'épidémie. Dans la perspective d'une plus grande intégration régionale, l'appui de la France à la lutte contre le VIH/sida dans l'espace Caraïbe doit être renforcé, notamment grâce aux financements du Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) afin d'harmoniser et de rendre plus cohérentes les actions nationales engagées.

C'est pourquoi la France doit développer sa coopération avec les institutions régionales, le CAREC mais aussi l'OPS/OMS¹⁴⁴ et l'ONUSIDA ainsi qu'avec les organisations à caractère politique telles que le CARICOM ou le secrétariat de l'OECS (*Organization of the East Caribbean States*) qui réunit ses ministres de la Santé en juillet de chaque année.

De même, la coopération régionale « bilatérale » entre les départements français et les territoires ou pays qui les entourent mériterait d'être renforcée. Elle reste minime en Guadeloupe et s'est manifestée principalement à l'occasion d'actions de prévention et de conseil à Sainte-Lucie et à la Dominique. Des actions de formation des médecins ont également eu lieu à Haïti et à Trinité et Tobago, l'objectif étant de susciter des actions sur place, ce qui est difficile eu égard à la faiblesse des systèmes de santé existants. La DSDS de Martinique a initié un programme de prévention de la TME en Dominique qui consiste principalement en la fourniture de médicaments. Tout cela reste timide car il existe bien d'autres problèmes de santé que le VIH, et le taux de prévalence n'est guère plus élevé qu'en Martinique. Le CHU, lui, participe au réseau ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) et a commencé à développer des liens avec la Dominique, Sainte-Lucie et Haïti. Des formations et des transferts de technologie de laboratoires sont prévus en collaboration avec le CAREC. Il s'agit dans un premier temps de pratiquer des tests puis d'apprendre aux personnels à faire des tests. Enfin, un programme de formation en Haïti devait démarrer en octobre 2002 si l'accès aux molécules était réalisé. Certains médecins haïtiens se forment aux Etats-Unis, mais la plupart souhaitent profiter d'une expérience qui concerne des populations proches des populations haïtiennes. Compte tenu des liens étroits existant entre Haïti et les deux îles françaises des Antilles, tant en ce qui concerne le corps médical que la population, une information et une contribution des équipes médicales guadeloupéennes aux projets ESTHER menés par la Martinique semblent nécessaires.

Par ailleurs, il serait tout à fait souhaitable de **relancer la coopération régionale (mise à mal par la politique de régionalisation) entre les DFA eux-mêmes**. En effet, la disparition de la DIRSS (Direction Inter-Régionale de la Sécurité Sociale) n'a pas été suivie des réunions de collaboration entre les trois DSDS, pourtant prévues. Les réunions inter-CISIH, de qualité, pourraient servir de support à la relance d'une collaboration plus étroite entre les CISIH et, à terme, entre les différents acteurs institutionnels des trois départements français d'Amérique.

LA GUYANE ET LA COOPÉRATION AVEC LE SURINAM ET LE BRÉSIL

La région de Saint-Laurent du Maroni connaît une immigration très importante en provenance essentiellement du Surinam et du Guyana. Les raisons en sont bien identifiées, qui montrent un déséquilibre des richesses très important, de un à dix, entre ces deux pays pauvres et la Guyane française. Mais, pour les populations du fleuve, le bassin du Maroni constitue aussi un espace traditionnel de vie. Ainsi, pour nombre d'entre eux, la frontière entre le Surinam et la France n'a guère de sens et beaucoup circulent entre les deux rives du fleuve voire habitent alternativement sur l'une ou l'autre rive.

¹⁴¹ Cf. Annexe 3, *La coopération régionale dans les Caraïbes*.

¹⁴² En décembre 2001, le gouvernement français a apporté son soutien à l'accord de partenariat signé en novembre 2000 au sein du CAREC. A travers ce projet FSP 2001-84 d'une durée de 4 ans, la France apporte un appui technique et financier (1,07 millions d'euros) au plan stratégique 2001-2005 du CAREC pour la prévention et le contrôle de l'épidémie de VIH/sida dans la région des Caraïbes.

¹⁴³ Le processus de négociation régionale avec les compagnies pharmaceutiques a été initié en février 2002 lors d'une réunion des Ministres de la Santé du CARICOM. Le 11 juillet 2002, lors de la 14^{ème} Conférence Internationale sur le Sida à Barcelone, un accord a été signé entre les 15 pays membres du CARICOM et 6 compagnies pharmaceutiques pour la fourniture de médicaments à prix réduits. Cependant, malgré ces différents programmes et accords commerciaux, l'accès aux médicaments antirétroviraux reste très insuffisant dans la plupart des pays de la zone.

¹⁴⁴ L'Organisation panaméricaine de la Santé / Organisation mondiale de la Santé (OPS / OMS).

L'hôpital de Saint-Laurent a vu le nombre d'entrées doubler en moins de quinze ans, passant de 2 508 entrées en 1986 (date du début de la guerre civile au Surinam) à 5 029 entrées en 1999. Incontestablement, cela suppose de la part de l'hôpital un ajustement constant et important de ses structures et de sa dotation en personnel, qui, pour l'instant, se fait toujours avec retard.

Les patients surinamiens représentent aujourd'hui, toutes pathologies confondues, 50 % des entrées. Or le problème n'est pas le nombre d'étrangers soignés mais l'absence de financement de leur prise en charge.

Les Surinamiens du bassin du Maroni viennent préférentiellement à Saint-Laurent pour se faire soigner parce que l'offre de soins française est à la fois moderne, organisée et gratuite et qu'elle n'a pas d'équivalent côté surinamien.

De fait, l'offre de soins demeure fortement déséquilibrée : le centre de santé d'Albina, ville surinamienne faisant face à Saint-Laurent n'offre que neuf lits, avec un seul médecin et une sage-femme alors que l'hôpital de Saint-Laurent dispose de 83 lits, une trentaine de médecins et une dizaine de sages-femmes. Les épidémies de choléra au début des années 1990 et la réémergence de la fièvre jaune en 1998 sur le Maroni ont montré les lacunes existant dans les échanges d'informations épidémiologiques. Par ailleurs, le développement anarchique d'activités d'orpillage sur le Haut-Maroni et en forêt fait peser de nouvelles menaces sanitaires sur les groupes de Bushinengués et d'Amérindiens.

En ce qui concerne le VIH, il n'existe aucune visibilité de l'épidémie, aucune base de données commune. Il est urgent de prendre la mesure de cette épidémie sur le fleuve afin de prévoir les moyens à mettre en œuvre. Au Surinam, seule la prophylaxie par Bactrim était jusqu'à présent possible car la population n'avait pas accès aux antirétroviraux. Il semble que la situation commence à évoluer et que les traitements deviennent plus accessibles.

Il est donc urgent de rééquilibrer l'offre de soins de part et d'autre du fleuve Maroni et d'améliorer la prise en charge des malades.

Il est pour cela nécessaire de développer et de pérenniser la coopération avec le Surinam. Des antécédents de coopération dans le domaine de la santé existent. Entre 1997 et 2000, un projet français de coopération concernant la réhabilitation des structures hospitalières d'Albina, bénéficiant d'un financement du Fonds Interministériel pour les Caraïbes (FIC) a été conduit. Ce projet FIC, dont les résultats ne sont pas à la hauteur des enjeux de santé publique de la région¹⁴⁵, a cependant ouvert la voie à une collaboration plus étroite entre les hôpitaux d'Albina et de Saint-Laurent.

Une convention entre Saint-Laurent du Maroni et Albina a été signée en avril 2000. Elle prévoit la mise à disposition de l'hôpital d'Albina de matériel médical et d'une ambulance. Des programmes de formation sont par ailleurs prévus pour l'utilisation du matériel livré ainsi qu'un soutien logistique pour l'entretien du matériel.

Ces programmes doivent être menés correctement et jusqu'à leur terme car de trop nombreuses initiatives ont été prises par le passé, qui n'ont pas abouti aux résultats escomptés. Il est important de consolider ces programmes, de les évaluer et de les compléter par un volet spécifique au VIH. Ainsi la coopération en matière de VIH entre les deux centres hospitaliers pourrait s'inscrire dans un programme du réseau ESTHER à l'image du programme de coopération engagé par le CHU de Fort-de-France avec Haïti.

De plus, le Surinam fait partie de la zone de solidarité prioritaire (ZSP) définie par le quai d'Orsay, ce qui permet de mettre en place des programmes d'aide et de soutien au système de santé de ce pays¹⁴⁶. Enfin, il est encourageant de voir que les postes d'assistants techniques français en poste à Paramaribo et au CAREC ont été finalement pourvus, ce qui devrait permettre, à partir de janvier 2003 de disposer d'interlocuteurs et d'appuis indispensables, qu'il convient de solliciter sans attendre¹⁴⁷.

Il est aussi nécessaire de simplifier les procédures administratives et d'assurer la prise en charge financière des patients séropositifs non résidents soignés en Guyane française. En ce sens, il pourrait être utile d'analyser les propositions de simplification du statut des habitants du bassin du Maroni, qu'ils soient Français ou Surinamiens, susceptibles de mieux tenir compte de la réalité sociale et des modes de vie de ces populations¹⁴⁸.

¹⁴⁵ Cf. notamment R. Lefait-Robin et E. Jacoulet, *op.cit.*

¹⁴⁶ Ainsi, en juin 2001 a été mis en place, pour une durée de trois ans, un projet d'« Appui à la surveillance et à la lutte contre les maladies transmissibles, en particulier le paludisme, sur le Maroni », piloté par l'ambassade de France à Paramaribo.

¹⁴⁷ La France dispose désormais de trois assistants techniques en Haïti, deux épidémiologistes à Trinidad, un conseiller régional de santé à la Barbade et un assistant technique au CAREC.

¹⁴⁸ Cf. par exemple, la proposition formulée par J.-F. Merle « de remplacer les procédures actuelles (l'obligation de visa) par une carte de circulation transfrontalière, valable uniquement pour une liste de communes riveraines limitativement énumérées et pour une durée limitée dans le temps... ». Cette carte, à l'image de ce qui existe déjà entre le Brésil et l'Argentine ne donnerait pas droit aux prestations sociales en France mais permettrait d'éviter une part importante des reconduites à la frontière, qui sont de l'ordre de 10 000 par an en Guyane, dont les deux tiers concernent la compagnie de gendarmerie de Saint-Laurent du Maroni. Cité dans *Guyane 1997, Etat des lieux et propositions, rapport au secrétariat d'Etat à l'Outre-mer*, La Documentation française, 1998, p. 71.

Bien sûr les problèmes d'accueil, de prise en charge et de suivi des migrants ne se posent pas que sur le Maroni. Le fleuve Oyapok constitue lui aussi une frontière très perméable avec le Brésil et les populations amérindiennes qui vivent le long du fleuve le considèrent comme un espace de vie à part entière.

Le problème paraît d'une ampleur moindre et ce pour deux raisons : d'une part, le taux de prévalence dans l'Etat frontalier de la Guyane, l'Amapa, est faible¹⁴⁹ et les campagnes de prévention semblent correctement menées ; d'autre part, le Brésil dispose d'antirétroviraux et peut, théoriquement, prendre en charge tous ses malades.

Il convient cependant de nuancer cette vision optimiste. En effet, le développement des échanges et des moyens de transport entre la Guyane et le Brésil favorise corrélativement la mobilité des hommes. Officiellement un peu plus de 7 000, les Brésiliens résidant en Guyane seraient en réalité entre 20 000 et 26 000. Une majorité d'entre eux est donc en situation irrégulière et travaille clandestinement à Cayenne ou, le plus souvent, sur des sites d'orpillage clandestins en forêt. Les risques d'infection au VIH au sein du milieu orpailleur ont été soulignés à plusieurs reprises aussi bien dans des travaux de sciences sociales¹⁵⁰ que dans des rapports officiels¹⁵¹.

Par ailleurs, l'évolution brutale du mode de vie des Amérindiens vivant dans la forêt et le long du fleuve est marquée par la progression de l'alcoolisme et l'émergence de certaines formes de violence qui témoignent d'un processus de déculturation. Ces changements font craindre un développement rapide et incontrôlé de l'épidémie au sein de populations jusqu'à présent peu touchées. Il faut donc aller au-devant de ces populations et mener des campagnes spécifiques de prévention et de dépistage sur le fleuve Oyapok.

Il faut aussi rappeler que les traitements antirétroviraux que possède le Brésil ne sont pas nécessairement accessibles aux populations pauvres des régions enclavées du Nord du pays, et ce pour des raisons à la fois économique et géographique. La capitale de l'Etat d'Amapa, où sont disponibles les antirétroviraux est ainsi à plus de 600 kilomètres de la frontière française, c'est-à-dire à plus d'un jour de transport. En dépit des efforts engagés depuis plusieurs années, seules 105 000 personnes sur 610 000 séropositifs bénéficient de traitements au Brésil¹⁵². Par conséquent, il faut tenir compte des difficultés d'accès aux médicaments des plus pauvres et des plus précaires et assurer, en concertation avec les autorités brésiliennes, la meilleure prise en charge possible des populations frontalières. Il est donc nécessaire de développer des liens et des programmes de coopération durables et efficaces avec le Brésil voisin. Il est probable que, dans ce cadre, la ville de Saint-Georges de l'Oyapok verra son rôle en matière de santé publique considérablement modifié et développé. Or, pour le moment, le centre de soins administré par le Conseil général, au sein duquel ne travaille, dans des conditions difficiles et sans moyens, qu'une seule assistante sociale, ne paraît pas disposer des moyens nécessaires¹⁵³.

LA GUADELOUPE ET LE CAS DE SAINT-MARTIN

La partie française de l'île de Saint-Martin, paradis fiscal administrativement rattaché à la Guadeloupe, a une population officielle de 35 000 habitants dont un tiers d'étrangers en situation régulière et environ 5 000 en situation irrégulière provenant majoritairement de Haïti. Les Haïtiens constituent une main d'œuvre bon marché utilisée dans le secteur du bâtiment. Ils cumulent différentes formes de précarité : pauvreté, état sanitaire à leur arrivée souvent très détérioré, isolement social et absence de papiers.

En Guadeloupe, les personnes en situation irrégulière représentent 30 % de la file active. La régularisation de leur situation administrative est généralement possible grâce aux autorisations de séjour pour soins, mais les sous-préfectures réagissent parfois différemment¹⁵⁴.

D'un point de vue de santé publique, la bi-nationalité de l'île pose problème. La partie hollandaise dispose d'un petit hôpital pour répondre aux urgences. Les traitements antirétroviraux sont disponibles mais ils sont payants. Il faut donc être couvert par une

¹⁴⁹ D'après les données communiquées lors des journées inter-CISIH de Saint-Laurent du Maroni par des responsables brésiliens de l'état d'Amapa, l'un des états les moins touchés par l'épidémie dans un pays dont la population a par ailleurs un taux de prévalence assez faible, inférieur à 1 %.

¹⁵⁰ F. Bourdier, anthropologue, chercheur au CNRS, conduit actuellement une recherche sur le thème « Flux migratoires, réceptivité au sida et interventions sanitaires en Amapa et en Guyane française ».

¹⁵¹ Il est ainsi remarqué que « Pour l'instant, les risques de poches d'épidémies font l'objet d'alertes sans catastrophisme de la part des professionnels de la santé, mais la masse de personnes échappant à un suivi sanitaire et dont les comportements peuvent s'avérer à risques, justifierait que la prévention et le suivi de ces maladies soient inclus dans un protocole global de santé publique pour les populations exposées. », dans C. Taubira-Delannon, *op.cit.*, p. 117.

¹⁵² Selon les estimations de l'ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, 2002.

¹⁵³ Cf. *supra* le réaménagement des dispensaires.

¹⁵⁴ Cf. *supra*, deuxième partie, chapitre B, section 3.3.2. On constate par ailleurs en Guadeloupe la montée en puissance d'un discours xénophobe, encouragé par des mouvements populistes et dirigé en particulier contre les Haïtiens et les Dominicains.

assurance privée pour être pris en charge par le système de santé de la partie hollandaise. Par conséquent, les séropositifs en situation irrégulière d'un côté comme de l'autre de l'île se retrouvent pris en charge par la seule partie française¹⁵⁵. Enfin, dans le cadre des négociations actuelles quant à l'évolution du statut administratif de l'île, les autorités de Saint-Martin envisagent de demander un statut de collectivité d'outre-mer (COM) afin d'acquérir leur entière autonomie vis-à-vis de la Guadeloupe¹⁵⁶. Ce changement pourrait avoir des conséquences sur la gestion de l'île, notamment en matière de politique sanitaire et sociale.

Le manque de coopération sanitaire entre les deux parties et l'absence d'une politique de santé publique applicable à l'ensemble de l'île ont des répercussions négatives sur la partie française. Celle-ci se doit donc, en tout état de cause, de respecter et d'appliquer les droits des malades étrangers en situation irrégulière. Parallèlement, des initiatives doivent être rapidement prises pour qu'une véritable politique de santé publique, établie sur des objectifs clairs par les deux Etats concernés, fixée dans la durée et appuyée sur des financements conséquents, se développe dans le cadre d'une coopération bilatérale, avec le soutien actif des Pays-Bas.

¹⁵⁵ La partie française de l'île de St Martin souffre actuellement d'un déficit important de personnels médicaux et sociaux qui concerne en premier lieu les structures hospitalières. Prévue pour mai 2003, l'ouverture du nouvel hôpital, si elle s'accompagne d'une dotation budgétaire suffisante pourrait permettre de reprendre le contrôle d'une « épidémie à bas bruit ». A ce titre, la reprise régulière des réunions entre les équipes de Saint-Martin et de la Guadeloupe au sein du CISIH laisse augurer une coopération plus étroite entre les différents acteurs médicaux de la lutte contre le VIH/sida.

¹⁵⁶ Le projet de loi constitutionnelle relatif à l'organisation décentralisée de la République, adopté le 17 mars 2003 par le Parlement réuni en Congrès, permet, sous certaines conditions, la création de collectivités d'outre-mer, (cf. Partie I A 1.2 du présent rapport).

RECOMMANDATIONS POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

Les départements d'outre-mer (DOM) font partie intégrante du territoire français. A ce titre, leurs habitants doivent pouvoir bénéficier de l'exercice des mêmes droits et de l'accès à des soins équivalents à ceux de la métropole. Les recommandations du CNS procèdent donc, dans les domaines pour lesquels il est compétent, de la volonté de voir respectées l'égalité des citoyens français et la défense des droits de chacun à la vie et à la santé.

Par ailleurs, en raison de certaines de leurs caractéristiques, en particulier du mode de contamination majoritairement hétérosexuelle et de la population touchée, composée essentiellement de personnes en situation de précarité, l'épidémie dans les DOM présente un profil spécifique. A l'exception notable de la Réunion dont la situation est plus favorable en matière de VIH/sida, les départements d'outre-mer connaissent des taux de prévalence et d'incidence beaucoup plus élevés qu'en métropole. L'évolution de l'épidémie est particulièrement inquiétante en Guyane qui, entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2002, a enregistré 43,8 cas de sida pour 100 000 habitants soit près de 18 fois le taux enregistré en métropole (2,47). La dynamique de l'épidémie ne paraît donc pas maîtrisée et exige que l'attention soit de nouveau attirée sur ces régions, en particulier sur la Guyane.

1. Veiller au respect des droits des patients et des principes fondamentaux de la lutte contre l'épidémie de VIH/sida

Des principes et des pratiques déontologiques essentiels tels que le respect de la confidentialité, la non-discrimination des patients séropositifs et l'égal accès aux soins pour tous sont des acquis fondamentaux de la lutte contre l'épidémie de VIH/sida. Ils sont désormais inscrits dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et doivent être pleinement appliqués.

2. Lutter contre l'occultation, le déni et la stigmatisation du VIH/sida

Dans des sociétés culturellement et socialement très hétérogènes, où le déni de la maladie et de ses implications est encore très fort, il faut veiller à ce que le problème du VIH/sida ne soit pas occulté dans les médias et le débat politique. Les informations, débats et prises de parole doivent être partout encouragés afin de faire évoluer certaines représentations encore dominantes de la maladie, qui nuisent au développement d'une politique de santé publique équivalente à celle de la métropole.

3. Obtenir un engagement politique fort de la part de l'Etat, des collectivités territoriales et des élus locaux

La situation de l'épidémie de VIH/sida, en particulier en Guyane, exige la manifestation d'une volonté politique forte et d'un engagement déterminé.

L'Etat, les collectivités territoriales et les élus locaux doivent assumer pleinement leurs compétences respectives et travailler ensemble de manière efficace et continue dans les domaines et les programmes d'action où leur collaboration est souhaitable.

En particulier, il faut mettre fin, partout où ils existent, aux dysfonctionnements chroniques liés aux problèmes d'organisation, de mobilisation et de coordination des moyens. Si cela s'avère nécessaire, l'Etat doit repenser de manière rapide et radicale l'ensemble du dispositif départemental de lutte contre l'épidémie.

4. Favoriser la prise en charge sociale des patients et leur réinsertion

Les faiblesses de la prise en charge des personnes en situation précaire ou « exclues » expliquent en grande partie leurs problèmes d'observance et leur mortalité trop forte : l'effort à poursuivre doit donc porter prioritairement sur ces populations en favorisant leur accès au logement, à l'emploi et au suivi social. L'accès aux aides sociales doit être amélioré, ce qui exige la mobilisation des moyens humains et matériels indispensables.

En particulier, l'accès aux différents types d'hébergement doit être rapidement développé par les pouvoirs publics de même que doivent être encouragés et soutenus les projets des associations dans ce domaine.

5. Promouvoir une éducation générale à la santé

Dans l'ensemble des DOM, la prévention représente un enjeu majeur et requiert une mobilisation accrue. Le discours de prévention sur le sida doit s'inscrire dans un discours plus global d'éducation à la santé et à la sexualité. Cette éducation générale à la santé est d'autant plus importante qu'elle s'adresse à une population fragile au moment où l'épidémie touche de plus en plus les personnes en situation de précarité.

En tant qu'institution, l'Education nationale a un rôle primordial à jouer dans le développement de la prévention, de la tolérance à l'égard des personnes séropositives et plus globalement de l'élévation du niveau de connaissances en matière d'hygiène, de santé et de sexualité : l'éducation générale à la santé est une éducation à la citoyenneté.

Enfin, il serait souhaitable que d'autres acteurs tels que les services de la Jeunesse et des Sports et les associations sportives, nombreuses et actives dans les DOM, relaient cette éducation générale à la santé.

6. Adapter le discours de prévention et garantir l'accès de tous à un dépistage anonyme et gratuit

Les actions de prévention doivent s'inscrire davantage dans la durée et s'adapter à la complexité des sociétés auxquelles elles s'adressent. Afin de lutter contre les représentations de l'épidémie de VIH/sida qui génèrent un déni du risque et de la maladie et une forte stigmatisation il faut porter une constante attention à la teneur du message de prévention et à l'évaluation de son efficacité.

Par ailleurs, le CNS reste très attaché au dépistage anonyme et gratuit. En effet, l'anonymat et la gratuité restent deux facteurs incitatifs forts et nécessaires, en particulier auprès de populations pauvres et au sein desquelles la révélation de la séropositivité est une cause de stigmatisation et d'exclusion. L'activité de dépistage doit être organisée rationnellement en tenant compte de l'enclavement de certains territoires et des difficultés matérielles à se déplacer pour les plus pauvres. Elle doit donc être mobile et décentralisée afin de toucher la population la plus large possible, celle qui est la plus éloignée des centres urbains mais aussi celle qui est la plus fragilisée et la plus exposée au risque de contamination : détenus, usagers de drogues, prostitué(e)s ou migrants. En ce sens, il importe d'augmenter le nombre de lieux où le dépistage du VIH peut être fait.

7. Assurer la formation des acteurs de la lutte contre l'épidémie

L'actualisation et la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques en matière de santé et de lutte contre l'épidémie sont une nécessité. Elle doit aussi s'accompagner de la responsabilisation des différents intervenants. Il faut pour cela assurer, pour les personnels soignants et non soignants, ceux de l'Education nationale et de l'administration et les membres des associations concernées, des formations régulières. De même, il importe d'aider au développement d'un réseau associatif efficace et d'inciter les associations métropolitaines à se préoccuper du VIH/sida dans les DOM.

Ces formations doivent en priorité porter sur la relation interindividuelle dans les activités de prévention, de dépistage ou de conseil.

8. Améliorer l'accès et l'offre de soins

L'exigence demeure de garantir aux habitants des départements d'outre-mer comme aux métropolitains un égal accès aux soins et à la protection de la santé. En particulier, il serait souhaitable d'améliorer les conditions d'accès et de rendre plus rapidement effectives les conditions d'attribution de l'AME et de la CMU.

Le précédent rapport du CNS faisait de la mise à niveau qualitative et quantitative de l'offre de soins, et singulièrement des structures hospitalières une de ses recommandations majeures. Eu égard aux spécificités sanitaires et sociales des populations des départements d'outre-mer et à leur forte croissance démographique, cet effort doit être poursuivi et les moyens matériels et humains nécessaires octroyés.

La mobilisation adéquate des professionnels de santé suppose d'améliorer les conditions de vie et de travail proposées aux personnels soignants et non soignants afin de limiter les rotations rapides, préjudiciables à la continuité des services médicaux, sociaux ou administratifs. Il faut par ailleurs favoriser l'installation des médecins libéraux dans ces départements, en particulier dans les zones rurales et enclavées.

Enfin, la collaboration et la coordination entre l'hôpital et la médecine de ville doivent être favorisées afin d'impliquer un plus grand nombre d'acteurs dans la lutte contre le VIH/sida.

9. Mettre en œuvre des politiques de coopération régionale efficaces et favoriser l'accès des pays voisins aux antirétroviraux

Le CNS tient à réaffirmer le principe éthique élémentaire selon lequel tous les séropositifs, quelles que soient leurs origines, ont droit à des soins. Il faut donc que soit assuré à toute personne malade un plein accès aux soins, qu'elle soit française ou étrangère, en

situation régulière de séjour ou non. Au-delà de ce principe, il faut souligner la spécificité de la pathologie VIH : maladie transmissible ne connaissant pas de frontière, c'est aussi dans l'intérêt de la collectivité qu'elle requiert une attention particulière.

Il est nécessaire de s'engager sans délai dans des programmes de coopération avec les pays frontaliers ou voisins des DOM afin de les aider à rénover leur système de santé et à avoir accès aux antirétroviraux. Par ailleurs, la coopération entre les DOM, principalement au sein des DFA, doit être recherchée et soutenue. Les compétences et les acquis de l'un ou l'autre de ces départements doivent profiter aux autres.

10. Lutte contre le VIH/sida en Guyane : un plan général, sanitaire et social est nécessaire

Maladie de la précarité et de l'exclusion sociale, le VIH/sida trouve un terrain de prédilection en Guyane, département français où l'épidémie est la plus forte. En dépit de l'investissement très important de certaines personnes qui ont fait montre à la fois de leur dévouement et de leur compétence, l'épidémie de VIH/sida dans ce département n'est pas maîtrisée. En effet, les difficultés spécifiques que l'on rencontre en Guyane sont aggravées par un environnement politique et institutionnel défaillant.

Une lutte plus efficace contre l'épidémie est cependant possible : elle repose sur une analyse approfondie des mécanismes mis en échec et sur un investissement administratif et politique réel.

La lutte contre le VIH/sida, maladie exceptionnelle par son caractère infectieux, transmissible et épidémique, est d'autant plus efficace qu'elle repose sur les acquis sanitaires et sociaux d'une politique générale de santé. De ce fait, le VIH/sida est aussi un révélateur des déficiences structurelles d'un système de santé : les faiblesses de la politique de lutte contre le VIH/sida, relevées lors de la mission du CNS en Guyane, mettent en évidence les lacunes, parfois graves, du système de santé guyanais dans son ensemble. C'est pourquoi, **le CNS, dans le souci d'améliorer la gestion de l'épidémie de VIH/sida, recommande la mise en oeuvre d'un plan général, sanitaire et social**, au-delà des considérations propres à cette pathologie. Il exprime par là-même la volonté de contribuer à l'amélioration globale des conditions de vie de la population guyanaise.

La Guyane dispose de moyens appropriés, médicaux, administratifs et financiers pour affronter l'épidémie et maîtriser son évolution. Seule manque, semble-t-il, la volonté politique de faire de la santé une préoccupation majeure, à la hauteur des ambitions que doit avoir dans ce domaine un département français.

La précarité conduit toujours à placer la santé au second plan des préoccupations quotidiennes bien après les impératifs de subsistance : tel est le cas d'un grand nombre d'habitants de la Guyane. Il faut donc développer une action adaptée en direction de ces populations.

Sans mésestimer les spécificités et les difficultés propres à ce département, le Conseil national du sida demande l'élaboration d'un plan général, sanitaire et social. Ce plan devrait être élaboré par les services de l'Etat en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé, professionnels de la santé, élus locaux et partenaires compétents avec comme priorité l'éducation générale à la santé. Ce plan de santé exigerait comme préalable, tant dans sa définition que dans sa mise en oeuvre, la collaboration et la contribution de tous ces acteurs selon leur niveau de responsabilité. La lutte contre l'épidémie de VIH/sida s'inscrira alors au sein d'un ensemble plus vaste de préoccupations mais constituera toujours, en raison de sa spécificité, l'un des principaux « indicateurs avancés » de l'amélioration générale de la santé en Guyane.

En effet, pour le Conseil national du sida, le désintérêt affiché depuis trop longtemps par une trop large part des élites et des décideurs guyanais, en particulier des élus, à l'égard de la santé, laisse l'Etat souvent seul face aux besoins sanitaires de ce département. Or il n'est pas envisageable que la lutte contre cette épidémie puisse être efficace dans de telles conditions. Il revient en effet à la société guyanaise et à ses représentants de prendre conscience des intérêts et des enjeux que représente le développement d'un rapport à la santé et d'une offre sanitaire satisfaisants qui constituent un prérequis aux actions développées en matière de VIH/sida.

Ce plan devrait notamment comporter une politique générale d'information et d'éducation à la santé et au bien-être, déclinée dans le réseau scolaire par les services du rectorat et relayée par les médias locaux. Le Conseil général devrait rétablir le bon fonctionnement de ses structures sanitaires et s'engager à répondre aux besoins minimums d'hygiène de vie de ses administrés. Une évaluation générale des moyens alloués par les fonds européens aux communautés urbaines et villageoises est nécessaire afin que ces fonds soient effectivement et efficacement utilisés.

Pour sa part, l'Etat doit veiller à maintenir la qualité des structures sanitaires et hospitalières sur *l'ensemble du territoire*. Il devrait s'engager davantage dans la formation de son personnel et encourager la prise de parole sur le VIH/sida en favorisant le développement du réseau associatif. Il devrait promouvoir la création des structures d'accueil nécessaires à la prise en charge sociale des patients. Enfin, en partenariat avec les collectivités territoriales, il devrait aider au développement des transports (routes et services de bus notamment) dont les insuffisances pèsent sur la prise en charge sanitaire des patients.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES CENTRES DE MÉDECINE COLLECTIVE OU LA TRISTE HISTOIRE DE L'ABANDON D'UN SECTEUR SANITAIRE À LUI-MÊME EN GUYANE¹⁵⁷

En 1944, l'arrêté du 22 mars portant organisation sanitaire territoriale en Guyane française et en Inini met en place un dispositif constitué de secteurs sanitaires destinés à couvrir l'ensemble des services sanitaires de la Guyane. Ainsi se développent sur tout le territoire des services médicaux responsables des soins, mais aussi de l'hygiène du milieu, de l'éducation sanitaire et de la surveillance sociale.

La loi du 13 août 1954 étendant le régime des assurances sociales aux DOM crée les centres de médecine collective (CMC) des départements d'outre-mer « en cas de besoin constaté pour une région déterminée et plus généralement lorsqu'un personnel médical ne pourra assurer d'une façon satisfaisante les soins à la population, des centres de médecine collective pourront être créés » (Art. 3). Le décret du 16 décembre 1955 fixe leurs conditions de création et de fonctionnement.

UN STATUT DE CENTRE DE MÉDECINE COLLECTIVE CONFIRMÉ

En 1991, avec la parution du décret du 15 juillet relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé, la question s'est posée de savoir si les activités de soins des CMC relevaient de ces dispositions. La CNAM conteste cette applicabilité jusqu'à la fin de l'année 1992, où il est décidé que les centres seront soumis à des visites de conformité, et feront l'objet de conventions nouvelles entre la Caisse générale de Sécurité sociale et les centres. Ces conventions devaient être homologuées sous réserve de la levée des réserves émanant des visites de conformité. Des réserves subsistant, certaines conventions n'ont jamais été homologuées et n'ont pas permis aux centres de bénéficier du statut juridique des centres de santé.

Tout ceci a abouti à une situation administrative confuse avec des centres qui, d'une part, pourraient relever du statut des centres de santé pour une partie de leurs activités de soins et leurs actions de prévention et, d'autre part, se rapprocheraient du statut d'hôpitaux ruraux pour les activités dites « hospitalières » avec leurs lits d'hospitalisation et de maternité. Dans les faits, ces structures relèvent toujours de la seule loi du 13 août 1954 et du décret du 16 décembre 1955. Elles demeurent donc des centres de médecine collective.

DES CENTRES SOUS COMPÉTENCE DE L'ETAT PUIS DU DÉPARTEMENT

De leur création en 1944, à la loi de décentralisation de 1982, les CMC sont sous la responsabilité de l'Etat. Les nouvelles délimitations des compétences entre l'Etat et les collectivités locales opérées en 1983 auraient dû entraîner une partition entre les activités restant sous la responsabilité de l'Etat et celles relevant strictement du département (prévention sanitaire avec la lutte contre les fléaux sociaux, la tuberculose, les maladies vénériennes, le dépistage précoce du cancer et la surveillance des malades, la lutte contre la lèpre, les vaccinations et les activités de PMI). Néanmoins, aucun texte particulier relatif à la décentralisation ne fait référence à ces structures propres aux DOM.

En 1982, jugeant la situation des centres « dégradée », le Conseil général de Guyane décide de reprendre l'ensemble des activités, qu'elles soient curatives ou préventives, et signe le 9 mars 1985 une convention avec le préfet qui lui transfère l'ensemble des structures. Alors qu'en 1998 une loi transmet à l'Etat les missions de lutte anti-vectorielle, le Conseil général demande à s'en charger et signe à cet effet une convention spécifique avec le préfet.

En l'absence de modifications du décret du 16 décembre 1955, l'Etat n'aurait donc plus aucune obligation en matière de gestion des centres. Le représentant de l'Etat dans les départements reste cependant responsable de la sécurité sanitaire et de la sécurité au sens du maintien de l'ordre public.

UN FINANCEMENT DES CENTRES SUPPORTÉ EN GRANDE PARTIE PAR LE SEUL CONSEIL GÉNÉRAL

Jusqu'au 1er janvier 2000, les activités thérapeutiques des centres auraient dû bénéficier, suivant les droits respectifs des patients accueillis, du financement de la Caisse générale de la sécurité sociale et de l'Etat. Les informations sur les droits des patients n'existant pas, les soins ont été dispensés gratuitement. Le coût de fonctionnement des centres a donc été pris en charge presque totalement par le département sans que soient identifiées l'aide médicale à la charge de l'Etat, même établie forfaitairement, ni la participation relevant de la Caisse de sécurité sociale. Cette dernière a néanmoins apporté, de manière irrégulière, sa contribution au Conseil général.

¹⁵⁷ *Rapport sur la « situation des centres de médecine collective en Guyane »*, Inspection Générale des Affaires Sociales, avril 1998.

LES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES REPRISES PAR L'ETAT : UN PROCESSUS EN COURS

En 1994, les conditions de fonctionnement des centres s'étant aggravées en raison de l'explosion démographique et des difficultés financières du département, le Conseil général exprime le souhait de voir l'Etat prendre à sa charge l'activité thérapeutique des centres de médecine collective, et de se recentrer sur-le-champ de ses compétences strictes, c'est-à-dire liées aux activités de prévention.

En 1997, une inspection des affaires générales est diligentée. Celle-ci part du principe que les centres concernés sont exclusivement ceux ne rentrant pas dans une zone d'action effective ou envisageable de la médecine libérale et exclut les centres situés sur la zone côtière, qui doivent être strictement dévolus aux activités de prévention.

Dans ses conclusions, la mission confirme que l'entretien et le fonctionnement des centres ne sont pas assurés¹⁵⁸. Elle préconise une période intermédiaire, avec un dispositif ramené à douze structures sous l'autorité d'une structure spécifique (syndicat inter-hospitalier ou groupement d'intérêt public) avec, à terme, la transformation des centres en annexes des établissements hospitaliers.

Le 1er janvier 2000, les activités thérapeutiques des centres sont confiées au Centre hospitalier de Cayenne.

¹⁵⁸ En ce qui concerne l'entretien de ces centres, jugé « déplorable », le rapport de la mission d'inspection de l'IGAS est accablant : « l'entretien des locaux dépend du centre d'aide et d'intervention technique (CAIT), service départemental chargé de l'entretien de l'ensemble du patrimoine du Conseil général et divisé en six sections sur tout le territoire. Pas plus que les centres construits en dur, les centres ou postes construits selon les méthodes traditionnelles ne bénéficient de visites d'entretien régulières et de réparations précoces évitant une dégradation rapide. L'entretien au quotidien, malgré un personnel d'entretien souvent pléthorique, n'est pas assuré de manière satisfaisante. Personne ne contrôle sur place l'activité des agents de service. » *Rapport IGAS, op. cit.*, p. 39.

ANNEXE 2 : PRINCIPAUX DROITS PAR ORDRE DE CROISSANCE D'EXIGENCE SUR LE SÉJOUR

Critères requis de séjour	Droits
Résidence « habituelle » Personnes vivant en France avec ou sans papiers	Aide médicale d'état (AME) Aide sociale à l'enfance (ASE) Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Assurance accident du travail
Résidence « habituelle » depuis plus d'un an (et motif médical de régularisation)	Carte de séjour temporaire (CST) « vie privée et familiale » avec autorisation de travail
Résidence « régulière » ou entrée « régulière »	Aide juridictionnelle
Résidence « régulière » et « stable » Document préfectoral en cours de validité et résidence depuis plus de trois mois, sauf demandeurs d'asile (pour qui la durée de trois mois de résidence n'est pas exigible)	Couverture maladie universelle (CMU) base et complémentaire
Récépissé « constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié » (asile conventionnel)	Allocation d'insertion ASSEDIC pendant un an
Titre de séjour supérieur à trois mois (APS, récépissé ou CST)	Allocation logement
Carte de séjour temporaire d'un an (CST)	Allocation adulte handicapé (AAH)
CST et trois ans de séjour régulier avec droit au travail	Revenu minimum d'insertion (RMI)

Source : J.-F. Delfraissy, La prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts, 2002.

ANNEXE 3 : LES INSTITUTIONS RÉGIONALES DE COOPÉRATION DANS LES CARAÏBES

CARICOM : Marché commun des Caraïbes.

Ensemble économique groupant plusieurs anciennes colonies britanniques. La Jamaïque et Trinité-et-Tobago représentent 60 % de la population et 50 % du PIB du CARICOM.

Pays membres : Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, Belize, la Dominique, la Grenade, le Guyana, la Jamaïque, Montserrat, Saint-Kitts et Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et les Grenadines, Trinité-et-Tobago et le Surinam.

Haïti est membre observateur.

CAREC : Caribbean epidemiology center.

Créée en 1975, cette institution régionale regroupe 21 membres totalisant environ 7 millions d'habitants et est administrée par la PAHO (*Pan American Health Organization*)¹⁵⁹ au nom des Etats membres. Centre d'épidémiologie et de santé publique, le CAREC, dont la mission est d'améliorer l'état de santé des populations de la Caraïbe apporte une aide technique aux pays membres.

Haïti n'est pas membre du CAREC : la cotisation des Etats est proportionnelle à l'importance de leur population et ce pays n'est pas en mesure d'assumer la part financière qui lui reviendrait.

Pays membres : Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, Belize, les Bermudes, Iles vierges britanniques, Iles Caïmans, Saint Domingue, la Grenade, le Guyana, la Jamaïque, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Trinité-et-Tobago et le Surinam, la Dominique.

Le siège est à Port d'Espagne, Trinité.

CARIFORUM : Caribbean Forum of african, caribbean and pacific states.

Dispositif de coordination entre les Etats ACP¹⁶⁰ des Caraïbes (c'est-à-dire les membres du CARICOM, Haïti et la République dominicaine) et l'UE. Le siège est au Guyana, le secrétaire général est le même que celui du CARICOM.

Sa fonction est de préparer les stratégies d'appui au processus d'intégration régional et de participer à l'élaboration des projets éligibles au Programme indicatif régional Caraïbe (dans le cadre de la convention Lomé IV¹⁶¹). Aruba, la France et les Antilles néerlandaises ont le statut de membres associés.

¹⁵⁹ L'OPS/ OMS.

¹⁶⁰ Afrique/Caraïbes/Pacifique.

¹⁶¹ Etablie en 1975 à Lomé et modifiée à quatre reprises par la suite, la Convention de Lomé permet aux nations caribéennes signataires (le CARIFORUM) la libre entrée dans l'ensemble des pays de l'Union européenne de la majorité de leurs produits. Ils bénéficient également de l'aide financière de l'Europe pour leurs projets de développement.

ANNEXE 4 : POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN GUYANE : PROPOSITIONS DE POINTS À DÉVELOPPER.*

Domaines	Conditions générales	Prévention	Dépistage
Intervenants			
Etat	Suivre l'application et le respect des droits des malades notamment étrangers ; maintenir la qualité du dispositif sanitaire ; appuyer les services impliqués et les associations ; favoriser les remontées des données sanitaires au niveau national ; faciliter l'accès aux structures de soins ; développer les programmes de coopération Surinam et Brésil avec l'appui d'ESTHER.	Inciter l'ensemble des services (Préfet, Services santé, Education nationale, Défense, Intérieur, Eaux et forêts, PJJ...) à collaborer au Programme régional de lutte contre le sida.	Ouvrir de nouvelles consultations et veiller à leur meilleure répartition géographique ; créer notamment sur les fleuves des équipes mobiles de soins généraux assurant le dépistage ; appuyer leur fonctionnement ; collaborer à la formation (qualité des entretiens pré et post test) ; favoriser la coordination des intervenants, notamment par des groupes de réflexion ; à travers de nouvelles campagnes inciter au dépistage. Evaluer.
Hôpitaux		Appuyer la mise en œuvre du Programme régional de lutte contre le sida et contribuer à faire de la lutte contre le VIH/sida un enjeu.	<i>Laboratoire : actualisation constante des examens biologiques.</i>
Centres de médecine collective Etat			CDAG à créer. <i>Disposer de l'équipement minimum nécessaire : laboratoire, radiographie. Former au dépistage.</i>
Structures de santé du Conseil général	Respecter la règle de l'anonymat et de la confidentialité ; respecter les droits des patients. Travailler en partenariat.		CDG ou CDAG à créer ou à développer Améliorer les structures (matériel, personnel, logistique, liaisons et coordination, évaluation). <i>Laboratoire départemental : audit et mise à niveau nécessaire. Autres structures : Imagerie nécessaire.</i> Former au dépistage ; inscrire l'activité de dépistage dans une véritable politique de prévention ; mettre en place des liaisons et des actions de coopération avec les autres structures sanitaires et les professionnels libéraux.
Professionnels de santé libéraux			Se former au dépistage. Inciter les patients au dépistage. Connaître les lieux de dépistage gratuit. S'inscrire dans un partenariat avec les structures sanitaires.
Services sociaux	Prendre en compte les besoins spécifiques de la population guyanaise.		Orienter vers les consultations gratuites.
Associations de lutte contre le sida	Mettre en place une coordination départementale ; développer l'implication des malades dans l'association et les engager dans l'action (prise de parole) ; développer un partenariat avec les associations métropolitaines et des autres DOM.		Informé, orienté, accompagner. Collaborer aux formations relatives aux entretiens pré et post test.

* En dehors des problèmes de moyens qui se posent (matériel, personnels,...)

Elus locaux (maires, CG, CR)	S'impliquer dans les domaines sanitaire et social ; faciliter l'accès aux structures de soins ce qui exige la mobilisation des moyens humains et matériels indispensables.
---	--

Appuyer la création et l'amélioration des consultations. Evaluer la qualité du dépistage et des entretiens.
--

ANNEXE 4 BIS: POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN GUYANE : PROPOSITIONS DES POINTS À AMÉLIORER.*

Domaines	Prise en charge médicale	Observance
Intervenants		
Etat	Impulser l'ensemble du dispositif ; coordonner les différents intervenants ; apporter un soutien matériel et financier ; soutenir le développement des places d'hébergement. Evaluer	Contribuer à la mise en œuvre de la formation ; coordonner les acteurs, notamment en créant des groupes de travail ; évaluer.
Hôpitaux	Mettre un terme à l'hospitalo-centrisme ; ouvrir des postes d'internes et de résidents en Guyane à tous les CHU de métropole et des DOM sur un ou plusieurs semestres ; favoriser une collaboration intra et inter hospitalière guyanaise ; développer les relations avec les autres centres hospitaliers des DOM et de métropole.	Créer et renforcer les consultations d'observance ; collaborer aux formations et groupes de travail sur l'observance ; mettre en place des groupes de paroles pour les patients et pour les soignants.
Centres de médecine collective Etat	Améliorer les structures (matériel, personnel, logistique, liaisons) ; mettre en place une organisation pyramidale ; nommer un responsable en titre dans chaque centre ; promouvoir les centres en un secteur de soins à part entière au sein de l'hôpital (responsabilisation, formation, besoins) ; les inscrire dans la prévention, le dépistage et le suivi des patients VIH+ (traitements disponibles ; tests rapides) ; permettre l'accueil d'internes ou de résidents sur un ou plusieurs semestres.	Former à l'observance ; collaborer au suivi des patients en liaison avec l'hôpital.
Structures de santé du Conseil général		PMI : s'engager dans la diminution des « perdues de vue » ; collaborer à la prise en charge des mères VIH+ et de leurs enfants par l'hôpital ; se former aux enjeux de l'observance et participer aux groupes de travail.
Professionnels de santé libéraux	Collaborer au suivi des patients en lien avec l'hôpital. Favoriser l'accès aux soins en améliorant le système de la CMU. Bénéficier de tarifs adaptés à des consultations prolongées et de la possibilité d'occuper des vacances hospitalières.	Coopérer au suivi des patients en lien avec l'hôpital.
Services sociaux	Mettre en place une réflexion avec les services compétents (CPAM, ARH) sur la surcharge d'activité liée à la constitution des dossiers pour l'ouverture des droits ; prendre des dispositions pour une meilleure adaptation de l'activité des services aux besoins.	Favoriser l'hébergement et améliorer les conditions de vie des patients.
Associations de lutte contre le sida	Développer l'accompagnement aux malades (groupes de paroles,...). Intégrer davantage de personnes séropositives dans les équipes de promotion de l'observance.	S'ouvrir aux personnes VIH+ ; les impliquer dans le soutien aux autres ; les engager dans les groupes de travail.
Elus locaux (maires, CG, CR)	Apporter une collaboration aux structures de santé existantes. Soutenir les équipes de travailleurs sociaux et développer le financement des places d'hébergement.	Favoriser l'accès au logement et l'amélioration des conditions de vie des personnes VIH+ démunies.

* En dehors des problèmes de moyens qui se posent (matériel, personnels,...)

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida remercie très vivement toutes les personnes ci-dessous mentionnées pour leur participation à ses travaux :

Ensemble DOM

11 février 2002 :

Audition du Dr François Piednoir, médecin inspecteur de santé publique, DDASS de Basse-Normandie.

12 avril 2002 :

Audition de M. Eric Gallibour, anthropologue.

13 mai 2002 :

Audition du Pr Alain Sobel, chef de service, immunologie clinique, CHU Henri Mondor, Créteil.

3 juin 2002 :

Audition du Pr Aimé Charles-Nicolas, service de psychologie médicale et de psychiatrie, CHU de Fort de France.

Guadeloupe

18 mars 2002 :

Audition du Pr Michel Strobel, coordinateur médical du CISIH, CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes Guadeloupe ;

Audition du Dr Anne Boucharlat, médecin inspecteur de santé publique, DSDS de la Guadeloupe.

Juillet 2002 :

Audition du Dr Franck Bardinnet, praticien hospitalier, CHU de Pointe-à-Pitre.

17 octobre 2002 :

Audition de Stéphanie Mulot, anthropologue, université d'Aix-Marseille.

Martinique

22 mars 2002 :

Audition du Dr Michel Ripert, médecin inspecteur de santé publique, DSDS de la Martinique.

13 mai 2002 :

Audition de Sandrine Halphen, ORS Ile-de-France.

6 juin 2002 :

Audition du Dr André Cabié, chef de service, maladies tropicales et infectieuses, CHU de Fort-de-France ;

Audition de Michel Giraud, directeur de recherches au CNRS, en charge de l'enquête ACSAG.

Réunion

12 avril 2002 :

Audition du Dr Christian Lassalle, médecin inspecteur de santé publique, DRASS de la Réunion.

22 mai 2002 :

Audition du Dr Catherine Gaud, coordinateur médical du CISIH de la Réunion, chef du service d'immunologie clinique du CHD de la Réunion.

Guyane

12 avril 2002 :

Audition du Dr Benoît Cottrelle, médecin inspecteur régional de santé publique, DSDS de la Guyane.

6 juin 2002 :

Audition du Dr Milko Sobesky, coordinateur médical du CISIH Guyane, CHD de Cayenne.

10 septembre 2002 :

Entretien avec le Dr Michel Ohayon, praticien hospitalier au CISIH Guyane.

27 septembre 2002 :

Entretien avec le Dr Geneviève Simart, pédopsychiatre au CHD de Cayenne, présidente d'Entr'aides Guyane.

Le CNS remercie également pour leur contribution Mme Josiane Pillonel de l'InVS et M. Michel de Groulard, conseiller auprès de l'ONUSIDA.

Le Conseil national du sida remercie également l'ensemble des personnes qui, par leur contribution ainsi que leur accueil lors de sa mission du mois de septembre, ont grandement contribué à sa réflexion :

Préfecture Cayenne : M. Ange Mancini, préfet ; M. Daniel Josserant-Jaillet, directeur de cabinet.

Sous-préfecture Saint-Laurent-du-Maroni : M. Martin Jaeger, sous-préfet ; Dr Rosenblad, médecin du centre de santé d'Albina (Surinam) ; Capitaine Prunier de la Gendarmerie nationale.

Conseil Général : Mme Marie-Claude Verdan, vice-présidente, déléguée à la santé, présidente de l'ORS Guyane ; M. Max Ventura, directeur général adjoint, directeur de la solidarité et de la prévention ; M. Raymond Frontier, adjoint au directeur de la solidarité et de la prévention.

Centre de santé - Cayenne - Conseil général : Dr Christian Marty, lutte anti-vénérienne ; Dr Bosa, lutte anti-tuberculose et l'ensemble de l'équipe de la PMI.

Conseil Régional : M. Antoine Karam, Président.

Conseil départemental de l'Ordre des médecins : Dr Elie Chow-Chine, Président.

Syndicat des médecins de la Guyane : Dr Alain Bouix, Président.

Procureur de la République : Mme Anne Kayankis, procureur.

Centre pénitentiaire de Guyane : M. Daniel Willemot, directeur.

Centre de rétention administrative : Dr Jean-Michel Fontanella, responsable médical.

Mairie de Cayenne : M. Jean-Claude Lafontaine, maire.

Mairie de Saint-Laurent-du-Maroni : M. Jocelyn Madeleine, premier adjoint ; M. Quitman, directeur du CCAS ; M. Quentin, directeur général des services ; Mme Lips, adjointe à la santé.

Mairie de Maripasoula : M. Bergeron, directeur de cabinet.

Maripasoula : Mme Réjane Mouillot.

Mairie de Saint-Georges-de-l'Oyapock : M. Georges Elfort, adjoint au maire.

Saint-Georges-de-l'Oyapock : Mme Raymonde Monique, assistante sociale.

Rectorat : l'ensemble des participants à la réunion organisée par le Dr Renée Lony, médecin conseil, dont Mme Monique Renard, assistante sociale ; Dr Claire Grenier et Dr Sec, médecins scolaires ; Mme Françoise Néron, infirmière.

Agence régionale d'hospitalisation (ARH) : M. Emmanuel Jacoulet, directeur.

Direction de la santé et du développement social (DSDS) : M. Jacques Cartiaux, directeur ; Dr Dominique Huguet, médecin inspecteur.

Les équipes médicales des centres de santé et des dispensaires de **Jahouve**, de **Sinnamary**, d'**Apatou**, et particulièrement le Dr Boubakar Bouindabar ; de **Grand Santi** : Dr Flavien Rigoir et Dr Jean-Marc Fronteau en particulier ; de **Saint-Georges de l'Oyapock** : Dr Jassidi Djaldi Tabdi ; de **Maripasoula** : Dr Jérôme Gruenfeld, Dr Rémi-Michel Pignoux ; de **Saint-Laurent-du-Maroni** : Dr Smet, Dr Fougère et Dr Jean-François Petitot ; de **Kourou** : Dr Sophie Bocheman et Dr Olivier Martin.

Centre hospitalier de Cayenne : l'ensemble du personnel et notamment : Dr Roger Pradinaud ; Dr Pierre Couppié ; Dr Christian Magnin ; Dr Félix Djossou ; Dr Laurence Mathé ; Dr Pierre Delattre ; Dr Leila Karaoui ; Dr Laetitia Accrombessi ; Mme Valérie Bérard ; M. Ramon Renau-Ferrer.

Centre médico-chirurgical de la Croix-Rouge à Kourou : Dr José-Fernand Alvarez, responsable du service de médecine interne et Dr Yvane Golitin, responsable de la CDAG.

Centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni : l'ensemble du personnel et en particulier M. Joël Murgues, directeur ; Dr François Bissuel ; Dr Gabriel Carles ; Dr Anne-Marie Zoccarato ; De Estelle Carde ; Dr Carrin ; Dr Penaud ; Dr Mignot ; M. Petit de la Rhodière, pharmacien ; Mme Ghislaine Moderne ; Mme Forestier ; Mme Shannon Mason.

Equipe mobile d'information et de prévention santé (EMIPS) : Mme Juliette Schwartz, responsable.

L'ensemble des membres du réseau ville hôpital - RVH - Matoutou.

Et les volontaires, les salariés, les usagers des associations :

Entraides : M. Nicolas Marsaud ; M. Pierre Sissaoui ; M. Erwann Coliou ; Mme Nadine Le Guenec ; M. Jean-Luc Moreau ; Mme Sonia Achmad ; Flore ; Agnès ; Nadine ; Paule-Nicole ; Mme Peggy Delaporte ; Mme Nawang ; Mme Joseph.

Sida Info Service : M. Bruno Chautemps.

Association Franco-dominicaine de Guyane (AFDG) : Mme Zayda Solix ; Mme Agostina Moronta et LILLI.

Groupe de recherche et d'innovation pour le développement (GRID) : Mme Michelle Gaspard et M. Pascal Gombauld.

Mama Bobi : M. Gérard Guillemot et le Dr Danielle Klimczuck.

Union départementale des associations familiales (UDAF) : Mme Ariane Fleurival, présidente ; Mme Huguette Constant et M. Jean-Pierre Riga, directeur.

Ainsi que les participants à la réunion de travail organisée à la direction départementale de la santé et du développement social (DSDS) de Guadeloupe, sous l'autorité de M. Jean-Luc Grangeon, directeur, avec la collaboration active de Mme Florence Tantin, adjointe au directeur : Mme Myriam Chollet, responsable du service Education pour la santé à la Caisse générale de Sécurité sociale ; Mme Léna Angèle, responsable du service social à la CGSS ; Mme Anne Danière, directrice du Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé (COGES) ; Mme Marie-Thérèse Sow, coordinatrice médicale du CISIH ; M. Jean-François Razat, chargé de mission ARH ; M. Christian Petit, directeur ARH ; M. le professeur Michel Strobel, CISIH du CHU de Guadeloupe ; M. Max Théodore, directeur adjoint, direction des affaires sociales départementales - Conseil général ; M. Henry Baltide, président de l'association St Vincent de Paul ; Mme Ketty Karam, association Liaisons dangereuses ; Mme Gaëlle Bombereau, chargée de mission au COGES ; M. Jacques Minatchi, directeur d'Entraides Guadeloupe ; M. Pascal Némorin, association MAMBO, relais Entraides Guadeloupe.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS, PUBLICATIONS ET DOCUMENTS OFFICIELS

Conseil national du sida

Archives des séances plénières du Conseil national du sida, séances du : 20 février 1995 ; 13 juin 1995 ; 17 mars 1998.

Le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention, Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida, 18 novembre 1998, reproduit in *Ethique sida et société, Rapport d'activité du CNS*, Tome III, 1997-1998, La Documentation française, 2000, pp.87-134.

Spécificités et inégalités. Le sida dans les Départements Français d'Amérique, Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida, 17 juin 1996, reproduit in *Ethique sida et société, Rapport d'activité du CNS*, Tome II, 1994-1996, La Documentation française, 1997, pp.165-181.

Ministère de la santé

Antona D., Blateau A., Cardoso T., *et alii*, *La couverture vaccinale en Guyane en 2000*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, InVS, Conseil général de la Guyane, 2002.

Bazely P., Blateau A., Chaud P., *La surveillance des maladies infectieuses et parasitaires aux Antilles et en Guyane. Détermination des priorités par les professionnels de santé*, 2000.

Bazely P., Catteau C., *Etat de santé, offre de soins dans les départements d'Outre-mer, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DRESS, Série Etudes, n° 14, juin 2001.

DDASS Guyane, *Proposition d'orientation en matière de lutte contre le sida*, février 2000.

Dore A.-M., Ministère de l'emploi et de la solidarité, DHOS, Rapport de mission « *Centre hospitalier de Cayenne* », janvier 2001.

Dore A.-M., Ministère de l'emploi et de la solidarité, DHOS, Rapport de mission « *Centres de santé en Guyane* », mai/juin 2001.

DSDS Guyane, *Demandes d'autorisation de séjour pour soin, bilan 2002*.

Hebel P., *Prostitution et sida en Guyane. Approche quantitative*, DDASS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1996.

Inspection générale des affaires sociales, « *Situation des centres de médecine collective en Guyane* », Rapport de mission n° 98 016, Ministère de l'emploi et de la solidarité, avril 1998.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, CFES, RFO, *Prisca, Alex et Bladas, 10 courts métrages contre le sida. Martinique, Guadeloupe, Guyane*, (document audiovisuel), février 2002.

Ministère délégué à la Santé, Ministère délégué à l'Outre-Mer, *Communication de Bernard Kouchner et Christian Paul sur la politique de santé Outre-Mer*, avril 2002.

ORS6, DDASS Etat, *Développement d'un réseau de jeunes Noir-Marrons intervenant dans la prévention et la lutte contre le sida*, novembre 1997.

Plan Régional de Santé Guadeloupe, 1998-2000.

Direction sanitaire et du développement social, *Programme de lutte contre l'infection à VIH. Guyane 2002-2005*, Cayenne, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002.

DDASS Martinique, *Schéma de lutte contre le Sida en Martinique*, Fort-de-France, Service de santé publique, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1996.

Vernon D., *Prostitution et Sida*, Rapport d'étude, Cayenne, DDASS de Guyane, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1996.

Publications de l'Institut national de Veille Sanitaire

BEH, « Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack », n° 48/2002.

BEH, « La lèpre en Guadeloupe de 1985 à 1998 », n° 32/2002.

BEH, « La tuberculose en région Antilles Guyane », n° 11/1998.

BEH, « Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage du VIH, France, 2000 », n° 43/2002.

BEH, « Surveillance du Sida », n° 27/2002.

Données de l'InVS au 30 septembre 2002, *Séries R et Séries D, départements de : la Guadeloupe ; la Martinique ; la Guyane ; la Réunion ; Paris.*

Sida, VIH et MST, Etat des lieux des données en 2001, novembre 2001.

Sida, VIH et MST, Etat des lieux des données en 2002, novembre 2002.

Publications du Comité Guadeloupéen pour l'Education à la Santé (COGES)

COGES, *Recherche Action VIH/sida, Présentation, Bilan, Evaluation*, septembre 2001-juin 2002.

Cornely V., *Infection par le VIH : connaissance de l'infection à VIH-SIDA. Enquête chez les jeunes scolarisés en Guadeloupe*, DSDS, ODESSA, Rectorat de Guadeloupe, COGES, 2001.

Mulot S., Danière A., *L'évaluation des programmes régionaux de santé de Guadeloupe initiés depuis 1996*, Basse-Terre, Rapport commandé par le Comité régional des politiques de santé, COGES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002.

Rapports

de Groulard M., *Projet d'appui à la lutte contre les MST et le sida dans les Caraïbes, Rapport d'activité, novembre 1995-février 2001*, Ambassade de France à Castries, Assistance technique française pour les pays de la Caraïbe orientale, Centre Caribéen d'Epidémiologie, 2001.

Lefait-Robin R., Jacoulet E., *Accès aux soins dans le bassin du Maroni et coopération transfrontalière avec le Surinam*, Rapport pour M. le secrétaire d'Etat à l'Outre-mer et Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, mission menée du 5 au 13 octobre 2000 en Guyane.

Médiamétrie, *Post Test films Sida : Martinique, Guadeloupe et Guyane*, Rapport d'évaluation des campagnes Sida du CFES pour les DFA, Médiamétrie, 2002.

Merle J.-F., *Guyane 1997, Etat des lieux et propositions, Rapport au secrétariat d'Etat à l'Outre-mer*, La Documentation française, 1998.

Ministère des Affaires étrangères, *Evaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida (1987-1997)*, vol.1 *Rapport principal*, vol.2 *Annexes*, DGCID, Série évaluation n° 51, 2001.

Sénat, Commission des Lois, *Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion : la départementalisation à la recherche d'un second souffle*, (1999-2000), Rapport d'information n° 336.

Sénat, Session ordinaire 2001-2002, *Avis présenté au nom de la Commission des Lois sur le projet de loi de finance pour 2002*, Tome IV Départements d'Outre-Mer, 22 novembre 2001.

Sénat, session ordinaire, *Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales à la suite d'une mission effectuée du 23 au 30 juillet 1999 par une délégation chargée d'étudier la situation sanitaire et sociale en Guyane*, 1^{er} mars 2000.

Stankoff S., Dherot J., *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, 2000.

Taubira-Delannon C., *L'or en Guyane, éclats et artifices*, rapport à Monsieur le Premier ministre, 2001.

Autres documents

Conseil général de Guadeloupe, *CDAG : bilan d'activité*, Basse-Terre, Conseil général, 2002.

Préfecture de la région Guyane, *Contrat de Plan Etat-région pour 2000-2006*, 9 mai 2000.

Préfecture de la région Guyane, *Document unique de programmation pour la région Guyane, 2000-2006*, septembre 2000.

Organisations internationales

ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida*, 2002.

PNUD, *Rapport mondial sur le Développement humain*, novembre 2002.

CAREC, *Quarterly AIDS Surveillance Reports*, CAREC's Epidemiology Division, 2001.

Bases de données Internet

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), ministère de la santé : www.sante.gouv.fr/drees/statiss/

Institut national des statistiques et études économiques : www.insee.fr

Bases de données Intranet du ministère de la santé

Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social 2002 (STATISS 2002).

Répertoire Automatisation des listes (ADELI).

Répertoire fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Sources hospitalières

Berard V., *Bilan d'activité 2001 de l'assistante sociale*, Cayenne, CISIH-Guyane, Centre hospitalier Andrée Rosemon, 2002.

Couppié P., Sobesky M., Renau-Ferrer R., Versapuech J., Pradinaud R., Berard V., *Populations immigrées et infection par le VIH : influence des mesures de régularisation pour soins sur le suivi et l'observance*, X^{èmes} journées Inter-CISIH Antilles-Guyane à Pointe-à-Pitre, CISIH Guyane, Centre hospitalier Andrée Rosemon, 2001.

Rapport annuel 2001. Version préliminaire, CISIH Martinique, CHU Pointe-à-Pitre Abymes, 2002.

Rapport d'activité du CISIH-Guyane. Année 2000, Cayenne, Centre hospitalier Andrée Rosemon, 2001.

Rapport d'activité. Année 2000, Pointe-à-Pitre, CHU Pointe-à-Pitre Abymes, 2001.

Rapport rédigé par le centre de santé de Grand Santi, *Grand Santi vu par son centre de santé*, 20 juin 2002.

Sida et infection à VIH en Guadeloupe. Année 1999 : chiffres et tendances, Pointe-à-Pitre, CHU Pointe-à-Pitre Abymes, 2000.

Statistiques 2001. Données du DMI2. Chiffres provisoires, Cayenne, Centre hospitalier Andrée Rosemon, 2002.

Vernon D., *Croyances et pratiques autour du Sida chez les Noirs-marrons et les prostituées guyaniennes en Guyane*, Saint-Laurent-du-Maroni, Centre hospitalier André Bouron, 1998.

Sources associatives

Aides, *Rapport d'activité 2001*, Cayenne, 2002.

Aides-Guyane *Les aventures de Ba Koso le piroguier. Sept saynètes de prévention Sida en Bushinengue Tongo*, Saint-Laurent-du-Maroni, nd.

Association Sida Liaisons Dangereuses, *Bilan de l'année 2001, Orientations 2002/2003*, rapport d'activité, Saint-Martin, SLD, Centre de prévention santé, 2002.

Association Sida Les Liaisons Dangereuses, *Youn édé lòt, nan rènmen pli fò*, Plaquette de prévention du VIH Sida en créole haïtien, Saint-Martin, SLD, Centre de prévention santé, nd.

Association solidarité Guyane, *Synthèse de la situation médico-sanitaire dans le Haut-Maroni*, nd.

Réunion Immunodéprimés Vivre et Ecouter (RIVE), *Rapport d'activité 2001*.

Ouvrages et articles

Agence Nationale de Recherches sur le Sida, « Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux », *Sciences sociales et sida*, ANRS, 2002.

André J., *L'inceste focal dans la famille noire antillaise*, PUF, 1987.

Attias-Donfut C., Lapiere N., *La famille providence. Trois générations en Guadeloupe*, La Documentation française, 1997.

Barbot J., « Les interactions entre les associations et les agences publiques dans l'organisation de la recherche d'un traitement contre le Sida », *Revue française des affaires sociales*, (4), pp. 59-63, 2001.

Benoist J., Desclaux A., Eds, *Anthropologie et Sida. Bilan et perspectives*, Karthala, 1996.

Benoit C., « Sida et itinéraires thérapeutiques à Saint-Martin/Sint Maarten : représentations culturelles ou pratiques sociales », *Dérades*, 1, pp. 79-88, 1997.

Benoit C., « Surveillance épidémiologique du Sida dans la Caraïbe : le déni scientifique et politique de l'épidémie à Saint-Martin/Sint-Maarten (1991-1997), ou comment s'en débarrasser ? », *Autrepart*, 12, pp.141-158, 1999.

Benoit C., *Corps, jardins, mémoires. Anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe*, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2000.

Benoit C., *Le Sida à Saint-Martin / Sint-Maarten : représentations et recours aux soins dans une société pluriethnique*, CEA/EHESS, Rapport final, ANRS/Sidaction, juin 1998,.

Bombereau G., « La Prévention du VIH/sida en Guadeloupe, une gestion des peurs-liminales », à paraître *Revue d'éthique publique*, INRS, automne 2002.

- Bougerol C., *La médecine populaire à la Guadeloupe*, Karthala, 1983.
- Bougerol C., *Une ethnographie des conflits aux Antilles. Jalousie, sorcellerie, commérages*, PUF, 1997.
- Bourdier F., « Trajectoires sociales entre l'Amazonie française et brésilienne des personnes contaminées par le VIH », *Migrations et Santé*, 104, 2001, pp. 79-90.
- Bourdier F., « Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida », *Sciences sociales et santé*, 20 (3), 2002, pp. 5-27.
- Bourdier F., *Flux migratoires, réceptivité au sida et interventions sanitaires en Amapá, nord du Pará (Brésil) et en Guyane française, Rapport intermédiaire*, UMR 5036, Université Bordeaux 2, 2001.
- Buton F., *La lutte contre le VIH/sida en Guyane. Dispositifs et représentations*, Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie (CURAPP), 2002.
- Calvez M. « Précarité sociale et accès aux soins : le cas du sida », *Colloque Dimensions de la précarité*, LESSOR, Université Rennes 2, 1999.
- Centre d'ethnologie française, *Le Sida aux Antilles, en Guyane et à la Réunion. Entre silence et exclusions ?*, Sixième rencontre sur le Sida du Musée national des Arts et Traditions populaires, MNATP, 1999.
- Delachet-Guillon C., *Les Haïtiens de France et le Sida*, L'Harmattan, 1999.
- Delachet-Guillon C., *Sida et acculturation. Approche comparative de la prévention du Sida chez les migrants haïtiens en région Ile-de-France et en Guadeloupe*, Recherche financée par l'ANRS, Créteil, Laboratoire de Recherches en Sciences Sociales, Université Paris Val-de-Marne, 1997.
- Delfraissy J.-F., *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Flammarion, coll. Médecine-Sciences, 2002.
- Farmer P., *Le Sida en Haïti. La victime accusée*, Karthala, 1996.
- Fassin D., « L'indicible et l'impensé : la "question immigrée" dans les politiques du Sida », *Sciences Sociales et Santé*, 17 (4), 1999, pp. 5-36.
- Fassin D., « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, n° 1225, 2000, pp. 5-12.
- Fassin D., « Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux », in *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, ANRS, Sciences sociales et sida, ANRS, 2002, pp. 1-11.
- Fassin D., « Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du Sida », *L'Homme*, n° 160, 2001, pp. 137-162.
- Fassin D., *Les enjeux politiques de la santé*, Karthala, 2000.
- Gallibour E., *Itinéraires épistémologiques et thérapeutiques : autour d'une recherche sur les haïtiens infectés par le VIH en Guyane, 2002*.
- Géraud M.-O., « Destination Amazonie, le modèle brésilien dans la société guyanaise », *Revue électronique du CERCE*, n° 2, Printemps 2001.
- Gilloire A., « La classification des immigrés à l'épreuve du VIH/sida », in *Sida, immigrations et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, ANRS, Sciences sociales et sida, ANRS, 2000, pp. 33-49.
- Gilloire A., « Les catégories "d'origine" et de "nationalité" dans les statistiques du Sida », *Hommes et Migrations*, 1225, 2000, pp. 73- 82.
- Gilloire A., *Représentations et pratiques populaires relatives à l'environnement et à la santé aux Antilles françaises. Systèmes de santé et organisation sociale à la Martinique et à la Guadeloupe. I. La mise en place*, CNRS / CORDET, 1985.

Giraud M., « Entre particularités épidémiologiques et spécificités culturelles : l'enquête sur les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane françaises (ACSAG) », *Sciences Sociales et Santé*, 15 (4), 1997, pp. 73-93.

Giraud M., « Une construction coloniale de la sexualité. A propos du multipartenariat hétérosexuel caribéen », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 128, 1999, pp. 46-55.

Giraud M., Gilloire A., Colomby P., Halfen S., *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane (ACSAG)*, Rapport intermédiaire, ANRS, 1994.

Halfen S., *Le dépistage du VIH en Martinique : des pratiques médicales aux comportements des populations*, Thèse pour le doctorat de démographie, Paris, Université Paris X - Nanterre, Département de sociologie, Centre de Recherches Populations et Sociétés, 2000.

Montagnier L., *Le sida et la société française*, La Documentation française, 1994.

Mulot S., « *Je suis la mère, je suis le père !* » : *l'énigme matrifocale. Relations familiales et rapports de sexes en Guadeloupe*, Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2000.

Piednoir F., *La lutte contre le Sida dans les départements français d'Amérique : Martinique, Guadeloupe, Guyane*, Région Basse-Normandie, 2001.

Pourette D., « Le makômè, masque de l'homosexualité masculine dans les mondes guadeloupéens », in *Dissemblances. Jeux et enjeux du genre*, R.-M. Lagrave, L'Harmattan, 2002.

Pourette D., « Les migrants guadeloupéens en Ile-de-France. Gestion du risque et vécu de la séropositivité : un retour nécessaire aux sources de la formation sociale guadeloupéenne », in *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Sciences sociales et sida, ANRS, 2002, pp. 99-111.

Pourette D., « Les notions de nature et de contre-nature dans la pensée guadeloupéenne. Rôles de genre, sexualité et sida », *Pouvoirs dans la Caraïbe, Numéro spécial Université de Juillet, session 1999*, 2002.

Pourette D., *Hommes et femmes de la Guadeloupe en Ile de France, pratiques liées au corps, relations entre les sexes et attitudes face aux risques de contamination par le VIH*, Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2002.

Theodore F., « Quand les pouvoirs publics redéfinissent au sein de l'hôpital leur espace d'intervention. Analyse développée de l'expérience autour de l'organisation de la prise en charge hospitalière des personnes contaminées par le VIH (1987-1999) », *Revue française des affaires sociales*, (4), 2001, pp. 183-202.