



Les enjeux en Droits Santé Sexuels et Reproductifs des femmes de la communauté haïtienne de la Piste Tarzan en Guyane Française.

État des lieux des besoins concernant l'accès à la contraception, le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles et la prévention des violences liées au genre.

LE PRADO Caroline - Master 2 Promotion de la Santé et Prévention

Septembre 2022

Sous la direction du Dr RAUDE Jocelyn

Remerciements.

Mes premiers remerciements vont à Mme TREPONT Aude et Mme CANN Lisa pour la confiance que vous m'avez accordée durant le stage effectué à la mission Guyane de Médecins du Monde. J'ai grandement apprécié l'autonomie que vous m'avez donnée, tout comme le soutien dont j'ai pu bénéficier quand il le fallait. Je remercie également le reste de l'équipe : Camille, Charlotte, Ruth, Maria, Herminia, Marielle et Karim. Votre accueil a été très chaleureux et je ne manquerais pas de revenir manger un bout avec vous à l'ombre du carbet !

J'aimerais ensuite remercier les bénévoles de l'association qui m'ont aidé à mettre en œuvre ma méthodologie d'enquête. Les focus groups n'auraient pas pu avoir lieu sans l'aide de Marjorie, Natacha, Daphnée, Olivier et Evintz.

Merci à tous les habitants de la Piste Tarzan m'ayant ouvert leurs portes, accordé leur confiance et ayant pris part aux échanges. Petite mention spéciale pour Ricaldo et son dynamisme durant l'organisation de ces rencontres et pour m'avoir guidée dans son quartier. Merci à Markinson, Luxama et Attaher pour m'avoir introduit aux présidents de comités à mon arrivée.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique du master 2 promotion de la santé et prévention de l'EHESP et plus particulièrement M. RAUDE Jocelyn pour ses conseils avisés tout au long de la direction de ce mémoire.

Enfin, mes derniers remerciements vont à mes parents qui ont été d'un soutien sans failles durant ces deux années de reprise d'étude.

Table des matières

Remerciements.	2
Liste des acronymes	5
I/ Introduction.	8
A - Mission de Médecins du Monde sur l'île de Cayenne.	8
B - L'après crise covid et la réorientation du programme.....	11
C - Diagnostic des besoins en santé des publics de MdM.....	13
I-C-i Santé environnement : la crise Covid révélatrices des conditions de vie dans les quartiers d'habitat spontané.	13
I-C-ii Droits Santé Sexuels et Reproductifs : prévention des IST et respect des droits des usagers dans le continuum de soins.....	16
D - Ma question de recherche.....	19
II/ Le contexte.....	22
A - La Guyane et l'île de Cayenne.....	22
B - La piste Tarzan : de quoi parle-t-on ?.....	24
C - La communauté haïtienne	25
D – Offre de soins et littératie en santé	29
III/ Méthodologie.....	32
A - Les acteurs rencontrés et sources utilisées	32
B - Focus group : préparation, animation et traduction	33
C - Entretiens semi-directifs	34
D - Analyse des données qualitatives.....	35
IV/ Résultats.	37
A- Accès et représentations autour de la contraception.....	37
B- La difficile prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).....	40
C- L'ignorance du Cancer du Col de l'Utérus (CCU) par le public	43
D- Les violences subies par les femmes haïtiennes	45
V/ Discussion.	50
A. Un accès à la contraception limité dans un contexte de recours important aux Interruptions Volontaires de Grossesses.....	50
B. Les activités en dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles : une opportunité pour la prévention ?.....	54
C- Le positionnement des acteurs institutionnels sur la prévention du Cancer du Col de l'Utérus 57	
C- La prise en compte des violences dans l'éducation en santé sexuelle et reproductive	59
D- Quelques perspectives pour le développement d'une démarche communautaire	61
E- Les limites.....	63

VI/ Conclusion.	65
Bibliographie.....	67
Annexes	71

Liste des acronymes

AM	Assurance Maladie
AME	Aide Médicale d'État
APV	Auto Prélèvement Vaginal
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BINUH	Bureau Intégré des Nations Unies en Haïti
CACL	Communauté d'Agglomération du Centre Littoral
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
CDAG	Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit
CeGIDD	Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic
CGSS	Caisse Générale Sécurité Sociale
CHC	Centre Hospitalier de Cayenne
CLAT	Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS	Centre Prévention Santé
CRCDC	Centre Régional Coordination Dépistage Cancer
CRF	Croix Rouge Française
CRPV	Centre Ressource Politique de la Ville
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
CTG	Collectivité Territoriale de Guyane
DAAC	Développement, Accompagnement, Animation et Coopération
DAS	Dispositif d'Annonce et de Suivi
DOM	Département d'Outre-Mer
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer
DSSR	Droits Santé Sexuels et Reproductifs
EMMUS-VI	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services en Haïti
EMS	Équipe Mobile Sanitaire
EVAD	Équipe de Visite A Domicile
FCU	Frottis Cervico Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Virus du Papillome Humain
IDE	Infirmièr.e Diplômé.e d'État
IEDOM	Institut d'Émission des Départements d'Outre-Mer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Economiques
INURED	Institut Interuniversitaire de Recherches et de Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible

IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
KABP	Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices
MdM	Médecins du Monde
MFG	Mission France Guyane
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OFPRA	Office Français Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PASS	Permanence d'Accès de Soins de Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPSS	Pôle Prévention Solidarité Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TROD	Test Rapide d'Orientation et de Diagnostic
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VLG	Violences Liées au Genre
WASH	Water Sanitation Hygiene

I/ Introduction.

D'avril à septembre 2022 j'ai effectué mon stage de fin de master à la délégation guyanaise de Médecins du Monde. Ma mission consistait à analyser les besoins des publics cibles du programme de médiation en santé mis en œuvre depuis 2018. Les activités de Médecins du Monde en Guyane participent à l'accès aux soins pour tous (A). En effet, les Equipes Mobiles Sanitaires (EMS) et maraudes permettent d'aller vers les habitants de l'île de Cayenne les plus éloignés du système de santé. Avec la crise sanitaire liée au Covid 19, les actions de prévention traditionnellement menées lors de ces activités, ont été uniquement centrées sur le respect des gestes barrières et la promotion du vaccin (B). Ainsi, certaines thématiques n'ont plus été abordées avec les personnes reçues dans le programme, comme la prévention des maladies vectorielles ou sexuellement transmissibles.

L'objet de mon stage était donc d'analyser les besoins en santé des publics de l'association dans ce contexte d'après crise sanitaire. La réflexion s'est construite autour des activités de prévention et éducation à la santé du programme. J'ai ainsi réfléchi à leur adéquation avec les enjeux soulevés par les personnes concernées et les professionnels les accompagnant. La finalité de cette mission était de participer à la réflexion des coordinatrices en vue du prochain Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CEPOM). Cette analyse des besoins portait sur deux thématiques : les Droits en Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR) et la santé environnement (C). Cette expérience m'a permis de centrer ma recherche sur un public très éloigné du système de santé pour de nombreuses raisons systémiques : les femmes issues de l'immigration haïtienne. Ainsi, j'ai pu développer une question de recherche sur les besoins de ces femmes en matière de santé sexuelle et reproductive (D).

A - Mission de Médecins du Monde sur l'île de Cayenne.

Médecins du Monde (MdM) est une association médicale militante de solidarité internationale présente dans plus de 35 pays et 14 régions en France. Créée le 21 mai 1980, l'association poursuit un triple objectif : « aller où les autres ne vont pas, témoigner de l'intolérable et travailler bénévolement »¹. MdM intervient en France à partir de 1986, en militant pour un accès aux soins pour tous sur le territoire. Lors de la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1999, l'association était active au sein de collectifs pour la mise en place de la loi contre les exclusions. Cette même loi qui permit de créer les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) le 9 juillet 1998. Elles ont pour objectif l'accès immédiat aux soins des personnes en situation de précarité avec un pour l'ouverture de leurs droits et une consultation médicale de premier recours. L'association défend le principe qu'une couverture en santé favorise la prise en charge en amont des pathologies et influence

¹ Site internet de Médecins du monde, <https://www.medecinsdumonde.org/>, consulté le 26/06/22 à 12h56

l'inclusion sociale des personnes en bénéficiant. Ce déterminant participe à la fois à la préservation de l'état de santé des personnes concernées et du reste de la population dans une logique de santé publique.

Les migrants sont couverts selon le caractère régulier ou irrégulier de leur séjour en France par différents types de dispositifs de protection maladie et constituent la grande majorité des publics de l'association. Il existe les migrants en situation régulière pouvant bénéficier de la « protection universelle maladie » sans limitation de durée. Ainsi, leurs frais de santé sont remboursés à hauteur des tarifs de la sécurité sociale. Ils ont également la possibilité de souscrire une couverture complémentaire comme la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), désormais fusionnée à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Les migrants mineurs isolés relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ils bénéficient de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire en leur nom propre. Les migrants en situation régulière et les mineurs isolés accompagnés par l'ASE et la PJJ ne sont pas concernés par les activités de la mission Guyane de Médecins du Monde.

Les demandeurs d'asile n'ont pas encore été reconnus comme réfugiés. Après le dépôt d'une demande d'asile, le demandeur d'asile est autorisé à séjourner sur le territoire français le temps de son étude. Ainsi elle peut bénéficier de la « protection universelle maladie » et de la CMU-C. Les réfugiés sont éligibles sans délai préalable de résidence en France à la « protection universelle maladie » et la CMU-C. Les migrants mineurs. Non soumis au droit du séjour, ils bénéficient sur demande du dispositif dont relèvent leurs parents, sans condition. Les migrants en situation irrégulière depuis plus de 3 mois bénéficient de l'aide médicale de l'État (AME). L'essentiel des soins est alors pris en charge à 100 % (sauf optique, soins prothétiques dentaires, audioprothèses, dépassements d'honoraires). Elle est octroyée sous condition de revenus du foyer et renouvelable chaque année. Les migrants en situation irrégulière depuis moins de 3 mois peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs soins d'urgence uniquement en établissement hospitalier. En plus des soins d'urgences ; le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés est également inclus dans cette prise en charge d'urgence. Ces dernières catégories administratives, demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière, correspondent aux publics bénéficiaires des activités de Médecins du Monde en Guyane. Dans ce mémoire je ferai référence aux publics de Médecins du Monde à travers le terme « migrant » qui recouvre donc ces différents statuts administratifs.

Médecins du Monde participe à un accès facilité aux soins pour les personnes les plus éloignées du système de santé. D'une part en les accompagnant dans l'ouverture de droits et d'autre part en proposant des soins pour ceux ne pouvant en bénéficier par le système sanitaire public français. Pour

mettre en œuvre ce projet associatif, la direction des opérations France de MDM s'appuie sur 60 salariés et plus de 2000 bénévoles en France². L'engagement citoyen et le bénévolat ont une part centrale dans le modèle associatif de MDM. Les bénévoles sont en effet étroitement associés à la gouvernance et à la mise en œuvre des actions. La mission France de MDM représente 100 programmes dans 29 villes avec 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation qui reçoivent près de 26 000 patients. En ce qui concerne les soins, cela représente 35 000 consultations médicales par an et 80 actions mobiles de proximité auprès des personnes vivant à la rue. Ce dernier mode d'intervention est celui actuellement privilégié par la délégation guyanaise de l'association. Créée en décembre 2003 et implantée principalement sur l'île de Cayenne, la Mission France Guyane (MFG) de Médecins du Monde développe un programme de médiation en santé, auprès d'un public en situation de précarité. Il s'agit principalement de personnes migrantes, mais également travailleuses du sexe, usagères de drogues et personnes en errance.

D'abord Centre d'Accueil, d'Accès aux Soins et d'Orientation (CASO) jusqu'en 2016, les activités ont ensuite évolué vers la promotion de la santé pour aboutir au programme « Médiation en Santé 2018-2020 » incluant plusieurs volets : promotion de la santé, dépistage, accès aux droits à la santé, accès aux soins et plaidoyer. Le programme se déploie sur les communes de Cayenne, Remire-Montjoly et Matoury, appelé aussi « l'île de Cayenne ». Il inclut plusieurs activités d'accompagnement à l'ouverture des droits à l'Assurance Maladie (AM) et de soins pour les migrants ne pouvant y avoir accès. Les équipes mobiles sanitaires constituent le volet du programme mobilisant le plus de ressources humaines et matérielles. Il s'agit de la mise en place d'une clinique temporaire dans les quartiers d'habitat spontané avec une consultation médicale, infirmière ou pédiatrique, complétée par un entretien social systématique en vue d'ouvrir des droits en santé. Ce dispositif est soutenu par des personnels de la PASS du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC) dans le cadre d'un partenariat. Ponctuellement le programme Covid de la Croix Rouge Française (CRF) intervient également pour proposer des dépistages et des vaccinations. Elles ont lieu une à deux fois par semaine dans quatre quartiers d'habitat spontané : Savanes et Mogès à Matoury, Source Baduel à Cayenne et Piste Tarzan à Remire-Montjoly. Dans cette même logique « d'aller-vers », les maraudes de veille et de prévention qui ont également lieu de façon hebdomadaire. Elles permettent d'effectuer une veille sociale sur ces mêmes quartiers. Durant ces maraudes les médiatrices en santé employées par l'association travaillent à l'ouverture des droits pour les habitants et répondent à leurs questions. Les cas administratifs trop complexes sont orientés aux permanences de l'association. Durant ces permanences, les médiatrices accompagnent les personnes dans l'ouverture de leurs droits, mais également dans l'accès à des paniers alimentaires ou plus ponctuellement à des places d'hébergement. En 2021, la tenue de 88

² Site internet MDM

permanences a permis l'accueil de 372 personnes sur 586 consultations sociales (MdM Guyane, Rapport d'activité 2021). Afin de compléter les dispositifs existants d'accès aux soins et du fait d'une surcharge chronique des services de la PASS hospitalière du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC), une PASS de ville a été opérationnalisée en 2022. Ce dispositif permet aux personnes en besoin de soins chroniques d'accéder à des soins par des professionnels de santé libéraux, en complément d'un accompagnement social à l'ouverture des droits à l'AM.

Enfin, ce programme de médiation en santé est complété par un plaidoyer en faveur du respect du droit d'asile ou encore de l'accès aux soins de santé des migrants de Guyane. Les activités de prévention et d'éducation à la santé sous forme d'animations collectives reprennent après une pause liée crise Covid. La tenue depuis début 2022 de sessions de Tests de Réponse et d'Orientation rapide Diagnostic Virus de l'Immunodéficience Humaine (TROD VIH) a permis l'animation de sessions d'éducation à la santé autour de la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Actuellement, la délégation s'interroge sur la suite à donner aux orientations stratégiques du programme afin de renforcer les activités de prévention et d'éducation à la santé.

B - L'après-crise covid et la réorientation du programme.

De mars 2020 à décembre 2021, le contexte de la pandémie Covid-19 a forcé le programme de médiation en santé de MdM à s'adapter aux difficultés traversées par une partie de la société guyanaise. En effet, la mise en place d'un confinement national le 17 mars 2020 a accentué la précarité sociale et sanitaire des habitants des quartiers d'habitat spontané de l'île de Cayenne. Parmi les difficultés relevées par MdM et ses partenaires, et figurant dans le rapport d'évaluation du « Programme Urgence Covid 19 – Projet de médiation en santé » nous pouvons noter :

- La réduction, voire l'arrêt des transports en commun et la difficulté d'accéder aux attestations de déplacement qui ont réduit la mobilité spatiale de ces habitants
- La réorganisation des services de santé, voire leurs fermetures, impliquant une réduction de l'offre de consultations en services hospitaliers, Protection Maternelle et Infantile (PMI) et Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)
- La réorganisation des services publics de l'État avec la non-réception du public, l'arrêt des prises de rendez-vous à la Caisse Générale de la Sécurité Sociale (CGSS), à la préfecture ou à la Caisse des Allocations Familiales (CAF) engendrant une réduction de l'accès aux droits
- Le défaut d'adaptation des messages d'information et de préventions liés au virus entravant l'adoption des gestes barrières.

De plus, la crise sanitaire a été un révélateur des facteurs environnementaux dégradant la santé des habitants des quartiers d'habitat spontané, comme la promiscuité, le surpeuplement des maisons, le manque d'accès à de l'eau potable et d'équipement d'assainissement. L'arrêt de l'économie informelle pendant les confinements a fragilisé économiquement les habitants de ces quartiers et a entraîné des conséquences sur leur alimentation (MdM Guyane, Rapport d'évaluation « Programme Urgence Covid-19 », 2020). Mi-Juin 2021 la circulation du virus s'est accélérée avec la domination du variant Gamma (appelé communément variant Brésilien P1) qui avait provoqué en décembre 2020 une flambée épidémique à Manaus, la capitale de l'état Amazonas du Brésil voisin. Et cela malgré la fermeture de la frontière décidée le 19 mars 2020, sur un territoire aux frontières poreuses.

La Mission Guyane de MdM « en adaptant son programme routinier avait pour volonté de mieux répondre aux besoins en santé des populations les plus vulnérables sur le territoire de l'île de Cayenne » (MdM Guyane, Rapport d'évaluation « Programme Urgence Covid 19 », 2020). Ainsi, le programme urgence s'est déployé *via* les EMS et les maraudes en les adaptant au nouveau contexte sanitaire. Afin d'assurer des consultations médicales, repérer et orienter des personnes infectées par le virus, 3 à 4 EMS hebdomadaires étaient organisées. Ces EMS ont eu lieu en partenariat avec l'équipe dépistage, suivi et accompagnement de la Croix-Rouge et ont mobilisé beaucoup de moyens matériels et humains. Les consultations sociales maintenues de façon systématique permettaient le repérage de besoins alimentaires, médicaux et sociaux et facilitaient les orientations vers les services adéquats. En 2021, l'association a dénombré « 10 302 passages sur les équipes mobiles et 1041 consultations médicales (10,1% des passages ont donc donné lieu à une consultation médicale) » (MdM Guyane, Rapport activité 2021). Les salles d'attente lors de ces EMS ont été le lieu privilégié pour animer des séances d'information en créole haïtien, portugais brésilien et espagnol sur le virus, les gestes barrières, le repérage des symptômes et de la conduite à tenir. Les maraudes de prévention et d'information dans les quartiers d'habitat spontané avaient pour missions d'informer et prévenir sur le Covid-19, mais également la dengue et la leptospirose. L'information sur l'accès aux droits en santé était également maintenue. L'ensemble des données récoltées lors de ces activités d'EMS et de maraude ont renforcé le plaidoyer de l'association. En plus de l'adaptation de ces activités classiques, MdM a créé le Dispositif Annonce et Suivi (DAS) et l'Equipe de Visite À Domicile (EVAD), avec pour objectif « de briser les chaînes de transmission de la Covid-19 et de permettre l'accès aux soins des populations les plus précaires touchées par le virus par un accompagnement médical et social global et de proximité » (MdM Guyane, Rapport activité 2021). Cela consistait à la centralisation des tests réalisés en EMS et l'annonce téléphonique des résultats, suivi d'un accompagnement physique ou téléphonique des personnes par une équipe pluridisciplinaire pour évaluer leurs besoins sociaux, médicaux et psychologiques.

En somme, le sujet de la prévention du virus Covid-19 a dominé les activités de la délégation Guyane de MdM durant deux ans, afin de s'adapter aux évolutions du contexte local. Ainsi des changements en termes d'organisation partenariale et de structuration interne ont permis de mobiliser jusqu'à 80 bénévoles actifs dans les différentes activités. Aujourd'hui, l'association a décidé de tenir compte des évolutions des activités avec une restructuration du programme de médiation en santé. Celle-ci est en cours, à travers l'interrogation de la pertinence et la faisabilité des actions en promotion de la santé et de leur adéquation vis-à-vis des besoins de la population. Cela intervient après que l'évaluation du programme Urgence Covid 19 « montre que la démarche de médiation est un élément central permettant de réduire les inégalités d'accès aux droits et aux soins et de faciliter l'accès à l'information et à la prévention. Elle souligne le rôle crucial des médiateurs, qui permettent de mieux saisir les spécificités et vulnérabilités des personnes accompagnées, les inégalités d'accès aux droits et aux soins et pour faciliter l'accès à l'information et à la prévention. » (Flaux, Jacoud, Trepont, 2022).

C'est donc à ce moment précis de la vie de l'organisation qu'a eu lieu ma mission de stage visant à réaliser un diagnostic des besoins des publics. Cela avait pour objectif de préciser les thématiques à développer dans des actions de prévention et d'éducation à la santé, conformément aux orientations prises pour structurer le programme autour de la promotion de la santé.

C - Diagnostic des besoins en santé des publics de MdM.

L'interrogation des besoins des publics de MdM mission Guyane s'est faite autour de deux thématiques : la Santé Environnement et les Droits en Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR). La thématique de la santé environnement a été exacerbée par la crise sanitaire liée au Covid 19, durant laquelle MdM a renforcé son plaidoyer autour de l'accès à un logement digne (I-C-i). Concernant les DSSR, ils font partie des sujets classiquement couverts par l'association. Cependant le contexte territorial dans lequel est mis en œuvre le programme de médiation en santé nécessite une prise en compte de la prévalence de certaines Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dans l'analyse mise en œuvre durant mon stage (I-C-ii).

I-C-i Santé environnement : la crise Covid révélatrice des conditions de vie dans les quartiers d'habitat spontané.

En Guyane, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) estimait en 2014 qu'il y avait 81 392 logements, quand l'Institut d'Émission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM) comptabilisait environ 19 000 logements insalubres et illicites (soit près d'un quart). Par ailleurs, 80% de la population guyanaise serait éligible aux logements sociaux, alors que le nombre de demandes

non satisfaites était de 13 000 en 2014 (Direction de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement, 2015). En résulte une crise du logement, où les personnes les plus vulnérables, migrantes en situation régulière ou irrégulière, vivent dans des quartiers d'habitat spontané. Nous retiendrons ce terme pour désigner l'objet de notre recherche, car il présente l'intérêt de ne pas centrer la définition de ces espaces uniquement sur la précarité de ses occupants (comme bidonville) ou sur l'aspect illégal de leur construction (habitat informel).

L'habitat spontané n'a pas de définition officielle, cependant il se caractérise par l'illégalité de ses constructions, qui sont principalement édifiées sur des terrains inoccupés. Il est « le produit de l'auto-construction populaire contemporaine, généralement appliquée à des sites de squatt foncier [...]. Le développement de ces formes d'habitat spontané constitue l'une des caractéristiques majeures de l'urbanisation des pays en développement » (Hublin, 1990). Cette caractéristique vaut à ces quartiers de ne pas être reconnus par les collectivités, cela empêchant leur raccordement aux réseaux. Leur habitat est souvent discret et prend forme dans des « dents creuses » du tissu urbain, participant ainsi à sa densification. Cette auto-construction est réalisée avec des matériaux de récupération : bois, tôles, bâches, etc. De manière générale, l'habitat spontané est réalisé par la couche la plus pauvre de la société et/ou par des personnes en situation d'illégalité résidentielle. C'est un phénomène visible sur les zones urbaines comme rurales dans toute la Guyane. Le terme « habitat spontané » fait ainsi référence au processus d'émergence dans l'espace urbain et se caractérise par les difficultés pour ses habitants à accéder aux services de base comme l'eau, l'électricité ou encore l'organisation d'une collecte régulière des déchets par les services de la collectivité.

Ces quartiers ne sont pour la plupart pas reconnus par les collectivités guyanaises, pourtant cela représente une part importante des nouvelles constructions. À titre d'exemple, « en 2015, on relève que 41% des constructions sont édifiées sans autorisation d'urbanisme. Part du bâti spontané et du bâti légal sur les 9 communes étudiées L'évolution du phénomène et la proportion de bâti spontané par rapport au bâti légal est variable selon les communes. La CACL enregistre un taux de 36% de bâti spontané en 2011 et de 42% en 2015. Cette forte augmentation est liée à la recrudescence du phénomène à Matoury (+1 802 constructions spontanées sur les quatre dernières années) » (Agence d'Urbanisme et de Développement de la Guyane, 2018). Ces conditions d'habitat interpellent les acteurs des secteurs associatif, sanitaire et médicosocial sur l'influence du milieu de vie sur la santé des habitants. Et la crise sanitaire et le confinement ont révélé les difficultés quotidiennes des habitants des quartiers d'habitat spontané pour accéder à de l'eau potable, des sanitaires et des moyens d'hygiène.

En effet, il est estimé que 46 000 personnes ne bénéficient pas d'un accès à l'eau potable dans le département³, alors même que certaines maladies vectorielles circulent activement. La dengue, le chikungunya et le zika sont des arboviroses transmises par le moustique *Aedes aegypti*, et représentent un enjeu de santé publique important. Ce moustique domestique se reproduit essentiellement dans les petites collections d'eau claire, à l'intérieur ou autour des habitations. Le dernier bulletin épidémiologique de l'ARS sur la dengue datant du 11 février 2022, présente 2 684 cas probables au sein de la population de l'île de Cayenne entre février 2019 et avril 2020 (Agence Régionale de Santé Guyane, 2022). La leptospirose est une maladie d'origine bactérienne véhiculée par l'urine de rongeurs dans l'eau ou les aliments consommés par les humains. La maladie se manifeste par des symptômes grippaux dans sa forme modérée, mais « elle peut cependant évoluer vers une atteinte rénale, hépatique, méningée ou pulmonaire. Dans 20% des cas, elle se complique d'un syndrome hémorragique. »⁴. Sur l'île de Cayenne, le CHC identifie entre 1 et 2 cas par mois en moyenne. Mais au mois de mai 2020, le quartier d'habitat spontané de Baduel a regroupé 8 cas, qui démontrent « qu'il y a une circulation active de la bactérie sur ce secteur »⁵.

Ces deux maladies sont en partie liées au manque d'accès direct à de l'eau potable dans les habitations, favorisant des pratiques comme la collecte d'eau de pluie dans des réservoirs. Ces réservoirs sont de possibles gîtes larvaires. De plus, l'eau qui s'y déverse vient des toits où les rongeurs urinent, la rendant ainsi impropre à la consommation. Bien que dans les pratiques la grande majorité des habitants utilisent cette eau pour la lessive ou se laver, il y a un risque de contamination si elle est utilisée pour rincer des aliments ou la vaisselle. D'une manière générale, le manque d'accès à l'eau potable et à l'évacuation des eaux grises conduit à plus de risque de parasitoses digestives et dermatologiques pour les populations exposées. De plus, le manque de distanciations sociales et de points d'eau pour se laver les mains dans ces quartiers favorise également les mécanismes de diffusion d'agents infectieux. L'inquiétude autour de la diffusion du SARS Cov2 a donc amené les collectivités de l'île de Cayenne à installer des bornes d'eau potable dans les quartiers d'habitat spontané de Baduel, Mogès et de la Piste Tarzan.

L'accès à un logement digne fait partie des sujets défendus par Médecins du Monde. J'ai donc pris en compte les caractéristiques de l'environnement des publics cibles de l'association dans mon analyse

³ Site internet de l'office de l'eau de Guyane, <https://eauguyane.fr/l-eau-en-guyane/eau-potable-et-assainissement/l-eau-potable-en-guyane#:~:text=En%20Guyane%2C%20on%20estime%20que,des%20communes%20de%20l'int%C3%A9rieur,> consulté le 29/08/22 à 12h10

⁴ Site internet de l'Institut Pasteur, <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/leptospirose>, consulté le 31/08/22 à 11h37

⁵ Site internet de l'ARS Guyane, <https://www.guyane.ars.sante.fr/index.php/la-leptospirose-2?parent=986>, consulté le 31/08/22 à 11h36

de leurs besoins en santé menée dans le cadre de mon stage. Ces éléments se sont révélés intéressants pour éclairer le contexte pour ma recherche dans le cadre du mémoire.

I-C-ii Droits Santé Sexuels et Reproductifs : prévention des IST et respect des droits des usagers dans le continuum de soins.

La Guyane est un territoire où les prévalences de certaines Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont supérieures au territoire hexagonal. Le département est compris dans l'ensemble régional des Caraïbes, la deuxième région du monde la plus touchée par le Virus Immunodéficience Humaine (VIH). Actuellement, il s'agit du département français où le virus circule le plus activement avec « une prévalence chez les 15-49 ans estimée à plus de 1% depuis 2004. En 2016, la prévalence en population générale était estimée entre 1,18 et 1,35% » (Nacher, Ouedraogo, Succo, Guarmit, Djossou, Stettler, Elenga, Adenis, Couppié, 2019). Les nouveaux cas d'infection à VIH sont pour 71,7% des cas des personnes âgées de 25 à 49 ans, comme en métropole. Cependant, contrairement à la métropole les hommes sont « moins représentés (48,2% contre 69,6%) et les contaminations se font majoritairement lors d'un rapport hétérosexuel qui représentent 93,2% des nouveaux cas. La majorité des cas sont nés à l'étranger (79,9%) principalement au Brésil, Suriname, Guyana et Haïti » (Santé Publique France, 2019). Les femmes migrantes sont donc plus exposées au risque de contamination par le virus. Malgré un dépistage plus répandu qu'en métropole, notamment avec une offre associative et les Test d'Orientation Rapide et de Diagnostic (TROD), le réservoir d'infections non diagnostiquées reste important. C'est dans cette « épidémie cachée » que se concentrent les enjeux de transmission. Or, « la durée moyenne d'évolution de l'infection avant le diagnostic est d'environ 3,7 ans » (Nacher, Ouedraogo, Succo, Guarmit, Djossou, Stettler, Elenga, Adenis, Couppié, 2019). La Guyane enregistre un retard dans les diagnostics par rapport à la métropole avec « 2% des cas diagnostiqués au stade de primo-infection (contre 12% en métropole) et 26% au stade d'infection récente (contre 31% en métropole) » (Santé Publique France, 2019). Un des enjeux soulevés par le secteur sanitaire, et notamment les acteurs associatifs, est cette capacité de toucher les populations les plus isolées pour proposer des dépistages gratuits et réguliers.

Concernant l'hépatite B en France, la prévalence de son évolution chronique a été estimée en 2016 à 0,30% de la population adulte de 18 à 75 ans (Pioche, Leon, Vaux, Brouard, Lot, 2018). La Guyane est estimée comme une zone d'endémie modérée de l'hépatite B ou « entre 2 et 7 % de la population serait porteuse du virus de l'hépatite B (VHB) comme le Surinam et le Guyana. La partie nord du Brésil est classée en zone de forte endémie (plus de 7% de la population porteuse). »⁶. En 2013, 19 304 tests

⁶ Site internet du Réseau Périnatal Guyane, <https://www.reseauperinatguyane.fr/>, consulté le 31/08/22

ont été réalisés dans le régime général ce qui rapporté à la population de la région permet d'estimer à 76 tests / 1 000 habitants (Brouard, 2022). L'enquête LaboHep 2013 a également montré que le nombre de tests Ag HBs confirmés positifs est de 101/ 100 000 habitants en Guyane ce qui en fait la troisième région française la plus concernée derrière Mayotte (242 / 100 000 hab.) et l'Île-de-France (133 / 100 000 hab.). L'enquête du Baromètre Santé a quant à elle mis en lumière qu'« une large majorité de personnes s'estiment plutôt mal ou très mal informées sur les hépatites virales ou indiquent ne pas savoir ce que c'est : 61,0 % en Martinique, 61,3 % en Guadeloupe, 64,9 % en Guyane et 67,6 % à La Réunion » contre (56,6%) en métropole (Gautier, Brouard, 2017) . Il y aurait donc un enjeu d'information dans la prévention de cette infection sur le territoire.

Le Cancer du Col de l'Utérus (CCU) est le deuxième cancer féminin le plus fréquent dans le département (12e en France hexagonale). Avec un taux standardisé d'incidence de 20,8/1000 femmes il est 3 fois plus répandu en Guyane que dans le reste du territoire national (Heckmann, 2021) ce qui en fait le 5^e cancer dans l'ordre d'incidence. Le virus responsable des lésions cancéreuses, le papillomavirus (HPV) est très présent au sein de la population guyanaise, notamment dans les territoires de l'intérieur, avec une prévalence de 35% de la population soit un des plus élevés du monde (Bruehl, Cochard, Espinouse, Frappé, 2020). La Haute Autorité de Santé recommande une vaccination de toutes les filles et de tous les garçons de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans. Sur l'ensemble du territoire national, après une forte diminution entre 2011 et 2015, la couverture vaccinale a augmenté entre 2016 et 2018 pour atteindre 29,4% pour une dose à 15 ans et 23,7% pour le schéma complet à 16 ans (Barret, Lévy-Bruhl, 2019). En 2015, cette couverture vaccinale était particulièrement faible dans les DOM (11,9% en Guadeloupe, 8,2% en Martinique, 14,1% en Guyane et 8,1% à La Réunion). Les évolutions annuelles de la couverture vaccinale par région et département ainsi que l'ensemble des données de couverture vaccinale HPV peuvent être visualisées sur les cartes et tableaux disponibles sur l'observatoire cartographique de Santé publique France (GÉODES). En 2013, Médecins du Monde a mené une étude auprès des femmes en situation de précarité dans les centres de soins qui a démontré que 67 % des femmes âgées de 25 à 65 ans accueillies sur leurs programmes n'avaient jamais effectué de frottis cervico-utérin⁷. L'accès au dépistage est renforcé à travers 8 programmes de l'association sur l'hexagone. En Guyane, le Centre Régional de Coordination des Dépistages du Cancer (CRCDC Guyane) mène depuis 2017 un projet d'accès au dépistage par frottis grâce à une unité mobile à destination des publics les plus éloignés du système de santé. Le dépistage constitue donc un enjeu majeur pour le territoire tout comme l'éducation à la santé pour favoriser la vaccination des jeunes.

⁷ Site internet de Médecins du Monde, <https://www.medecinsdumonde.org/>, consulté le 02/09/22 à 9h11

Afin de prévenir ces différentes pathologies chez les publics les plus éloignés du soin, Médecins du Monde a adopté depuis 2010 l'approche « Droits et Santé sexuels et reproductifs » (DSSR). Le terme de DSSR définit que « la santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit ». (Commission Guttmacher-Lancet, 2018). Donc au-delà d'une réduction des IST, cette vision holistique de la sexualité favorise l'accès tout au long de sa vie aux services de santé sexuelle et reproductive. L'objectif étant de permettre aux publics de MdM de bien vivre leur sexualité et être accompagnés dans leurs choix. Le continuum de soins en santé sexuelle et reproductive permet de théoriser cette approche.

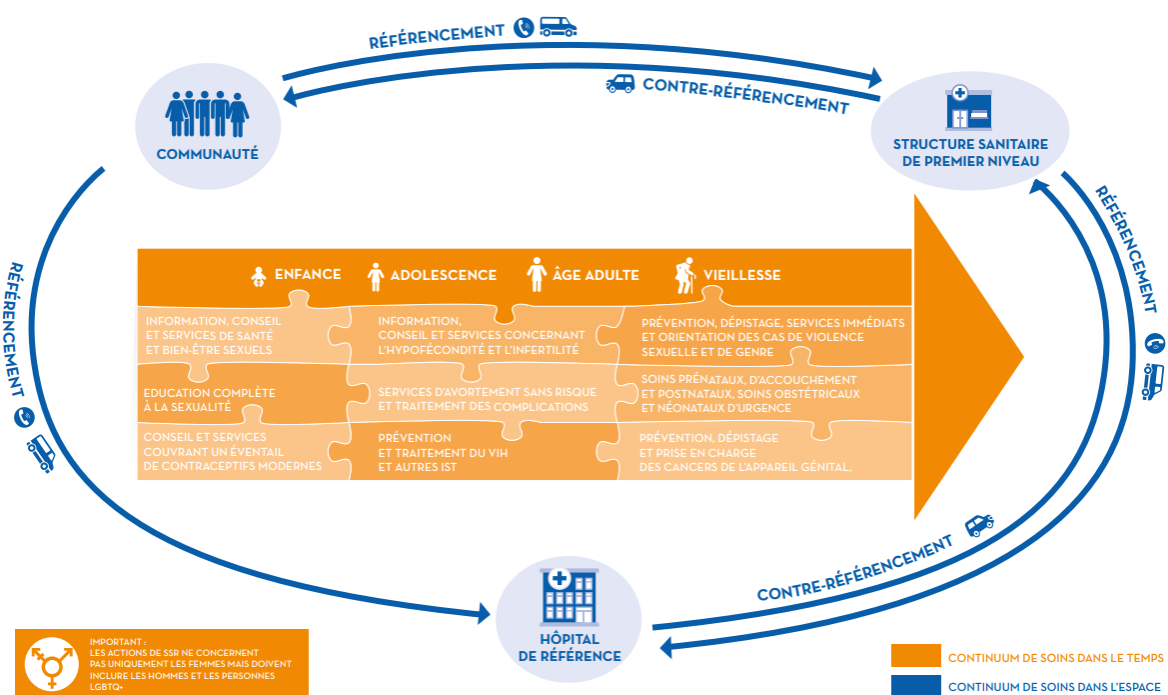


Figure 1 : Le continuum de soins en santé sexuelle et reproductive

Source : Médecins du Monde, Cadre de référence DSSR, 2013

La déclinaison stratégique de ce positionnement prévoit des activités permettant de réduire les ruptures dans le continuum de soins en DSSR en collaboration avec les acteurs en présence. Concernant les publics de Médecins du Monde, une des principales ruptures dans le continuum de

soins concerne la prévention du Cancer du Col de l'Utérus (CCU), que nous avons évoquée plus haut. Les deux autres ruptures identifiées par l'association sont l'accès à l'IVG et les Violences Liées au Genre (VLG).

En 2020, « 3355 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ont été réalisées en Guyane. Il s'agit du département où le ratio d'IVG sur le nombre de naissances est le plus élevé de France. En effet, ce ratio a quasiment atteint 40% en 2020. » (Stratégie Régionale SSR 2022-2024). Le taux d'IVG médicamenteuses était de 17,5 pour 1 000 filles de 15 à 17 ans contre 4,7 pour 1000 en France hexagonale pour la même tranche d'âge, soit le plus élevé. Les grossesses chez « les jeunes de moins de 20 ans sont fréquentes, car elles représentaient 13,1% des grossesses sur ce territoire en 2019 contre seulement 1,7% en France métropolitaine » (Osei, 2022).

Enfin, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Economiques (Insee) les violences intrafamiliales mesurées à partir des dépôts de plainte de 2019 font état de 7 652 femmes (5.4%) victimes de violences intra familiales sur l'ensemble des départements et territoires d'Outre-Mer. Cette même étude met en évidence que 7% des Guyanais âgés de 18 à 75 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles. De plus, en Guyane, le taux de viols déclarés est le plus élevé de tous les territoires français et « le premier rapport sexuel des filles serait non souhaité dans 30% des cas (16% dans l'hexagone) » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2021).

Ces différents éléments inhérents aux Droits en Santé Sexuel et Reproductifs sont connus des acteurs associatifs sur le territoire. Durant ma mission de stage, j'ai couvert ces sujets afin d'en dégager des enjeux sur lesquels MdM pourrait éventuellement développer des activités. J'ai donc naturellement orienté ma question de recherche pour le mémoire autour de ces sujets.

D - Ma question de recherche

Ma recherche s'est centrée sur les trois points de rupture du continuum de soins en santé sexuelle et reproductive théorisé par Médecins du Monde. Pour cela j'ai interrogé :

- L'accès à la contraception dans un contexte territorial de recours important aux IVG
- La prévention des IST, notamment du HPV responsable du cancer du col de l'utérus, 2^e cancer touchant le plus les femmes gyanaises
- Les violences sexuelles faites aux femmes migrantes et les accompagnements à leur disposition

En 2021 les activités du programme de la mission Guyane de Médecins du Monde ont touché 1745 personnes. Sur la base du Dossier Informatisé du Patient (DPI), le rapport d'activité 2021 met en évidence que les publics de la délégation sont majoritairement jeunes « avec un âge moyen de 27,3

ans et 30,8% de personnes mineures » (MdM Mission Guyane, 2021). La grande majorité (95,6%) des bénéficiaires du programme sont des migrants, demandeurs d'asile ou en situation irrégulière dont « 70,2% de nationalité haïtienne, 11,7% brésilienne, 4% syrienne, 3,6% cubaine et 2,1% dominicaine » (MdM Mission Guyane, 2021). Enfin 57,4 % du public accueilli par l'association sont des femmes. En se basant sur ces chiffres nous pouvons affirmer que le bénéficiaire type du programme de MdM mission Guyane est une femme de nationalité haïtienne de moins de 30 ans. En m'appuyant sur les activités du programme de la délégation, j'ai été en mesure de rencontrer des femmes haïtiennes au sein des quartiers d'habitat informel de l'île de Cayenne. J'ai particulièrement investi mon temps en début de stage dans le quartier de la Piste Tarzan. Cela m'a permis de réaliser des prises de contact et échanges oraux pour négocier ce terrain de recherche et faciliter la réalisation de l'enquête. Mes différents échanges avec les habitants de la Piste Tarzan et les partenaires associatifs ont précisé les éléments à interroger lors de la phase d'enquête. Cela m'a permis de poser la question de recherche suivante : **quels sont les besoins en matière de Droits Santé Sexuel et Reproductifs pour les femmes du quartier de la piste Tarzan ?**

Pour répondre à cette question, je rappellerai d'abord le contexte dans lequel s'est déroulée ma recherche en décrivant les particularités sociologiques et géographiques en santé de l'île de Cayenne. Ensuite je détaillerai la méthodologie mise en œuvre pour récolter le matériau d'enquête et l'analyser. Les résultats seront présentés sous forme d'enjeux ressortis durant l'enquête, en lien avec les Droits Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR) : accès à la contraception, prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et les violences liées au genre. Enfin, je discuterai ses résultats autour des besoins des femmes haïtiennes sur ces différentes thématiques avec l'offre de santé existante sur l'île de Cayenne. Cette comparaison permettra de dégager des perspectives pour ce public grandissant et nécessitant une attention particulière de la part des professionnels de santé, mais plus largement des pouvoirs publics sur le territoire.

II/ Le contexte.

Les activités du programme de médiation en santé de MdM s'inscrivent dans un contexte démographique et territorial particulier (A). En analysant à la fois les activités menées par Médecins du Monde sur l'île de Cayenne et les besoins des publics cibles de leur programme de médiation en santé, j'ai pu recentrer mon terrain de recherche sur la Piste Tarzan (B). Ce quartier d'habitat spontané sur la commune de Remire-Montjoly en périphérie de Cayenne condense de nombreux enjeux de santé publique et constitue un exemple parlant des inégalités territoriales de santé existant en Guyane. Sa population issue de l'immigration, majoritairement haïtienne, cumule de nombreux freins pour accéder au système de santé français (C). S'ajoute à ce constat social, les difficultés à comprendre un système sanitaire pâtissant d'une faible démographie médicale en Guyane (E). La description de ce contexte est essentielle pour comprendre les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes haïtiennes dans l'accès à leurs DSSR.

A - La Guyane et l'île de Cayenne

Seul territoire européen en Amérique du Sud, la Guyane est séparée par le fleuve Maroni du Surinam à l'ouest et par l'Oyapock du Brésil à l'est. Le territoire fait partie à la fois des aires géographiques sud-américaine, caribéenne et européenne et en fait un espace propice aux mouvements migratoires. La part des étrangers en Guyane est estimée à un tiers de la population, majoritairement d'origine surinamaïse, implantée dans le bassin du Maroni, haïtienne, implantée sur l'île de Cayenne, et brésilienne, répartie sur l'ensemble du territoire. (Piantoni, 2016). Le département connaît une forte croissance démographique due à un taux de fécondité élevé de 27,5 naissances pour 1000 habitants, contre une moyenne nationale de 10,9 naissances pour 1000 habitants. En effet, « la fécondité en Guyane est nettement supérieure à celle observée en France métropolitaine (1,98 enfant par femme), mais elle est aussi la plus élevée du continent. La Guyane devance ainsi le Guatemala (3,3 enfants par femme) et Haïti (3,1) et distance nettement ses voisins, le Surinam (2,4) et le Brésil (1,8). » (Baert, 2016). L'âge médian de la population est de 25 ans contre 40 ans en France hexagonale. En 2050 la population pourrait compter 428 000 habitants, contre 294 071 aujourd'hui, les défis du département sont donc l'accompagnement de sa jeunesse et le développement d'une offre de services suffisante pour sa population. D'autant plus que ceux-ci sont rendus difficiles d'accès par une situation géographique contraignante pour les déplacements.

La géographie du département accroît les inégalités territoriales. Certaines communes isolées sont accessibles uniquement par pirogue ou avion dans un territoire recouvert à 90% d'une forêt équatoriale dense. La Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL) concentre 50% de la population de Guyane. Les distances sont un enjeu important en termes d'accessibilité aux services

sur une communauté de communes avec seulement 9 lignes de bus aux horaires peu fiables et regroupées à Cayenne, Matoury et Remire Montjoly. Et même si « les critères de densité médicale ou d'accessibilité potentielle aux soins présentent une situation plus favorable au regard des autres communes de la région, cette dernière accueille une part importante de populations en situation de vulnérabilité, précaire et immigrée » (Autrive, 2021).

Depuis les années 2010 il est constaté sur le département une augmentation importante du nombre de demandes d'asile. En 2016 et 2017 un pic à 5100 demandes a été enregistré, avec un décroissement de moitié depuis. Parmi les personnes faisant les demandes, beaucoup sont « originaires d'Haïti, mais on observe une nette augmentation des demandes de la part de ressortissant.e.s syrien.ne.s et cubain.e.s, représentant respectivement 15% et 10% des demandes en 2020 » (MdM Guyane, Rapport d'activité 2021).

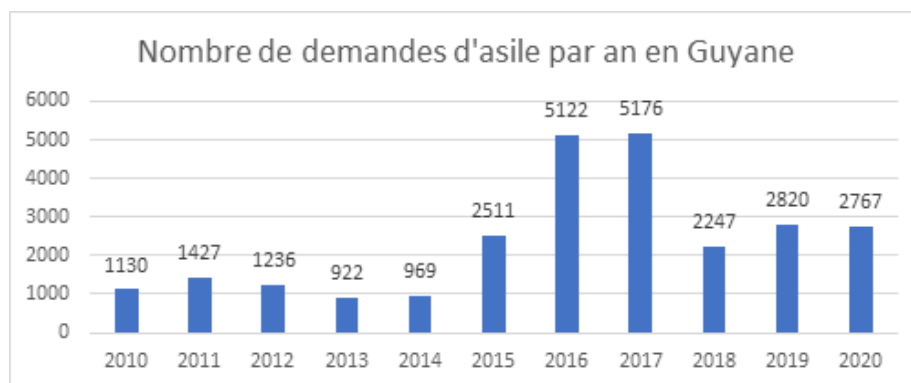


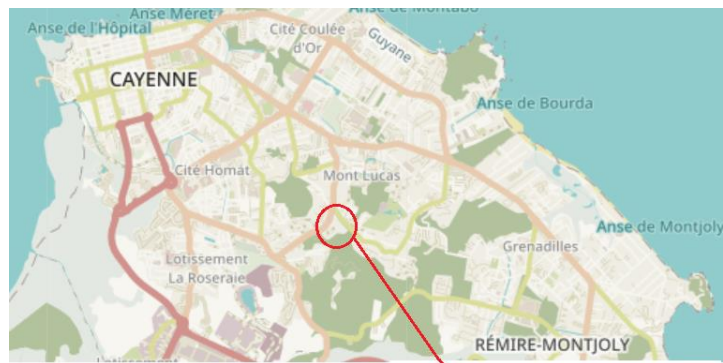
Figure 2 : demandes d'asiles en Guyane de 2010 à 2020

Source : rapport d'activité 2021 de Médecins du Monde

Face à cette immigration, les dispositifs d'accueil restent cependant sous-dimensionnés et inadaptés. Par exemple, le département n'est toujours pas doté d'un Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA). Les places au SAMU Social ou les dispositifs d'hébergement de la Croix-Rouge sont saturés. Ceci ne laissant pas d'autre alternative pour ce public que l'habitat spontané.


B - La piste Tarzan : de quoi parle-t-on ?

Les communes de Cayenne et de Remire-Montjoly sont séparées par la montagne du Tigre, un pic de 148 mètres. Un quartier d'habitat spontané d'environ 14 hectares s'est construit depuis plusieurs années sur son versant nord au croisement entre les routes des Encens et Trou Biran. Ce quartier fait partie de la commune de Remire Montjoly et regroupe les caractéristiques de l'habitat spontané décrites en amont (voir I-A-i). Les

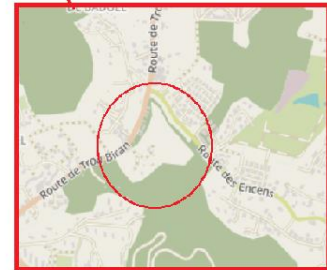


Légende:

 Quartier de la Piste Tarzan

 1 km

Quartier de la Piste Tarzan
Source: OpenStreetMap



estimations du nombre d'habitants varient du simple au double selon les sources. Le diagnostic du Programme Intercommunal de Lutte contre l'Habitat Indigne (PILHI) estime la présence 1500 personnes réparties dans 305 habitations. Mais les acteurs associatifs s'accordent sur une estimation de 3 000 personnes. Le quartier est sectorisé en fonction du pays d'origine des habitants. La population est majoritairement d'origine haïtienne (pour près de 80%). Les habitants d'origine brésilienne représenteraient 10% des habitants. Les 10% restant étant répartis entre les Surinamais et les Guyaniens (appelés « Zanglais ») (Entretien coordonnateur projet WASH).

Le quartier étant construit sur un versant de colline, les eaux grises s'écoulent par gravité jusqu'aux routes par un réseau auto fabriqué de tuyaux ou sans installations. Les Brésiliens vivent sur une partie du quartier par laquelle s'écoule et stagne toute l'eau grise et de pluie, leurs habitations sont donc sur pilotis. Les communautés haïtiennes, surinamaises et guyaniennes vivent dans des habitations de plain-pied. Deux sources sont présentes dans la zone servant pour les travaux domestiques. Une borne d'eau a été installée en 2020 au pied de la résidence en face de la route des encens, facilitant l'accès à de l'eau potable. Cependant les pratiques constatées en maraudes et durant un diagnostic en marchant avec les équipes du projet Obépine de l'Institut Pasteur et le service Santé Environnement de l'ARS attestent des limites de cette borne. En effet, de nombreux puits et tanks à eaux sont installés dans le quartier (annexe n°1, photos de l'itinéraire du diagnostic en marchant). La collecte d'eau de pluie dans les congélateurs est une pratique courante pour les travaux ménagers et l'hygiène corporelle (annexe n°1, photos de l'itinéraire du diagnostic en marchant). Mais un habitant relais communautaire me confia que les habitants les plus éloignés de la borne avaient pour pratique de boire l'eau de la source ou du puits en y diluant un peu de javel.

Il n'existe pas de système d'assainissement, chaque foyer utilise des latrines à l'arrière des maisons (il n'existerait pas de latrines communes). Le risque de ruissellement en période de fortes pluies est réel et dangereux avec la proximité des sources par rapport aux habitations. Or cette question est problématique quand on sait « que pour des raisons de santé publique, il est impératif que les eaux usées et



Vue aérienne du quartier de la Piste Tarzan.

Source : rapport activité 2021 de Médecins du Monde Mission Guyane

l'eau de consommation ne soient jamais en contact, ce qui nécessite des infrastructures de pompage et d'extraction, des réservoirs de stockage, un réseau de distribution fonctionnel, mais aussi des bassins d'assainissement ». (Guimier, 2011)

Concernant la gestion des déchets des bennes communes sont disposées à deux entrées du quartier, mais sont vidées à des fréquences aléatoires par la collectivité. Des *mayouris* (collectes citoyennes) sont organisés à l'initiative des habitants du quartier et soutenus par le don de matériel aux comités du projet WASH de la Croix-Rouge. L'ensemble des acteurs, professionnels, habitants, collectivités et l'ARS s'accordent sur le fait que l'environnement de vie de la Piste Tarzan est un déterminant dégradant la santé des personnes qui habitent. Les professionnels de santé dénoncent notamment les conséquences dermatologiques et gastriques.

De plus, malgré la proximité immédiate d'un arrêt de bus, les habitants du quartier sont isolés et les déplacements sont difficiles. Les principales raisons évoquées durant le diagnostic que j'ai mené pour Médecins du Monde sont l'absence de voitures et de permis et la peur des arrestations pour les personnes n'ayant pas un statut administratif régularisé. Cette dernière raison concerne de nombreux habitants de la Piste Tarzan, notamment au sein de la communauté haïtienne.

C - La communauté haïtienne

Haïti, État insulaire francophone de la région caribéenne, a une population de 11,4 millions d'habitants, selon la Banque mondiale. Cet État est en proie à une instabilité sociopolitique impactant son développement. En effet, sa population a connu une succession de crises depuis le tremblement de terre du 12 janvier 2010, comme les troubles sociaux de 2018 face à l'augmentation du prix de

l'essence et la pandémie de Covid-19. Durant l'été 2021, le pays a traversé l'assassinat de son président, Jovenel Moïse, et un tremblement de terre ayant fait 2 248 morts, 329 disparus et 12 763 blessés (Zephyr, 2021). Dans cette société très inégalitaire « les impacts de la pandémie de Covid-19 ont déclenché un ralentissement économique encore plus important »⁸. Par exemple, en 2021 le PIB s'est contracté de 1,8 %. Les dernières estimations évaluent le taux de pauvreté de 2021 (revenu intermédiaire inférieur à 3,2 dollars) à 52,3 %, contre 51 % en 2020.

Par sa situation entre deux plaques tectoniques, dans une zone régulièrement fréquentée par les cyclones, l'île est soumise à de nombreux risques naturels amplifiés par des aménagements du territoire de qualité variable. Le tremblement de terre du 12 janvier 2010 est le plus meurtrier de l'histoire d'Haïti, avec 229 184 morts et plus de 300 000 blessés. Cette catastrophe a profondément déstabilisé les institutions du pays, en impactant plusieurs bâtiments publics : palais national, ministère des travaux publics, ministère des finances, le parlement, le palais de justice, l'école normale supérieure, l'école des infirmiers ou encore l'école nationale d'administration. Concernant le système de santé, cet évènement « est venu aggraver la situation avec la destruction de 60 % des structures hospitalières des trois départements touchés qui concernent 46 % de la population haïtienne » (Alfred, 2012).

Haïti est classée 170e sur 189 par le Programme des Nations Unies pour son indice de développement humain (Nations Unies, 2022). L'espérance de vie à la naissance en 2021 est de 62 ans pour les hommes et 67 ans pour les femmes. En France ces chiffres sont de 79,7 ans pour les hommes et 85,6 ans pour les femmes⁹. Le taux de mortalité infantile et maternelle en Haïti est élevé en comparaison aux autres pays des Caraïbes et de l'Amérique latine (59 décès/ 1000 naissances vivantes). Près d'un enfant sur 12 meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans selon l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017 (UNICEF, 2018).

La santé est inscrite comme un droit dans la constitution haïtienne et le pays a ratifié toutes les conventions internationales pour l'accès aux droits en santé (comme l'Initiative de Bamako). Malgré ces engagements, il n'existe actuellement pas de couverture sanitaire universelle en Haïti¹⁰. Haïti est classé en 34e position sur la liste des 34 pays des Amériques investissant le moins dans son système de santé, selon le rapport « Santé dans les Amériques 2017 » de l'Organisation panaméricaine de la santé (OMS, OPS, 2017). L'État haïtien a dépensé moins de 2% de son produit intérieur brut (PIB) en soins de santé entre 2012 et 2017, alors que la recommandation de l'OMS est de 6%. À titre de

⁸ Site internet Banque Mondiale, <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>, consulté le 30/08/22 à 9h26

⁹ Site internet de l'OMS, <https://www.who.int/countries/fra/>, consulté le 30/08/22 à 9h53

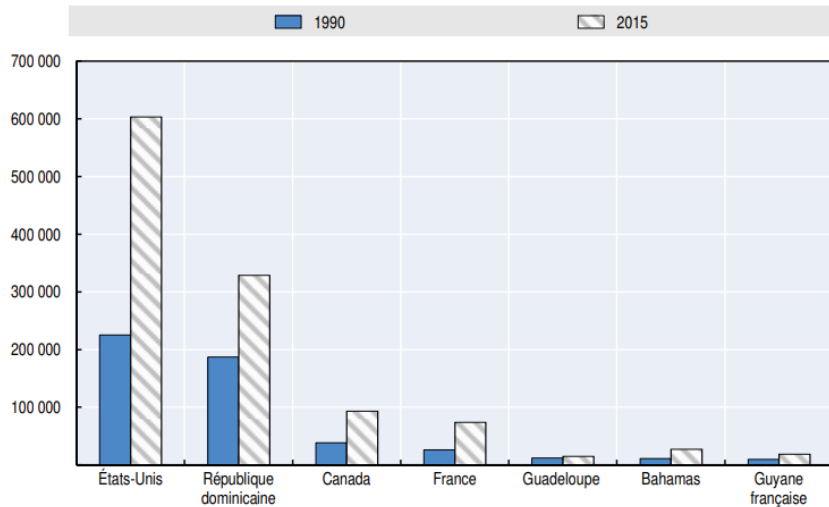
¹⁰ Site internet du Ministère de la Santé Publique et de la Population (Haïti), <https://www.mspp.gouv.ht/>, consulté le 30/08/22 à 9h49

comparaison la France ventilait en 2017 11,5% de son PIB dans les dépenses de santé (Gonzalez, Roussel, Héam, Mikou et Ferretti, 2018). Une des conséquences de ce manque d'investissement public est que la part de reste à charge des ménages haïtiens est importante. Ainsi les inégalités sociales en santé sont exacerbées au sein du pays. Cette situation est renforcée par la lente reconstruction de l'offre en santé.

Cette situation économique et structurelle creusant toutes les inégalités contraint de nombreux Haïtiens à vivre dans un climat sécuritaire dégradé. Les enlèvements pour rançon et les assassinats sont devenus des pratiques courantes ces dernières années. Pour le seul mois de mai 2022, la police nationale d'Haïti a signalé 201 homicides volontaires et 198 enlèvements, soit une moyenne pour chacun de près de 7 cas par jour (Nation Unies, 2022) La représentante spéciale du Bureau Intégré des Nations Unies en Haïti (BINUH), Mme La Lime, dénonçait au conseil de sécurité de l'ONU du 16 juin 2022 une augmentation des enlèvements et homicide volontaires de 36% et 17% en mai 2022, par rapport aux cinq derniers mois de 2021 (Nations Unies, 2022). Les violences perpétrées par des gangs dans la capitale Port-au-Prince ont conduit à la fermeture de dizaines d'écoles, de centres médicaux, d'entreprises et de marchés. Cette insécurité entrave le développement économique et l'accès aux soins des populations, dans un contexte où l'État est fragilisé. Depuis l'assassinat du président Jovenel Moïse l'instabilité a gagné les sphères politiques et économiques d'un pays dans lequel le parlement ne se réunit plus depuis deux ans et demi. Les institutions comme la police ou la justice sont en manque de moyens humains et matériels. La combinaison de la dégradation de la sécurité, la défaillance des institutions, la fragilité de la situation économique et du système de santé pousse une partie de la population à l'exil.

Ainsi, l'émigration vers des pays voisins se présente comme une solution pour de nombreux Haïtiens. Ils immigrent en priorité vers les États-Unis qui « est le premier pays de destination, qui a accueilli environ 600 000 migrants (soit près de la moitié du stock total d'émigrés) en 2015. Cependant, d'autres sources font état d'un chiffre beaucoup plus élevé, compris entre 1 et 2 millions, si l'on prend en compte la migration illégale. [...] Le deuxième pays de destination est la République dominicaine. Viennent ensuite le Canada et la France. Les autres grands pays de destination sont des pays voisins : Guadeloupe, Bahamas et Guyane française (graphique 2.2) » (OCDE, INURED, 2017). Ainsi la Guyane, se présente comme une terre d'immigration pour de nombre d'entre eux.

Graphique 2.2. **Les États-Unis sont le premier pays de destination des Haïtiens, suivi par la République dominicaine**
Stock total d'émigrés, par destination



Source : Nations Unies, DAES (2015), *International Migration Stock: The 2015 Revision* (base de données), www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml

Figure 3 : données des Nations Unies sur l'immigration haïtienne

Source : OCDE INURED, 2017

Selon le rapport d'activité 2021 de l'Office Français de la Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) « 53 % de la demande d'asile introduite outre-mer en 2021 l'a été dans les départements (Guadeloupe, Martinique, Guyane) et collectivités (Saint-Martin) d'Amérique. Parmi ces demandes, 75 % ont été déposées en Guyane, tandis que la Martinique et la Guadeloupe ont accueilli environ 25 % des demandeurs » (OFPRA, 2021). Sur l'ensemble des demandes déposées 65% concernaient les Haïtiens, 20% des Syriens, 3% des Cubains et 3% des Dominicains (9% « autres »). Cette immigration ne se fait pas sans tensions locales, où dans « le cas des Haïtiens, la présence en situation irrégulière de certains, leur origine rurale, leur couleur de peau, leur manque de qualification, leur analphabétisme, leur marginalisation spatiale, leurs pratiques religieuses et leur implication dans l'économie informelle, notamment dans la sphère de l'emploi domestique, ont fonctionné comme autant de « caractéristiques » à partir desquelles s'est construite leur différence » par rapport aux autres populations présentes sur le territoire (Laëthier, 2016).

D'une manière générale la Guyane est un département marqué par de fortes inégalités sociales. En témoigne le fait qu'« en 2017, la Guyane compte 105 427 foyers fiscaux dont 51,0 % déclarent un revenu net imposable inférieur à 10 000 € (contre 23,0 % pour la France entière). Ainsi, seuls 24 211 foyers fiscaux sont imposés en Guyane. Environ 8 400 foyers imposés contribuent à hauteur de 70 %

aux impôts sur le revenu collecté » (IEDOM, 2020). En 2017, la moitié de la population guyanaise vivait sous le seuil de pauvreté monétaire national, soit avec moins de 1 010 euros par mois (Rimbaud, Kempf, Demougeot, 2020). Selon le rapport de l'Insee *Niveaux de vie en 2017 : la moitié des Guyanais vivent sous le seuil de pauvreté*, « Les résidents guyanais nés à l'étranger présentent des taux de pauvreté nettement supérieurs à ceux nés dans un DOM ou en France métropolitaine. Ainsi, 74 % des personnes dont la personne de référence du ménage est née à l'étranger sont pauvres et 37 % vivent avec un très faible niveau de vie. Un Guyanais sur trois est originaire du Surinam, de Haïti ou du Brésil. Ils disposent le plus souvent de faibles revenus et rencontrent des difficultés pour s'insérer sur le marché du travail » (Rimbaud, Kempf, Demougeot, 2020). Ce contexte territorial marqué par la pauvreté renforce certainement l'exclusion des dernières populations immigrées.

D – Offre de soins et littératie en santé

Selon le cadre d'orientation stratégique du PRS 2018-2027, « l'offre de prévention est diversifiée, liée à l'historique de certaines pathologies, mais insuffisante par rapport aux enjeux d'inégalités et à la mobilisation potentielle des acteurs. Il existe en Guyane des dispositifs de prévention individuelle denses, mais mal répartis sur le territoire et dans certains cas insuffisamment coordonnés avec le reste du système de soins et des programmes de prévention collective et communautaire diversifiés, mais dont l'amplitude des moyens ne répond pas encore aux besoins créés par les inégalités territoriales de santé et aux capacités des nombreux acteurs locaux. » (COS, 2018-2027). Au niveau hospitalier le CHC est le principal établissement du département, mais ne couvre pas l'ensemble des spécialités. Cela engendre un nombre important d'évacuations sanitaires dans les hôpitaux antillais ou de métropole. D'une manière générale, depuis 2018 et suite à une démission massive des médecins urgentistes, le CHC fait souvent appel à la réserve sanitaire pour pouvoir poursuivre son activité. La stabilisation des effectifs médicaux est une difficulté pour le secteur hospitalier, mais également dans la médecine de ville. En effet, la démographie médicale tous modes d'exercices confondus est la plus faible de France (deux fois inférieure à l'hexagone pour certaines spécialités). Cependant, la région est « mieux équipée que l'Hexagone pour le suivi des grossesses et des accouchements. L'hospitalisation à domicile est également plus développée en Guyane qu'en France hexagonale dans le contexte d'un taux de natalité qui y est aussi supérieur » (Duplan, Sanna, De Bort, Rousseau, 2019).

Les personnes sans couverture maladie peuvent bénéficier de la PASS du CHC. Médecins du Monde signalait en 2018 les délais pour un rendez-vous de médecine générale. La moyenne était de 6 semaines au CHC et 2 semaines à la permanence PASS de la ville de Matoury sur l'île de Cayenne (Médecins du Monde Mission Guyane, 2019). Par expérience, l'association a identifié plusieurs

obstacles dans les parcours des soins des personnes sans droits en santé ouverts et vivants en situation de précarité. Nous pouvons citer :

- méconnaissance des circuits d'accès aux droits
- manque de justificatifs pour constituer les dossiers
- renouvellements récurrents entraînant des ruptures de droits
- barrière de la langue et non acceptation de la présence d'accompagnants dans certains services publics
- attitude des accueillants et discrimination des étrangers
- peur de se déplacer
- difficultés à se déplacer liées au manque de transport en commun

En 2019, parmi les personnes ayant été vues en entretien d'accueil sur l'un des dispositifs de Médecins du Monde, 97,8% avaient un droit théorique à une protection maladie (Base, AME ou CMUc), mais seulement 20,7% d'entre elles en bénéficiaient de manière effective. Un des facteurs importants à prendre en compte pour comprendre ce constat est le niveau de littératie en santé de ces publics. L'OMS définit le concept de littératie en santé comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé » (OMS, 2015). Parmi les compétences nécessaires, nous pouvons citer l'accès à la langue parlée, écrite et lue, ainsi que la capacité à communiquer pour évoluer dans son parcours de vie et de soins.

De fait, les Haïtiens sont éloignés du système de santé par une situation administrative rendant difficile l'accès aux droits en santé pour les primo-arrivants. À cela s'ajoutent un frein financier et une offre en santé sexuelle et reproductive limitée par rapport aux besoins du territoire. Enfin, la littératie est également un élément à prendre en compte dans la compréhension du contexte de la recherche.

III/ Méthodologie.

La méthodologie utilisée pour connaître les enjeux en matière de Droits à la Santé Sexuels et Reproductifs des femmes de communauté haïtienne de la Piste Tarzan, vise à croiser les points de vue professionnels, institutionnels et des publics (A). Afin d'éclairer des sujets de santé publique bien connus du territoire, comme l'accès à la contraception, la prévention des IST ou des violences faites aux femmes, j'ai choisi le recueil de données qualitatives. Cette approche « s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes ; inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive ; récursive, invitant à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire ; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive » (Imbert, 2010). Ainsi j'ai construit un diagnostic perceptuel via des focus groups avec les habitants du quartier (B). J'ai complété ces points de vue par des entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé en contact quotidien avec ses publics et des représentants d'institutions du territoire (C). La grille d'entretien s'est enrichie des retours des focus groups afin de confronter les opinions sur certains sujets qui ont pu émerger des premiers échanges. Enfin je détaillerai en fin de partie comment j'ai analysé le matériau recueilli par rapport aux sous-objectifs autour de ma question de recherche (D).

A - Les acteurs rencontrés et sources utilisées

En reprenant les distinctions faites entre les concepts de « demande », « besoin » et « réponse » (Bréchat, Marin, Raimondeau, 2020) j'ai interrogé différents types d'acteurs.

La demande « émane de la population qui la formule, en fonction de la perception qu'elle a de sa situation. Souvent la demande s'exprime par la recherche d'un état (ne plus être malade, ne plus avoir mal, etc.) ou d'une prestation (avoir accès à...), et est plus souvent curative que préventive. » (Bréchat, Marin, Raimondeau, 2020). Comprendre les enjeux vécus par les femmes haïtiennes en matière de DSSR nécessite que l'on aille les interroger directement, ce que j'ai fait avec des focus groups et des entretiens avec des habitants relais communautaires. J'ai triangulé ces éléments avec ceux de professionnels de santé de terrain, travaillant dans des associations partenaires de MdM et au contact des mêmes publics. J'ai ainsi mené des entretiens avec une sage-femme, un psychologue, deux médecins et une infirmière. Cela m'a permis de qualifier le « besoin », car « il est déterminé par les professionnels de santé, parfois experts dans leur domaine. » (Bréchat, Marin, Raimondeau, 2020).

Enfin, « la réponse est ce que le système de santé et la société plus largement mettent en œuvre sous forme de soins, de services, professionnels ou non, pour faire face au besoin et à la demande » (Bréchat, Marin, Raimondeau, 2020). Afin d'avoir le positionnement des institutions sur le territoire,

j'ai interrogé des professionnels de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG) en charge de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF). Ces derniers acteurs m'ont permis d'avoir un éclairage sur la réponse apportée aux demandes de la population cible. Le choix a été fait d'« une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations »(Ketele & Roegiers, 1996). J'ai donc fait une analyse de ses discours au regard de ma question de recherche et des sous-questions. Cette analyse a été complétée par des données épidémiologiques récentes sur les différentes thématiques en DSSR abordées. Les principales sources pour ces données épidémiologiques sont les bulletins de Santé Publique France et des travaux universitaires.

B - Focus group : préparation, animation et traduction

Afin de collecter la perception du public cible de ma recherche, j'ai organisé à l'aide de bénévoles de l'association des focus groups. Ils étaient non mixtes et réunissaient uniquement des habitantes de la Piste Tarzan. L'accès au terrain a été facilité par travail de MdM sur place notamment avec sa présence régulière en maraude dans le quartier. La Croix-Rouge a développé lors de la crise sanitaire du Covid-19 un projet d'accès à l'eau dans les quartiers de Baduel, Mogès et la Piste Tarzan. La gouvernance du projet a été partagée avec les habitants des quartiers concernés dans l'espoir de pérenniser les actions entreprises en matière de nettoyage et sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène et assainissement. Ainsi, la Piste Tarzan a été sectorisée en 9 espaces, donnant lieu à la création de 9 comités de quartier pour le projet. Chaque comité a élu un président, vice-président et secrétaire qui ont été mes interlocuteurs privilégiés pour organiser les rencontres avec les habitantes. Ils ont pu organiser les aspects techniques des focus groups comme la recherche d'un lieu et l'invitation des participantes.

Ces rencontres ont fait l'objet d'une préparation avec l'équipe de médiation de MdM afin de préciser les informations que nous souhaitions collecter en matière de DSSR. Ainsi, 3 thématiques ont été retenues :

- Contraception et IVG qui a réuni 5 habitantes
- Prévention des IST qui a réuni 7 habitantes

-Maternité, allaitement qui a réuni 13 habitantes (annexe n°2- Photos du focus group maternité, allaitement)

Nous avons ainsi coconstruit 3 scénarii de focus group (annexe n°3- Scénarii des focus groups). Des bénévoles ayant une expérience en médiation en santé (apprenants au diplôme universitaire « médiation en santé » de l'université de Cayenne) ont été mobilisés pour animer les rencontres. J'ai pu animer une réunion de préparation pour leur préciser les objectifs de cette activité, la méthode du focus group et les biais à éviter dans leur animation. Ainsi 2 bénévoles, dont le créole haïtien est la langue maternelle, ont animé les échanges et 3 autres faisaient de la prise de notes. J'étais moi-même en observation des dynamiques au sein du groupe, sur le non verbal. Les échanges ont été enregistrés avec le consentement des participantes (annexe n°4, recueil de consentement).

Les enregistrements ont été traduits par une bénévole et les extraits analysés à l'aide d'une grille. Les expressions laissées en créole haïtien dans le texte (emprunts) sont écrites en italiques ont fait l'objet d'une explication entre parenthèses. La proximité lexicale du français et du créole a permis une traduction littérale des échanges. Les verbatims ont été croisés avec ceux recueillis lors des entretiens semi-directifs afin d'en dégager des unités de sens.

C - Entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif est une technique de recueil des perceptions, expériences et opinions des personnes interrogées. Sur la base d'une grille avec des questions ouvertes permettant de guider les échanges, l'entretien semi-directif « s'avère en effet particulièrement adapté aux travaux conduits dans le champ de la santé (e.g. exploration de comportements en santé), de l'éducation, de la sociologie, de l'anthropologie, de la psychologie, des soins infirmiers, du management, du travail social, mais aussi de travaux réalisés à la frontière de plusieurs disciplines » (Imbert, 2010). En tout, 10 entretiens ont été menés pour compléter les focus groups.

Les 5 entretiens avec des professionnels de santé travaillant avec les femmes haïtiennes avaient pour objectif de qualifier leurs besoins en matière de DSSR. Les questions portaient sur la prévention des IST, l'accès à la contraception ou encore les soins post-partum (annexes n°5, 6, 7, 8 grilles des entretiens psychologue, IDE, Sage-Femme et Médecins). J'ai également rencontré 4 professionnels travaillant à un niveau plus stratégique dans les institutions de santé sur le territoire. Les questions que je leur ai posées devaient permettre de qualifier la réponse du territoire sur ces enjeux de santé (annexes 9, 10 et 11, grilles des entretiens ARS, PMI-CPEF et Parcours Haïti). Et enfin, j'ai échangé avec 2 habitants relais communautaires de la Piste Tarzan. Ces entretiens devaient compléter les données recueillies dans les focus groups (annexe n°12, grille entretien habitant relais).

Les entretiens ont duré entre 40min et 1h30min, ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées. Ils ont été anonymisés pour les professionnels de terrain, les professionnels en PMI-CPEF et habitants relais. Ils ont été intégralement retranscrits. Les verbatims utilisés dans la partie présentant les résultats sont donc référencés par rapport au métier de la personne s'étant exprimée. Pour Mme ALCOUFFE doctorante en pharmacie coordonnant l'enquête Parcours Haïti et du Dr BIACABE, médecin de santé publique à l'ARS, interrogées en qualité d'expertes de leur thématique les entretiens n'étaient anonymisés.

D - Analyse des données qualitatives

Avec les retranscriptions des entretiens et les traductions des focus groups, j'ai pu comparer les points de vue sur les différents sujets inhérents aux DSSR. L'analyse du matériau collecté s'est faite à l'aide d'un tableur reprenant les grands items des grilles d'entretien (annexe n°13 extrait grille analyse verbatims). J'ai donc regroupé des éléments de discours répondant aux mêmes questions. Cela m'a permis de comparer les points de divergence ou au contraire constaté une saturation du discours. J'ai séquencé le sujet des besoins en matière de DSSR en un ensemble de sous questions répondant à mes objectifs d'enquête. J'ai pu mettre ces éléments de discours en perspective à l'aide des données épidémiologiques et qualitatives issues de ma revue de littérature.

Question de recherche	Objectifs d'enquête	Sous-questions
Quels sont les besoins des femmes haïtiennes de la Piste Tarzan en matière de Droits Santé Sexuels et Reproductifs ?	Qualifier les besoins pour l'accès à la contraception dans un contexte de recours important aux IVG.	Quels sont freins à l'accès à la contraception ? Quels sont les freins à l'utilisation du préservatif ? Quels sont les freins à l'accès à l'IVG ? Quelles sont les représentations autour des différentes méthodes de contraception (avantages et inconvénients) ?
	Qualifier les besoins pour la prévention des IST, notamment du HPV.	Quelles sont les connaissances des femmes en matière d'IST et de leur prévention ?
	Qualifier les violences faites aux femmes migrantes et cartographier les accompagnements à leur disposition.	Quelle est la nature des violences subies par les femmes haïtiennes ? Quelles sont les représentations des recours possibles contre ces violences ? Qui sont les acteurs sur le territoire travaillant sur la prévention des violences ?

IV/ Résultats.

Plusieurs enjeux en Droits Santé Sexuels et Reproductifs sont ressortis de l'enquête de terrain : l'accès à la contraception (A) et aux dépistages des IST (B), la connaissance du cancer du col de l'utérus (C) et la prévention des violences faites aux femmes (D).

A- Accès et représentations autour de la contraception

Tous les professionnels de santé que j'ai pu rencontrer et travaillant quotidiennement avec des femmes haïtiennes m'ont fait part de leur difficulté à aborder la question de la contraception avec ce public. La majorité des femmes reçues en consultation sont des primo-arrivantes ne bénéficiant pas encore de droits ouverts en santé. L'accès à la contraception peut se faire alors en centres de santé tenus par des associations, types CeGIDD (Centre Gratuit d'Information de Diagnostic et de Dépistage), à l'hôpital via la PASS, en PMI ou CPEF. Un médecin travaillant dans un centre de santé pour personnes exilées me dit que l'accès à la contraception est un sujet " *très différent en fonction du pays d'où les gens viennent. Et donc par exemple, les patientes dominicaines qui travaillent beaucoup dans le travail du sexe connaissent très bien la contraception, la Prep et tout ça. Et ce qui est assez désespérant c'est les patientes haïtiennes qui d'une part connaissent assez peu de choses, d'autre part sont assez réfractaires à beaucoup de choses. Troisièmement, on a le poids de la religion qui est assez impressionnant et assez délétère de mon poids de vue. Donc voilà c'est dur de faire passer des messages comme le préservatif. C'est dur de faire passer des messages comme la contraception. C'est dur de faire passer des messages comme la Prep. C'est assez décourageant, mais on fait avec.*" (Médecin centre santé associatif).

Un constat partagé par un autre médecin, exerçant en libéral, mais bénévole lors des Equipes Mobiles de Médecins du Monde. Il dit « *Mais j'ai tendance à poser la question aux femmes en âge de procréer est ce que vous avez une contraception et est-ce que vous souhaiteriez une contraception ? Parce qu'il y a ces deux questions dans le DPI et la réponse est toujours non. Elles n'ont pas de contraception et elles n'en souhaitent pas et tu vois si le motif de consultation c'est autre chose je vais pas non plus creuser. Concrètement on a pas toujours le temps non plus en EMS. Mais quand tu poses la question « avez-vous une contraception ? » la réponse est très vite « non ! » comme si la question ne se posait même pas quoi. Et je pense que c'est un manque d'information, un manque d'accès et peut être le contexte socioculturel et religieux des populations qu'on voit, qui fait que voilà la contraception c'est non. » (Médecin bénévole Mdm). Ce déroulé de la consultation quand est abordée la question de la contraception m'a été confirmée par tous les professionnels de santé rencontrés. Ce qui ressort en priorité chez eux est le frein culturel ressenti lors de leurs échanges avec les femmes haïtiennes. Notamment les croyances selon lesquelles la contraception amène la stérilité. Une infirmière en centre*

de santé associatif me confia que « toutes les femmes je leur dis « vous avez une contraception ? » « non » « d'accord, vous en voulez ? » « non » « d'accord est-ce que vous voulez des enfants ? » « non, j'en ai déjà 3 » « d'accord, est-ce que vous utilisez le préservatif ? » « non » « d'accord ». Et tu rappelles le fait que d'avoir un rapport sexuel non protégé, ça peut entraîner une grossesse et que toi du coup si tu ne veux pas de cette grossesse-là il faut se protéger... tu essaies de déconstruire ça, mais pour elles injecter quelque chose dans leurs corps, manger quelque chose qui est donné par un labo pharmaceutique, qu'elles ne connaissent pas, c'est hyper compliqué pour certaines. Et je me souviens on parlait de contraception en animation EVAS (Education à la Vie Affective et Sexuelle) au collège et puis il y a une jeune qui nous dit « oui non, mais vous vous nous dites ça sur la contraception que ça ne rend pas stérile, mais les mamies dans nos quartiers elles nous disent pas ça. Les mamies dans les quartiers elles nous disent que ça rend stérile ». Donc il y a une grosse part culturelle qui fait qu'aujourd'hui on a beau essayé d'informer les femmes sur la contraception, il y a encore énormément de freins liés à la culture quoi. » (IDE CeGIDD).

Bien qu'une majorité des femmes reçues en consultation n'ait pas de contraception, certaines méthodes sont plus utilisées que d'autres pour celles faisant le choix d'une planification des grossesses. Pour une sage-femme travaillant en PMI et CPEF, « je ne dirais pas qu'il y a une méthode privilégiée. Alors après effectivement il y a des barrières culturelles qui font que des contraceptions sont privilégiées. » et elle continue « les injections c'est une méthode qui n'est pas chère du tout et effectivement il a des patientes qui préfèrent et qui ont accès à cette contraception. Et comme du coup effectivement elles ont un peu l'habitude de l'utiliser, et puis en plus leurs mamans l'ont utilisé, les amies aussi donc elles font un peu pareil. » (Sage-Femme CPEF, PMI). La place privilégiée des injections progestatives m'a été confirmée par tous les professionnels. L'infirmière en CeGIDD m'expliqua qu'« en premier c'est les implants progestatifs, qui durent 3 ans. Ce qui marche super bien aussi c'est les injections. Le stérilet, rien que le nom déjà ça les fait flipper. Parce que dans stérilet il y a stérile et dans la culture de beaucoup de femmes d'origine haïtienne, la contraception c'est stérilité. Tu ne peux même pas m'en parler, c'est mort ! Alors stérilet alors que tu as l'idée de contraception ça rend stérile et tout ça... c'est foutu. Du coup on en a très peu. Alors la pilule c'est donné, mais dans des cas vraiment, où la personne elle a l'air assez rigoureuse dans le suivi de sa pilule où elle a un portable pour mettre une alarme, qu'elle a compris ce qui se passe si elle l'oublie » (IDE CeGIDD). Une sage-femme travaillant à la maternité du CHAR et bénévole sur les actions de MdM confirme « en tout cas chez les patientes haïtiennes elles utilisent beaucoup le progestatif injectable. Après c'est plus le préservatif. Et c'est vrai qu'il y a quand même plus de femmes qui sont pas... Qui ne se sentent pas à l'aise avec le fait de mettre un dispositif intra utérin. Qui ne veulent pas mettre quelque chose à l'intérieur de leur corps. Surtout j'ai l'impression qu'il y a plus de réticences vis-à-vis du stérilet que de l'implant. » (Sage-Femme

bénévole Mdm). Donc l'accès aux méthodes contraceptives est dépendant d'une variable culturelle. Les méthodes ainsi privilégiées par les femmes haïtiennes sont l'implant, les injections et le préservatif.

À cette variable culturelle s'ajoute un frein économique bien identifié par Dr BIACABE, chargée de périnatalité, santé sexuelle et reproductive, VIH, vaccinations au sein du pôle prévention et promotion de la santé de l'ARS Guyane. En effet pour cette experte « *L'autre question c'est le coût ! L'accès, l'information et le coût. Parce qu'une pilule c'est pas anodin. C'est pour ça que l'implant c'est vraiment bien. Ils sont posés gratuitement.* » (Dr BIACABE, ARS Guyane). Pour elle, la réduction des inégalités sur le territoire en matière de couverture contraceptive passe par une réflexion sur la méthode la plus adaptée pour les femmes issues de la communauté haïtienne, avec un faible niveau de littératie, mais en prenant en compte une balance bénéfice-risque quant aux effets secondaires de certaines méthodes. Pour elle l'implant constitue la méthode la plus adaptée à ce public, en ayant l'avantage de la discrétion comme les injections progestatives, mais une meilleure balance bénéfices-risques par rapport aux effets secondaires : « *On ne peut pas obliger les femmes à choisir une méthode. Dire que c'est vraiment bien ne veut pas dire que tout le monde devrait utiliser ça, mais disons que c'est quand même plutôt adapté ici si on fait la balance bénéfices risques. Car c'est toujours ce que l'on fait dans une prescription de contraception et en considérant que c'est de toute façon la femme qui choisit. Et donc par rapport à ce qui est réaliste ici, qui a le moins d'effets secondaires, et qui dure dans le temps.* " (Dr BIACABE)

Dans ce cas-là, un travail d'éducation en santé est à engager par rapport au consentement libre et éclairé des patientes concernant chaque choix de méthode. À ce propos, une femme en focus group sur la Piste Tarzan nous expliqua comment fonctionne son implant : "*Pour que tous les effets restent vivants et quand on prend ça, il faut faire le sexe souvent. Parce que ce sont les germes (spermatozoïdes) qu'il faut avoir pour qu'il reste vivant (l'implant). Il faut toujours trouver des spermatozoïdes, parce que si on ne fait pas ça, cela va détruire les globules blancs. Parce que c'est les spermatozoïdes qui peuvent trouver l'implant pour ne pas détruire le corps*". Ce qu'elle nous exposait de sa compréhension de l'implant c'est qu'il fallait multiplier les rapports non protégés pour « nourrir » le dispositif et faire en sorte qu'il reste actif et continue à la protéger d'une grossesse. Sans cet « échange » c'est la santé de la femme qui en pâtirait, car le dispositif se nourrirait alors d'autre chose lui appartenant, à savoir les globules blancs. Par manque de temps et de ressources humaines pour animer et traduire des temps d'éducation à la santé, la recherche de la compréhension des patientes n'est pas toujours facile pour les professionnels de santé.

La littératie serait la troisième variable explicative à ce faible recours à la contraception. Elle est essentielle pour choisir une méthode contraceptive de manière éclairée. Or "*La majorité des femmes*

qui sortent de la maternité ici sont contraceptisées par injection. Et je pense qu'il y en a extrêmement peu à qui on a expliqué, déjà ce que c'était, et encore moins à quoi ça servait et comment ça marchait, notamment avec les effets secondaires. Parce que voilà l'injection c'est facile. Et on sait que pendant ce temps-là au moins elle ne sera pas fertile... Oui... Je pense qu'en termes de consentement libre et éclairé on est assez loin du compte. " (Médecin centre de santé associatif). La sage-femme travaillant à la maternité du CHC m'expliqua justement que « *depuis le Covid on ne fait plus de « réunion sortie ». Les « réunions sorties » servaient à expliquer l'allaitement, l'alimentation au biberon, on parlait contraception. On proposait à toutes les patientes. On passait dans les chambres et on voyait si elles étaient intéressées ou pas. C'était pas obligatoire et celles qui étaient intéressées, elles venaient et pouvaient discuter. Elles échangeaient entre mamans aussi. Les connaissances qu'elles avaient. Mais c'est vrai que depuis le Covid du coup les réunions avaient été arrêtées et au final ça n'a pas repris. »* (Sage-Femme bénévole MdM). Mais elle est convaincue du rôle de la prévention : « *Par rapport à la prévention, j'ai animé un atelier avec MdM pour justement déconstruire les mauvaises croyances. Il y avait des médiateurs qui nous avaient expliqué que par exemple dans la croyance haïtienne il y avait qu'il fallait prendre un grand verre d'eau et s'allonger par terre pour qu'il n'y ait pas de risque de grossesse. »* (Sage-Femme bénévole MdM). Nous développerons dans la partie discussion comment les acteurs présents sur l'île de Cayenne participent à rendre accessible culturellement et économiquement la contraception. Cela sera mis en perspective avec le recours important aux IVG sur le territoire.

B- La difficile prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

La prévention des IST par les différents acteurs associatifs et de santé rencontrés se heurte à la demande des publics. Car si les professionnels expriment un besoin en matière d'éducation à la santé et notamment sur le port du préservatif, les femmes haïtiennes interrogées semblent plus intéressées par l'accès aux traitements. D'abord, les infections les moins connues du public sont pourtant celles qui circulent le plus : « *pour moi les infections que l'on voit le plus au CPS se seraient chlamydia, gonocoque qui sont des infections sexuellement transmissibles simples, enfin « simples », je veux dire que c'est très courant et c'est traité très facilement. Après quand c'est asymptomatique c'est un peu le problème et ça implique un taux de stérilité des femmes important. Souvent les personnes se font traiter et même si on dit qu'il faut se protéger ou s'abstenir et bien ils vont mettre le préservatif ou dernier moment, ou le mette pas correctement, ou oublient de le mettre et ça s'échange très facilement. On a des cas d'hépatite B aussi. J'ai jamais vu des cas d'hépatite C. Et VIH syphilis on a des découvertes, mais qui sont plus des découvertes de VIH Syphilis, en primovaccination. »* (IDE en CeGIDD). Parmi les soignants rencontrés, la majorité m'a expliqué qu'ils percevaient un manque de connaissance de la

part des femmes haïtiennes sur les IST. Notamment les IST comme les gonocoques ou chlamydia : « *j'ai pas l'impression qu'elles ont la connaissance en fait. Parce qu'elles n'ont pas l'air d'être inquiètes. Je ne me rends pas compte, je pense pas qu'elles mesurent les enjeux de cette infection des fois. Après c'est vrai que nous souvent elles l'ont déjà eu l'infection et on se concentre plus sur la grossesse et on ne reparle plus de ça. Mais j'ai l'impression que les patientes elles sont vraiment concentrées sur le VIH et que les autres IST passent un peu à la trappe. Mais au final il y a d'autres IST qui ont des conséquences néfastes.* » (Sage-Femme bénévole MdM).

Mais certains professionnels ont relativisé ce sujet en soulignant qu'en population générale, les IST et leur prévention sont des sujets aussi méconnus. « *J'ai l'impression que les gens ont des connaissances, mais est-ce qu'elles sont complètes : non. Pareil sur la Prep le TPE, mais ça est-ce que c'est applicable uniquement aux personnes migrantes ? Je sais pas. J'ai parlé à une amie infirmière récemment elle ne savait pas ce qu'était un TPE. Et je disais, mais t'es infirmière ! Si tu te piques il faut que toi tu es accès à ça. Enfin cette information les autres est ce qu'ils l'ont ?* » (Leslie ALCOUFFE, Parcours Haïti). « *Et du coup est-ce que tu vois VIH bon parce qu'on t'a appris à l'école, mais hépatite... Bon moi on m'a obligée parce que j'étais infirmière et que dans mon cursus j'ai connu cette pathologie-là. Mais hépatite B hépatite C je pense que je demande ça à ma sœur, elle ne sait pas. Tu vois gonocoque et chlamydia tant que tu ne les as pas eus tu n'en as pas connaissance et tu ne sais pas trop de quoi il s'agit.* » (IDE CeGIDD).

Finalement le VIH est l'infection la plus connue, mais qui fait encore l'objet de conceptions erronées : « *Le VIH, parce que le VIH c'est un mot qui fait peur. Donc les gens connaissent. Ils savent que ça existe, mais ils ne savent pas nécessairement comment ça fonctionne. Moi il y a des gens qui m'ont déjà dit VIH égal mort. Et bien non pas tout à fait. Tout le monde en a déjà entendu parler j'ai l'impression. Et puis le reste et bien c'est peu... Souvent quand j'explique ce que c'est l'hépatite B j'ai l'impression que les gens me regardent avec des yeux comme des soupapes. Voilà donc le reste j'ai l'impression que les gens connaissent assez peu.* » (Médecin centre de santé). Un habitant relais communautaire confirmera cette affirmation en me disant que « *Par exemple les IST je pense qu'il y a une méconnaissance... Les gens ne savent pas vraiment. C'est pour cela que je dis ça. Mon quotidien quand je parle avec les copains là-bas c'est vraiment... Ils sont hors du sujet tu vois ? comment on dit ? Des intox ! Ils ont des fausses informations... Pour eux le VIH égal mort. La plupart ignorent qu'on peut vivre avec.* » (Habitant relais communautaire). Cette perception est en partie alimentée selon lui par le fait que les personnes concernées mettent du temps à se faire dépister : « *Et bien je dirais que vu qu'ils veulent pas se faire dépister, du coup une personne qui a le VIH tant qu'il n'est pas sous le traitement la maladie ça peut aggraver jusqu'à arriver à la phase de Sida. Sida qui est la phase « terminale » « finale » et voilà c'est à ce moment-là que tout le monde va voir qu'il y a une personne qui*

est malade. Et voilà... ils se disent la personne a le Sida et c'est la mort tout de suite. » (Habitant relais communautaire).

Ce qui semble plus percuter les professionnels dans leur exercice est le fait qu'ils ne perçoivent pas chez les patients la mesure de la gravité de certaines infections. En effet, une sage-femme m'expliqua " *une fois j'avais été un peu interpellée en fait j'ai fait pas longtemps, mais juste une mission de 2 semaines au centre de santé de Saint Georges et j'ai vu en consultation une jeune de 17 ans et elle avait déjà la syphilis en fait. Et c'était son premier copain qui lui avait transmis. Et quand on discutait et que je disais « c'est important de vous protéger » limite elle rigolait en fait. Elle se rend pas compte des enjeux en fait. Et je me dis à 17 ans on te transmet déjà la syphilis... C'est quand même un peu tôt quoi ! »* (Sage-Femme bénévole MdM). Ce genre de réactions à l'annonce de diagnostic ont été vécues par d'autres professionnels. Le VIH serait donc une infection gravement perçue, quand les autres infections le seraient beaucoup moins.

Ce constat a été confirmé avec les échanges lors des focus groups. Ainsi trois femmes eurent un échange sur la différence entre VIH et d'autres IST :

« Animatrice : Si une personne souffre d'une maladie, quelle est ta réaction ?

Femme 1 : Qu'est-ce que je fais pour une personne qui est malade ?

Animatrice : Et pour toi aussi ! Maladi pa tombé sou pye bwa ! (maladie ne tombe pas sur pied bois, expression en créole pour dire que la maladie est pour les humains et non les arbres)

Femme 2 : Ça dépend de la maladie ! Quand on attrape le sida, personne ne peut l'ignorer. Tu le sens comme si tu n'avais plus de vie. Donc ça dépend de la maladie de la personne. Ça dépend avec la personne avec qui tu vis, si tu connais ton partenaire. Si c'est une simple infection on peut traiter, un écoulement ça peut être traité, mais le sida...

Femme 1 : Surtout en Haïti ! Mais ici en Guyane, quand une personne attrape le Sida, elle peut être suivie par un médecin. En Haïti on n'est pas suivi pas les médecins, ici en Guyane on ignore pas la personne qui attrape le sida. Après plusieurs mois on peut être mort. Quand quelqu'un a le sida et qu'elle arrive tout le monde va la regarder d'un mauvais œil et faire « hum hum ». On le voit comme une carte marquée. La personne marche tête baissée.

Femme 3 : Il y a des personnes qui peuvent arrêter avec le sexe et d'autres qui peuvent continuer avec le sexe malgré les symptômes. Normalement le sida on peut trouver des médicaments pour soulager. Mais il n'est pas traité vraiment. Mais par contre l'écoulement on peut traiter. Mais pour ça il y a beaucoup de personnes qui ne sont pas vraiment traitées. Si on ne prend pas des précautions pour l'écoulement et que l'on fait toujours le sexe... c'est compliqué. Il faut gérer ça de toute façon, on peut

vivre avec la personne tranquillement par contre on attrape la maladie. Et ça, ça peut causer beaucoup de problèmes. » (Extrait focus group sur les IST). Selon les propos rapportés lors des entretiens avec les habitants relais communautaires et dans les focus groups, quand le VIH fait l'objet d'un rejet et de stigmatisation, les autres infections ne sont pas perçues comme assez graves pour empêcher des rapports sexuels ou se protéger. De plus, à la question « que souhaiteriez-vous avoir comme informations de la part de Médecins du Monde sur les IST ? » les réponses étaient dans l'ordre de priorité : existe-t-il d'autres moyens de se protéger que le préservatif si on ne souhaite pas l'utiliser ? Quels sont les traitements contre les IST ? Comment s'infecte-t-on lors d'un rapport sexuel (sueur, sperme ou salive) ? D'où vient le sida ? Comment peut-on se protéger contre les IST ? Et, où peut-on trouver des informations sur les IST ?

Pour prémunir ces infections les professionnels font toujours la promotion du port du préservatif. Or, leur accès est rendu difficile sans gratuité. En effet, *« en termes de prévention au niveau des ITS ou l'utilisation du préservatif, je ne suis pas sûre qu'elles acceptent facilement le préservatif et qu'elles aient toutes les moyens de s'acheter des préservatifs. Après il y a une marque qui est remboursée, mais je veux dire que c'est en quantité limitée donc je ne pense pas qu'elles aient accès facilement au préservatif. »* (Sage-Femme bénévole MdM). Un autre frein à l'utilisation du préservatif se trouve dans les rapports hommes-femmes : *« par rapport à la question du préservatif, je pense que c'est aussi lié fortement à l'opinion des hommes en fait je pense qui refusent de mettre le préservatif. Après je ne les ai pas entendu dire ça, mais je pense quand même qu'on est dans des sociétés à tendance machiste et encore plus dans les communautés dont on parle. Donc en gros l'homme s'il n'a pas envie de mettre de préservatif, la femme elle finit par accepter quoi alors qu'elle souhaiterait se protéger. J'ai l'impression qu'il faudrait faire une campagne avec les hommes. »* (Sage-Femme bénévole MdM). Ces propos font écho à ce que m'a expliqué un habitant relais communautaire en entretien : les hommes de sa communauté seraient plus à même d'accepter un rapport protégé s'ils ne souhaitaient pas que leur partenaire tombe enceinte. L'intérêt pour le préservatif est surtout pour la contraception et non pas pour se prémunir d'infections. L'animation de projets faisant la promotion de la prévention des IST est d'autant plus difficile quand le public ne perçoit pas le risque de rapports non protégés et les conséquences que peuvent avoir certaines infections.

C- L'ignorance du Cancer du Col de l'Utérus (CCU) par le public

Le HPV fait partie des infections sexuellement transmissibles circulant activement sur en Guyane. Les femmes de la Piste Tarzan qui ont échangé en focus group sur les IST ne connaissaient pas le Cancer du Col de l'Utérus (CCU) et le virus. Quand la question a été posée, aucune ne savait ce qu'était le CCU. Mais à la question « avez-vous déjà fait un frottis ? » 3 femmes sur 5 ont répondu positivement.

Pour les professionnels de santé au contact de ces publics, le constat est partagé. En effet, un médecin me dit « *Souvent je demande en fait, c'est une question que je pose dans ma liste « est-ce que vous avez déjà fait un frottis de dépistage pour le col de la matrice (col de l'utérus) ? », « non », « est-ce que vous savez ce que c'est ? » « non » . Alors là je fais google image, l'utérus, le col, je montre le col, le frottis regardez ça ressemble à ça. Voilà c'est des questions que je pose et je dirais que 7 8 fois sur 10 les gens ne savent pas ce que c'est. » (Médecin centre de santé associatif). Dans le cadre de Parcours Haïti, à la question si les femmes interrogées dans le cadre de cette enquête avaient des connaissances sur le CCU, Leslie ALCOUFFE chercheure coordonnatrice de l'enquête a répondu « *alors cancer je ne sais pas. Est-ce qu'elles ont une lecture fine de tout ça ? Je ne sais pas. Après le dépistage HPV oui. Particulièrement en République Dominicaine. Elles sont hyper informées quoi. Après chez les Haïtiennes c'est un peu différent. Je pense que la notion de HPV est un peu différente, mais dans Parcours Haïti on pose la question du dépistage HPV et j'ai l'impression qu'il y a pas mal de femmes qui y passent. C'est pas si éloigné que ça. Et j'ai pas l'impression que les personnes pourraient expliquer précisément ce qui se passe. Et en même temps est-ce que quelqu'un qui n'est pas dans la santé en est vraiment capable ? D'expliquer ce que c'est le fait d'être positif au HPV, le fait d'avoir une lésion, d'avoir un suivi, qu'est-ce qu'un frottis anormal tu vois ? Je ne sais pas si les gens qui ne sont pas dans le milieu médical sont très informés et s'ils ne se contentent pas simplement de dire « Ok mon frotti est normal, rendez-vous dans 3 ans » . (Leslie ALCOUFFE, chercheure). Cette affirmation selon laquelle les femmes haïtiennes manquent de connaissances sur le CCU serait donc à nuancer par le fait qu'en population générale la compréhension de l'infection HPV n'est pas forcément plus développée.**

Peut-être que l'enjeu ne réside pas dans une compréhension fine des risques et des mécanismes de transmission, mais dans un accès facilité au dépistage. Car si les femmes quand elles sont enceintes ont des frottis, il est plus difficile de toucher les autres : « *Parce que des femmes qui ont compris ce que c'était, qui ont compris l'intérêt du dépistage, qui ont compris le principe du dépistage il y en a pas beaucoup. Après comme beaucoup sont enceintes ou ont été enceintes au moins une fois, quand elles ont un suivi de grossesse à l'hôpital elles ont au moins un frottis de col. Alors elles n'ont pas nécessairement conscience d'en avoir eu un. Mais elles ont eu au moins un frottis de col. Et des femmes qui ont eu un suivi de grossesse à l'hôpital c'est pas extraordinaire. C'est assez fréquent. Mais par contre, qui ont compris ce que c'était, à quoi ça servait et qu'il fallait en faire un tous les 3 ans... Assez peu. » (Médecin centre de santé associatif).*

Le deuxième enjeu autour de la prévention du CCU réside dans la vaccination eu HPV des jeunes femmes et jeunes hommes du territoire. À ce propos le Dr BIACABE explique « *On a des poches de très mauvaise couverture dans les zones isolées, mais pas que. On a comme sur la métropole une très faible couverture du HPV. Ça ça fait partie de nos priorités et on a un projet expérimental de vaccination dans*

les collègues, on a fait Maripasoula récemment et on va faire Saint-Georges à la rentrée. Ça ne nous permettra pas évidemment de couvrir tous les collégiens, mais bon... Et puis voilà un travail avec les professionnels de santé, qui soient un peu plus au fait des indications garçons filles des âges etc." (Dr BIACABE, ARS). Il y aurait un intérêt à mieux accompagner les professionnels de santé à faire la promotion du vaccin. Même si les médecins en libéral font le suivi vaccinal de leurs jeunes patients, ces réflexes ne sont pas forcément adoptés du côté des associations, Médecins du Monde en premier lieu. En effet, quand je demande à un médecin bénévole sur les actions de MdM s'il fait la promotion du vaccin, il répond « pratiquement jamais. La vaccination papilloma virus, j'en parle beaucoup au cabinet, j'en parle jamais en EMS. Parce que... Je sais pas pourquoi... C'est une erreur de ma part. Parce qu'au cabinet ça s'inscrit dans un suivi. Les filles que je suis, ou même les jeunes garçons maintenant, au moment des rappels entre 12 et 13 ans et bien voilà, c'est là que je parle du Gardasil et que je propose. En EMS c'est plus des gens qu'on voit pour des problèmes aigus donc j'ai pas cette vision-là et j'ai pas ce réflexe-là honnêtement. Puis les tranches d'âge qui sont éligibles à cette vaccination on les voit rarement avec le carnet de santé, pour le coup c'est les tout petits qui viennent avec un carnet de santé et où on est au courant des vaccinations. Mais les ados ils ne viennent jamais avec leur carnet de santé. Ils vont au CeGIDD avec leur carnet de santé et pas en EMS moi je ne leur pose pas la question. » (Médecin bénévole MdM). L'explication à ce manque de prévention vient aussi d'une absence d'un mode d'action au sein de la mission Guyane de MdM pour toucher les adolescents et leurs parents sur ces questions.

Les populations les plus éloignées du système de santé ont également moins accès à la vaccination pour des raisons financières. En effet, « *il y a une énorme défiance contre les vaccins ici en général, celui contre le corona virus, celui contre le CCU aussi. Mais il faut une sécu pour en bénéficier, car il coûte extrêmement cher et le CeGIDD ne le fait pas parce qu'il ne peut pas avancer sur fonds propres. Et donc il faut déjà des patients qui ont une sécu.* » (Médecin centre de santé). Cet enjeu de la prévention du CCU bien identifié du côté des institutions. Nous développerons dans la discussion comment l'ARS et la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG) en charge des PMI et CPEF se saisissent actuellement de la question du financement des vaccins.

D- Les violences subies par les femmes haïtiennes

Les professionnels de santé constatent régulièrement des violences sexuelles au sein de la communauté haïtienne : « *dans mon exercice de tous les jours on voit à quel point c'est fréquent les violences sexuelles ou les violences de genre en général. Par exemple quand on accueille des femmes en urgences, si elles n'ont pas de dossier on doit faire tout l'interrogatoire. Et en fait une des questions que l'on est censé poser, moi je la pose systématiquement parce qu'elle est dans le dossier, c'est « est-ce que vous avez déjà été victime de violence ? ». Et on demande si c'était de la violence physique,*

sexuelle et honnêtement, pareil je peux pas dire de statistiques, mais il y a énormément de patientes qui répondent « oui » à cette question. Et il y a beaucoup de violence sexuelle quand même. J'ai l'impression aussi qu'il y a beaucoup de migrantes qui ont subi des violences sexuelles sur leur parcours de migration. Après aussi, il y a beaucoup de violences sexuelles intrafamiliales. » (Sage-Femme bénévole MdM).

Mais cette thématique a été très compliquée à aborder en focus group. Nous manquons dans ce travail d'éléments pouvant qualifier la demande de la part des femmes haïtiennes sur ce sujet. Mais les violences sexuelles ont été abordées en fin de focus group sous la forme d'une question non directe pour mesurer le niveau de connaissance des femmes sur leurs recours à disposition en cas de violence. Nous demandions « que peut faire une femme en Guyane si elle a eu un rapport sexuel non consenti avec un homme ? » pour voir si des liens se faisaient spontanément dans la discussion avec la thématique abordée. Pour le focus group contraception nous nous attendions par exemple à des éléments sur la pilule du lendemain. À la place nous avons eu cet échange :

« Animatrice : que peut faire une femme en Guyane si elle a eu un rapport sexuel non consenti avec un homme ?

Femme 3 : moi j'irai voir le médecin et après j'irai à l'Arbre Fromager (Association)

Femme 2 : Et si ce gars-là c'est ton mari qu'est-ce que tu vas faire ?

Femme 3 : si c'est mon mari c'est son droit, je ne peux pas porter plainte.

Femme 4 : c'est ton mari !

Femme 3 : oui c'est mon mari, si c'est mon mari qui veut avoir des relations sexuelles et que j'ai pas envie il y a une façon de faire, je peux parler avec lui, il ne faut pas dire n'importe quoi avec son mari, sinon tu vas l'exciter. Je peux dire « chéri je me sens pas trop bien, voici comment je me sens, je vais te donner ça demain ».

Animatrice : et s'il ne veut pas ?

Femme 3 : non non non il y a des partenaires quand tu parles avec eux ils comprennent, mais il y a d'autres si tu es toujours arrogante avec eux ils ne finiront pas par accepter.

Femme 2 : ça peut entrainer des discussions avec des bagarres si la femme refuse tout le temps. »
(Extrait focus group Contraception).

La construction des rapports de genre au sein de la communauté haïtienne participe à entretenir une soumission de la femme à l'homme dans les relations de couple. Mais un des facteurs freinant le

recours à de l'aide extérieure en cas de violence est la vulnérabilité économique et administrative dans laquelle se trouvent ces publics. Un habitant relais communautaire m'expliqua « *elles ont peur d'aller porter plainte. Quand on essaie de leur dire « ouais il y a des associations qui peuvent t'écouter, t'accompagner, qui peuvent s'asseoir avec le couple juste pour trouver une solution tout ça » et bien c'est « non non non je ne veux pas». C'est que ça peut bloquer une situation. Par exemple un homme qui vient de bagarrer avec sa femme et que sa femme aille porter plainte, et puis là dans la tête de la femme ça peut bloquer le monsieur. Son mari. En plus si elle a des enfants avec le monsieur, dans sa tête si elle est allée porter plainte, ça peut bloquer la situation du monsieur. Le monsieur peut rester ici, ne peut pas avoir un titre de séjour... ça peut bloquer sa situation. Et ça va retomber sur elle par rapport à ses enfants.* » (Habitant relais communautaire).

Cette même vulnérabilité pousse souvent les femmes à du sexe transactionnel les exposant plus aux IST. En effet, « *c'est des personnes qui sont plus à risque de développer des IST déjà elles ont moins accès au préservatif. Elles ont forcément des problèmes financiers ce qui fait qu'elles ou ils peuvent très bien vendre leur corps. Voilà à n'importe qui pour avoir soit de l'argent, de la nourriture ou un loyer. C'est trois possibilités. Donc il y a une sorte de déshumanisation sexuelle qui est faite par les migrants pour avancer. Pour essayer de sortir un peu la tête hors de l'eau.* » (IDE CeGIDD). L'enquête GUYASSeReMIG qui portait sur la connaissance de la prophylaxie préexposition au VIH et du potentiel préventif des antirétroviraux chez les femmes migrantes en Guyane française (2022), a permis d'interroger 429 femmes migrantes. Leslie ALCOUFFE ayant participé à la mise en œuvre de cette étude transversale m'expliqua qu'à la question « avez-vous déjà échangé du sexe pour de l'argent de la nourriture ou un logement ? » que les femmes haïtiennes avaient répondu à 25% « oui ». Cependant ce point est à nuancer, car à ce jour aucune étude n'a été réalisée pour voir si ces rapports transactionnels sont conscientisés comme des violences sexuelles par les femmes les réalisant.

Une partie des violences sexuelles ont lieu pendant le parcours migratoire : « *Ce que je vois le parcours migratoire peut être traumatique. J'ai quelques exemples de patients, plutôt patientes pour le coup, où on leur demandait des faveurs sexuelles quoi pour avancer. Mais c'est pas la majorité, je dirais que ce qui est traumatique, mais est-ce que ça fait partie du parcours migratoire ? On peut dire que oui. Ce qui est traumatique c'est surtout les raisons qui ont poussé les personnes à migrer. Parce que là évidemment tu trouves des traumas majeurs et des traumas qui remontent parfois à plusieurs années.* » (Psychologue en centre de santé). Les femmes haïtiennes sont parfois exposées aux violences dès l'enfance. Il arrive également que ces violences soient à l'origine d'un projet de départ : « *On a eu pas mal de jeunes filles qui sont venues faire des entretiens parce qu'elles avaient été kidnappées. En Haïti, ça se fait beaucoup le kidnapping. Donc des personnes avaient été kidnappées et violées et donc pour les protéger ils les envoyaient en Guyane. Donc ça il y a des échos, et je suis sûre*

que ça entraîne des parcours de vie un peu discontinus. Et les violences sexuelles dans les entretiens j'ai souvenir de femmes qui m'ont raconté des violences sexuelles qui avaient eues lieu quand elles étaient très très jeunes. Il y a eu plusieurs fois des cas de personnes qui à 6 7 ans déclaraient avoir subi des viols » (Leslie ALCOUFFE).

Les violences sont donc liées au genre et sont souvent de nature sexuelle. Elles se produisent souvent durant l'enfance et conditionnent en partie les rapports de genre dans lesquels évoluent les femmes haïtiennes. Il y a un véritable enjeu autour de l'*empowerment* de ce public et cette réalité est à prendre en compte dans la construction d'actions de prévention des IST ou accès à la contraception. Nous discuterons ces éléments dans la partie suivante.

V/ Discussion.

Nous avons vu dans les résultats les principales difficultés sont rencontrées par les femmes haïtiennes pour accéder à une méthode contraceptive adaptée à leurs besoins. Ce constat interroge d'autant plus dans un contexte où le recours à l'IVG est important (A). De plus la prévention des IST est difficile dans un contexte où l'expression du besoin par le public cible se fait autour d'une approche curative. Nous nous interrogerons dans cette partie sur les activités mises en place par les différents acteurs du territoire pour pallier ces difficultés (B). Il est notamment ressorti de cette phase d'enquête une ignorance du cancer du col de l'utérus chez les femmes haïtiennes interrogées, alors même qu'il s'agit d'un sujet de santé publique important sur le territoire. Cependant, les acteurs institutionnels ont une stratégie commune concernant le dépistage, mais qui diffère sur la prise en charge des vaccins pour les populations n'ayant pas de droits ouverts en santé (C). La difficulté d'intégrer le continuum des soins en santé sexuelle et reproductive est renforcée par les rapports de genre très marqués dans la communauté haïtienne. L'environnement social dans lequel évoluent ces femmes est empreint de domination masculine qui s'exprime parfois par des violences. Ce contexte entrave l'*empowerment* des femmes haïtiennes et doit être pris en compte dans toute action de prévention des IST et d'accès à la contraception(D). Nous nous interrogerons également sur le possible levier que pourrait constituer la démarche communautaire pour répondre à ces enjeux en Droits Santé Sexuels et Reproductifs (E). Enfin, j'apporterai un retour réflexif sur les limites de ce travail de recherche (F).

A. Un accès à la contraception limité dans un contexte de recours important aux Interruptions Volontaires de Grossesses

Concernant la contraception, nous avons vu dans les résultats que les femmes haïtiennes rencontrent des freins économiques, culturels et physiques pour accéder à une méthode adaptée à leurs besoins. Les professionnels rencontrés estiment qu'il y a un besoin en matière d'éducation à la santé sur la contraception afin d'augmenter la couverture contraceptive.

Il n'existe pas d'enquête de santé publique récente permettant d'évaluer la couverture contraceptive sur le département guyanais. Les dernières données objectives dans le domaine remontent à 2011 avec l'enquête KABP Antilles Guyane, regroupant des données de la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane. Elle interrogeait les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane entre 2011 et 2012. En Guyane 1804 personnes ont accepté de répondre à des questions sur leurs perceptions des risques en matière de santé sexuelle. Parmi les résultats sur les perceptions des répondants, il ressort que certaines méthodes contraceptives inspirent des craintes. Pour la pilule, 41% des femmes interrogées en Guyane

estiment par exemple qu'elle comporte un risque de stérilité. Pour le stérilet le pourcentage est de 25% pour la même question :

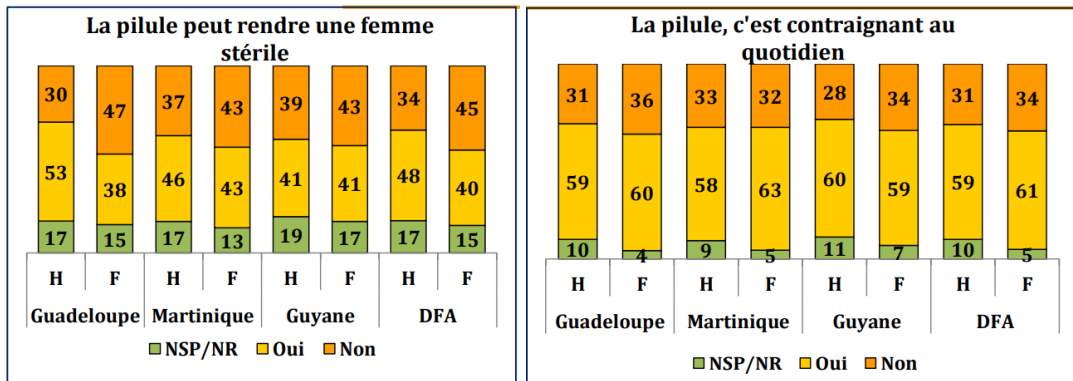


Figure n°3 : perceptions sur la pilule par département et sexe en 2011

Source : enquête KABP Antilles Guyane 2013

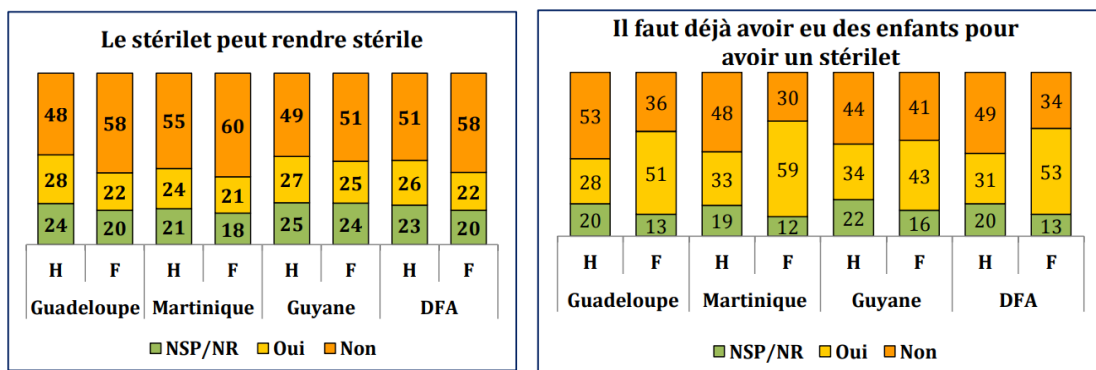


Figure n°4 : perceptions sur le stérilet par département et sexe en 2011

Source : enquête KABP Antilles Guyane 2013

L'enquête KABP a également démontré que la couverture contraceptive est insuffisamment élevée dans les 3 départements, en particulier chez les plus jeunes. En effet, 69% des femmes et 75% des hommes dans les trois départements ont déclaré avoir un moyen de contraception lors de leur dernier rapport. La majorité des non-utilisateurs n'était pas concernée par la contraception, car 40% ne pouvaient pas/plus avoir d'enfant et 39% attendaient ou souhaitaient un enfant. Cependant, l'enquête a noté une absence de contraception parmi les personnes « concernées », soit 9% des femmes et 8% des hommes interrogés (3% en métropole). Cette absence de contraception plus importante parmi les 45-54 ans (15%) et les 18-24 ans : 11% en Guadeloupe, 9% en Martinique et 6% en Guyane. (Halfen, Lydié, Esvan, Diter, 2013). Parmi les méthodes les plus utilisées dans ces 3 départements figurent la pilule, le stérilet et le préservatif.

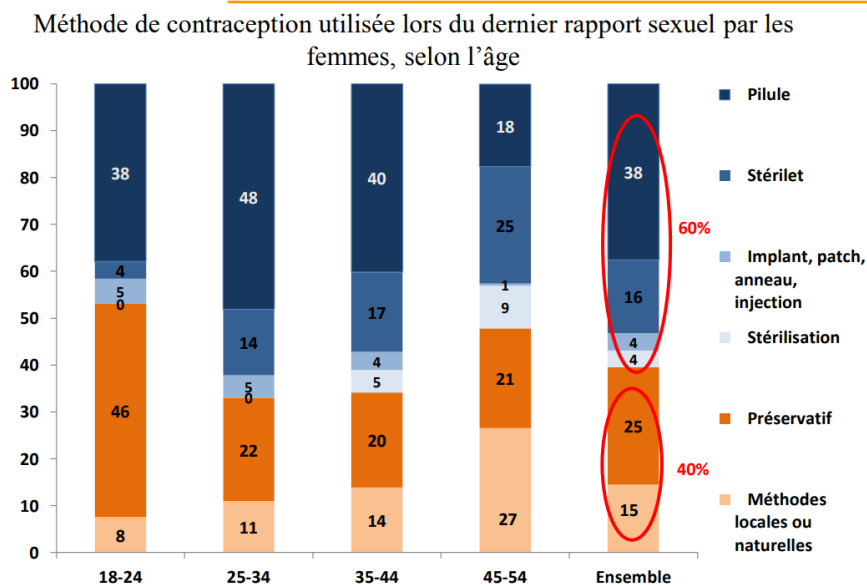


Figure n°5 : répartition des méthodes de contraception utilisée en Martinique, Guadeloupe, Guyane par les femmes selon l'âge en 2011. Source : enquête KABP Antilles Guyane 2013

Or nous avons vu dans les résultats que ces méthodes contraceptives faisaient parfois l'objet de conceptions erronées de la part des femmes haïtiennes. De plus elles ne figurent pas parmi les méthodes qu'elles privilégient le plus (les premières étant certainement les implants et les injections selon le diagnostic perceptuel des professionnels). Cependant, cette enquête KABP Antille Guyane s'adressait à la population générale. Les résultats de l'enquête Parcours Haïti, en cours de réalisation, permettront d'avoir une vision plus fine de ces questions auprès des Haïtiennes.

Cela interroge d'autant plus dans un territoire où le recours aux Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) est parmi les plus élevés de France. En effet, les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) font état d'un taux de recours de 39,5% pour 1000 femmes de 15 et 49 ans en Guyane en 2019, quand ce taux est de 15,6% pour l'ensemble de la métropole¹¹. Il s'agit du taux le plus important pour l'ensemble du territoire cette année-là. De plus en 2020, le taux d'IVG médicamenteuses sur ce territoire « était le plus élevé de France pour les jeunes filles de 15 à 17 ans (17,5 pour 1 000 filles de 15 à 17 ans contre 4,7 pour 1000 en France hexagonale pour la même tranche d'âge) » (Osei, Basurko, Nacher, Vignier, Elenga, 2021). Les grossesses chez les jeunes de moins de 20 ans sont fréquentes, car elles représentaient 13,1% des grossesses sur ce territoire en 2019 contre seulement 1,7% en France métropolitaine. Les professionnels interrogés sur le sujet reconnaissent que de tels taux tiennent d'un moindre recours à la contraception. Par exemple le Dr BIACABE en comparant avec ses autres « première chose c'est une

¹¹ Site internet de la DRESS https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/3647_ivg/information/ consulté le 17/08/22 à 12h37

couverture contraceptive très très basse et que comme dans des pays où j'ai travaillé moi l'avortement c'est une méthode contraceptive pour certaines personnes [...] Donc la couverture contraceptive est faible parce que l'accès est difficile c'est toujours pareil, mais on essaie de l'améliorer ça. On vient notamment de financer la contraception post IVG parce que les hôpitaux n'avaient pas considéré cette priorité. Il a fallu un an pour le mettre en place. ». (Dr BIACABE). Les dernières données du réseau périnatal font état de non-recours important à la contraception post IVG (chiffres). Nous pouvons également aborder cette question du recours à l'IVG avec un certain relativisme, à l'instar de professionnels rencontrés : *« alors est-ce que c'est un problème en soi ? C'est intéressant, parce qu'effectivement c'est une donnée que l'on pointe souvent. On l'entend souvent en réunion et moi ça m'interpelle à chaque fois parce qu'on compare à la métropole. Je trouve ça un peu problématique à chaque fois de faire comme si la métropole c'était l'exemple à suivre. Et en plus de ça et bien ça veut dire que nos patientes elles ont accès à l'IVG, elles s'approprient aussi leur corps. »* (Sage-Femme en PMI et CPEF). Il s'agit donc dans cette partie de discuter sans positionnement moral de la place que pourrait prendre le renforcement de l'accès à la contraception dans le continuum de soins, permettant ainsi aux femmes de planifier leurs grossesses, l'IVG étant la dernière étape permettant ce choix.

Depuis le 1er janvier 2022, les femmes de 18 à 25 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge intégrale de la contraception, après une prescription médicale. Les CPEF, le Centre Prévention Santé (CPS) et la PMI prennent en charge cette consultation. Pour les femmes ayant des droits ouverts en santé ont leurs frais liés à la consultation ainsi qu'aux examens biologiques pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. D'autres modes de contraception tels que l'implant contraceptif hormonal, le stérilet et le diaphragme sont également accessibles avec cette nouvelle loi. Les actes et consultations liés à la pose (au changement ou au retrait) d'un contraceptif sont pris en charge au même titre que le contraceptif lui-même. Mais ces mesures, pensées pour lutter contre le renoncement pour raisons financières, ne sont cependant pas accessibles pour les jeunes femmes les plus éloignées du système de santé. En effet, les femmes n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale n'y sont pas éligibles.

Ainsi, sur l'île de Cayenne, le CEPF, la PMI et le CPS permettent un accès aux méthodes contraceptive pour les personnes sans droits ouverts à la sécurité sociale. En effet ces structures donnent accès à une consultation avec des sages-femmes ou des médecins pour permettre l'accès à une contraception. Les femmes n'ayant pas de sécurité sociale se voient prendre en charge leur contraceptif par un budget de la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG). Le CPEF prend en plus l'orthogénie, c'est-à-dire la pratique des IVG. L'ensemble de ces structures fonctionnent sans médiateurs en santé. Pourtant aujourd'hui un Diplôme Universitaire « médiation en santé » de l'université de Cayenne a permis la formation de médiateurs et continue à intéresser de nombreux bénévoles impliqués dans différentes associations en santé du territoire. Nous pouvons alors nous interroger sur cette opportunité que

pourrait constituer la présence de médiateurs dans ces structures pour intéresser les bénéficiaires aux différentes méthodes contraceptives et leur permettre de faire un choix éclairé. La mission Guyane de MdM est d'ailleurs en réflexion pour intégrer l'éducation en santé sur la contraception dans son programme de médiation en santé.

B. Les activités en dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles : une opportunité pour la prévention ?

L'axe II de la stratégie nationale en santé sexuelle et reproductive consiste à améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales par le dépistage, la prévention et la prise en charge (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017). Nous avons vu dans les résultats d'enquête que les IST faisaient l'objet d'une approche curative. C'est-à-dire que les femmes haïtiennes interrogées identifiaient comme prioritaire le fait de se soigner des symptômes des IST par rapport au fait de s'en prémunir part, par exemple, l'usage du préservatif. Or le dépistage est l'étape obligatoire pour rentrer dans un parcours de soins.

Concernant le dépistage des IST, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un dépistage combiné des maladies virales chroniques compte tenu de leurs similitudes épidémiologiques en termes de facteur de risque et de contamination. La HAS invite à « réaliser des tests en association aux autres TROD VIH et VHC, y compris en mutualisant les acteurs et les moyens », car « toute opportunité de dépistage dans ces populations à risque de contamination qui ne fréquentent pas les structures habituelles de dépistage doit être saisie et justifie la proposition d'un dépistage combiné par TROD VIH/VHC/VHB ». ¹² À ce propos, « l'arsenal préventif contre les IST s'est étoffé ces dernières années, permettant désormais une prévention davantage adaptée aux contextes individuels. Malgré la diversification des outils et la progression constante de leur utilisation en Guyane, leur promotion reste insuffisante et doit être continuellement renouvelée, eu égard à la dynamique des épidémies et aux nombreux passages sur le territoire. » (Certoux, 2019). À ce propos les TROD sont une méthode intéressante à mobiliser. Aujourd'hui en Guyane, les TROD sont financés par l'ARS s'ils sont combinés VHB VIH. Ces tests sont faciles à déployer lors d'actions mobiles auprès des populations les plus exposées.

Sur l'île de Cayenne, 4 acteurs concentrent les activités de Tests Rapides d'Orientation et de Diagnostic (TROD) à destination des personnes sans droits ouverts en santé : CeGIDD (Croix Rouge),

¹² Site HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-b#:~:text=L'utilisation%20des%20TROD%20VHB%20est%20recommand%C3%A9e%20comme%20un%20outil,des%20structures%20d'acc%C3%A8s%20commun. Consulté le 10/08/22 à 13h18

MdM, Entr'aides et le Centre Hospitalier de Cayenne (CHC). Le CeGIDD situé dans le centre-ville de Cayenne est relativement bien identifié par la population migrante. Les consultations CeGIDD « sont assurées du lundi au vendredi de 7h30 à 13h30, à raison d'une vingtaine de dépistages par jour avec remise des résultats la semaine suivante » (Certoux, 2019). Depuis 2017, la Croix-Rouge organise une permanence hebdomadaire dans les locaux de l'association communautaire Développement Animation Accompagnement Coopération (DAAC), située au sein d'un quartier d'habitat spontané sur la commune de Matoury. Le CHAR dispose quant à lui d'une Consultation Dépistage Anonyme et Gratuite (CDAG) qui dépend du service de dermatologie. Contrairement aux CeGIDD, les CDAG assurent uniquement le dépistage du VIH et des hépatites. Une infirmière mobile de dépistage réalise également des TROD au sein du CHAR. L'association Entr'AIDES propose des TROD dans ses locaux à Cayenne. Enfin MdM organise des sessions de TROD dans une démarche « d'aller vers » au sein de quartiers d'habitat informels, mais rencontre des difficultés à mobiliser les Trodeurs pour développer ce volet du programme de médiation en santé.

Ces actions de dépistage constituent une opportunité pour faire de la prévention. Elle peut prendre la forme d'un temps collectif en salle d'attente ou d'un temps individuel dans l'attente des résultats (*counseling*). Mes observations de sessions de *counseling* lors d'activités menées par MdM m'ont permis de mesurer le soin apporté par les « Trodeurs » à personnaliser chaque session selon les interrogations des personnes testées. L'étape du *counseling* et le fait de connaître son statut sérologique permettraient une entrée dans le continuum des soins en santé sexuelle et participeraient à freiner la transmission des infections. Pour chaque infection, la Haute Autorité de Santé (HAS) émet des recommandations en matière de stratégie de dépistage en fonction du pathogène recherché et en l'absence de signe clinique évocateur :

Pathogène	Examens	Recommandations HAS ^{55 56 57 58 59 60}
VIH	Sérologie TROD Autotest VIH (ADVIH)	<ul style="list-style-type: none"> Proposition de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans « au moins une fois dans la vie » lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination
VHC	Sérologie TROD	<ul style="list-style-type: none"> Proposition de dépistage régulier aux populations "clés" et en présence de facteurs de risque Dépistage obligatoire du VHB au cours la grossesse
VHB		<ul style="list-style-type: none"> Proposition systématique de dépistage du VIH et du VHC au cours de la grossesse Dans la mesure du possible, proposition de dépistage conjointe des trois infections
Syphilis	Sérologie TROD	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage obligatoire lors du premier examen prénatal Proposition de dépistage aux populations "clés" et en présence de facteurs de risque
Chlamydia	Prélèvement vaginal Prélèvement urinaire pour les hommes	<ul style="list-style-type: none"> Proposition de dépistage systématique : <ul style="list-style-type: none"> aux femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans quelque soit l'âge : aux hommes et aux femmes présentant des facteurs de risque Aux femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge
HPV	Frottis cervico-utérins	<ul style="list-style-type: none"> Proposition systématique à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans : deux premiers frottis à 1 an d'intervalle puis un frottis de contrôle tous les 3 ans
Gonocoque	Prélèvement local	<ul style="list-style-type: none"> Proposition de dépistage simultané aux populations "clés" et aux personnes consultant en CeGIDD, en CPEF, en centre d'orthogénie et en centre de santé sexuelle
Trichomonas		

Figure n°6 Tableau récapitulatif des modes des recommandations de la HAS en stratégies de dépistages en fonction du pathogène recherché

Source Mathilde Certoux, 2019

Malgré un dépistage plus répandu qu'en métropole, notamment avec une offre associative et les TROD, le réservoir d'infections non diagnostiquées reste important. C'est dans cette « épidémie cachée » que se concentrent les enjeux de transmission. Or, « la durée moyenne d'évolution de l'infection avant le diagnostic est d'environ 3,7 ans » (Nacher, Ouedraogo, Succo, Guarmit, Djossou, Stettler, Elenga, Adenis, Couppié, 2020). La Guyane enregistre un retard dans les diagnostics par rapport à la métropole avec « 2% des cas diagnostiqués au stade de primo-infection (contre 12% en métropole) et 26% au stade d'infection récente (contre 31% en métropole) » (Santé Publique France, 2019). Un des enjeux soulevés par le secteur sanitaire, et notamment les acteurs associatifs, est cette capacité de toucher les populations les plus isolées pour proposer des dépistages gratuits et réguliers.

Actuellement il existe un manque de lisibilité des actions de TROD sur le territoire de l'île de Cayenne. En effet, bien que les acteurs soient identifiés et s'entre connaissent, il subsiste un manque de coordination pour avoir de façon mensuelle un planning des actions de TROD sur l'île de Cayenne. De plus les actions sont pour la plupart concentrées à Cayenne. Cela est problématique quand il s'agit de toucher les personnes les plus éloignées géographiquement, comme à Mogès où il faut 30 minutes de voiture pour accéder au CeGIDD, dans un contexte où la majorité des habitants n'est pas véhiculée

et où il n'y a pas d'offre de transports en commun. Un des défis pour le territoire est donc d'augmenter la fréquence des TROD, la formation de Trodeurs et la prévention lors d'actions « d'aller vers » vers les populations visées. Afin de répondre au mieux aux besoins des femmes haïtiennes, des actions peuvent être développées pour s'adresser directement à ce public. Par exemple, l'organisation de réunion non mixte sur cette thématique constituerait un levier intéressant.

En synthèse, les femmes haïtiennes n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale peuvent bénéficier de dépistages TROD, pris en charge à 100%. Cependant, la cartographie actuelle des lieux et horaires de dépistages nous indique que ce service n'est accessible qu'à Cayenne de manière régulière et à Matoury une fois par semaine. Les actions de TROD en « aller-vers » sont plus ponctuelles. Il convient de rappeler que les PMI font des dépistages et qu'elles sont présentes sur chaque commune de l'île de Cayenne. Cependant certains quartiers d'habitat informel sont très éloignés de ces services. En effet, à titre d'exemple une personne vivant reculée dans le quartier d'habitat informel de Mogès devra se déplacer en taxi collectif pour aller effectuer un test à Cayenne ou à Matoury.

C- Le positionnement des acteurs institutionnels sur la prévention du Cancer du Col de l'Utérus

Deux mesures permettent de lutter contre le Cancer du Col de l'Utérus : la vaccination et le dépistage. Concernant la vaccination l'enquête a permis de révéler les différentes approches des institutions sur cette question en Guyane. Bien que tous les acteurs souhaitent développer la couverture vaccinale, la question du financement des deux injections reste en discussion. En effet pour les personnes n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale, le vaccin revient à 226 € les deux doses. Comme l'a expliqué Dr BIACABE : *« mais c'est que ça coûte très cher c'est ça le sujet. Le sujet du coût du vaccin HPV et encore l'assurance maladie ne rembourse que 65%, et pour les gens qui n'ont pas d'assurance maladie ils ne peuvent pas s'acheter le vaccin. Alors nous on finance un peu les structures CPEF et la PMI a beaucoup de mal. En principe la PMI ne couvre pas cette partie de la population. Nous on essaie d'augmenter le budget de la Croix-Rouge sur le vaccin HPV, mais vous voyez le prix du vaccin livré ici ! C'est 113 € la dose et y'a 2 doses, je peux vous dire je viens de faire le calcul. 226 € pour 2 doses vous imaginez bien que voilà ! On est en train de demander un budget supplémentaire à la Direction Générale de la Santé pour ça justement. Mais bon on le demande. Voilà et en justifiant du fait de l'incidence ici nous on peut financer une partie, mais si on voulait couvrir toutes les jeunes filles qui n'ont pas d'assurance maladie et tous les jeunes garçons, voilà ce que ça coûte par personne. Et j'ai envoyé moi les chiffres il y a 2 jours. Ce qui veut pas dire qu'on aura les sous. »* (Dr BIACABE). Pourtant il s'agit pour la direction de la santé publique de l'ARS, et son pôle prévention et promotion de la santé : *« On a comme sur la métropole une très faible couverture du*

HPV. Ça ça fait partie de nos priorités et on a un projet expérimental de vaccination dans les collèges, on a fait Maripasoula récemment et on va faire Saint-Georges à la rentrée. Ça nous permettra pas évidemment de couvrir tous les collégiens, mais bon... Et puis voilà un travail avec les professionnels de santé, qui soient un peu plus au fait des indications garçons-filles ou encore les âges.» (Dr BIACABE).

Mais du côté de la CTG dont le Pôle Prévention Solidarité Santé (PPSS) finance les PMI et le CPEF, l'heure n'est pas encore au financement du reste à charge sur le vaccin HPV pour les personnes ne bénéficiant pas de couverture maladie et de mutuelle. Les échanges eu avec un cadre de la Direction de la protection maternelle et infantile et de la promotion de la santé m'ont permis d'avoir le positionnement de la collectivité sur le sujet : « *Le vaccin moi en tout cas on me demande souvent si ça pourrait pas être offert dans le panier d'offre à la CTG, je sais pas... Mais pour l'instant c'est pas une priorité.* » (Cadre Direction PMI et promotion de la santé, CTG).

Pour l'accès au dépistage, une approche unilatérale est en vigueur. En Guyane, le Centre Régional de Coordination des Dépistages du Cancer (CRCDC Guyane) prend en charge le dépistage organisé des cancers (col de l'utérus, sein et colorectal). En ce qui concerne le dépistage du col de l'utérus, celui-ci est uniquement pour les assurés sociaux. Sur l'île de Cayenne les femmes sans assurance sociale peuvent faire un dépistage auprès des services de PMI, CeGIDD ou CPEF. Elles peuvent être orientées lors des actions de MdM pour une consultation gynécologique et/ou contraception. Lors de cette consultation, un Frotti Cervico Utérin (FCU) peut être proposé. Quand la personne n'a pas de droits ouverts, le prélèvement est envoyé directement par la structure au laboratoire et pris en charge. Il est cependant essentiel de respecter le secteur dans l'orientation des femmes en PMI. Les dépistages sont pris en charge à 100% en PMI et CPEF à l'aide de financements de la CTG.

Afin de lever les freins au dépistage, il serait intéressant pour MdM de travailler l'orientation des femmes dans ces structures avec une sensibilisation en amont sur le CCU. Mais en ayant connaissance des difficultés de déplacement que connaissent ses publics, et de leur faible niveau de littératie, l'autodépistage constitue une piste de réflexion intéressante. En effet, Médecins du Monde a renforcé l'accès au dépistage à travers huit programmes de l'association sur l'hexagone. Ces programmes consistent à proposer une consultation de prévention en santé sexuelle intégrant spécifiquement la prévention du cancer du col de l'utérus. En effet dans « une perspective d'universalisme proportionné, MDM développe des stratégies spécifiques pour compenser les difficultés/obstacles rencontrés par les femmes les plus fragiles pour accéder au dépistage du cancer du col de l'utérus. Cela consiste à produire de nouveaux outils et à les combiner avec ceux existants » (Laurence, Lallemand, Chappuis, Rochefort, 2019). Ainsi, MdM a développé un kit pédagogique avec un livret participant et un livret formateur ayant pour objectif de maîtriser une formation de 5 jours. Cette formation est à destination

des équipes chargées de la mise en œuvre de la stratégie communautaire et des équipes chargées de la mise en œuvre opérationnelle (médecins, sages-femmes, infirmiers, superviseurs santé des équipes. Ainsi la prévention du CCU est renforcée avec des ressources humaines capables d'animer des sessions collectives et des consultations individuelles (counselling) auprès du public de l'association. En allant vers les femmes les plus précaires, Mdm offre une palette d'outils de dépistage et propose un autoprélèvement (APV) vaginal à la recherche de papillomavirus à haut risque oncogène. Ces autoprélèvements constituent un outil intéressant à mobiliser, car « il a été démontré que les femmes adhèrent plus facilement aux techniques de dépistage par autoprélèvement (APV) que par Frotti Cervico Utérin (FCU). Dans de nombreuses études internationales, incluant des femmes de nationalité, d'origine géographique et de milieu socioprofessionnel variés, l'APV est décrit par celles-ci comme plus facile, moins douloureux ou gênant, mais aussi plus rapide à réaliser qu'un FCU. Les participantes déclarent recommander ce test à leurs pairs et souhaitent le voir intégrer en dépistage primaire. Cette préférence est particulièrement marquée chez les femmes en situation de précarité, de bas niveaux socio-économiques ou originaires de milieu rural. » (Laurence, Lallemand, Chappuis, Rochefort, 2019).

Étant donné que toute action de Mdm est guidée par le principe de non-substitution aux acteurs déjà en présence, le développement d'autodépistage nécessiterait une réflexion en interne et avec les acteurs du territoire.

C- La prise en compte des violences dans l'éducation en santé sexuelle et reproductive

La mission France de Médecins du Monde se positionne pour une prise en compte des Droits en Santé Sexuels et Reproductifs dans ses programmes. Le cadre d'intervention de l'association en matière de DSSR rappelle d'ailleurs que les bénéficiaires de ses programmes en France doivent pouvoir exercer le :

- Droit de bénéficier du respect de son intégrité corporelle, de sa vie privée et de son autonomie personnelle ;
- Droit de définir librement sa propre sexualité, y compris son orientation sexuelle, son identité et son expression de genre ;
- Droit de décider si et quand être sexuellement actif.ve ;
- Droit de choisir son.sa ou ses partenaires ;
- Droit de jouir d'une expérience sexuelle sans risque et qui procure du plaisir ;
- Droit de décider si, quand, et avec qui se marier ;

- Droit de décider si, quand, et par quel moyen avoir un ou plusieurs enfants, et combien en avoir ;
- Droit d'avoir accès toute sa vie durant à l'information, aux ressources, aux services, et à l'accompagnement nécessaires à la réalisation de tout ce qui précède, sans discrimination, contrainte, exploitation ni violence.¹³

Cependant les éléments recueillis durant le diagnostic mis en œuvre dans le cadre de mon stage indiquent que les violences sexuelles envers les femmes haïtiennes sont observées par les professionnels de santé du territoire. L'enquête Parcours Haïti en cours permettra d'avoir des éléments plus objectifs sur la question. La dernière étude en population générale en Guyane réalisée par le Haut Conseil de la Santé Publique indique que les violences intrafamiliales mesurées à partir des dépôts de plainte de 2019 font état de 7 652 femmes (5.4%) victimes de violences intra familiales sur l'ensemble des départements et territoires d'Outre-Mer. Cette même étude met en évidence que 7% des Guyanais âgés de 18 à 75 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles. De plus, en Guyane, le taux de viols déclarés est le plus élevé de tous les territoires français et « le premier rapport sexuel des filles serait non souhaité dans 30% des cas (16% dans l'hexagone) » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2021).

Ce constat permet de prendre en compte l'approche de Médecins du Monde concernant les Violences Liées au Genre (VLG). L'association dans son cadre de référence DSSR les définit comme « tout acte préjudiciable perpétré contre le gré de quelqu'un et qui est basé sur les différences socialement prescrites entre les genres. Les VLG violent des droits humains protégés (droit à l'intégrité physique, droit à la vie, droit de ne pas subir de torture et traitement cruels, inhumains ou dégradants, droit à l'égalité et à la non-discrimination) » (Médecins du Monde, 2014). Les VLG reposent sur les représentations sociales et culturelles relatives à la place conférée à chaque genre dans une société. Elles reflètent les inégalités de pouvoir entre les hommes, les femmes et les personnes non binaires. Ainsi pour les prévenir, l'association préconise la mise en place d'activités de sensibilisation aux VLG incluse dans une thématique plus large des SSR. Inclure cette prévention des VLG dans une intervention pensée en éducation à la santé sur les IST ou la contraception par exemple, permet d'éviter les stigmatisations et d'aborder ces sujets de façon moins frontale. En effet, lors des focus groups j'ai pu constater à quel point ce sujet est difficile à aborder de façon collective dans un contexte où les participantes se connaissent toutes, de par leurs relations de voisinage.

¹³ Site internet de Médecins du Monde France, <https://www.medecinsdumonde.org/medecins-du-monde/une-approche-par-les-droits/>, consulté le 28/08/22 à 11h20

Il serait donc intéressant de développer des interventions collectives avec des bénévoles formés sur les sujets inhérents aux DSSR. L'animation de ces interventions collectives serait également une opportunité pour renforcer la démarche communautaire dans le programme.

D- Quelques perspectives pour le développement d'une démarche communautaire

La mise en œuvre de la méthodologie d'enquête sur les besoins en santé des publics de la mission Guyane a fait découvrir de nouveaux habitants pouvant jouer un rôle de relais communautaire sur la Piste Tarzan. En effet, les habitants relais avec lesquels l'association travaillait jusqu'alors ont aujourd'hui un statut administratif stabilisé et trouvé un emploi leur permettant de vivre en dehors du quartier. Nous ne pouvons que saluer cette évolution, surtout que la mission Guyane y a joué un rôle important en créant des postes de médiateurs en santé pour ses habitants relais lors de la crise sanitaire liée au Covid-19. Cependant, l'organisation est désormais dans une réflexion quant à l'assise communautaire de ses projets, cela étant un des principes fondateurs des interventions à Médecins du Monde. En effet, l'association dans sa stratégie nationale 2020-2025 précise que « par une approche communautaire intégrant les personnes concernées, certains programmes réalisent des séances ou actions collectives de promotion de la santé sur des thématiques choisies », l'objectif étant de « favoriser la capacité d'agir (*empowerment*) des personnes et des collectifs » (Médecins du Monde, 2020). En cela, les principes d'intervention de l'association sur tous ses terrains en France sont conformes à la définition de la promotion de la santé dans le Charte d'Ottawa : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Plus précisément, l'OMS définit dans son Glossaire de la promotion de la santé: « La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. » (OMS, 1999).

Ainsi, pour se réaliser elle peut s'appuyer sur la santé communautaire qui est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. Cette vision participative de la santé est inscrite dans la constitution

de l'OMS : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations » (OMS, 1946).

Pour le nouveau programme en cours d'élaboration, il serait donc pertinent de renforcer la démarche communautaire afin de participer aux changements souhaités par les publics de l'association. L'objet du diagnostic que j'ai mis en œuvre était de voir s'il y avait une concordance entre le besoin exprimé par les professionnels de santé et la demande exprimée par les femmes haïtiennes de la Piste Tarzan en matière de DSSR. Les résultats ont montré que ce n'était que rarement le cas. Concernant la contraception et la prévention du CCU, les femmes interrogées n'ont pas exprimé de demande. Les professionnels eux ont relevé principalement un besoin concernant l'éducation à la santé, la promotion du préservatif et l'accès à la contraception. Sur les IST les femmes interrogées ont exprimé une demande d'éducation à la santé sur les moyens de s'en prévenir sans utiliser le préservatif. L'autre demande concernait une approche plus curative de la question avec un accès aux traitements. Les professionnels eux avaient un discours orienté sur la prévention et ont exprimé un besoin d'éducation à la santé pour une prise en conscience du risque, la promotion du préservatif et le développement de l'accès aux dépistages.

Renforcer la démarche communautaire pourrait donc dans ce contexte préciser les raisons pour lesquelles la demande exprimée par les populations ne rejoint pas les besoins exprimés par les professionnels de santé. Organiser des séances collectives de concertation avec les habitants permettrait dans un premier temps de préciser les sujets de santé qu'ils estiment être prioritaires sur les DSSR. Pour garantir les conditions de la participation, des rencontres pourraient avoir lieu de façon mixte et non mixte (concernant que les femmes). Dans un second temps, des bénévoles préalablement formés à l'animation de séances collectives d'éducation à la santé sexuelle et reproductive, pourraient avec des habitants relais de la Piste Tarzan, organiser des animations dans le quartier. Le travail en binôme constituerait alors une piste intéressante pour coconstruire les interventions avec des habitants du quartier. Enfin, la mobilisation des présidents de quartier par le groupe Whatsapp créé à l'occasion de la mise en œuvre de la méthodologie de diagnostic, permettrait de solliciter leur avis sur des sujets touchant les communautés. Le prochain sujet sera très certainement l'installation d'une borne à eau monétisée à la place de la borne à eau gratuite existant actuellement. Cela comporte le risque d'un retour à d'anciennes pratiques concernant la consommation de l'eau : puits et collecte d'eau de pluie dans le but de boire l'eau. Des rencontres régulières avec les présidents de comités de quartier permettraient de compléter les maraudes et de renforcer la veille informative qui est déjà en œuvre dans le programme (dans un but de plaidoyer).

E- Les limites

Le travail de recherche engagé pour ce mémoire comporte différents biais rendant difficile une réponse exhaustive à la question des besoins en DSSR des femmes haïtiennes. Parmi ses biais nous pouvons lister le choix d'une récolte de données uniquement qualitatives. Ce choix comporte un risque d'orientation des réponses dans la phase de recueil du matériau d'enquête. De plus l'animation des focus group en créole et la traduction faite par une personne du créole au français comporte également un risque de voir des informations se perdent dans la traduction. Une mise en perspective de ces résultats a été faite avec des données quantitatives. Cependant, des données sont parfois manquantes sur le territoire par rapport aux enjeux de santé soulevés. Pour la couverture contraceptive par exemple les PMI ne remplissent que depuis cette année des statistiques sur les méthodes contraceptives délivrées dans ce cadre. Or il aurait été intéressant de les avoir, car les PMI ont des publics similaires à ceux de Médecins du Monde. L'accès et les perceptions des méthodes contraceptives ont été analysés avec une enquête datant d'il y a dix ans et en population générale. Dans le contexte pluri ethnique guyanais, nous pouvons nous interroger sur la pertinence d'une telle approche, quand chaque communauté est traversée par des difficultés qui lui sont propres.

Enfin, les enjeux présentés ne sont pas exhaustifs et de nombreux sujets auraient également pu être abordés pour avoir un état des lieux plus précis. Parmi les sujets ayant été abordés en entretien se trouve celui de la santé mentale des femmes ou encore les soins du post-partum. Ces éléments seraient intéressants à interroger au prisme des DSSR pour comprendre les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans l'exercice de leurs droits (par exemple les difficultés à faire valoir son droit à des soins post-partum comme les visites de sages-femmes à domicile ou la rééducation du périnée).

VI/ Conclusion.

À travers ma mission de stage dont l'objectif était d'analyser les besoins en santé des publics de l'association, j'ai pu croiser les perceptions de divers acteurs sur les questions de santé inhérentes aux DSSR. Cela à la fois en réalisant des focus groups avec les femmes haïtiennes de la Piste Tarzan et des entretiens semi-directifs avec divers professionnels. En centrant la recherche sur les ruptures du continuum de soins en santé sexuelle et reproductive théorisé par Médecins du Monde, j'ai essayé d'apporter des éléments d'explication au moindre recours à la contraception, à la prévention des IST et du cancer du CCU. Ainsi, ces éléments ont été mis en dialogue avec les réponses apportées par les institutions et associations du territoire.

Les résultats obtenus indiquent un travail à engager pour répondre aux enjeux rencontrés par les femmes haïtiennes en matière de DSSR. Une des pistes évoquées en discussion est de renforcer l'accès à la contraception et de maintenir le travail de collaboration entre acteurs pour l'accès à l'IVG. Développer des activités de prévention à travers le dépistage TROD devrait également participer à l'éducation à la santé de ces publics. De plus la question prégnante des violences liées au genre, notamment des violences sexuelles, serait à intégrer à des actions d'éducation à la santé sexuelle et reproductive, sans en être le principal objet. En effet, ce sujet touchant à la façon dont les rapports de genre sont construits au sein de la communauté haïtienne, les activités futures du programme auraient intérêt à ne pas être abordé frontalement ce sujet. Changer les représentations et renforcer les capacités d'agir des femmes et de façon générale de la communauté haïtienne de la Piste Tarzan sur la prévention des violences sexuelles est un sujet à travailler sur le long terme et dont les impacts seront difficilement mesurables. Le futur programme de la délégation renforcera certainement cet axe des DSSR en prenant en compte cette prévention des violences liées au genre. Ce sujet de la prévention des violences liées au genre a une forte dimension collective et serait également pertinent à interroger dans une démarche en santé communautaire.

Une restitution sera organisée pour présenter les principaux enjeux identifiés par le diagnostic aux participants des focus groups. Cette rencontre permettra de prioriser ses enjeux de leur point de vue en faisant une comparaison par paire (*pair wise ranking*). Cette méthode consiste à présenter aux participants des problèmes collectifs de santé par paire et de leur demander de voter pour le celui qu'ils estiment être le plus important. Ce début de démarche communautaire en santé doit prendre en compte différents facteurs pour être pérennisée. En effet, le premier est le risque est de créer des attentes de la part des habitants de la Piste Tarzan, sans que s'en suive rapidement des actions de promotion de la santé. Idéalement les comités de quartier devraient pouvoir être associés à toutes les

étapes du cycle de projet. Mais maintenir cette mobilisation communautaire tout au long de la mise en œuvre du programme demande d'avoir des personnes à Médecins du Monde ayant des missions dédiées à cela. Actuellement la forte demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie mobilise et l'orientation des personnes dans leurs parcours de soins, ainsi que les activités d'« aller vers » mobilisent la totalité du temps des médiatrices. La montée en compétences d'un groupe de bénévoles permettra sûrement la tenue de maraude en autonomie. Cela consisterait une opportunité pour les médiatrices pour continuer à mobiliser les comités de quartier.

Ainsi la participation des personnes concernées par le programme pourrait devenir à la fois un objectif et le processus par lequel se mettraient en œuvre les activités de promotion de la santé. Cela nécessiterait une approche globale pour impliquer à la fois les soignants bénévoles sur les actions de la délégation, les bénévoles relais communautaires et les habitants des quartiers d'habitat spontané. Un « Weekend carbet Médecins du Monde » réunira tous les bénévoles volontaires sur deux jours de travaux de groupes et de cohésion d'équipe. À l'issue de ce weekend, des arbres problèmes seront réalisés sur les problèmes collectifs de santé définis comme prioritaires par les habitants de la Piste Tarzan. J'aurai plaisir à suivre la suite des travaux à titre bénévole et à voir les éléments mis en place pour susciter la participation. Car le deuxième enjeu, après l'entretien de la démarche communautaire, sera sûrement de faire participer activement tous les bénévoles et que les questions de santé ne soient pas abordées qu'au travers du prisme médical. Ainsi des mécanismes seront sûrement déployés pour répartir la parole entre bénévoles soignants et bénévoles issus des communautés touchées par le programme de Médecins du Monde.

Bibliographie

Littérature :

- Agence Régionale de Santé (2018), *Cadre d'Orientation Stratégique*. Projet Régional de Santé
- Agence d'Urbanisme et de Développement de l'Habitat (2018). *Obs Habitat Synthèse d'étude n°6 Recensement de l'urbanisation spontanée*, p3
- Agence d'Urbanisme et de Développement de l'Habitat (2013). « *L'habitat spontané, une légende urbaine ?* ». Observatoire de l'habitat, Note n°3
- Autrive, E. (2021), *Territorialisation sanitaire et accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables de la communauté d'agglomération de Cayenne (Guyane Française) : une approche par l'analyse de réseau*, Thèse de Géographie. Normandie Université.
- Baert, X., (2016), *Poursuite de la transition démographique en Guyane. Légère inflexion de la natalité*. INSEE Analyse Guyane, n°12, p 2
- Bréchat, P., Marin, P., Raimondeau, J. (2020). *Chapitre 11. Planification en santé*. Dans : Jacques Raimondeau éd., *Manuel de santé publique*. Rennes : Presses de l'EHESP pp. 313-338.
- Bruel, S., Cochard, J., Espinousse, S., et al. (2020). *Revue de la littérature sur les interventions en milieu scolaire concernant la vaccination anti-HPV*. Santé Publique, Vol. 32, pp. 29-41
- Certoux M., (2018). *Étude prospective de l'activité de dépistage de la Mission France Guyane de Médecins du Monde*, pp.
- De Ketele, J-M., Roegiers, X. (2016). *Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'études de documents*. Méthodologie du recueil d'informations, 4e Édition
- Direction de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement (2015). *Plan Logement Outremer. Déclinaison en Guyane*
- Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017 Rapport de synthèse Haïti*
- Flaux F., Jacoud E., Trepont A. (2022). *La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention*. La Santé en action, n°460, pp. 41-42
- Fonteneau, L., Barret, A-S., Lévy-Bruh, D., *Evolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018. Prévention du cancer du col de l'utérus*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, pp. 424-430
- Gautier, A., Brouard, C., *Les hépatites B et C*. Le baromètre santé DOM 2014. Santé Publique France, pp. 1-12
- Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J-C., Mikou, M., Ferretti, C., (2018). *Les dépenses de santé en 2017 Résultats des comptes de la santé*. Panorama de la DREES.
- Halfen, S., Lydié, N., Esvan, M., Diter, K., (2013). *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011-12 : principaux résultats*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Santé Publique France, pp. XX XX

- Haut Conseil de la Santé Publique (2021). *Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations*
- Heckmann, P. (2021). *Taux de prévalence des lésions cytologiques de haut-grade du col de l'utérus chez les femmes de moins de 25 ans en Guyane Française, Une étude quantitative descriptive sur une période de 10 ans*, p. 68
- Hublin, A. (1990). *Habitats spontanés dans la Caraïbe française. Volume 0. Problématique - Synthèse. Rapport de recherche*, p. 12
- Imbert, G. (2010). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Recherche en soins infirmiers, n°102, pp. 23-34
- Institut d'Émission des Départements d'Outre-Mer, (2020). *Rapport Economique Guyane 2020*
- Laëthier, M. (2016). *Emploi domestique et travail identitaire chez les femmes haïtiennes : bonnes en Haïti, femmes de ménage en Guyane*. Autrepart, vol. 80, pp. 69-87
- Laurence, S., Lallemand, A., Chappuis, M. & Rochefort, J. (2019). *Médecins du monde et le principe d'universalisme proportionné appliqué à la prévention du cancer du col de l'utérus*. Santé Publique, n°2, pp. 53-57
- Médecins du Monde (2014). *Cadre de référence Droits Santé Sexuels et Reproductifs*
- Médecins du Monde (2020). *Stratégie nationale 2020-2025*
- Médecins du Monde, Mission Guyane (2019). *Rapport d'activité 2018*
- Médecins du Monde, Mission Guyane (2020). *Rapport d'évaluation « Programme Urgence Covid-19 »*
- Médecins du Monde, Mission Guyane (2021). *Rapport d'activité 2021*.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, (2017). *Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, Agenda 2017 2030*, p.
- Nacher, M., Ouedraogo, E., Succo, T., Guarmit, B., Djossou, F., Stettler, L., Alvarez, F., Elenga, N., Adenis, A., Couppié, P. (2020). *L'infection VIH en Guyane : revue historique et tendances actuelles. Les grands problèmes de santé en Guyane en 2020 : trois exemples de pathologies*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Santé Publique France, pp. 43-50
- Nations Unies, (2022). *Conseil de sécurité : la Représentante spéciale en Haïti appelle à fournir d'urgence un soutien à la police nationale. Couverture des réunions du conseil de sécurité 9066e séance*
- Organisation de Coopération et de Développement Economique, Institut interuniversitaire de recherches et de développement, (2017). *Chapitre 2 Paysage de la migration en Haïti. Interactions entre politiques publiques, migrations et développement en Haïti*
- Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides, Rapport d'activité 2021, p. 22
- Organisation Mondiale de la Santé (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa*
- Organisation Mondiale de la Santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*

- Organisation Mondiale de la Santé (2015), Regional Office for South-East Asia. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries : A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems.*
- Organisation Panaméricaine de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (2018). *La santé dans les Amériques, Résumé du panorama régional et profils de Haïti et des départements français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane et Martinique.*
- Osei, L., Basurko, C., Nacher, M., Vignier, N., Elenga, N. (2022). *About the need to adress pediatric health inequalities in French Guiana : a scoping review.* Archives de pédiatrie, Vol. 29, Issue 5, pp. 340-346
- Piantoni, F. (2016), *Trente ans d'immigration en Guyane. Un processus d'intégration sociale et économique sous contrainte*, Après demain, 2016/3, n°39, pp. 27-31
- Pioche, C., Léon, L., Brouard, C., Lot, F. (2018). *Dépistage des hépatites b et c en France en 2016, nouvelle édition de l'enquête Labohep.* Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Santé Publique France
- Programme des Nations Unies pour le Développement (2020). *Note d'information à l'intention des pays concernant le rapport sur le développement humain 2020 Haïti.* Rapport sur le développement humain 2020. La prochaine frontière : le développement humain et l'Anthropocène, p. 3
- Raimbaud, B., Kempf, N., Demougeot, L., (2020). *Niveaux de vie en 2017 : la moitié des Guyanais vivent sous le seuil de pauvreté.* INSEE Analyses, N°46, p.1
- Santé Publique France (2019). *Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles.* Bulletin de Santé Publique Guyane, Novembre 2019, p. 4
- Santé Publique France cellule Guyane, Agence régionale de Santé Guyane, *Bulletin épidémiologique régional dengue n°01/2022*, 17 février 2022
- Starrs, A., Ezech, A., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J., Blum, R., Coll-Seck, A., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, S., Say, L., Serour, G., Singh, S., Stenberg, K., Temmermen, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., Ashford, L. (2018). *Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all : report of the Guttmacher-Lancet Commission.* Lancet, vol. 391, pp. 2642–2692
- Succo, T., Travers, V., Carlisi, R., Huber, F., Rousseau, C., (2020), *Tuberculose en Guyane : une incidence élevée, un contexte particulier*, La tuberculose en France : une maladie des populations les plus vulnérables, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Santé Publique France, pp. 215-217
- Zephyr, D. (2021). *Séisme en Haïti : Avec 2 248 morts et 12 763 blessés, la protection civile met fin à la phase de recherche et de sauvetage.* Gazette Haïti, 09/09/21

Webographie

Médecins du Monde France, <https://www.medecinsdumonde.org/medecins-du-monde/une-approche-par-les-droits/>, consulté le 28/08/22 à 11h20

HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-b#:~:text=L'utilisation%20des%20TROD%20VHB%20est%20recommand%C3%A9e%20comme%20un%20outil,des%20structures%20d'acc%C3%A8s%20commun. Consulté le 10/08/22 à 13h18

Banque Mondiale, <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>, consulté le 30/08/22 à 9h26

OMS, <https://www.who.int/countries/fra/>, consulté le 30/08/22 à 9h53

Ministère de la Santé Publique et de la Population (Haïti), <https://www.mspp.gouv.ht/>, consulté le 30/08/22 à 9h49

Réseau Périnatal Guyane, <https://www.reseauperinatguyane.fr/>, consulté le 31/08/22

Site internet de l'office de l'eau de Guyane, <https://eauguyane.fr/l-eau-en-guyane/eau-potable-et-assainissement/l-eau-potable-en-guyane#:~:text=En%20Guyane%2C%20on%20estime%20que,des%20communes%20de%20l'int%C3%A9rieur.>, consulté le 29/08/22 à 12h10

Site internet de l'Institut Pasteur, <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/leptospirose>, consulté le 31/08/22 à 11h37

Site internet de l'ARS Guyane, <https://www.guyane.ars.sante.fr/index.php/la-leptospirose-2?parent=986>, consulté le 31/08/22 à 11h36

Annexes

Annexe n°1, photos de l'itinéraire du diagnostic en marchant

Annexe n°2, photos du focus group maternité, allaitement

Annexe n°3, scénarii des focus group

Annexe n°4, recueil de consentement

Annexe n°5, grille entretien psychologue

Annexe n°6, grille entretien infirmière

Annexe n°7, grille entretien Sage-Femme

Annexe n°8, grille entretien médecins

Annexe n°9, grille entretien chargée périnatalité, santé sexuelle et reproductive, VIH, vaccinations
ARS Guyane

Annexe n°10, grille entretien cadre PMI et CPEF

Annexe n°11, grille entretien chercheurs Parcours Haïti

Annexe n°12, grille entretien habitants relais

Annexe n°13, extrait grille analyse verbatims

ANNEXE n°1. Photos de l'itinéraire du diagnostic en marchant.

Les installations pour l'accès à l'eau dans le quartier de la Piste Tarzan.

Borne à eau gratuite en face du quartier :



Nouvelle borne en construction :



Puit avec une pompe :



Stockage d'eau dans des congélateurs :



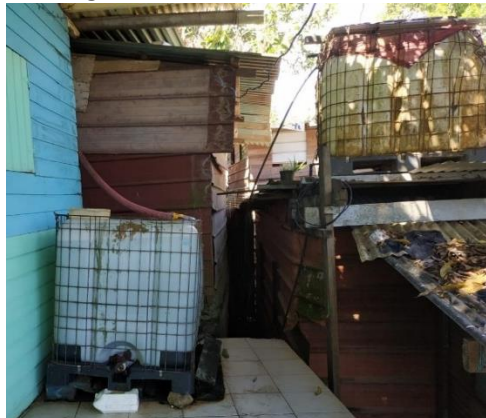
Puit sans pompe :



Une des sources du quartier :



Stockage d'eau dans des tanks :



Réseau d'approvisionnement en eau :



Système de collecte d'eau :



ANNEXE n°2. Photos du focus group maternité, allaitement.

Lors du focus group



Porte à porte et mobilisation



ANNEXE n°3. Scénarii des focus group.

Scénario atelier habitants Tarzan sur la contraception et accès à l'IVG

BAMBOU ZONE MARC ANTOINE	Contraception FEMMES UNIQUEMENT	Mardi 14 juin de 14h à 16h
-----------------------------	------------------------------------	----------------------------

Etape	Objectifs	Déroulé	Durée
Présentations	Se présenter Créer un climat de confiance Présenter de façon claire le but de la rencontre	Matériel installé (paperboard, chaises, table) Les habitants arrivent au lieu de RDV Nous les accueillons avec un jus/café Présentation de Mdm et des objectifs de l'atelier Explication sur la collecte des échanges et la finalité Présentation du déroulement de l'atelier Tour de table Demande de consentement enregistrement	10 min
Accès à la contraception	Qualifier les contraceptions privilégiées par les femmes de l'atelier : accès, définitions quelles en font, quantité. Identifier les éventuels freins à la contraception.	Avez-vous une contraception ? ->Relancer sur les raisons qui poussent à adopter telle ou telle contraception ou non Vous connaissez quoi comme contraception ? -> Relancer sur les avantages et inconvénients Avez-vous eu une contraception à chaque fois que vous en vouliez une ? -> si la non-ouverture des droits à la sécurité sociale est évoquée, on peut faire un rappel sur le fait que les contraceptifs sont accessibles ->Relancer sur les autres freins : culturels, familiaux etc	30 min
Accès à l'IVG	Identifier les éventuels freins à l'IVG. Qualifier leurs connaissances en santé reproductive : délais, cycle menstruel. Mesurer les connaissances des participantes autour des violences sexuelles.	Que se passe t'il si une femme a une grossesse non désirée ? ->Relancer sur les options légales, la connaissance du délai ->Relancer sur la connaissance du cycle exemple : Savez-vous combien de temps il y a entre chaque menstruation ? À quel moment du mois ont-elles plus de risque de tomber enceinte ? Quels recours possède une femme si elle a un rapport non désiré ? ->Relancer sur les options (associations, entourage)	30 min
Questions réponses	Identifier une réponse qui pourrait être apporté pour les sujets abordés lors de l'atelier.	Sur quoi aimeriez-vous avoir de l'information, ou des actions en prévention ? Pensez-vous qu'ils faut que les hommes participent à ce genre d'atelier ? → Si besoin donner des fiches contacts pour donner de l'info aux femmes de l'atelier sur la contraception	10 min

Scénario atelier habitants Tarzan sur la prévention des IST

Bambou Vert	Prévention des IST FEMMES UNIQUEMENT	Lundi 6 juin 2022 de 14h00 à 16h00
-------------	---	------------------------------------

Etape	Objectifs	Déroulé	Durée
Présentations	Se présenter Créer un climat de confiance Présenter de façon claire le but de la rencontre	Matériel installé (paperboard, chaises, table) Accueil avec un jus/café Présentation de MdM et des objectifs de l'atelier Explication sur la collecte des échanges et la finalité Présentation du déroulement de l'atelier Tour de table Demande de consentement enregistrement	10 min
Infections Sexuellement Transmissibles	Qualifier leurs connaissances autour des IST : lesquelles, conséquences sur la santé.	C'est quoi une IST ? ->Relancer sur les maladies qu'elles connaissent (demander de décrire). Sur lesquels elles ont eu de l'information par les assos ou l'école ? Quelles conséquences ont les IST sur notre santé ? Celle de nos partenaires ? Aimeriez-vous avoir plus de connaissances sur les IST ? ->Sur quelles maladies en particulier ?	30 min
La prévention des IST	Identifier les éventuels freins à l'accès à la prévention. Qualifier leurs connaissances autour de la prévention : dépistage, préservatif, vaccin HPV. Mesurer les connaissances des participantes autour des violences sexuelles.	Quels sont les moyens pour se protéger ? Relancer sur l'utilisation : Oui Non pourquoi ? Dépistage ? Si elles en ont déjà fait ? Si elles savent ou se faire dépister ? Connaissez-vous le CCU ? Relancer sur le virus et la connaissance ou non du vaccin et des lieux pour se faire vacciner. Que faire en cas de rapport non désiré ? Quelles procédures pour éviter une IST ? Vers qui elle peut se tourner ? C'est quoi un rapport sexuel non désiré ?	30 min
Questions réponses	Identifier une réponse qui pourrait être apporté pour les sujets abordés lors de l'atelier.	Sur quoi aimeriez-vous avoir de l'information, ou des actions en prévention ? Pensez-vous qu'ils faut que les hommes participent à ce genre d'atelier ? Si besoin donner des fiches contacts pour donner de l'info aux femmes de l'atelier sur le dépistage.	10 min

Scénario atelier habitants Tarzan sur la maternité (soins post-partum et allaitement)

BAMBOU Ouest	Maternité FEMMES UNIQUEMENT	Jeudi 16 juin de 9h à 11h
--------------	--------------------------------	---------------------------

Etape	Objectifs	Déroulé	Durée
Présentations	Se présenter Créer un climat de confiance Présenter de façon claire le but de la rencontre	Matériel installé (paperboard, chaises, table) Les habitants arrivent au lieu de RDV Nous les accueillons avec un jus/café Présentation de Mdm et des objectifs de l'atelier Explication sur la collecte des échanges et la finalité Présentation du déroulement de l'atelier Tour de table Demande de consentement enregistrement	10 min
Soins postpartum	Identifier les éventuels freins aux soins à domicile après accouchement.	Comment se passe les soins après un accouchement ? Relancer sur le soutien des maris et de l'entourage en général. Avez-vous eu des informations sur l'après accouchement à l'hôpital ? Relancer sur les SF à domicile. Rééducation périnée.	30 min
Allaitement	Identifier les éventuels freins à l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (OMS). Qualifier les connaissances des femmes autour de la nutrition infantile : quantités, âges, compositions etc	Que pensez-vous de l'allaitement ? ->Relancer : quels sont les avantages et inconvénients à allaiter ou donner le biberon pour l'enfant et la maman ? Combien de temps on allaite ? C'est quoi les méthodes pour arrêter l'allaitement ? Est-ce que les professionnels de santé à l'hôpital vous ont écouté sur ces questions ? Que pensez-vous du lait en poudre ? A partir de quand on diversifie l'alimentation du bébé ? ->Relancer : qu'est-ce que vous donnez ? Quand vous arrêtez l'allaitement c'est quoi comme lait que vous donnez ?	30 min
Questions réponses	Identifier une réponse qui pourrait être apporté pour les sujets abordés lors de l'atelier.	Sur quoi aimeriez-vous avoir de l'information, ou des actions en prévention ? Pensez-vous qu'ils faut que les hommes participent à ce genre d'atelier ?	10 min

ANNEXE n°4. Recueil de consentement.

RECUEIL DE CONSENTEMENT

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à Médecins du Monde délégation Cayenne et Mme LE PRADO Caroline

Pour un diagnostic des besoins en santé des publics cibles de Médecins du Monde et le travail de mémoire de Mme LE PRADO Caroline dans le cadre de son master de santé publique à l'EHESP.

Les destinataires de ces données sont Médecins du Monde et la publication de mémoire. Les données enregistrées sont conservées le temps de leur traitement puis supprimées.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de celles-ci.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à : Madame LE PRADO Caroline 06 99 45 18 83

Consentement :

OUI NON

Signature :

ANNEXE n°5. Grille entretien psychologue.

Présentations.

Pouvez-vous vous présenter : parcours et emploi actuel ?

Besoins des publics cibles :

Quels sont les principales causes de consultation ?

Qui sont les personnes qui consultent ? Hommes Femmes ? Age ?

Comment le parcours migratoire d'une personne affecte sa santé mentale ? Comment les conditions de vie influencent elles la santé mentale ? Constatez-vous des troubles psychiques liés aux conditions de vie ?

En quoi la santé mentale des personnes que vous rencontrez affecte les autres aspects de leurs vies ?

Comment travaillez-vous la question de la langue ? Avez-vous des interprètes ? Comment les choisissez-vous ? Sont-ils formés ?

Qui vous oriente les personnes accueillies ? Vers où les orientez-vous ? Faites-vous du suivi ?

Menez-vous des actions de promotion de la santé/prévention santé mentale auprès des personnes accueillies ?

Selon vous, qu'est-ce que les EMS peuvent permettre pour les questions de santé mentale ?

À MdM on a évoqué la question du post-partum dans les sujets à analyser. Quels sont les enjeux de santé mentale liés à la périnatalité ? Certains concernent ils particulièrement les femmes migrantes ?

ANNEXE n°6. Grille entretien infirmière.

Présentations :

Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

Depuis quand travaillez-vous à la CR ? Sur quel poste/programme ?

Pouvez-vous m'expliquer le principe du CPS ?

Besoins des publics cibles :

Quels sont les principaux besoins que vous avez identifiés en matière de SSR sur les différents publics que vous accueillez ?

-> **En matière de contraception.** Les personnes accueillies utilisent elles un moyen de contraception ? Il y a-t-il des méthodes plus privilégiées que d'autres ? Quels avantages y voient-ils ? Quels inconvénients également ? L'accès à la contraception est-il aisé ? Quels sont les freins selon vous ?

-> **En matière d'IVG.** Recevez-vous des personnes pour des grossesses non désirées ? Si oui, comment les gérez-vous ? Les femmes ont-elles connaissance du délai légal ? De leur cycle ?

-> **En matière d'IST.** Quelles sont les infections que vous voyez le plus au CPS ? Quelles sont les maladies connues par vos publics ? Sur lesquels elles ont-ils eu de l'information par les assos ou l'école ? Sur lesquelles vos publics sont demandeurs de plus de connaissances ?

Il y a-t-il une connaissance et une pratique des moyens pour se protéger ?

Comment sont orientées les personnes pour les dépistages ? Est-ce des personnes qui en ont déjà fait ?

Connaissent le CCU ? Quel virus ? Vaccin ?

Parlez-vous parfois de droits à la santé sexuel et reproductifs ? Rapport non désiré ? Quelles procédures pour éviter une IST ? Et d'un autre point de vue ? Vers qui elle peut se tourner ? C'est quoi un rapport sexuel non désiré ?

->**En matière de postpartum et d'allaitement.** Recevez-vous des femmes pendant leur grosses ou après ? Allaitement : est-ce important d'allaiter ? Parlez-vous d'allaitement ? Quels conseils prodiguez-vous ? Les femmes voient elles un avantage ou un inconvénient à l'allaitement

Parlez-vous de diversification alimentaire ? Il y a-t-il un intérêt sur le sujet ? Est-ce qu'elles se sentent déjà assez informées ? Les personnes reçues vous parlent elles d'un suivi après la maternité avec des SF ? Avez-vous eu connaissance de soins post-partum mal effectués ? Avez-vous des cas de périnées pas rééduqués ?

De manière générale que mènent comme activités la CR en DSSR ?

ANNEXE n°7. Grille entretien Sage-Femme.

Présentations :

Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

Depuis quand travaillez-vous au CHAR ?

Besoins des publics cibles :

Quels sont les principaux besoins que vous avez identifiés en matière de SSR sur les différents publics que vous voyez ?

-> **En matière de contraception.** Les personnes accueillies utilisent-elles un moyen de contraception ? Les femmes migrantes sont-elles autant informées que les autres femmes du territoire ? Il y a-t-il des méthodes plus privilégiées que d'autres ? Quels avantages y voient-elles ? Quels inconvénients également ? L'accès à la contraception est-il aisé ? Quels sont les freins selon vous ?

-> **En matière d'IVG.** Recevez-vous des personnes pour des grossesses non désirées ? Comment vous sont-elles orientées ? Si oui, comment les gérez-vous ? Les femmes ont-elles connaissance du délai légal ? De leur cycle ? Il y a-t-il des particularismes culturels sur cette question de l'IVG ?

-> **En matière d'IST.** Quelles sont les infections que vous voyez le plus dans votre pratique professionnelle ? Quelles sont les maladies connues par vos publics ? Celles qui sont inconnues ?

Il y a-t-il une connaissance et une pratique des moyens pour se protéger des IST ?

Comment sont orientées les personnes pour les dépistages ? Est-ce des personnes qui en ont déjà fait ?

Connaissent le CCU ? Quel virus ? Vaccin ?

En matière de postpartum et d'allaitement.

Pouvez-vous me décrire le parcours pendant la grossesse d'une femme migrante sans accès aux droits ? Comment se passe le post-partum ? Les SF passent-elles dans les quartiers d'habitat spontané ?

Parlez-vous d'allaitement avec les femmes à l'hôpital ? Quels conseils prodiguez-vous ? Les femmes voient-elles un avantage ou un inconvénient à l'allaitement ? Il y a-t-il des particularismes culturels que vous avez pu observer face à cette question ?

Avez-vous eu connaissance de soins post-partum mal effectués ? Avez-vous des cas de périnées pas rééduqués ?

Autres

Lors des focus group menés sur la piste Tarzan, de nombreux habitants nous ont des expériences malheureuses qu'ils ont pu avoir avec le système hospitalier à Cayenne (sentiment de dénigrement, non prise en charge de leurs demandes, communication violente). Comment expliquez-vous que les prises en charges soient parfois difficiles ?

Parlez-vous parfois de droits à la santé sexuelle et reproductifs ? Du consentement ? Du genre ? De l'orientation sexuelle ?

Comment travaillez-vous avec des patientes ne parlant pas français ?

ANNEXE n°8. Grille entretien médecins.

Médecin Centre Santé Associatif

Présentations

Pourriez-vous vous présenter ? Quelles sont vos principales activités ? Comment les menez-vous ?

Combien de personnes travaillent au Comede ? À quels postes ?

Avez-vous des bénévoles ? À quels postes ?

Santé

Quelles sont les principales problématiques liées à la santé mentale que vous rencontrez ?

Comment le parcours migratoire influence t'il la santé mentale des migrants ?

Comment les conditions de vie influencent elles la santé des migrants ? Et leur santé mentale ?
Constatez-vous des troubles psychiques liés aux conditions de vie ou parcours migratoire ?

Comment travaillez vous la question de la langue ? Avez-vous des interprètes ? Comment les choisissez-vous ? Sont-ils formés ?

Qui vous oriente les personnes accueillies ? Vers où les orientez-vous ? Faites-vous du suivi ?

Menez vous des actions de promotion de la santé/prévention auprès de partenaires ? (Formations, ateliers)

Menez vous des actions de promotion de la santé/prévention santé mentale auprès des personnes accueillies ?

Selon vous, qu'est ce que les EMS peuvent permettre pour les questions de santé mentale ?

À MdM on a évoqué la question du post-partum dans les sujets à analyser. Quels sont les enjeux de santé mentale liés à la périnatalité ? Certains concernent ils particulièrement les femmes migrantes ?

Médecin en libéral bénévole de MdM

Présentations :

Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

Comment êtes vous devenu.e bénévole à Médecins du Monde ?

Qu'est ce que cet engagement bénévole vous apporte dans votre pratique professionnelle ?

Besoins des publics :

Quels sont les principaux motifs de consultation ?

Quels sont les principaux besoins que vous avez identifiés en matière de prévention ?

En matière de contraception. Les femmes migrantes sont-elles autant informées sur les méthodes de contraception ? Il y a-t-il des méthodes plus privilégiées que d'autres ? Quels avantages y voient-elles ? Quels inconvénients également ? L'accès à la contraception est-il aisé ? Quels sont les freins selon vous ?

En matière d'IVG. Comment s'orientent-elles pour la prise en charge de l'IVG ? Les femmes ont-elles connaissance du délai légal ? De leur cycle ? Il y a-t-il des particularismes culturels sur cette question de l'IVG ?

En matière d'IST. Quelles sont les maladies connues par les habitants ? Celles qui sont inconnues ? Il y a-t-il une connaissance et une pratique des moyens pour se protéger des IST ? Savez-vous si les patients que vous recevez ont fait des dépistages ? Connaissent le CCU ? Quel virus ? Vaccin ?

En matière de postpartum et d'allaitement.

Voyez-vous des femmes allaitantes ? Si oui voient elles un avantage ou un inconvénient à l'allaitement ? Combien faites-vous d'ordonnance pour du lait en poudre par mois ?

Santé mentale. La question du stress du parcours administratif est ressortie lors des focus group. Vous arrive t'il en consultation de voir des patients présentant une détresse psychologique ?

Alimentation. Pensez-vous que les habitants ont accès à la nourriture de qualité et en quantité suffisante ? Si non, est-ce un sujet discuté en consultation et en équipe ?

Autres

Lors des focus group menés sur la piste Tarzan, de nombreux habitants nous ont des expériences malheureuses qu'ils ont pu avoir avec le système hospitalier à Cayenne (sentiment de dénigrement, non prise en charge de leurs demandes, communication violente). Comment expliquez-vous que les prises en charges soient parfois difficiles ?

Avez-vous été témoin d'incompréhension culturelle en matière de prise en charge médicale ? Comment faites-vous pour vous assurer d'un consentement libre et éclairé ?

ANNEXE n°9. Grille entretien chargée périnatalité, santé sexuelle et reproductive, VIH, vaccinations ARS Guyane.

Présentations :

Pouvez-vous vous présenter, votre parcours et votre emploi actuel ?

Quel est votre rôle au sein de l'ARS ?

Stratégie Régionale SSR :

Comment a été élaborée la stratégie ? Comment les partenaires de l'ARS ont-ils été associés ?

Quelles sont les priorités en Santé Sexuelle et Reproductive ?

Besoins des publics cibles de Médecins du Monde :

-> **En matière de vaccination** Quelles sont les priorités de l'ARS en matière de vaccination ? Quels sont les freins à la vaccination ? Concernant la vaccination HPV, avez-vous des données sur le territoire de l'Ile de Cayenne ?

-> **En matière de contraception.** En Guyane, quelle est la couverture contraceptive ? Il y a-t-il des méthodes plus privilégiées que d'autres ? L'accès à la contraception est-il aisé ? Quels sont les freins selon vous ?

-> **En matière d'IVG.** Comment expliquez-vous le taux d'avortement de 17,5/1000 femmes entre 15 et 17 ans contre 4,7 en métropole ? (Source rapport du Haut Conseil de la Santé Publique sur les inégalités de santé en Guyane a été publié en mars 2021)

-> **En matière d'IST.** Quelles sont les priorités de l'ARS en matière de lutte contre les IST ? Le cancer du col de l'utérus fait-il l'objet d'actions particulières ? Quel est le point de vue de l'ARS sur le financement de la vaccination HPV pour les personnes qui n'ont pas de sécurité sociale ? Quelle est la recommandation en Guyane concernant le dépistage (frottis) ? Concernant la vaccination HPV, disposez-vous de données sur le territoire de l'Ile de Cayenne ? Quels sont les freins à la vaccination ?

-> **En matière de périnatalité.** Quelles sont les priorités de l'ARS en matière de périnatalité ? Quelles sont les actions mises en œuvre pour favoriser l'allaitement ?

→ Autre

Une des actions de la stratégie est de mettre à jour régulièrement une cartographie de l'offre en dépistage, IVG etc... Ou puis-je obtenir des informations sur les dépistages Trod sur le territoire ? (lieux, fréquence etc).

Quels manques avez-vous identifiés sur le territoire de l'Ile de Cayenne, durant la phase de diagnostic, en matière d'offre de santé ?

ANNEXE n°10. Grille entretien cadre PMI et CPEF.

Présentations :

Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

Depuis quand travaillez-vous à la CTG ? Sur quel poste/programme ?

Pouvez-vous m'expliquer le principe des PMI et du CPEF ?

Besoins des publics cibles :

Quels sont les principaux besoins que vous avez identifiés en matière de SSR sur le territoire ?

-> **En matière de vaccination** Les personnes accueillies dans vos dispositifs ont-elles un schéma vaccinal complet ? Quels sont les freins à la vaccination ? Concernant la vaccination HPV, avez-vous des données sur le territoire de l'île de Cayenne ? La covid 19 a-t-elle eu une incidence sur la vaccination des enfants ? Disposez-vous de données ?

-> **En matière de contraception.** Les personnes accueillies dans vos dispositifs utilisent-elles un moyen de contraception ? Il y a-t-il des méthodes plus privilégiées que d'autres ? Quels avantages y voient-ils/elles ? Quels inconvénients ? L'accès à la contraception est-il aisé ? Quels sont les freins selon vous ?

-> **En matière d'IVG.** Comment se passe l'accueil des femmes pour les grossesses non désirées ? Quel âge ont-elles en moyenne ? Les femmes ont-elles connaissance du délai légal ? De leur cycle ? Comment expliquez-vous le taux d'avortement de 17,5/1000 femmes entre 15 et 17 ans contre 4,7 en métropole ?

-> **En matière d'IST.** Quelles sont les infections que vous voyez le plus en PMI ? Faites-vous du dépistage ? Quelles sont les maladies connues par vos publics ? Sur lesquelles ont-ils eu de l'information par les assos ou l'école ? Sur lesquelles vos publics sont demandeurs de plus de connaissances ?

Il y a-t-il une connaissance et une pratique des moyens pour se protéger ?

Comment sont orientées les personnes pour les dépistages ? Est-ce des personnes qui en ont déjà fait ?

Connaissent-elles le CCU ? Quel virus ? Vaccin ?

Parlez-vous parfois de droits à la santé sexuelle et reproductive ? Rapport non désiré ? Quelles procédures pour éviter une IST ? Et d'un autre point de vue ? Vers qui elle peut se tourner ? C'est quoi un rapport sexuel non désiré ?

En matière de postpartum et d'allaitement. Recevez-vous des femmes pendant leur grossesse ou après ? Parlez-vous d'allaitement ? Quels conseils prodiguez-vous ? Les femmes voient-elles un avantage ou un inconvénient à l'allaitement

Parlez-vous de diversification alimentaire ? Il y a-t-il un intérêt sur le sujet ? Est-ce qu'elles se sentent déjà assez informées ? Les personnes reçues vous parlent-elles d'un suivi après la maternité avec des SF ? Avez-vous des cas de périnées pas rééduqués ?

De manière générale que mènent-elles comme activités en DSSR ? Vous avez constaté également des problèmes sur la couverture vaccinale ?

ANNEXE n°11. Grille entretien chercheurs Parcours Haïti.

Présentations

Pourriez-vous vous présenter ? Quelles sont vos principales activités à Parcours Haïti ?

Combien de personnes travaillent à Parcours Haïti ? À quels postes ? Avez-vous des bénévoles ? À quels postes ?

Quels sont les objectifs de l'étude que vous menez ?

Santé

Quelles sont les principales problématiques liées à la santé que vous rencontrez auprès des personnes que vous interrogez ?

Comment le parcours migratoire influence-t-il la santé physique des migrants ? Et leur santé mentale ?

Comment les conditions de vie influencent-elles la santé des migrants ?

-> **En matière de contraception.** Les femmes migrantes sont-elles autant informées sur les méthodes de contraception ? Il y a-t-il des méthodes plus privilégiées que d'autres ? Quels avantages y voient-elles ? Quels inconvénients également ? L'accès à la contraception est-il aisé ? Quels sont les freins selon vous ?

-> **En matière d'IVG.** As-tu vu des personnes pour des grossesses non désirées ? Comment s'orientent-elles pour la prise en charge de l'IVG ? Les femmes ont-elles connaissance du délai légal ? De leur cycle ? Il y a-t-il des particularismes culturels sur cette question de l'IVG ?

-> **En matière d'IST.** Quelles sont les maladies connues par les habitants ? Celles qui sont inconnues ? Il y a-t-il une connaissance et une pratique des moyens pour se protéger des IST ? Comment sont orientées les personnes pour les dépistages ? Est-ce des personnes qui en ont déjà fait ? Connaissent le CCU ? Quel virus ? Vaccin ?

-> **En matière de postpartum et d'allaitement.** As-tu déjà orienté des femmes pour des grossesses ? Comment cela se passe pour une femme sans accès aux droits ? Comment se passe le post-partum ? Les femmes sont-elles aidées par leur cercle proche ? Il y a-t-il de la solidarité dans le quartier ? Les SF passent-elles dans les quartiers d'habitat spontané ? Les femmes voient-elles un avantage ou un inconvénient à l'allaitement ?

_> **Santé mentale.** La question du stress du parcours administratif est ressortie lors des focus group. As-tu eu connaissance d'habitants en détresse psychologique ? Si oui les habitants relais interviennent-ils pour orienter ?

➔ **Santé environnement.** Les habitants pensent-ils à l'influence de leur environnement sur leur état de santé ? Comment cette question est discutée ?

➔ **Alimentation.** Penses-tu que les habitants ont accès à la nourriture de qualité et en quantité suffisante ? Si non, est-ce un sujet discuté dans les quartiers ? Existe-t-il de la solidarité en la matière ? Comment les orientes-tu ?

Autres

Lors des focus group menés sur la piste Tarzan, de nombreux habitants nous ont des expériences malheureuses qu'ils ont pu avoir avec le système hospitalier à Cayenne (sentiment de dénigrement, non prise en charge de leurs demandes, communication violente). Comment expliquez-vous que les prises en charges soient parfois difficiles ?

Comment travaillez-vous la question de la langue ? Avez-vous des interprètes ? Comment les choisissez-vous ?

Qui vous oriente les personnes accueillies ? Les orientez-vous ? Et où ? Comment animez-vous vos partenariats ?

Comment diffusez-vous vos travaux ?

Menez-vous des actions de promotion de la santé/prévention santé auprès des personnes accueillies ? (En entretien, donner des conseils, orienter etc)

Il y a-t-il des spécificités culturelles en matière de santé que vous retrouvez chez les haïtiens rencontrés ?

À MdM on a évoqué la question du post-partum dans les sujets à analyser. Quels sont les enjeux de santé mentale liés à la périnatalité ? Certains concernent ils particulièrement les femmes migrantes ?

ANNEXE n°12. Grille entretien habitants relais.

Présentations :

Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

Comment es-tu devenu.e habitant.e relais ?

Besoins des publics cibles :

Quels sont les principaux besoins que vous avez identifiés en santé les habitants de ton quartier ?

-> **En matière de contraception.** Les femmes migrantes sont-elles autant informées sur les méthodes de contraception ? Il y a-t-il des méthodes plus privilégiées que d'autres ? Quels avantages y voient-elles ? Quels inconvénients également ? L'accès à la contraception est-il aisé ? Quels sont les freins selon vous ?

-> **En matière d'IVG.** As-tu vu des personnes pour des grossesses non désirées ? Comment s'orientent-elles pour la prise en charge de l'IVG ? Les femmes ont-elles connaissance du délai légal ? De leur cycle ? Il y a-t-il des particularismes culturels sur cette question de l'IVG ?

-> **En matière d'IST.** Quelles sont les maladies connues par les habitants ? Celles qui sont inconnues ? Il y a-t-il une connaissance et une pratique des moyens pour se protéger des IST ? Comment sont orientées les personnes pour les dépistages ? Est-ce des personnes qui en ont déjà fait ? Connaissent le CCU ? Quel virus ? Vaccin ?

-> **En matière de postpartum et d'allaitement.** As-tu déjà orienté des femmes pour des grossesses ? Comment cela se passe pour une femme sans accès aux droits ? Comment se passe le post-partum ? Les femmes sont-elles aidées par leur cercle proche ? Il y a-t-il de la solidarité dans le quartier ? Les SF passent elles dans les quartiers d'habitat spontané ? Les femmes voient elles un avantage ou un inconvénient à l'allaitement ?

_> **Santé mentale.** La question du stress du parcours administratif est ressortie lors des focus group. As-tu eu connaissance d'habitants en détresse psychologique ? Si oui les habitants relais interviennent ils pour orienter ?

➔ **Santé environnement.** Les habitants pensent ils à l'influence de leur environnement sur leur état de santé ? Comment cette question est discutée ? Il y a-t-il des tentatives collectives pour améliorer l'environnement immédiat ?

➔ **Alimentation.** Penses-tu que les habitants ont accès à la nourriture de qualité et en quantité suffisante ? Si non, est-ce un sujet discuté dans les quartiers ? Existe-t-il de la solidarité en la matière ? Comment les oriente tu ?

Autres

Lors des focus group menés sur la piste Tarzan, de nombreux habitants nous ont des expériences malheureuses qu'ils ont pu avoir avec le système hospitalier à Cayenne (sentiment de dénigrement, non prise en charge de leurs demandes, communication violente). Comment expliquez-vous que les prises en charges soient parfois difficiles ?

Ton rôle d'habitant.e relais a-t-il été bien accepté par ta communauté ?

ANNEXE n°13. Extrait grille analyse verbatims.

ANALYSE DES DISCOURS		
Nombre entretiens	7	
Participants focus group		
Thématiques	Psychologue	PROFESSIONNELS DE SANTE Sage-Femme
	<p>Mais autour de la périnatalité j'ai beaucoup de problème de précarité, de ? auxquelles je peux pas forcément répondre, on a la chance d'avoir à la CR des bénévoles qui orientent. Les grossesses non désirées ça ça arrive avec l'inconcevabilité d'avorter. Même pour des personnes en situation de précarité c'est tabou. Il y a des gens qui sont opposés à l'avortement. Il y a quoi d'autre... Certaines à qui s'est arrivé en Haïti, elles sont revenues en France ça fait même pas un mois. Ouh il y a une patiente qui a des troubles assez sévères, qui a vu ces 2 premiers enfants se faire place et c'est très compliqué elle veut garder et il y a eu une visite de l'ASE qui dit non placement. Et donc ça la renvoie à son incapacité à être mère, la société lui dit qu'elle ne peut pas être mère. En même il faut dire qu'il y a une non observance du traitement, que c'est très sérieux et qu'on manque de familles d'accueil en Guyane l'enfant n'est pas placé à la légère.</p>	
IVG		<p>Après en termes de prévention au niveau des ITS ou l'utilisation du préservatif, je ne suis pas sûre qu'elles acceptent facilement le préservatif et qu'elles aient toutes les moyens de s'acheter des préservatifs. Après il y a une marque qui est remboursée mais je veux dire que c'est en quantité limitée donc je ne pense pas qu'elles aient accès facilement au préservatif. " Ma pensée quand même que le dépistage a pas forcément lieu de manière régulière et il a des femmes qui se font dépister par leur grossesse et ça arrive encore la découverte du VIH pendant la grossesse. ; je dirais en maternité que ça n'arrive pas les semaines mais que ça arrive fréquemment. Toutes les deux semaines on a une patiente qui découvre son statut de</p>

	<p>En premier c'est les implants progestatifs, qui durent 3 ans. Ce qui marche super bien au stérilet, rien que le nom déjà ça les fait flipper. Parce que dans stérilet il y a stérile et dans femmes d'origine haïtienne, la contraception c'est stérilité. Tu ne peux même pas m'en parler alors que tu as l'idée de contraception ça rend stérile et tout ça... c'est foutu. Du coup on e c'est donné mais dans des cas vraiment, où la personne elle a l'air assez rigoureuse dans le portable pour mettre une alarme, qu'elle a compris ce qui se passe si elle l'oublie etc: Après indésirables sur les implants ou les injections. Les injections elles viennent tous les 3 mois te prendre la tête qu'une pilule par exemple." ; d'accord, mais c'est aussi c'est pas aisé pa c'est pas... La contraception rend stérile. C'est comme le vaccin covid te rend malade. Tu vi coup on a beaucoup de mal à dire ... Enfin moi toutes les femmes je leur dis « vous avez ur d'accord, vous en voulez ? » « non » « d'accord est ce que vous voulez des enfants ? » « ni est ce que vous utilisez le préservatif ? » « non » « d'accord ». Et tu rappelles le fait que d' protégé, ça peut entraîner une grossesse et que toi du coup si on ne veut pas de cette gros déconstruire ça mais pour elle injecter quelque chose dans leur corps, manger quelque ch pharmacologique qu'elles ne connaissent pas c'est hyper compliqué pour certaines. Et je m contraception en animation EVAS au collège et puis il y a une jeune qui nous dit « oui non sur la contraception que ça ne rend pas stérile, mais les mamies dans nos quartiers elles n dans les quartiers elles nous disent que ça rend stérile ». Donc il y a une grosse part cultur a beau essayé d'informer les femmes sur la contraception, il y a encore énormément de fr Après elles utilisent quand même le préservatif, plus ou moins, mais aussi beaucoup la mé une méthode contraceptive je suis d'accord, mais ça protège quand même à 80% des gros n'avaient pas de contraception n'utilisaient pas de retrait. Je pense qu'on aurait une popul Guyane. "</p>
Contraception	<p>En premier c'est les implants progestatifs, qui durent 3 ans. Ce qui marche super bien au stérilet, rien que le nom déjà ça les fait flipper. Parce que dans stérilet il y a stérile et dans femmes d'origine haïtienne, la contraception c'est stérilité. Tu ne peux même pas m'en parler alors que tu as l'idée de contraception ça rend stérile et tout ça... c'est foutu. Du coup on e c'est donné mais dans des cas vraiment, où la personne elle a l'air assez rigoureuse dans le portable pour mettre une alarme, qu'elle a compris ce qui se passe si elle l'oublie etc: Après indésirables sur les implants ou les injections. Les injections elles viennent tous les 3 mois te prendre la tête qu'une pilule par exemple." ; d'accord, mais c'est aussi c'est pas aisé pa c'est pas... La contraception rend stérile. C'est comme le vaccin covid te rend malade. Tu vi coup on a beaucoup de mal à dire ... Enfin moi toutes les femmes je leur dis « vous avez ur d'accord, vous en voulez ? » « non » « d'accord est ce que vous voulez des enfants ? » « ni est ce que vous utilisez le préservatif ? » « non » « d'accord ». Et tu rappelles le fait que d' protégé, ça peut entraîner une grossesse et que toi du coup si on ne veut pas de cette gros déconstruire ça mais pour elle injecter quelque chose dans leur corps, manger quelque ch pharmacologique qu'elles ne connaissent pas c'est hyper compliqué pour certaines. Et je m contraception en animation EVAS au collège et puis il y a une jeune qui nous dit « oui non sur la contraception que ça ne rend pas stérile, mais les mamies dans nos quartiers elles n dans les quartiers elles nous disent que ça rend stérile ». Donc il y a une grosse part cultur a beau essayé d'informer les femmes sur la contraception, il y a encore énormément de fr Après elles utilisent quand même le préservatif, plus ou moins, mais aussi beaucoup la mé une méthode contraceptive je suis d'accord, mais ça protège quand même à 80% des gros n'avaient pas de contraception n'utilisaient pas de retrait. Je pense qu'on aurait une popul Guyane. "</p>

Participants focus group	Partenaires associatifs	COMED
Thématiques	Parcours Haïti	
IVG		<p>moi subjectivement j'ai l'impression que les gens ont assez peu recou délégué de la religion, et en gros si un enfant n'est pas souhaité et bi Dieu. Voilà donc je ne savais pas que les chiffres étaient supérieurs li mais tant mieux si c'est le cas.</p>
	<p>Pour moi santé sexuelle il y a un besoin d'information, en grande priorité, information des outils à disposition c'est à dire le TPE en ++++ Parce que si jamais il y a un problème il faut savoir où se rendre pour pouvoir acheter un TPE et faire un dépistage. Pour moi ça fait partie des priorités. Après sur la Prep aussi ça doit faire partie des propositions. Parce que quand tu es informé, t'as le choix. Et du coup si t'as envie de pas te protéger tu le fais... Mais j'ai lu une étude sur l'acceptabilité de la Prep en fonction du niveau d'information et ça va vraiment dans le sens de cet empowerment qui est que si tu es acteur de ta propre sexualité et que si tu as connaissance des compétences et bien voilà tu es beaucoup plus à même d'être observant sur la Prep et d'imposer un préservatif sur une relation consentie. "Après c'est des connaissances qui ne sont pas tout à fait actuelles. Tu vois par exemple les médiatrices expliquent beaucoup le fait que le traitement permet de vivre et de ne pas</p>	

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS	
ARS	PMI CPEF CTG
	<p>PMI "alors est ce que c'est un problème en soit ? c'est intéressant en soit, parce qu'effectivement c'est une donnée que l'on pointe souvent. On l'entend souvent, en réunion et moi ça m'interpelle à chaque fois parce qu'on compare à la métropole. Je trouve ça un peu problématique à chaque fois de faire comme si la métropole c'était l'exemple à suivre. Et en plus de ça et bien ça veut dire que nos patientes elles ont accès à l'IVG, elles s'approprient aussi leur corps. " mais je dirais que quand on a à faire à une population qui est occultée. Et bien on réfléchit juste à la pyramide de Maslow, avec effectivement des besoins qui sont occultés, de sécurité, d'alimentation et donc du coup c'est pas qu'elle ont pas accès, mais c'est que la contraception est occultée. Elles font l'IVG puis elles passent à autre chose parce qu'elles se posent d'autres questions « est ce que je vais pouvoir manger demain ? Est-ce que mes enfants auront à manger ? » et du coup leur réflexion c'est ça. "</p>