

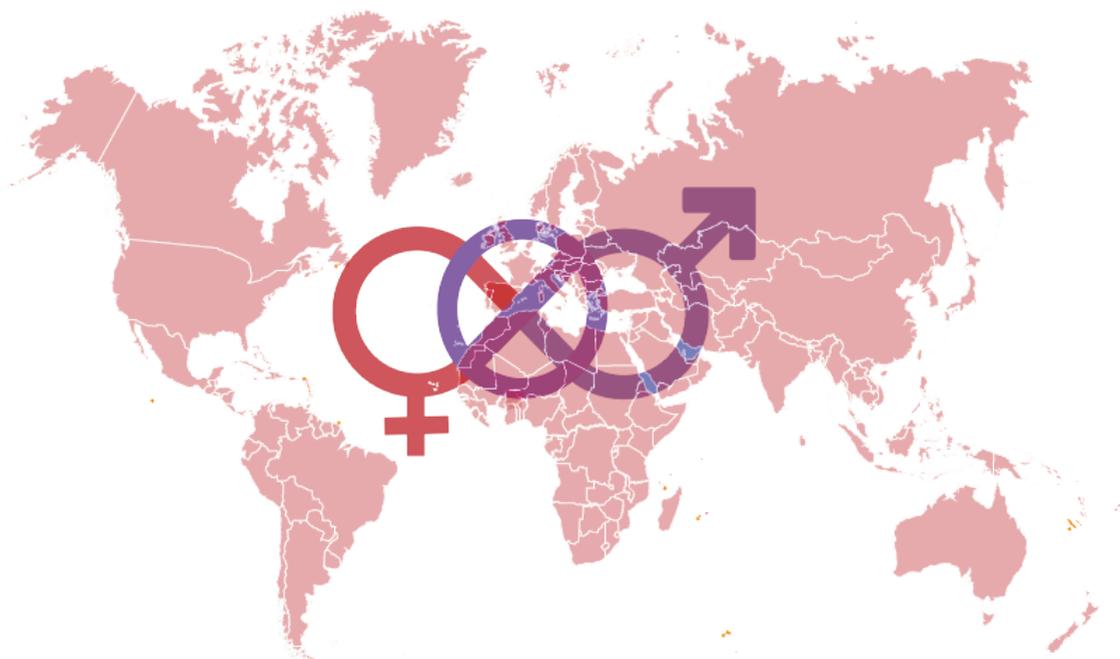


CNCDH
COMMISSION NATIONALE
CONSULTATIVE
DES DROITS DE L'HOMME
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AVIS

AVIS SUR LES VIOLENCES DE GENRE ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DANS LES OUTRE-MER

21 NOVEMBRE 2017



L'avis sur « les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs » a été adopté à l'unanimité lors de l'Assemblée plénière du 21 novembre 2017.

Cet avis s'inscrit dans le cadre d'une étude menée par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) sur l'effectivité des droits de l'homme dans les Outre-mer, qui fera l'objet d'une publication en 2018.

Sont déjà parus dans le cadre de cette étude :

- Avis sur la place des peuples autochtones dans les territoires d'Outre-mer de France*
- Avis sur la question pénitentiaire dans les Outre-mer*
- Avis sur l'accès au droit et à la justice dans les Outre-mer, essentiellement en Guyane et à Mayotte.*
- Avis sur l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer. Regard particulier sur La Guyane et Mayotte.*
- Avis sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans les Outre-mer.*
- Avis sur les droits des étrangers et le droit d'asile dans les Outre-mer. Cas particuliers de la Guyane et de Mayotte.*
- Avis sur le droit à un environnement sain dans les Outre-mer : la question des activités extractives en Guyane et en Nouvelle-Calédonie.*
- Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins.*

Table des matières

PARTIE I - Le constat : des atteintes aux droits sexuels et reproductifs qui ont de lourdes conséquences sur les personnes et leur situation économique et sociale 9

A. La mise en évidence de multiples atteintes aux droits sexuels et reproductifs 9

Un taux important de violences sexuelles, parfois précoces 9

Des grossesses précoces lourdes de conséquences 10

Un nombre élevé d'IVG, révélateur d'un échec des politiques publiques en matière de contraception. 12

Une forte prévalence des infections sexuellement transmissibles. 13

B. Des sociétés marquées par l'existence de discriminations à l'encontre des femmes et les personnes LGBT. 17

Le poids des préjugés et des stéréotypes de genre. 18

L'influence de certaines communautés religieuses 20

Le poids des traditions 21

C. De nombreux obstacles à l'accès aux droits des femmes et des personnes LGBT : éducation, à la prévention, accès aux soins et à la justice 21

Surmonter l'isolement géographique, un défi pour les territoires ultramarins 22

Un manque de moyens accentuant les obstacles à l'accès aux soins et à la prévention 23

PARTIE II - Garantir les droits sexuels et reproductifs pour améliorer la situation sociale des femmes et des personnes LGBT : les recommandations de la CNCDH 25

A. Lutter contre les stéréotypes et préjugés de genre et renforcer la prévention 25

Faire prendre conscience de l'ampleur du phénomène et renforcer l'engagement des décideurs locaux 25

Renforcer la prévention en milieu scolaire en mettant l'accent sur la notion de consentement et en abordant l'homosexualité et la transidentité 27

Adapter les actions de prévention aux spécificités locales 29

Mieux protéger les mineures en prenant en compte la vulnérabilité particulière des adolescentes éloignées de leur famille 31

B. Permettre à toutes les femmes d'accéder aux soins et mieux accompagner les victimes de violences de genre 32

Favoriser l'accessibilité, renforcer l'offre de soins de proximité et garantir le continuum des soins 32

Améliorer l'accès aux soins grâce à des professionnels et des bénévoles plus nombreux et mieux formés 33

Soutenir l'action des associations et des petites structures de terrain 35

Pour les zones frontalières, mettre en place une collaboration transfrontalière 36

C. Accompagner les victimes et agir pour leur insertion sociale 36

Permettre la détection systématique des violences 36

Encourager les victimes à porter plainte 37

Renforcer la réponse pénale	37
Garantir un accompagnement, de façon à favoriser l'insertion sociale	39

Les différents avis de la CNCDH sur la situation des droits fondamentaux dans les Outre-mer aboutissent souvent à un même constat : les femmes et les fillettes sont particulièrement exposées à des risques de vulnérabilités multiples. Comme cela a déjà été souligné, dans les départements et collectivités ultramarins, les femmes sont ainsi les premières victimes de la pauvreté¹, le taux de grossesse précoce est plus élevé qu'en métropole² et les conditions d'organisation du système de santé les exposent à des difficultés spécifiques³.

Par ailleurs, de récents rapports, comme celui du Conseil économique social et environnemental *Combattre les violences faites aux femmes dans les Outre-mer*, publié au printemps 2017, ont pu souligner que le niveau de violence contre les femmes est globalement plus élevé Outre-mer qu'en métropole. Rappelant qu'il n'y avait « pas de fatalité aux violences faites aux femmes dans les Outre-mer » et reconnaissant les efforts croissants entrepris pour lutter contre, le CESE regrettait toutefois l'inadéquation persistante des moyens humains et financiers au regard de l'ampleur des défis à relever.

Ces inégalités et risques spécifiques auxquels les femmes sont particulièrement exposées dans les outre-mer sont constitutifs de violences de genre. Ainsi que l'a récemment rappelé le Comité des Nations unies pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes, « la violence sexiste à l'égard des femmes est l'un des moyens sociaux, politiques et économiques fondamentaux par lesquels sont entretenus la subordination des femmes par rapport aux hommes et leurs rôles stéréotypés. (...) le fait que cette violence constitue un obstacle essentiel pour parvenir à une égalité réelle entre les hommes et les femmes et empêche ces dernières de profiter pleinement des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui sont inscrits dans la Convention »⁴. Or, comme la CNCDH l'a souligné dans un précédent avis, les violences de genre constituent un enjeu majeur⁵. Cet enjeu, mondial, a conduit les Nations-unies à adopter différents

1 CNCDH, *Avis relatif à la pauvreté et à l'exclusion sociale dans les départements d'outre-mer*, 26 septembre 2017, p.15.

<http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-la-pauvrete-et-lexclusion-sociale-outre-mer>

2 CNCDH, *Avis sur l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer*, 6 juillet 2017, p. 66.

<http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-leffectivite-du-droit-leducation-dans-les-outre-mer-regard-particulier-sur-la>

3 CNCDH, *Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins*, 17 octobre 2017, p. 26.

<http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-droit-la-protection-de-la-sante-dans-les-territoires-ultramarins>

4 Nations unies, *Comité pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes*. Recommandation générale n°35 sur la violence sexiste à l'égard des femmes, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, 26 juillet 2017, CEDAW/C/GC/35, § 10.

5 CNCDH, *Avis sur la lutte contre les violences et discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre*, 26 juin 2014, §8.

<http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-la-lutte-contre-les-violences-et-discriminations-commises-raison->

instruments de lutte contre les violences de genre. En particulier, les observations du Comité chargé du suivi de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 insistent sur l'obligation faite aux États de lutter contre les violences de genre, en affirmant que la violence contre les femmes est une forme de discrimination fondée sur le genre et porte une grave atteinte aux droits fondamentaux des femmes qui les subissent.

Les violences de genre frappent également les personnes LGBT, surexposées à des risques de discriminations et d'atteintes à leur intégrité physique en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Derrière ces pratiques violentes, se profile la volonté de punir des personnes dont le comportement est perçu comme contraire aux normes de genre dominantes. De telles pratiques sont non seulement interdites par le droit français, mais peuvent constituer une circonstance aggravante⁶. A l'échelle de l'Union européenne, la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est interdite par la Charte des droits fondamentaux et la Convention européenne des droits de l'homme, et à l'échelle internationale, la Haute commissaire des Nations unies aux droits de l'homme a souligné les différentes obligations qu'ont les États de prévenir la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, au regard du droit international des droits de l'homme⁷.

Comme l'approche par le droit international le révèle, la question des violences de genre est bien plus large que la seule question des atteintes à l'intégrité corporelle : elle pose plus largement la question de l'autonomie personnelle et de la possibilité de participer, sans discrimination, à la vie politique, économique et sociale. Ce constat a conduit la CNCDH, dans le cadre de son analyse de la situation ultra-marine, à se pencher sur le sujet des violences de genre sous l'angle de l'effectivité des droits sexuels et reproductifs et de l'accès à la santé sexuelle et reproductive. En effet, cet enjeu majeur interroge à la fois l'origine et les conséquences des violences sexistes et de genre et, plus généralement, des discriminations. La surexposition aux grossesses précoces ou aux agressions sexuelles peut aboutir à fragiliser la position des femmes dans la société et à porter atteinte à de nombreux droits, comme le droit à la scolarisation, le droit au travail ou le droit de participer à la vie politique et sociale. Il s'agit là d'un des facteurs des inégalités sociales et des vulnérabilités socio-économiques que les différents avis de la

de

⁶ Articles 222-13, 225-1, 132-77, R625-7, R625-8 et R625-8-1 du code pénal.

⁷ Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, Rapport de la Haut commissaire des Nations unies aux droits de l'homme, 2011, A/HRC/19/41.

CNCDDH portant sur les Outre-mer ont pu identifier.

Les droits sexuels et reproductifs recouvrent un certain nombre de droits indispensables pour garantir l'autonomisation des personnes et particulièrement celle des femmes et leur permettre d'atteindre leur plein potentiel. Parmi ces droits reconnus, celui de prendre des décisions personnelles concernant la santé, le corps, la vie sexuelle et l'identité sexuelle, sans crainte de contraintes ou de poursuites judiciaires ; de solliciter et d'obtenir des informations sur la sexualité et la procréation et d'avoir accès aux services de santé dans ce domaine, ainsi qu'à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans un cadre légal ; de décider d'avoir ou non des enfants, du moment de les avoir et de leur nombre ; de choisir son ou sa partenaire intime, de choisir de se marier ou non et à quel moment ; de décider du type de famille que l'on veut fonder ; de ne subir ni discrimination, ni contrainte et ni violence, en étant notamment à l'abri du viol et des autres violences sexuelles, des mutilations génitales féminines, des grossesses forcées, des avortements forcés, de la stérilisation forcée et du mariage forcé.

La santé sexuelle et reproductive est une composante des droits sexuels et reproductifs. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit ces derniers comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental, associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. (...) Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés »⁸. La santé reproductive ou génésique « s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent bénéficier de méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et librement choisies, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé »⁹. La santé sexuelle et reproductive implique ainsi, pour être garantie effectivement, la protection contre les violences de genre, contre les discriminations fondées sur le sexe et l'orientation sexuelle, et la garantie de l'autonomie personnelle et du droit à disposer de soi.

8 OMS, *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 janvier 2002, Genève, p. 5.

9 OMS, http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/.

C'est en ce sens que, dans ses Observations générales de 2016 sur le droit à la santé sexuelle et reproductive, le Comité des droits sociaux, économiques et culturels des Nations unies (CoDESC) a précisé que : « Le droit à la santé sexuelle et procréative recouvre une série de libertés et de droits à prestation. Ces libertés sont notamment le droit pour chacun d'effectuer des décisions et des choix libres et responsables, à l'abri de toute violence, contrainte ou discrimination, pour les questions qui concernent son propre corps et sa propre santé sexuelle et procréative. Quant aux prestations, il s'agit notamment de l'accès à un ensemble de ressources, de biens, de services et d'informations de santé qui permette à chacun d'exercer pleinement le droit à la santé sexuelle et procréative prévu à l'article 12 du Pacte »¹⁰. L'interprétation du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels rejoint ainsi les principes posés par la Convention pour l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes et notamment son article 12¹¹.

Fondant son approche sur les droits de l'homme, et compte tenu des engagements internationaux de la France, la CNCDDH estime que le respect des droits sexuels et reproductifs et la protection de la santé sexuelle et reproductive, contribuerait de manière déterminante à une amélioration de la condition des femmes dans les sociétés ultramarines. Ce constat, pour les territoires et collectivités ultra-marins, rejoint celui plus général effectué lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue en 1994 au Caire (Egypte). Cette conférence, qui a marqué un tournant décisif en intégrant la participation des hommes en matière de santé sexuelle et reproductive, a souligné combien la santé et les droits sexuels et reproductifs, l'égalité entre les sexes et le renforcement du pouvoir des femmes sont intimement liés et sont des éléments clés du développement.

S'agissant des Outre-mer, et bien que la diversité des territoires considérés, dont les contextes matériels et sociaux se distinguent plus ou moins de la situation métropolitaine, ne doive pas être perdue de vue, un constat se dégage : les femmes et les personnes LGBT sont particulièrement exposées à différentes violences de genre, notamment au regard de leurs droits sexuels et reproductifs. Ces violences, qui résultent à la fois du poids des stéréotypes de genre et des difficultés à garantir le droit d'accès à la justice et le droit à la protection de la santé (I), sont également présentes en métropole mais la situation spécifique des Outre-mer tend à les aggraver. Dès lors, il s'agira pour la

10 CoDESC, 2016, Observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), E/C.12/GC/22.

11 Nations unies, CEDEF, Recommandation générale n° 24: Article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Les femmes et la santé (vingtième session, 1999).

CNCDH, en s'appuyant sur l'identification de nombreuses bonnes pratiques, de préconiser différentes recommandations permettant d'améliorer l'effectivité des droits des femmes et des personnes LGBT dans les Outre-mer (II).

PARTIE I - Le constat : des atteintes aux droits sexuels et reproductifs qui ont de lourdes conséquences sur les personnes et leur situation économique et sociale

A. La mise en évidence de multiples atteintes aux droits sexuels et reproductifs

Différentes études, à commencer par les importantes enquêtes KABP conduites par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et les observatoires régionaux de santé des territoires concernés, sur les risques liés aux comportements sexuels en outre-mer¹², montrent, de façon inquiétante, une surexposition des femmes et des personnes LGBT à différents risques notamment de violences sexuelles et viols (1), grossesses précoces (2) ou non désirées (3) et d'infections sexuellement transmissibles (4).

Un taux important de violences sexuelles, parfois précoces.

Outre-mer, si l'entrée dans la vie sexuelle se fait sensiblement au même âge qu'en métropole¹³, elle est surtout nettement moins « souhaitée », selon la terminologie employée par l'INPES dans les enquêtes KABP. Derrière cette formule sont regroupées des pratiques qui sont constitutives de viols ou d'agressions sexuelles et dont le nombre est, dans certains territoires, nettement supérieur à celui de la métropole. Ainsi, quand 17% des femmes de métropole déclarent que leur premier rapport sexuel n'était pas « vraiment souhaité » et 2% qu'il était « forcé », ces taux chez les Guyanaises sont respectivement de 24% et 6%, 23% et 4% en Martinique et en Guadeloupe et 20% et 4% à La Réunion¹⁴. La notion de « vraiment souhaité » utilisée dans le questionnaire, peut être l'objet de discussions : elle repose sur un concept de consentement qui est parfois ambigu et sujet à interprétation en fonction de l'âge des femmes et des filles,

¹² Voir la présentation qui en est faite sur le site internet de l'ORS Ile de France: <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/enquetes/78-kabp-vih-sida>

¹³ L'âge médian d'entrée dans la sexualité s'élève à 16,8 ans, 16,5 ans et 16,2 ans, respectivement en Guadeloupe, Martinique et Guyane. On trouve le même phénomène à la Réunion avec un âge médian du premier rapport sexuel pour les femmes de 18-29 ans s'élevant à 16,4 ans. En métropole, l'âge médian de l'entrée dans la sexualité des femmes entre 18 et 24 ans est de 16,7 ans. Observatoire régional de Santé (ORS) d'Ile-de-France et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/SIDA et à d'autres risques sexuels [Enquête KABP Antilles-Guyane 2012], Paris, Documentation française, 2014, p. 160 ; Observatoire régional de Santé de la Réunion (ORS La Réunion), Connaissance, attitudes, croyances et comportements des réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels [Enquête KABP La Réunion 2012], Février 2015, p. 34.

¹⁴ ORS d'Ile de France et INPES, op. cit., 2014, p. 164 ; ORS La Réunion, p. 35.

de l'ascendant du « partenaire », de la situation, du contexte culturel et du niveau d'éducation¹⁵. Mais, quelle qu'en soit l'interprétation retenue, ces chiffres révèlent la difficulté à reconnaître pleinement le droit des femmes à disposer d'elles-mêmes. Ils sont d'autant plus inquiétants qu'ils peuvent également freiner l'autonomisation et la pleine citoyenneté sociale et économique des femmes lorsque ces violences entraînent une déscolarisation et accroissent la vulnérabilité des jeunes femmes qui en sont victimes, en obérant leur avenir. Ainsi, en Guyane, où le taux de viols déclarés est le plus élevé de tous les territoires français et où le taux de grossesses précoces chez les adolescentes entre 14 et 16 ans est également très important, la proportion de femmes déclarant avoir eu un premier rapport « non consenti » est de 34% pour les moins diplômées.

Les violences sexuelles à l'encontre des femmes sont souvent commises sur fond de consommation excessive d'alcool et de stupéfiants. La direction des affaires criminelles et des grâces, consultée par la CNCDH, souligne qu'en Polynésie française, les violences physiques et/ou sexuelles sont favorisées par une telle consommation de toxiques, leur taux étant sept fois plus élevée qu'en métropole. Ce constat a conduit la circulaire de politique pénale territoriale pour la Nouvelle-Calédonie du 16 janvier 2017 à mentionner, au titre de ses cinq objectifs principaux de politique pénale territoriale, la nécessité de renforcer la lutte contre les atteintes aux personnes par une attention particulière portée à la problématique de la surconsommation d'alcool et de cannabis¹⁶.

Par ailleurs, les situations de grande pauvreté, nombreuses en outre-mer, peuvent de surcroît conduire certaines jeunes femmes à des activités de prostitution. Plus généralement, la banalisation d'actes sexuels en échange des biens ou de services divers est de nature à pervertir la notion de consentement¹⁷.

Des grossesses précoces lourdes de conséquences

Autre caractéristique inquiétante des territoires ultramarins : le nombre de grossesses précoces est particulièrement élevé. Une grossesse précoce est définie comme toute maternité survenant avant 19 ans¹⁸.

15 CNCDH, *Avis sur le consentement des personnes vulnérables*, 16 avril 2015, p. 5-6, JORF n°0158 du 10 juillet 2015, texte n° 126.

16 Direction des affaires et des grâces, Pôle d'évaluation des politiques pénales, La politique pénale en matière de violences sexuelles en outre-mer, consultation écrite du 16 novembre 2017.

17 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard, et M. François Lacapère ; Audition de Mme Sara Briolin, Association Femmes en devenir (Guyane).

18 OMS, « *La grossesse chez les adolescentes* », Aide-mémoire n°364, sept. 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>

Or, si certaines adolescentes planifient et désirent leur grossesse, le plus souvent une grossesse précoce est liée à un manque d'éducation en matière de sexualité et de contraception, à l'absence de conscience propre à l'âge, à la survenance d'un viol ou à d'autres facteurs d'ordre contextuel tels que la pauvreté ou des pratiques présentées comme « traditionnelles ». Plus les filles sont jeunes, plus il leur sera difficile de résister à la contrainte d'une personne ou de leur environnement, y compris familial ; parallèlement, plus elles sont jeunes, moins elles auront anticipé une contraception adaptée. Enfin, plus la grossesse est précoce, et plus l'impact sur la santé de la mère et celle de l'enfant sera élevé et plus les conséquences sur leur avenir seront importantes.

Si, tous territoires métropolitains et ultra-marins confondus, le nombre de grossesses précoces est en diminution depuis plusieurs années, la Commission a été frappée par le taux des grossesses précoces, dans les territoires d'outre-mer, avec des taux particulièrement élevés en Guyane, 27%, et à la Réunion, 23%, pour 4% en métropole¹⁹. Or, les naissances primipares précoces peuvent annoncer une succession de grossesses, soulignant qu'avoir un enfant très jeune peut constituer un frein à la maîtrise de la planification des naissances²⁰. En Guyane, ce cas est particulièrement accentué, les grossesses des mineures représentent 7% des naissances toutes prises et 17% des naissances primipares. En d'autres termes, dans ce département d'outre-mer, 17% des femmes ont leur premier enfant, 7% ont eu plusieurs enfants alors qu'elles sont encore mineures et 2% d'entre elles ont moins de 15 ans²¹.

En 2014, les maternités de Guyane ont vu naître 410 nouveau-nés issus de grossesses précoces, dont 34 pour des jeunes filles de moins de 15 ans. Les adolescentes de l'ouest guyanais seraient les plus touchées et plus nombreuses à recourir aux interruptions volontaires de grossesses. Sur toute la Guyane, 16 IVG pour des mineurs de moins de 15 ans et 94 pour les jeunes femmes âgées de 15 à 18 ans ont été réalisées²². Ces chiffres seraient en-dessous de la réalité. Selon Stéphanie Bernard, sage-femme du réseau

19 CESE, 2017, *Combattre les violences faites aux femmes*.

20 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard, et M. François Lacapère.

21 Au sujet des grossesses précoces et de leur prise en charge, on trouvera des éléments également dans l'avis de la CNCDDH portant sur *l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer* du 6 juillet 2017, pp. 65-67 et l'avis portant sur *le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins* du 17 octobre 2017, p.20

22 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard, et M. François Lacapère.

23 Conseil Général de Guyane, Université de Guyane, Rectorat de Guyane, Centre d'information sur les droits des femmes et des familles et Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE), séminaire « Prévenir et accompagner les grossesses des mineures », 24-25 novembre 2015.

L'ORSG-CRISMS a présenté une synthèse sur 15 ans d'observation des grossesses des mineures. Les informations sont issues des études, des politiques publiques et des rapports d'activités des acteurs sur cette problématique.

périnatalité, il manquerait 20% des bulletins d'IVG qui ne sont pas transmis à l'ARS²⁴. Par ailleurs, lorsque les professionnels soupçonnent des abus sexuels sur des filles de moins de 15 ans²⁵, la CNCDH craint que ces cas ne soient pas systématiquement signalés à l'Aide sociale à l'enfance, ni soumis à enquête de cette dernière, contrairement à ce que prévoit la loi en matière de signalement d'information préoccupante²⁶. De plus, d'après le chef de service de la maternité de Saint-Laurent, les plaintes semblent manquer de suivi²⁷.

La CNCDH tient ici à rappeler que la grossesse d'une fille mineure peut changer radicalement sa vie. Elle est souvent contrainte d'abandonner ses études, ce qui contribue à réduire ses perspectives d'emploi. Elle devient aussi plus vulnérable à la pauvreté et à l'exclusion. Sa santé peut en souffrir également : les complications liées à la grossesse et à l'accouchement constituent en effet l'une des principales causes de mortalité chez les adolescentes²⁸. S'ajoute à cela que les grossesses multiples, qui peuvent être liées aux grossesses précoces, contribuent en outre à éloigner de l'emploi²⁹.

Un nombre élevé d'IVG, révélateur d'un échec des politiques publiques en matière de contraception.

Le recours à l'IVG, autre indicateur de la maîtrise de la sexualité, reste beaucoup plus élevé dans les différents territoires ultramarins : les statistiques l'établissent à 33,9 pour 1000 femmes en Guadeloupe, 27, 8 en Martinique, 30 en Guyane, 28,4 à Mayotte, 20,5 à la Réunion, tandis qu'il est de 17,1 en Île de France³⁰. Tout comme pour les grossesses précoces, ce taux est particulièrement élevé chez les mineures³¹.

Les acteurs de terrain constatent un usage faible de la contraception chez certaines catégories de population³². Un constat que l'on peut mettre en parallèle avec les taux

24 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard, et M. François Lacapère.

25 Article de Frédéric Larzabal « *Les chiffres alarmants des grossesses précoces en Guyane* », publié le 25/11/2015 sur France info, disponible sur : <http://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/2015/11/25/les-chiffres-alarmants-des-grossesses-precoces-en-guyane-309257.html>

26 Articles 226-3 et suivants du code de l'action sociale et de la famille, article 434-3 du code pénal.

27 Article « Une femme enceinte sur sept est mineure » par France-Guyane, publié le 24/11/2015, disponible sur : <http://www.franceguyane.mobi/actualite/education-sante-environnement/une-femme-enceinte-sur-sept-est-mineure-269201.php>

28 Voir les informations générales sur les grossesses des adolescentes du Fonds des Nations Unies pour la population : <http://www.unfpa.org/fr/grossesses-adolescentes>

29 Selon l'enquête de l'INSEE de 2014, les femmes en couple voient leur taux d'activité baisser au fur et à mesure que le nombre d'enfants à charge progresse.

30 ORS d'Île de France et INPES, op. cit., p. 29 ; ORS La Réunion, op. cit., p. 57.

31 Audition de Carine Favier, Conseil d'Administration de la Confédération du Planning familial.

32 Audition de Carine Favier, Conseil d'Administration de la Confédération du Planning familial.

élevés de recours à l'IVG, y compris répété, et l'usage important à la pilule du lendemain. S'agissant de cette dernière, le décret 2002-39 du 9 janvier 2002 instaurant la gratuité et la délivrance sans ordonnance pour les mineurs de la contraception d'urgence semble assez connu des 15-17 ans notamment³³. A cet égard, la CNCDH s'inquiète de ce que certaines femmes demeurent en marge des dispositifs de prévention et de soin et connaissent des difficultés d'accès aux informations en matière de planification des naissances³⁴. Ainsi, l'enquête KAPB de 2012 dans les départements français d'Amérique (DFA) a mis en lumière d'importantes lacunes en matière de connaissance de la contraception et du risque de grossesse : en Guyane, près d'un quart des personnes interrogées pensaient que se laver après un rapport sexuel diminuait le risque de grossesse ou ne savait pas répondre à la question. De même un quart des habitants des DFA considèrent que se retirer avant la fin du rapport sexuel est une méthode de contraception efficace.

Si les taux élevés d'interruption de grossesse révèlent un déficit des politiques publiques en matière de contraception, ils reflètent aussi l'insuffisance des politiques mises en œuvre de réduction des violences sexuelles. Ainsi, en Guyane, un lien significatif peut être dressé entre les IVG répétées et les violences subies par les femmes ; une observation portant sur la commune de Saint-Georges (Guyane) a révélé que 100% des femmes ayant recours à l'IVG déclarait être victimes de violences³⁵. Si ces chiffres ne sont pas extrapolables à toutes les situations de demandes d'IVG et à tous les territoires ultramarins, ils reflètent néanmoins la carence des politiques d'éducation à une sexualité fondée sur le consentement et le respect et celles d'information sur la contraception.

Une forte prévalence des infections sexuellement transmissibles.

Les indicateurs relatifs aux maladies sexuellement transmissibles et à la contamination par le VIH mettent en évidence une situation contrastée selon les territoires considérés et des caractéristiques très spécifiques à l'outre-mer. Mayotte est un cas à part car la situation de ce département est difficile à évaluer, en raison du peu de données disponibles³⁶.

33 Audition de Carine Favier, Conseil d'Administration de la Confédération du Planning familial.

34 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard, et M. François Lacapère ; audition de Mme Sara Briolin, Association Femmes en devenir (Guyane); audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe).

35 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard, et M. François Lacapère.

36 On dispose néanmoins de chiffres pour 2015, indiquant une moyenne de 12,4 nouvelles découvertes de séropositivité pour 100 000 habitants, un chiffre à relativiser face aux difficultés d'accès au dépistage.

En ce qui concerne la contamination au VIH, alors que la Réunion et la Polynésie semblent moins touchées que la France métropolitaine, la prévalence est au contraire bien supérieure en Guyane et aux Antilles, comme le soulignent les auteurs de l'enquête KAPB Antilles-Guyane dans leur introduction. Le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité y est beaucoup plus élevé que la moyenne nationale : alors que, en 2015, selon la moyenne nationale, 8,9 personnes sur 100 000 ont découvert leur séropositivité, elles étaient 74,3 en Guyane, 34,2 en Guadeloupe, et 21,4 en Martinique³⁷.

Cette situation est d'autant plus inquiétante qu'elle se double de spécificités qui renforcent la vulnérabilité des populations touchées. En effet, contrairement à l'hexagone, la très grande majorité des contaminations se fait dans le cadre de rapports hétérosexuels. Dans les départements français d'Amérique (DFA), parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2009 et 2012 et dont le mode de contamination est connu, 87,7% l'ont été par un rapport hétérosexuel, contre 53,2% en métropole^{38 39}. Conséquence directe, les femmes y sont plus atteintes par l'épidémie que les hommes, ce qui s'explique à la fois par les spécificités de la transmission du VIH (la personne pénétrée étant plus exposée aux risques de contamination) et par le fait qu'elles aient moins la maîtrise de la prévention que les hommes. Comme pour la contraception, moins la sexualité est souhaitée, et moins les femmes peuvent obtenir de leur partenaire qu'il se protège. Médecins du Monde insiste ainsi sur l'importance des liens de dépendance dans l'exposition de femmes au virus : « chez les femmes en situation de dépendance économique ou affective, la crainte d'une mise à l'écart par le partenaire peut limiter les possibilités de négociation autour du préservatif ». De surcroît « le multi-partenariat de leur partenaire les expose indirectement au risque de contamination, et cela d'autant plus qu'il s'agit fréquemment d'un multi-partenariat simultané et engageant des relations durables. Or, les préservatifs sont moins utilisés dans ce type de multi-partenariat »⁴⁰. La précarité des femmes accroît donc leur vulnérabilité face à l'épidémie, dans un contexte de différenciation sexuelle et de domination masculine particulièrement marquées⁴¹. Ainsi, plus exposées, ces femmes seront alors plus sujettes aux discriminations à l'embauche ou dans l'emploi en lien avec leur état de santé.

37 Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique du 23 mars 2017.

38 ORS d'Île de France et INPES, op. cit., 2014.

39 Il faut cependant nuancer ces résultats car il est probable qu'un certain nombre d'hommes contaminés lors d'un rapport avec un autre homme ne le déclarent pas, à cause de l'opprobre pesant sur les relations homosexuelles.

40 Contribution de l'association Médecins du Monde du 19 octobre 2017.

41 *Ibid.*

Une autre caractéristique de l'épidémie en Guyane est le très important nombre de personnes d'origine étrangère qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins spécialisés. 76% des personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2009 et 2012 et 76,6% des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital étaient étrangères. Pour mémoire, la proportion de personnes étrangères dans la population guyanaise est de 35%, ce qui indique qu'elles sont surreprésentées dans l'épidémie de VIH qui sévit en Guyane⁴². Une observation plus fine révèle qu'en 2015, 47 % des personnes découvrant leur séropositivité en Guyane étaient nées en Haïti⁴³. Il ressort ainsi qu'une partie importante de ces personnes soient vulnérables au double titre de leur statut sérologique et de leur statut de personne immigrée sur le territoire français⁴⁴.

Enfin les personnes dont la séropositivité est diagnostiquée en outre-mer sont souvent plus âgées qu'en métropole. Surtout, elles la découvrent à un stade plus avancé et sont donc non seulement susceptibles de contaminer d'autres partenaires, mais risquent également de souffrir de plus de complications et de pathologies associées. Le nombre de nouveau cas de sida est 10 fois supérieur à celui de la moyenne nationale en Guyane et 4 fois supérieur en Martinique. Dans les DOM en général, le taux de diagnostics précoces n'est que de 32% contre 41% en métropole hors Ile de France et 39% en Ile de France⁴⁵.

Concernant l'état de santé des personnes séropositives, il faut cependant distinguer la situation antillaise de la situation guyanaise : si la mortalité liée au VIH est similaire en Guadeloupe, Martinique et certaines régions particulièrement touchées de l'hexagone (Île-de-France, PACA), en revanche la Guyane se distingue par un taux de mortalité 10 fois supérieur à la moyenne nationale. Ces chiffres sont à mettre en relation avec les problématiques spécifiques de la Guyane en matière d'accès aux soins^{46 47}.

Une autre source d'inquiétude pour la CNCDH est le rejet et l'isolement qui frappent les personnes séropositives, ayant pour conséquence la fragilisation de leur situation économique et sociale aux Antilles, en Guyane et à la Réunion. En effet, dans ces

⁴² *Ibid.*

⁴³ Marion Petit- Sinturel, Lydéric Aubert, Mathilde Melin, Françoise Cazein. Bulletin de veille sanitaire — N° 3 / Décembre 2016 / IST-VIH « *Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique* ».

⁴⁴ Contribution de l'association Médecins du Monde du 19 octobre 201.

⁴⁵ Institut de veille sanitaire, découvertes de séropositivité VIH et de sida, point épidémiologique au 1er avril 2016 (Données au 31/12/2014 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration).

⁴⁶ A ce sujet, voir l'avis de la CNCDH précité relatif *au droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins*, 17 octobre 2017, p. 21-22.

⁴⁷ Contribution de l'association Médecins du Monde du 19 octobre 2017.

territoires, les préjugés et les discriminations sont plus présents qu'en métropole car le niveau d'acceptation des personnes séropositives, bien qu'en amélioration, reste faible⁴⁸. En 2012, 76,5% des personnes interrogées aux Antilles déclaraient qu'elles accepteraient « d'aller manger chez une personne séropositive », 81% à La Réunion et seulement 71,5% en Guyane, contre 90% en île de France⁴⁹. Cela conduit les personnes à taire leur maladie, et à vivre dans l'isolement : entre un tiers et un quart des personnes vivant avec le VIH aux Antilles et en Guyane n'a parlé de sa maladie à personne dans son entourage, contre seulement 5% des personnes vivant en métropole⁵⁰.

Cette stigmatisation, couplée au nombre important de personnes d'origine étrangère concernée explique la situation économique très précaire des porteuses du virus. L'enquête Vespa 2 montre qu'en Guyane, près de 40% des personnes séropositives n'ont pas pu manger à leur faim, et ce chiffre monte à presque 60% à Saint-Martin. Ceci est d'autant plus inquiétant que les personnes élevant seules un enfant – principalement des femmes – forment 15,6% du total des personnes séropositives en Martinique, 19,5% en Guadeloupe, 34,1% à saint Martin et 21,9% en Guyane⁵¹.

Concernant les autres infections et maladies sexuellement transmissibles, on retrouve aussi des spécificités par rapport à la métropole. La prévalence de l'hépatite B rappelle celle du VIH, la Guyane, la Guadeloupe et Mayotte présentant une prévalence beaucoup plus élevée que les autres départements, mais paradoxalement un nombre plus restreint d'ALD⁵². Concernant la syphilis et les gonococcies, si ces affections connaissent une recrudescence partout en France, celle-là semble encore plus franche à la Réunion qu'en métropole⁵³. La Nouvelle Calédonie semble aussi touchée par cette hausse⁵⁴. Comme pour le VIH, dans les communes isolées de Guyane, où l'on soupçonne une forte prévalence des chlamydias, le dépistage reste difficile⁵⁵, tout comme il reste difficile pour les lésions précancéreuses du col de l'utérus dues à un papillomavirus sexuellement transmissible. Les taux d'incidence et de mortalité liés à ce cancer sont plus élevés dans

48 ORS d'Île-de-France et INPES, *op. cit.*, 2014, p. 147 ; ORS de La Réunion, *op. cit.*, 2015, p. 82

49 Pour l'Île-de-France, le chiffre est issu de l'enquête de l'Observatoire régionale de santé d'Île-de-France, « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 » (KABP 2011), p. 51.

50 Enquête ANRS-Vespa 2, 2013.

51 Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête anrs-Vespa2, BEH26-27, juillet 2013.

52 Les points essentiels de l'Hépatite B sont à retrouver sur le site de « Santé publique France » dans l'article publié le 16/05/2014, disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Indicateurs-regionaux-de-surveillance-de-l-hepatite-B>

53 Pagès F., D. Viriot, N. Ndeikoundam, « Surveillance de la syphilis et des gonococcies sur l'île de La Réunion », *Bulletin de veille sanitaire du Cercle Océan indien*, n°35, août 2017, pp. 13-17.

54 *Situation sanitaire en Nouvelle Calédonie*, DASS, 2015.

55 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère.

les départements d’Outre-mer qu’en métropole.

Au-delà de ce sombre tableau, il faut relever quelques évolutions positives. Globalement, la situation épidémiologique liée au VIH en outre-mer semble s’améliorer : ainsi on observe une baisse des découvertes de nouvelles séropositivité en Guyane et en Guadeloupe entre 2011 et 2015 (mais au contraire une hausse en Martinique). On constate aussi que la prise de conscience des risques que présente le VIH a fortement progressé aux Antilles et en Guyane, contrairement à la métropole où elle régresse. Ainsi, l’enquête KABP de 2012 révèle que le nombre de personnes qui affirmaient craindre le virus est nettement plus élevé qu’en métropole⁵⁶ : 70,6% des personnes nées et vivant dans les départements français d’Amérique disent craindre le virus, contre 18% des personnes interrogées en métropole. Ceci facilite la mise en œuvre des actions de dépistage, dont l’opinion publique reconnaît l’importance⁵⁷, d’autant plus lorsque le VIH est dissocié de l’homosexualité, celle-ci étant presque toujours très mal perçue. Enfin, l’enquête révèle aussi que si les connaissances sur le VIH et ses modes de transmission ne sont pas totalement acquises, elles sont en progression en Guadeloupe et à la Martinique.

La prise de conscience de l’émergence de l’épidémie de Sida a également incité les personnes à utiliser un préservatif dès le premier rapport. À la Réunion, grâce à des campagnes de sensibilisation, l’utilisation du préservatif n’a cessé d’augmenter pour atteindre 77 % d’utilisation alors que la part des autres modes de contraception lors du premier rapport reste stable et faible, et n’excède pas 20 %, y compris la pilule⁵⁸.

B. Des sociétés marquées par l’existence de discriminations à l’encontre des femmes et les personnes LGBT.

Parmi les causes des nombreuses atteintes aux droits sexuels et reproductifs constatées dans les Outre-mer, le poids des préjugés et des stéréotypes de genre (1) est déterminant. Les croyances de certaines communautés religieuses (2) et l’invocation de certaines « traditions » (3) peuvent également contribuer à rendre ces droits moins effectifs.

⁵⁶ ORS d’Île de France et INPES, op. cit., 2014, p. 133.

⁵⁷ Audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe).

⁵⁸ ORS de La Réunion, op. cit., 2015, p. 53.

Le poids des préjugés et des stéréotypes de genre.

Les stéréotypes de genre et autres préjugés sexistes, qui n'épargnent pas la métropole, sont présents dans les sociétés ultramarines. Plusieurs associations auditionnées par la CNCDH⁵⁹ ont souligné que, parmi les jeunes générations, la sexualité féminine fait l'objet de représentations sociales propices aux violences : les femmes tendent ainsi à être représentées comme des actrices passives du rapport sexuel ; la recherche du plaisir féminin, en particulier, n'est pas valorisée⁶⁰, le viol est passé sous silence, subi sans donner lieu à une plainte, « banalisé » dans les discours juvéniles⁶¹. Face à cela, comme elle l'avait fait dans son avis sur les violences contre les femmes et les féminicides de 2016, la CNCDH souligne que l'éducation à la sexualité ne peut se réduire à la connaissance des mécanismes de procréation et de contraception. Elle doit intégrer la connaissance des droits sexuels et reproductifs, les fondements du respect mutuel, de l'estime de soi, de la connaissance du corps féminin.

Des stéréotypes de genre peuvent également assigner la maternité à un rôle social des femmes « par défaut ». Ainsi, dans un contexte marqué par la pauvreté et le chômage, la maternité peut représenter pour les jeunes femmes une manière d'accéder à un rôle social. Or, le fait d'être mère, dans des territoires où il y a peu de solution de garde d'enfants et où la maternité conduit souvent à la cessation des études, renforce les risques de déscolarisation et de chômage. Se met en place un cercle vicieux, qui prive les femmes de la pleine jouissance de leur citoyenneté économique et sociale. Il a pu aussi être suggéré que l'accès aux prestations sociales liées à la maternité – qualifié familièrement « d'argent-braguette » – pouvait constituer une incitation supplémentaire pour des jeunes femmes vivant dans le dénuement à mener leur grossesse à terme⁶². Cependant, comme l'a souligné le Planning familial, dès qu'on offre aux jeunes filles des perspectives d'autonomisation, le taux de grossesses précoces chute considérablement. Ainsi, en Nouvelle Calédonie, le Service Militaire Adapté (SMA) peut représenter pour certaines jeunes filles une opportunité d'échapper à des conditions de vie qui les maintiennent dans la pauvreté, et leur ouvrir des perspectives d'avenir⁶³.

59 Audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe); audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère.

60 Audition de la Fédération Total Respect : Mme Juëlle Boyer, M. David Auercbach, M. Pascal A. et Mme. Yuri X. ; audition de Mme Erica Mancel Salino, hôpital de Nouméa et « Femmes au-delà des mers ».

61 Audition de Mme Carine Favier, Conseil d'Administration de la Confédération du Planning familial.

62 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère.

63 CNCDH, Avis sur l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer, 6 juillet 2017 : Le SMA est un dispositif militaire d'insertion socioprofessionnelle des jeunes ultramarins, de 18 à 25 ans, éloignés du marché de l'emploi (60 % de jeunes non titulaires du brevet des collèges, au moins 35 % en situation d'illettrisme).

Par ailleurs, la situation des personnes gaies, lesbiennes, bi et trans est préoccupante dans certains territoires ultramarins. Les LGBTphobies ressortent du même phénomène de sexisme fondé sur des rôles sociaux dépeints comme immuables et où la virilité est constamment valorisée. La figure de l'homosexuel masculin comme de la femme transgenre est perçue comme particulièrement subversive et les violences les visant sont légitimées. L'enquête KAPB sur les DFA montre ainsi que 51,8% des hommes et 45,7% des femmes y habitant considèrent l'homosexualité comme une « sexualité contre nature ». Ils sont respectivement 17,6% et 13,3% à trouver que c'est le signe d'un « problème psychologique grave ».

Ainsi, le poids social de l'homophobie peut empêcher les personnes de vivre leur sexualité au grand jour : l'homosexualité, pour être acceptée, doit rester discrète, cachée. Ce rejet se traduit par un tissu associatif très réduit, et l'absence de lieux communautaires de sociabilité où les personnes puissent échanger et s'informer. En conséquence, les personnes homosexuelles, tout comme, plus largement, les personnes ayant des relations sexuelles avec des personnes de même sexe mais qui ne se définissent pas comme homosexuelles constituent un public plus difficile à atteindre pour les actions de prévention⁶⁴. Les rencontres se passent lors de soirées privées, ou via des rendez-vous fixés par des échanges en ligne, anonymes et exposant les personnes à des violences éventuelles. Dans ces conditions, et compte tenu de l'opprobre pesant sur l'homosexualité et la transidentité, presque aucune plainte n'est déposée, les victimes n'osant pas dénoncer les discriminations ou les violences dont elles sont victimes⁶⁵.

Le départ pour la métropole semble alors la solution pour les personnes souhaitant sortir de l'ombre, s'épanouir, vivre en couple ou fonder une famille.

A cet égard, la CNCDDH s'inquiète de l'irresponsabilité avec laquelle certains élus ultramarins font état de leur hostilité à l'égard de l'homosexualité ; certains de ces propos étant assimilables à des appels à la haine. Cet opprobre diffus qui vise l'homosexualité, combinée à l'exiguïté de sociétés insulaires dans lesquelles « tout le monde se connaît », contraint les personnes ayant des relations homosexuelles à vivre leur sexualité « *anba fèy* » – sous la feuille –, c'est-à-dire dans l'anonymat⁶⁶. Néanmoins, il faut saluer la prise de conscience par les pouvoirs publics et par certains élus des difficultés que rencontrent

64 Audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe).

65 Audition du DILCRAH, Réunion de la délégation aux outre-mer de l'assemblée nationale, 18 octobre 2017.

66 Audition de la Fédération Total Respect, Mme Juëlle Boyer, M. David Auerbach, M. Pascal A. et Mme. Yuri X.

les personnes LGBT, qui a commencé par la mise en place des états généraux des LGBT-phobies outremer au ministère des Outre-mer en 2016. La CNCDH tient à saluer l'initiative de la délégation aux Outre-mer de l'assemblée nationale qui a invité le DILCRAH pour évoquer les questions de haine LGBT en outremer et a résolu d'inclure cette question dans un rapport sur les discriminations touchant les populations ultramarines⁶⁷.

Concernant la transidentité, les informations sont encore moins nombreuses. À cet égard, la CNCDH regrette que les enquêtes KABP n'aient pas pris en compte la transidentité, d'autant que cette population est particulièrement vulnérable et présente une très forte prévalence au VIH en métropole. Les personnes trans semblent cependant commencer à être plus visibles, notamment à la Réunion, où l'association RIVE qui a monté un groupe d'information avec des personnes concernées. Concernant la Polynésie, il existe des statuts traditionnels, les Rae Rae (personnes adoptant l'apparence et les comportements traditionnels de l'autre sexe, avec une sexualité généralement considérée comme homosexuelle) et les Mahu (garçon élevé pour tenir un rôle traditionnel plus féminin, mais qui s'habille en homme et mène une vie hétérosexuelle). Faute d'étude sur le sujet, il est cependant difficile de savoir si toutes les personnes trans se reconnaissent dans ces identités. Et si les Mahu sont considérés comme bien acceptés par la société, la situation des Rae Rae est difficile à évaluer, les sources divergeant sur cette question.

L'influence de certaines communautés religieuses

Plusieurs interlocuteurs⁶⁸ de la CNCDH ont souligné le rôle à ne pas négliger de certaines communautés religieuses dans les freins à la contraception. En Guyane, des églises évangéliques, ainsi que certains prêtres de l'Eglise catholique véhiculent un message de dissuasion concernant l'utilisation de la contraception⁶⁹. A la Réunion, l'enquête KABP montre une nette corrélation entre la prise de moyens contraceptifs et le sentiment religieux des femmes : moins la religion est importante pour la femme, plus elle aura tendance à utiliser une contraception l'année du premier rapport ou les années antérieures au premier rapport. Au contraire, plus la religion a une place importante dans sa vie, plus la première prise de contraception est retardée et aura tendance à succéder à l'année du premier rapport⁷⁰. L'enquête KAPB dans les DFA de 2012 a aussi montré que les personnes les plus attachées à la religion, et plus particulièrement les hommes, sont

67 Réunion de la délégation aux outre-mer de l'assemblée nationale, 18 octobre 2017.

68 Audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe); audition de la Fédération Total Respect : Mme Juëlle Boyer, M. David Auercbach, M. Pascal A. et Mme Yuri X. ; audition de Mme Carine Favier, Conseil d'Administration confédéral au niveau de la Confédération du Planning familial.

69 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère.

70 ORS de La Réunion, op. cit., 2015, p.13.

celles qui connaissent le moins le VIH, ses modes de transmission et les méthodes de prévention ainsi que les méthodes de contraception et du risque de grossesse. Ce sont aussi ceux qui rejettent le plus les personnes séropositives.

Le poids de la religion peut aussi expliquer en partie le rejet dont sont victimes les personnes homosexuelles et transgenres. Cette même enquête montre en effet que les personnes pour qui la religion a beaucoup d'importance, sont 78,3% (hommes) et 67,2% (femmes) à considérer l'homosexualité comme « contre nature » ou comme signe d'un problème psychologique grave, contre 54,3% des hommes et 31,5% des femmes qui accordent peu d'importance à la religion⁷¹.

Le poids des traditions

Les pratiques dites traditionnelles ne sauraient excuser des atteintes aux droits fondamentaux des personnes, et notamment des enfants. Certains cas de grossesses précoces chez des mineures âgées de moins de 15 ans, en Guyane et en Nouvelle-Calédonie sont particulièrement alarmants en ce qu'ils s'inscrivent dans des schémas dits traditionnels. Au sein de certaines communautés amérindiennes ou kanak, par exemple, l'union matrimoniale est parfois conçue comme pouvant intervenir aux premières menstrues⁷² et les viols et violences sexuelles sur mineures – y compris de caractère incestueux, certaines communautés perpétuant un droit de défloration par un membre de la famille – sont acceptés par quelques communautés alors même qu'elles portent gravement atteinte aux droits des enfants et à l'intégrité corporelle. De telles pratiques, dont les conséquences sont désastreuses, appellent une action déterminée des pouvoirs publics.

C. De nombreux obstacles à l'accès aux droits des femmes et des personnes LGBT : éducation, à la prévention, accès aux soins et à la justice

La garantie des droits sexuels et reproductifs en outre-mer implique de surmonter deux défis majeurs, liés à la garantie situation géographique (1) et au manque criant de moyens (2) accentuant les obstacles à l'accès aux soins et à la prévention.

⁷¹ ORS de l'Île-de-France et INPES, *op. cit.*, 2014, p. 168.

⁷² Audition de Mme Ernestine Ronai, CESE ; audition de Mme Sara Briolin, association Femmes en devenir (Guyane).

Surmonter l'isolement géographique, un défi pour les territoires ultramarins

La plupart des territoires ultramarins sont des îles d'origine volcanique, très éloignées de la métropole, avec un relief marqué qui favorise les difficultés de communication, accentuant l'isolement de certaines zones. En l'absence de transports publics, se rendre à plusieurs kilomètres pour consulter un médecin, obtenir des renseignements ou même porter plainte, est parfois difficile, ce qui rend l'exercice des droits fondamentaux complexe. La Guyane, avec sa jungle intérieure et son manque de routes, pose des problèmes spécifiques. A cet égard, la CNCDH regrette que la ville de Saint-Laurent-du-Maroni, loin d'être une commune isolée, ne soit pourtant pas dotée d'un Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)⁷³.

De surcroît, l'insuffisance d'infrastructures, notamment de santé, dans les pays frontaliers entraîne des migrations spécifiques, comme à Mayotte où les femmes comoriennes viennent accoucher, ou en Guyane avec le Surinam. On soulignera que les zones frontalières ou isolées paraissent particulièrement sensibles à la persistance de foyers épidémiques, notamment pour les IST, et posent des problèmes considérables en termes de dépistage ainsi que d'accès et de suivi du traitement⁷⁴. À Saint-Laurent-du-Maroni, la mobilité transfrontalière des populations, la difficulté de dépister et traiter les affections parmi les personnes en situation irrégulière⁷⁵ et la carence de structures sanitaires du côté surinamien de la frontière compliquent la lutte contre l'épidémie du VIH.

Enfin, il faut noter que l'isolement géographique pose souvent des problèmes en termes de confidentialité. En effet, les questions touchant à la sexualité, notamment chez les jeunes et particulièrement en cas de violence, de grossesse précoce ou d'homosexualité sont particulièrement sensibles et nécessitent une certaine confidentialité difficile à obtenir dans des territoires où tout le monde se connaît. De même il peut être difficile de porter plainte dans de telles conditions ou d'avouer une grossesse non désirée. C'est pourquoi certaines jeunes femmes choisissent de prendre l'avion depuis l'intérieur de la Guyane pour avorter plus discrètement sur la côte, ce qui aggrave les inégalités et les discriminations à l'égard des plus démunies.

⁷³ Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère.

⁷⁴ Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère.

⁷⁵ Audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe).

Un manque de moyens accentuant les obstacles à l'accès aux soins et à la prévention

Ces obstacles géographiques se doublent souvent d'un manque de moyens et donc de personnels et de structures adaptées. La Guyane, en particulier, présente des problèmes d'accès aux soins en matière sexuelle et reproductive évidents. Aujourd'hui, les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) disséminés sur le territoire guyanais et financés par une mission d'intérêt général de l'hôpital de Cayenne, ne sont pas habilités à fournir tous les traitements et le suivi nécessaire à une prise en charge complète de la maternité ou d'une IST⁷⁶, tandis que le déficit de médecins rend difficile l'ouverture des structures intermédiaires de référence. De ce fait, les accouchements en milieu médical et les IVG chirurgicales, par exemple, ne peuvent être pratiqués que dans les services hospitaliers de la côte.

Les actions de prévention et notamment en milieu scolaire, se heurtent également à des obstacles de cette nature. L'exemple le plus criant est Mayotte, qui présente une médecine scolaire défaillante, alors que celle-ci devrait constituer une priorité. En effet, l'île ne possède que trois médecins scolaires alors que plus de la moitié de la population a moins de 20 ans et que des dizaines de milliers d'enfants sont scolarisés. Par ailleurs, la contraception préventive est relativement boudée, tandis que le recours à la contraception d'urgence est bien supérieur à la moyenne nationale⁷⁷.

L'éducation sexuelle et affective, prodiguée en plus des enseignements de science et vie de la terre, est obligatoire en vertu du code de l'éducation. Elle devrait donc toucher tous les jeunes français, y compris les jeunes ultramarins. Mais, les dispositifs en place ne semblent pas porter pleinement leurs fruits dans les territoires d'outre-mer, si l'on considère ne serait-ce que le taux élevé de premier rapport non « souhaité » et de grossesses non désirées. En la matière, les agents de l'ARS de l'Océan indien suggèrent que les trois séances annuelle d'éducation sexuelle et reproductives, prévues par l'article L. 312-16 du code de l'éducation ne sont pas suffisantes dans le contexte réunionnais⁷⁸.

Le manque de moyens humains et financiers est d'autant plus regrettable que l'accès aux soins des populations qui en sont éloignées pour des raisons géographiques

76 Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère ; audition de Mme Sara Briolin, association Femmes en devenir (Guyane) ; audition de M. Jacques Cartiaux, ARS de Guyane.

77 Audition de Madame Barbaille, santé publique délégation de l'île de Mayotte et Etienne Guillot, ARS Océan indien.

78 Sylvie Boukerrou, Joëlle de Boisvilliers et Anh-Dao Nguyen, « Île de la Réunion : centres de santé sexuelle et intervenants en milieu scolaire », *La santé en action : la revue de l'Inpes*, n°438, Décembre 2016.

ou sociales pourrait parfois être assuré par le tissu associatif. Ainsi, concernant le dépistage du VIH, le TROD (Test rapide d'orientation diagnostique) facilite la promotion de l'information et du dépistage de l'infection à VIH auprès des populations éloignées du système de santé. C'est un outil simple pouvant être utilisé par des bénévoles, non professionnels de santé à condition d'avoir été formés. L'utilisation de cet outil doit être encouragée par les autorités sanitaires et doit favoriser et valoriser une approche intégrant la participation communautaire.

Ainsi, présent en Guyane depuis 2003, Médecins du Monde après avoir mis en place une consultation médico-sociale pour les personnes exclues du système de santé, a développé une action mobile hors les murs qui a permis la réalisation de plus de 500 TROD VIH en 2016⁷⁹. Ce projet s'inscrit dans le programme régional de dépistage par des actions opérationnelles menées en partenariat avec des associations locales telles que l'AFDG (public Travailleuses du Sexe), Entraides (public PVVIH), AGRRR (public usagers de drogues), la DAAC, et l'Arbre à Fromager (public femmes victimes de violence)⁸⁰. S'appuyant sur cet exemple, la CNCDH ne peut que rappeler l'importance des actions coordonnées entre différents acteurs dans les territoires et le caractère primordial du rôle d'animation et de pilotage des autorités publiques.

⁷⁹ Le TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) permet d'avoir un résultat en 30 minutes maximum. Il est totalement fiable trois mois après une prise de risque VIH.

⁸⁰ Contribution de Médecins du Monde du 19 octobre 2017.

PARTIE II - Garantir les droits sexuels et reproductifs pour améliorer la situation sociale des femmes et des personnes LGBT : les recommandations de la CNCDH

A. Lutter contre les stéréotypes et préjugés de genre et renforcer la prévention

Protéger effectivement la santé sexuelle et reproductive implique de prendre différentes mesures permettant de faire prendre conscience de l'ampleur du phénomène des violences de genre (1) et de renforcer la prévention en milieu scolaire en mettant l'accent sur la notion de consentement et en abordant l'homosexualité et la transidentité (2). Par ailleurs, cela suppose une adaptation aux spécificités locales (3) et à l'âge des victimes compte tenu de la vulnérabilité particulière de certaines adolescentes (4).

Faire prendre conscience de l'ampleur du phénomène et renforcer l'engagement des décideurs locaux.

La CNCDH s'inquiète du manque de mobilisation des élus locaux en matière de droits des femmes et de lutte contre les violences de genre et les discriminations ; par comparaison, la mobilisation des Agences régionales de santé peut être soulignée. Il semble donc nécessaire de faire preuve d'une pédagogie accrue pour montrer combien l'amélioration des droits des femmes, de leur santé et de leur situation sociale, thématiques qui sont intimement liées, est un sujet prioritaire qui bénéficierait à la société tout entière.

Pour cela, il est nécessaire d'avoir une meilleure compréhension des phénomènes, par l'extension d'enquêtes portant actuellement uniquement sur la France métropolitaine, et la réalisation de nouvelles enquêtes. Ainsi, la CNCDH se prononce en faveur de l'extension de l'enquête « Dépister les violences faites aux femmes » (DeViFFe) aux collectivités d'Outre-mer, comme le réclament les interlocuteurs de la Commission en Nouvelle-Calédonie. Il serait aussi indispensable de mener une enquête éclairant les phénomènes de discrimination et de violence en raison de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle, pour lesquels aucune information n'est disponible. Si ces enquêtes sont coûteuses, elles n'en demeurent pas moins la traduction d'un engagement des pouvoirs publics et sont nécessaires pour éclairer l'action policière et judiciaire en matière de

violences de genre⁸¹. Par ailleurs, la CNCDH salue la décision de la délégation aux Outre-mer de l'Assemblée nationale de demander un rapport sur les discriminations dont sont victimes les ultramarins, incluant la situation des personnes LGBT pour bénéficier d'un constat plus précis de la situation, face au manque de données actuellement disponibles. Ce rapport gagnerait cependant à comporter un chapitre sur les discriminations sexistes, d'autant qu'il doit aussi traiter des problèmes de racismes et de handiphobie.

Recommandation 1 : la CNCDH appelle à l'extension de l'enquête « Dépister les Violences faites aux femmes » (DeViFFe) aux collectivités territoriales et à la mise en place d'enquêtes de victimation sur les LGBTphobies.

Pour organiser et pérenniser la coopération des différentes institutions, il est nécessaire de mettre en place des plans d'action déclinés localement de plan nationaux⁸², comme cela a pu être fait pour le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Cependant, les plans d'action locaux ne doivent pas se limiter au domaine de la santé. Au-delà de l'approche de santé publique, les plans d'action doivent intégrer aussi une approche fondée sur l'ensemble des droits sexuels et reproductifs, en ciblant les populations en situation de discrimination, afin de favoriser une mise en œuvre plus holistique et horizontale des services de santé sexuelle et reproductive.

Recommandation 2 : Étendre systématiquement les plans nationaux aux territoires ultramarins dans des déclinaisons spécifiques. Assurer un suivi de la mise en place des plans d'action pour améliorer l'accès des femmes aux soins et de lutte contre les discriminations et violences à l'échelle territoriale, incluant une évaluation systématique

Recommandation 3 : A Mayotte, pour pallier le manque d'informations, dresser un état des lieux permettant d'établir un diagnostic circonstancié de la situation et mettre en place un plan d'action en matière de contraception.

81 Audition de Mme Ernestine Ronai, CESE ; audition de Mme Erica Mancel Salino, hôpital de Nouméa et «Femmes au-delà des mers».

82 À ce sujet, voir l'avis de la CNCDH relatif au droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins du 17 octobre 2017, p.26.

Renforcer la prévention en milieu scolaire en mettant l'accent sur la notion de consentement et en abordant l'homosexualité et la transidentité.

Le nombre très élevé de premiers rapports sexuels pas totalement « souhaités », de viols révélés par les enquêtes KABP Antilles-Guyane et La Réunion, ainsi que le nombre inquiétant de grossesses précoces⁸³ exige de porter le regard sur les viols et agressions sexuelles, qui sont trop souvent tolérés et, dans certains contextes, reçoivent même la caution des « traditions »⁸⁴. Face au constat de la banalisation des violences sexuelles, de nombreuses associations d'éducation à la sexualité agissant auprès des jeunes insistent sur les questions de consentement et d'écoute mutuelle⁸⁵. Il apparaît ainsi important de ne pas limiter la formation aux seules filles, mais d'insister sur l'information des garçons, notamment en matière de contraception. Dans son avis sur les violences de genre et les féminicides de 2016, la CNCDH soulignait que l'éducation à la sexualité, qui devrait occuper une place de premier ordre dans le dispositif de prévention des discriminations et de promotion de l'égalité filles-garçons, est encore insuffisante. Les séances d'éducation à la sexualité, au nombre de trois par année scolaire, ne sont pas systématiquement mises en œuvre dans les établissements scolaires et, quand elles le sont, n'abordent que rarement les problématiques liées aux violences sexistes. Le baromètre du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes « Éducation à la sexualité en milieu scolaire » montre ainsi que 25 % des écoles répondantes déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité, nonobstant leur obligation légale, et que, surtout dans le secondaire, il était fort rare que les trois séances soient effectuées. Il révèle aussi que les questions de violences sexuelles et de discriminations font partie des thèmes les moins abordés lors de ces séances⁸⁷.

83 ORS d'Île-de-France et INPES, *op. cit.*, 2014, p.127 ; ORS de La Réunion, *op. cit.*, 2015, p. 45

84 Auditions de Mme Ernestine Ronai, CESE ; audition de Mme Sara Briolin, association Femmes en devenir (Guyane).

85 Auditions de Mme Sara Briolin, association Femmes en devenir (Guyane) ; audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe).

86 L'avis de la CNCDH relatif à l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer du 6 juillet 2017 (p.65-66) avait relevé que l'éducation à l'expression du consentement et au respect de l'autre était apparue essentielle aux acteurs de l'institution scolaire : Au sein des établissements scolaires, les services du rectorat ont recensé 233 mineures enceintes en 2015 en Guyane et pas moins de 328 à Mayotte en 2016. L'École a un rôle incontestable à jouer en la matière, tant en termes de prévention que d'accompagnement. Le volet préventif et éducatif – assuré notamment par les personnels de santé scolaire et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) – devrait notamment être axé sur la libération de la parole. Les auditions menées par la CNCDH ont en effet mis en évidence qu'il s'agissait d'un sujet extrêmement sensible pouvant se révéler tabou, notamment lorsqu'est abordée la question du consentement. Les professionnels (travailleurs sociaux, personnels médicaux, éducation nationale, associatifs) soupçonnent un grand nombre d'abus sexuels, surtout pour les plus jeunes femmes (dès 10-12 ans). Il convient à cet égard de rappeler que les taux de violences à caractère sexuel sont particulièrement élevés dans les territoires d'Outre-mer.

87 Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, 13 juin 2016, p. 6.

Il conviendrait donc de renforcer l'éducation à la sexualité tant en termes de volume horaire que de contenus, sans la limiter à la dimension reproductive de la sexualité, mais en incluant également les questions de relation affective, de consentement, de désir et de plaisir. Il est également important d'intégrer les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre. La CNCDH ne peut qu'insister sur la nécessité d'appliquer ces recommandations sur l'ensemble du territoire, y compris outre-mer.

Recommandation 4 : La CNCDH recommande de veiller à ce que le contenu des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle intègre pleinement les dimensions relatives au consentement, au respect mutuel, à l'estime de soi et au plaisir partagé ainsi qu'à la prévention des violences de genre et des discriminations sexistes. Pour cela, la CNCDH recommande de s'appuyer sur les recommandations formulées par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes dans son rapport sur l'éducation à la sexualité de juin 2016. Les moyens humains et financiers requis pour assurer l'effectivité de l'accès à ces séances d'éducation doivent être mis en œuvre.

Par ailleurs, il apparaît important de favoriser la coopération entre les différents acteurs de prévention et de santé publique. En effet, si différentes actions sont mises en place, à divers échelons, il importe qu'elles soient pensées de manière à être complémentaires afin d'en accroître l'efficacité. Ainsi, le programme d'intervention de prévention en milieu scolaire mis en place par l'ARS Océan indien à La Réunion gagnerait non seulement à être étendu à tous les établissements de cette île, mais aussi à être pris pour modèle par les autres ARS, notamment dans les établissements scolaires où les grossesses précoces sont nombreuses.

Recommandation 5 : Étendre les programmes de prévention en milieu scolaire des ARS partout où les indicateurs montrent des défaillances en matière de santé sexuelle et reproductive.

La lutte contre le sexisme et les LGBTphobies ne peut cependant pas se limiter aux séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. Pour prévenir les discriminations et les violences sur le long terme, les interventions en milieu scolaire sont un outil efficace qui gagnerait à être développé. Par exemple, les interventions du Planning familial intègrent chaque fois que cela est possible ces deux dimensions. Mais comme le soulignait le rapport de Michel Teychenné sur les discriminations LGBTphobes à l'école en juin 2013, les académies sont encore trop peu mobilisées sur ce sujet. La Martinique est cependant une des deux seules académies à avoir pu préciser le nombre d'élèves

spécifiquement concernés par ces actions de prévention LGBTphobes, soit 1566 élèves sur 11 établissements (1,9% des élèves contre environ 2,6% pour la moyenne nationale).

Recommandation 6 : La CNCDH recommande de multiplier les interventions en milieu scolaire sur le sexisme et les LGBTphobies et encourage les académies à développer des modules de formation et des outils spécifiques sur ces questions.

Ces séances de prévention ne doivent cependant pas se limiter au public scolaire, dans la mesure où tous les jeunes ne sont pas scolarisés. On constate que l'entourage de jeunes gens ne relaye pas toujours une réprobation ferme des violences sexuelles et qu'il peut parfois encourager les maternités précoces ; il est dès lors important que le message adressé aux jeunes puisse également atteindre leur famille⁸⁸. Pour les adultes, il serait également nécessaire de mettre en place des formations à la parentalité, en insistant sur le rôle des pères et une vision partagée de la parentalité, pour soulager les femmes des tâches liées aux enfants dont elles assument la part majeure, encore plus dans les Outre-meren outre-mer qu'en métropole. Les caisses d'allocations familiales, qui jouent un rôle important en direction des familles, pourraient être des relais utiles sur ce point.

Recommandation 7 : Penser les actions d'information sur la contraception, le consentement en matière de sexualité, les stéréotypes de genre et le partage des responsabilités parentales au-delà de l'école et les formuler de telle sorte qu'elles puissent être entendues par des personnes ne comprenant pas le français.

Adapter les actions de prévention aux spécificités locales

Afin de penser des actions de prévention et d'information qui soient réellement efficaces, il faut s'appuyer sur les personnes issues des territoires concernés, et notamment sur les associations locales qui sont au plus près des enjeux et savent comment et à qui s'adresser. Un bon exemple est l'action menée en Guyane par l'association Femmes en devenir, dont l'objet est la lutte contre les inégalités, la promotion des droits des femmes et l'action en faveur de la santé, qui s'efforce d'aller à la rencontre des publics isolés et de s'entretenir avec les parents autant qu'avec leurs enfants. Cela peut inclure la nécessité de s'adresser aux chefs coutumiers des communautés de l'intérieur et implique donc une pratique très particulière du métier de prévention et d'éducation sexuelle. De l'aveu même de la présidente de l'association *Femmes en devenir*, pour être efficace, l'action

⁸⁸ Audition de l'ARS et du Réseau périnatalité de Guyane, Mme Stéphanie Bernard et M. François Lacapère.

devrait être considérablement renforcée compte tenu de l'ancrage des déterminants sociaux et culturels.

Recommandation 8 : Construire avec les associations locales les actions de sensibilisation et de prévention à mener et encourager l'approche communautaire et la formation de personnes référentes sur le terrain.

De même, la CNCDH recommande de construire les campagnes d'information et de prévention avec les publics cibles et d'adapter les moyens de communication. Ainsi, l'écart entre la connaissance des moyens contraceptifs acquise à l'école et leur utilisation effective révèle la limite de la prévention scolaire. En effet, l'accessibilité matérielle des moyens contraceptifs et des dispositifs d'accompagnement est une première condition qui doit s'accompagner d'un discours audible par les moins de 18 ans, animés de sensibilités et d'attentes spécifiques. À titre d'exemple, la CNCDH citera l'initiative « Kapot'Péi ! », soutenue par l'association RIVE⁸⁹ : il s'agit de la production et de la distribution de préservatifs masculins sur l'emballage desquels figurent des images humoristiques accompagnées d'un message en créole. Trois étudiants réunionnais sont à l'origine de cette initiative dont la publicité s'effectue sur les réseaux sociaux.

Dans un autre registre, une des campagnes les plus efficaces en matière de santé sexuelle à Mayotte portait sur la limitation du nombre d'enfants. Alors que le discours sur la contraception pouvait se heurter à certains discours religieux, le propos portant sur le nombre d'enfant a été bien mieux perçu. De même, dans ce territoire souffrant d'un fort taux d'analphabétisme, les émissions de prévention à la radio locale ont été très suivies et ont permis de faire passer d'importants messages sur la conjugalité. Pour les jeunes, la communication via les téléphones portables et l'internet, quand ils peuvent y avoir accès, s'avère indispensable ; d'autant que ce sont des supports qui permettent une certaine confidentialité lors de la recherche d'informations sur des sujets sensibles comme l'orientation sexuelle.

Recommandation 9 : Co-construire avec les publics cibles les messages de prévention et d'information afin de mieux les adapter aux spécificités locales et penser à des dispositifs de diffusion adaptés.

En ce qui concerne la lutte contre les discriminations, la prévention passe aussi par

⁸⁹ Descriptif de l'initiative accessible sur le site internet de l'Association Rive : <http://www.association-rive.org/2012/04/02/kapot-pe-i-protection-couleur-reunion/>

des actions de visibilité qui permettent de banaliser l'homosexualité et la transidentité. La CNCDH tient ainsi à saluer par exemple l'action conjointe de l'association OriZon et du centre régional d'information jeunesse à la mairie de Saint Denis de La Réunion à l'occasion de la journée internationale de lutte contre l'homophobie et la transphobie en 2016. Elle se félicite aussi de la tenue de la première *carribbean gay pride* au Carbet en Martinique en juin 2017.

Recommandation 10: Encourager les initiatives de visibilité des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transsexuelles dans l'espace public et leur apporter le soutien des pouvoirs publics, afin de lutter contre l'homophobie et la transphobie.

Mieux protéger les mineures en prenant en compte la vulnérabilité particulière des adolescentes éloignées de leur famille.

À cause de l'isolement géographique de certains territoires, les adolescentes qui souhaitent poursuivre leurs études sont souvent obligées d'intégrer un internat pour le collège et le lycée ou de loger chez des proches⁹⁰. Malheureusement ces structures ne sont pas toujours adaptées et les filles se retrouvent livrées à elles-mêmes et deviennent des cibles privilégiées pour les agresseurs. La CNCDH a ainsi déploré les conséquences de la fermeture des internats durant le week-end⁹¹. Elle recommande donc de réfléchir à des dispositifs plus protecteurs pour que les filles puissent poursuivre leurs études en toute sécurité.

Recommandation 11 : Garantir que les structures d'internat et d'hébergement des adolescents soient en mesure de protéger les mineures et les mineurs, et notamment les filles, grâce à des modalités d'organisation adaptées et à un personnel d'encadrement suffisant et formé. Réfléchir à de nouveaux dispositifs d'hébergement sécurisé, notamment en lien avec les associations.

⁹⁰ Voir l'avis de la CNCDH précité, consacré à l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer, 6 juillet 2017, p.68.

⁹¹ *Ibid.*

B. Permettre à toutes les femmes d'accéder aux soins et mieux accompagner les victimes de violences de genre

Garantir les droits sexuels et reproductifs implique de la part des pouvoirs publics l'adoption de politiques déterminées visant à renforcer l'offre de soins de proximité, à en favoriser l'accessibilité, et à garantir le continuum des soins (1), améliorer l'accès aux soins grâce à des professionnels et des bénévoles plus nombreux et mieux formés (2), soutenir l'action des associations et des petites structures de terrain (3). Pour les zones frontalières, ceci implique de mettre en place une collaboration transfrontalière (4).

Favoriser l'accessibilité, renforcer l'offre de soins de proximité et garantir le continuum des soins.

En tout état de cause, si la prévention des violences sexuelles et des grossesses non désirées exige de travailler sur l'inflexion de certains usages et représentations, elle ne peut se passer également d'une plus grande proximité – à la fois matérielle et culturelle – des services de prévention avec la jeunesse. Certaines mesures sont de l'ordre de l'évidence en la matière, et la CNCDH s'associe au souhait des représentants de l'ARS de Guyane de voir l'ouverture d'un Centre de planification et d'éducation familiale à Saint-Laurent-du-Maroni. Il s'agit également de concentrer les moyens à disposition sur les espaces moins exposés aux messages de prévention, comme les territoires isolés ou quartiers en grande difficulté économique et sociale.

Recommandation 12: La CNCDH recommande l'ouverture d'un Centre de planification et d'éducation familiale à Saint-Laurent-du-Maroni.

Lorsque l'ouverture d'une structure de proximité n'est pas possible, et afin de garantir le continuum de soins, il pourrait être envisagé une mutualisation des moyens avec la mise en place de dispositifs mobiles pour accueillir les filles et les femmes faisant face à des problèmes d'accès aux soins. Un exemple de bonnes pratiques en matière de suivi des grossesses dans des contextes marqués par des problèmes d'isolement est le bus « Santé Bo Kaz », équipé par la Croix rouge et l'ARS de Guadeloupe et faisant office de cabinet médical itinérant. En allant au-devant des populations, ce bus permet de combler la distance géographique qui éloigne les personnes des actions de prévention, de planification, et de soins. Cette offre de soins en santé sexuelle et reproductive est intégrée à l'offre de soins de santé primaires ainsi que le recommande l'OMS. Les pouvoirs publics doivent soutenir et accompagner ces initiatives.

Recommandation 13 : Encourager la mutualisation des moyens des structures et associations locales pour mettre en place des dispositifs itinérants permettant d'atteindre les populations les plus isolées.

Pour ce qui est de l'accompagnement et de l'information, un soutien à distance peut aussi être envisagé par téléphone ou par internet. On se félicitera donc de l'extension du numéro vert du Planning familial « Sexualité, contraception, IVG » aux Antilles et en Guyane cette année, dans l'Océan indien l'année prochaine⁹², qui permettra d'avoir des écoutants de même langue et de même culture. Elle se félicite aussi de l'existence d'une ligne d'écoute pour les personnes LGBT en Guyane et à la Réunion. À cet égard la CNCDH suggère qu'une initiative similaire soit mise en place dans les autres territoires et que la ligne d'écoute du Planning familial soit étendue à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie.

Recommandation 14 : La CNCDH recommande l'extension du numéro vert du Planning familial ou une initiative similaire en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie. Elle recommande aussi la mise en place de lignes d'écoutes opérées par des acteurs locaux pour les personnes LGBT dans les départements et territoires qui en sont dépourvus.

Enfin, pour permettre aux adolescentes de trouver écoute et conseils, voire d'avoir accès à des soins adaptés, il est nécessaire de développer la médecine scolaire. Si les effectifs, qu'il s'agisse de médecins ou d'infirmiers, sont insuffisants en métropole, le manque peut être parfois criant dans certains territoires d'outre-mer. C'est le cas de Mayotte notamment, comme mentionné plus haut, mais le constat semble également pouvoir s'appliquer à la Guyane⁹³.

Recommandation 15 : S'assurer que les postes de médecins et d'infirmiers scolaires soient en nombre suffisant et tous pourvus, en particulier à Mayotte et en Guyane et mettre à leur disposition des moyens de contraception et des préservatifs dans tous les établissements scolaires.

Améliorer l'accès aux soins grâce à des professionnels et des bénévoles plus nombreux et mieux formés.

La CNCDH invite les pouvoirs publics à ne pas perdre de vue qu'outre-mer, la régularité des soins et du suivi, et donc la stabilité des structures qui les assurent, doivent être la

⁹² Audition de Mme Carine Favier, Conseil d'Administration de la Confédération du Planning familial.

⁹³ Voir l'avis de la CNCDH précité, consacré à *l'effectivité du droit à l'éducation dans les Outre-mer*, 6 juillet 2017, p.16.

priorité. Cela nécessite un financement ad hoc, mais aussi la stabilité des personnels et des bénévoles. Une des solutions que la CNCDDH recommande consiste à développer, via des formations, les compétences des personnels et des bénévoles locaux plutôt que de faire appels à des personnes ne résidant pas durablement dans le territoire.

Recommandation 16 : Encourager la formation des professionnels locaux, la montée en compétences des bénévoles et leur structuration en association pérenne via des sessions de formations.

Certains postes nécessitant des compétences particulières ont du mal à être pourvus notamment à Mayotte et en Guyane. Faute de personnels locaux formés à ces spécialités, il faut recruter en métropole, et la rotation du personnel est particulièrement élevée, mettant en péril la continuité et la cohérence des suivis individuels comme des projets plus larges. Lors de l'audition des services de la Direction de la sécurité sociale, dans le cadre de l'avis consacré à la pauvreté et à l'exclusion outre-mer, il était apparu que des dispositifs destinés à attirer des médecins à Mayotte – notamment des avantages tels que des primes ou des logements de fonction – étaient à l'étude⁹⁴. La CNCDDH estime que les zones intérieures de la Guyane devraient faire l'objet de considérations similaires.

Recommandation 17 : La CNCDDH demande la mise en place de dispositifs propres à renforcer l'attractivité des territoires intérieurs de la Guyane et de Mayotte pour les professionnels de santé.

Les compétences au sein des structures de santé, qu'elles soient associatives, privées ou publiques, doivent aussi être adaptées aux spécificités locales et au manque de personnel qualifié. Ainsi, les conseillères conjugales jouent un rôle particulièrement important dans l'accompagnement des femmes et leur nombre gagnerait à être augmenté⁹⁵. Enfin, cela encourage à mettre en place des dispositifs innovants, à l'image des TROD pour le dépistage du VIH, qui peuvent être utilisés par des bénévoles formés à l'accompagnement. Ce mode de fonctionnement avec des bénévoles formés et du matériel adapté peut aussi permettre un meilleur accompagnement des femmes vers la connaissance de leur corps et la maîtrise de leur contraception. Il conviendrait également de réfléchir à de nouveaux dispositifs permettant l'exercice de la télé médecine ou le soutien au travail bénévole, grâce notamment à des applications pour téléphone portable. Sur ce point, il serait louable de s'inspirer du travail de l'ONG danoise *Maternity*

⁹⁴ Voir également l'avis de la CNCDDH sur *le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins* du 17 octobre 2017, p.26.

⁹⁵ Audition de Mme Carine Favier, Conseil d'Administration de la Confédération du Planning familial.

Foundation pour améliorer la formation au suivi des accouchements en Afrique grâce à l'application *Save delivery App*⁹⁶.

Recommandation 18 : Encourager le déploiement de dispositifs innovants permettant à du personnel non médical de faire de la prévention et de l'accompagnement, à l'image d'application pour téléphone portable, des TROD.

Soutenir l'action des associations et des petites structures de terrain

La CNCDH voudrait souligner que les progrès en cours sont menacés d'essoufflement en l'absence d'un renforcement des moyens financiers et humain dans le secteur sanitaire – public et associatif. De ce point de vue et compte tenu de la fragilité des structures associatives ultramarines, il est important que les administrations de l'État et des collectivités assurent un financement régulier et soutenu des initiatives locales. Au cours de l'audition des représentants du Planning familial, il est apparu que l'ancrage territorial de la fédération et de ses actions outre-mer était fragilisé par l'instabilité des structures locales. Il s'agit d'un constat qui irrigue les travaux de la CNCDH relatifs aux territoires ultramarins : l'avis relatif à la pauvreté et à l'exclusion outre-mer rappelait déjà les chiffres du monde associatif des départements d'outre-mer, révélant un tissu ténu, sous-dimensionné par rapport à l'ampleur des défis.

À cet égard, la CNCDH invite les pouvoirs publics à aménager les modalités de subvention des associations, en favorisant l'obtention de financements pérennes et en modérant le recours à l'appel à projet qui bien souvent nécessite des personnels formés pour y répondre, ce que n'ont pas les petites structures. Elle salue ainsi l'action de la DILCRAH sur les LGBTphobies dans les Outre-mer qui permet aux acteurs locaux de bénéficier de micro-subventions, avec un dossier relativement simple à monter. Un tel dispositif gagnerait à être imité pour les actions portant sur les droits des femmes.

Recommandation 19 : Revoir les modes de financement des associations pour permettre aux petites associations d'en bénéficier via des micro subventions, qui ne soient pas nécessairement liées à des appels à projets, en encourageant la pérennité des structures avec des conventions pluriannuelles et en prenant en charge les frais de fonctionnement.

⁹⁶ Pour en savoir un peu plus : <http://www.maternity.dk/safe-delivery-app/>

Pour les zones frontalières, mettre en place une collaboration transfrontalière.

La résorption des foyers épidémiques frontaliers exige que les patients, même en situation irrégulière, aient accès aux traitements nécessaires. La rupture de soins qui résulte des circulations des patients étrangers entre la France et leur pays d'origine demande par ailleurs à explorer les pistes d'une coopération sanitaire régionale, en vue, éventuellement, d'établir des centres de soins adaptés au traitement des IST des côtés surinamiens et brésiliens de la frontière⁹⁷.

Recommandation 20 : La CNCDH demande qu'une réflexion soit ouverte au sujet d'une coopération sanitaire transfrontalière en Guyane, en vue d'établir des centres de soin adaptés au traitement des IST des côtés surinamien et brésilien de la frontière. Pour Mayotte, la CNCDH encourage aussi la mise en place d'une coopération avec les Comores.

C. Accompagner les victimes et agir pour leur insertion sociale

Accompagner les victimes de violences de genre implique une politique volontariste des pouvoirs publics passant par la détection systématique des violences (1), l'accompagnement au dépôt de plainte (2), le renforcement de la sanction pénale (3) et la mise en place de dispositifs permettant de lutter contre la déscolarisation des jeunes filles (4).

Permettre la détection systématique des violences

Pour permettre la protection des femmes et des jeunes filles, il importe de détecter le plus tôt possible les violences et abus sexuels. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place un réseau structuré de personnes formées à la détection, entre autres, des violences de genre, des mariages précoces et des grossesses non voulues, qui sachent accompagner les personnes et les orienter vers une prise en charge adaptée. Ce réseau doit comprendre des personnels de l'éducation, dans chaque établissement scolaire, dans les services municipaux, les centres de santé et les hôpitaux. Dans ce domaine, la CNCDH souhaite attirer l'attention sur l'action exemplaire de Saint Pierre et Miquelon, qui a mis en place une semaine de formation sur le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales pour les personnels de l'éducation, de la gendarmerie, de la justice et du secteur sanitaire et social. Cette formation, entièrement financée par

⁹⁷ CNCDH, Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins, 17 octobre 2017, p.30-31.

l'État, pilotée par la Clef a été dispensée par la Fédération nationale Solidarité Femmes. Il s'agit d'un exemple de bonne pratique, qui pourrait être décliné dans d'autres territoires, malgré la spécificité géographique et démographique de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Recommandation 21 : Mettre en place un dispositif de personnes référentes formées à la détection et à l'accompagnement des femmes et des filles victimes de violence.

Encourager les victimes à porter plainte

Pour ne pas laisser les auteurs de violences dans l'impunité, il faut encourager les victimes à porter plainte. Dans la lignée de son Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides de 2016, la CNCDH recommande pour cela de continuer le déploiement d'officiers de police judiciaires spécialisés dans l'accueil des victimes dans chaque commissariat, Outre-mer comme en métropole, afin de favoriser le dépôt de plaintes. Mais ceci doit aussi être accompagné de mesures permettant de libérer la parole, en assurant une meilleure confidentialité, en favorisant l'interprétariat et en déployant des femmes policières. Concernant les personnes LGBT, l'association FLAG ! qui rassemble des policiers et gendarmes LGBT fait un important travail de formation en école de police, lequel pourrait être étendu aux Outre-mer avec le soutien du ministère. Pour certaines infractions, notamment tout ce qui concerne les violences sexistes, homophobes et transphobes, afin de lever certains freins à la plainte, la CNCDH recommande d'expérimenter la pré-plainte en ligne et de faire mieux connaître la plainte en direct auprès du procureur de la République.

Recommandation 22 : Former un réseau de policiers référents en matière de violences sexistes, homophobes et transphobes.

Renforcer la réponse pénale

Si le renforcement de l'œuvre de prévention paraît indispensable, l'effectivité des droits sexuels et reproductifs ne peut être garantie une réponse pénale adéquate. Dans la lignée de son *Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides* de 2016, la CNCDH insiste sur la nécessité de politiques volontaristes des juridictions pénales, associant l'ensemble des acteurs judiciaires, sous l'impulsion du procureur de la République. À cet égard, elle se félicite de ce que les circulaires de politique pénale territoriale pour la Martinique et la Guadeloupe du 2 janvier 2014, pour la Guyane du 18 février 2013, et plus récemment, pour la Nouvelle-Calédonie du 16 janvier 2017 et la Polynésie française du 3

mai 2017 incitent les juridictions à adopter une réponse pénale ferme et encouragent les politiques partenariales entre les différents acteurs institutionnels (mise en place de plans départementaux de prévention de la délinquance, développement d'unités d'accueil et de prise en charge des victimes, protocoles de signalement par les hôpitaux, création de pôles spécialisés au sein des juridictions etc.), pour prévenir la délinquance et améliorer le traitement judiciaire des infractions. Les statistiques officielles indiquent qu'en moyenne la réponse pénale aux violences sexuelles (viols, agressions sexuelles et harcèlement sexuel) dans les départements d'outre-mer est identique à la moyenne nationale pour les affaires considérées comme poursuivables⁹⁸. Par ailleurs, les condamnations pour violences sexuelles donnent lieu au prononcé de peines d'emprisonnement dont le quantum est plus élevé qu'en métropole⁹⁹. Ces indicateurs témoignent de ce que les violences sexuelles reçoivent une réponse pénale ferme ; mais ils ne sauraient conduire à occulter que bon nombres de violences sexuelles restent impunies, soit que les victimes ne portent pas plainte, soit que la plainte soit classée sans suite (seule une plainte sur trois est ainsi considérée comme poursuivable).

Recommandation 23 : La CNCDH invite les autorités judiciaires à une mise en œuvre vigilante des circulaires de politique pénale territoriale en matière de violences sexuelles. Elle insiste sur l'attention à porter aux modalités d'accueil des victimes lors du dépôt de plainte, la confidentialité, le respect et l'écoute assurés par des personnels de police et de gendarmerie formés constituant des éléments cruciaux.

⁹⁸ Concernant les viols, la part des affaires poursuivables dans les DOM en hausse en 2016, est supérieure à la moyenne nationale (37,4% contre 30,1% en moyenne sur l'ensemble du territoire). Lorsque l'affaire est considérée comme poursuivable par le parquet, le taux de réponse pénale et le taux de poursuites sont élevés, proches de la moyenne nationale. S'agissant des agressions sexuelles, leur part dans les affaires poursuivables est très élevée en 2016 : 41,9% contre 31,2% en moyenne. A l'inverse le taux de réponse pénale est en baisse mais reste proche du taux national. Les affaires de harcèlement sexuel sont moins représentées dans les DOM (28,6% contre 33,9% en moyenne nationale). Leur nombre très faible ne permet pas au Ministère de la Justice de détailler la réponse pénale sans délivrer des informations identifiantes (Sources : Direction des affaires criminelles et des grâces, Pôle d'évaluation des politiques pénales, La politique pénale en matière de violences sexuelles en outre-mer, consultation écrite du 16 novembre 2017).

⁹⁹ Pour des infractions de viol les peines prononcées sont dans la quasi-totalité des cas des peines privatives de liberté, emprisonnement (72%) ou réclusion (26%). Lorsqu'une peine d'emprisonnement est prononcée, il s'agit en général d'une peine ferme (58%). Le taux d'emprisonnement ferme est ainsi supérieur dans les DOM à la moyenne nationale (48,4%). S'agissant du quantum d'emprisonnement ferme il est également plus sévère que la moyenne nationale, avec 78,7 mois fermes contre 68 mois fermes en moyenne nationale. Pour les agressions sexuelles, le taux d'emprisonnement ferme est également supérieur à la moyenne avec 48,7% contre 33,5% et un quantum de 32,6 mois contre 22,2 mois. En 2015-2016, les condamnations pour harcèlement sexuel comportaient toutes une peine d'emprisonnement, ferme ou non (Sources : Direction des affaires criminelles et des grâces, Pôle d'évaluation des politiques pénales, La politique pénale en matière de violences sexuelles en outre-mer, consultation écrite du 16 novembre 2017).

S'agissant, notamment, des sociétés autochtones, l'invocation des « spécificités culturelles » ne peut servir d'exemption des dispositions pénales applicables sur le territoire français. Le signalement des grossesses précoces doit donner lieu à une enquête sociale qui, le cas échéant, peut conduire à l'ouverture d'une procédure pénale, si les faits de viols ou d'atteinte sexuelle sur mineure sont caractérisés. La CNCDH estime que les difficultés éprouvées sur le terrain de la prévention et de l'information en matière de droits sexuels et reproductif ne peuvent dispenser l'autorité publique de donner les suites judiciaires qui s'imposent aux signalements adressés par les personnels de santé.

Recommandation 24: La CNCDH demande aux autorités judiciaires et particulièrement aux parquets de donner les suites pénales adaptées aux signalements effectués révélant des cas d'atteinte sexuelle sur mineures¹⁰⁰, ou de violences sexuelles et de mener des politiques juridictionnelles volontaristes en matière de violences de genre.

Garantir un accompagnement, de façon à favoriser l'insertion sociale

Les violences sexuelles, et plus particulièrement chez les mineurs, peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé mentale et physique des victimes, et entraver durablement leur scolarisation et leur autonomisation future. Ces traumatismes ne sont pas toutefois irréversibles dès lors que les victimes de violence sont prises en charge par des centres spécialisés qui leur dispensent des soins adaptés¹⁰¹. A ce titre, dans la lignée de son Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides de 2016, la CNCDH invite au déploiement d'intervenants sociaux en commissariats de police et dans les brigades de gendarmerie, qui assurent un accueil et une orientation des victimes nécessitant un accompagnement juridique, médico-psychologique ou social. Elle invite également à la création de structures d'écoute et de suivi des femmes et des filles victimes de violences.

Recommandation 25: Développer des centres assurant la prise en charge des psycho-traumatismes des femmes et des filles victimes de violences.

Une fois la victime prise en charge, il importe de chercher à limiter les conséquences des violences subies sur son avenir. En ce qui concerne la jeunesse, la lutte contre la

¹⁰⁰ L'atteinte sexuelle est la qualification juridique appliquée aux rapports sexuels entre un majeur et un mineur de 15 ans, lorsque ce dernier a exprimé son consentement.

¹⁰¹ CNCDH, Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides, 26 mai 2016, §19 ; et voir notamment le site « Mémoire traumatique et victimologie », site présentant de nombreuses données scientifiques et pratiques utiles aux victimes de violences, et aux professionnels et associations les prenant en charge : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/201508-reconnaissance-des-consequences-psychotraumatiques-sur-les-enfants-victimes.pdf?PHPSESSID=udke484m8bvd6m7r75vu2vaf14>

décolarisation des mineures enceintes souhaitant mener leur grossesse à terme doit être une priorité. Un accompagnement effectif doit, de plus, être mis en place afin d'inciter ces adolescentes à ne pas enchaîner les grossesses. Comme exemple de bonne pratique, elle attire l'attention sur l'action de l'association PEP Guyane, qui a mis en place un dispositif intitulé Service d'accompagnement des mineures enceintes scolarisées (SAMÉS)¹⁰², animés par des enseignants volontaires du ministère de l'Éducation nationale, qui sont rémunérés par celui-ci dans le cadre de ce dispositif.

Recommandation 26 : La CNCDH recommande la création de dispositifs d'accompagnement des mineures enceintes au sein de l'Éducation nationale afin de leur permettre de bénéficier d'une aide à la reprise des études et à l'insertion sociale.

Il conviendrait aussi de développer des structures d'accueil spécialisées. Dans le champ de l'accompagnement des personnes séropositives, des exemples de bonne pratique existent dont on peut s'inspirer : afin d'éviter les ruptures de traitement, certaines associations organisent la mise à disposition d'appartements pour les personnes suivant un traitement et devant faire face, soit à l'absence de pied-à-terre dans la ville où se situe l'hôpital, soit à l'exclusion familiale. C'est le cas de *AIDES* à Saint-Laurent-du-Maroni¹⁰³, des associations *Rive* et *Sidaventure* à la Réunion¹⁰⁴. Ces deux dernières, soutenues par l'ARS Océan indien, animent un lieu de vie où les personnes séropositives peuvent prendre leurs repas et partager des moments de convivialité. Les pouvoirs publics doivent soutenir des initiatives de ce genre qui visent à lutter contre l'exclusion sociale et affective des personnes suivant un traitement contre le VIH.

Un tel modèle gagnerait à être développé pour faciliter l'accès aux traitements d'autres maladies nécessitant un traitement lourd et long, comme l'hépatite C, mais aussi dans d'autres domaines et notamment en ce qui concerne la protection des jeunes majeures victimes de violences ou des grossesses précoces, tout spécialement d'accueil des jeunes filles avec leur enfant, incluant une garde d'enfant pour leur permettre de poursuivre ou reprendre leurs études.

Recommandation 27 : La CNCDH recommande la création et le soutien aux dispositifs d'hébergement pour les victimes de violences et les mineures enceintes.

102 Voir la page de présentation en ligne du dispositif : <http://www.lespep973.org/le-sames/>

103 Audition de M. Fabrice Renaud, AIDES (zone Caraïbe).

104 Audition de l'ARS de l'Océan Indien, Anh-Dao Nguyen, Mmes Catherine Gaud, COREVIH Réunion-Mayotte, Sylvie Boukerrou, Réseau Périnatal Réunion et Catherine Chaussade, service Prévention de l'ARS.

Liste des personnes auditionnées

Anne Barbail, Médecin inspecteur, *ARS Océan Indien*, antenne de Mayotte ;

Stéphanie Bernard, responsable du *Réseau périnatalité de Guyane* ;

Sylvie Boukerrou, coordinatrice du *Réseau Périnatalité de La Réunion* ;

Juëlle Boyer, Présidente de l'association *Fédérational Total Respect* ;

Sara Briolin, Présidente de l'association *Femmes en devenir* ;

Catherine Chaussade, service prévention, *ARS Océan indien* ;

Dr. Catherine Gaud, Présidente du *COREVIH* ;

Dr. François Lacapère, Médecin inspecteur, *ARS de Guyane* ;

Dr. Erica Mancel Salino, *Hôpital de Nouméa* ;

Dr Anh-Dao Nguyen, Médecin Inspecteur, *ARS Océan indien* ;

Fabrice Renaud, représentant d'*AIDES* ;

Ernestine Ronai, représentante du *Conseil économique social et environnemental*.



Créée en 1947 sous l'impulsion de René Cassin, **la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)** est l'Institution nationale de promotion et de protection des droits de l'homme française, accréditée de statut A par les Nations unies.

L'action de la CNCDH s'inscrit dans une quadruple mission :

- Conseiller les pouvoirs publics en matière de droits de l'homme ;
- Contrôler l'effectivité des engagements de la France en matière de droits de l'homme et de droit international humanitaire ;
- Assurer un suivi de la mise en oeuvre par la France des recommandations formulées par les comités de suivi internationaux et régionaux ;
- Sensibiliser et éduquer aux droits de l'homme.

L'indépendance de la CNCDH est consacrée par la loi. Son fonctionnement s'appuie sur le principe du pluralisme des idées. Ainsi, seule institution assurant un dialogue continue entre la société civile et les experts français en matière de droits de l'homme, elle est composée de 64 personnalités qualifiées et représentants d'organisations non gouvernementales issues de la société civile.

La CNCDH est le rapporteur national indépendant sur la lutte contre toutes les formes de racisme depuis 1990, et sur la lutte contre la traite et l'exploitation des êtres humains depuis 2014. Elle est l'évaluateur de nombreux plans nationaux d'action.

35 rue Saint Dominique, 75007 PARIS
Tel : 01.42.75.77.09
Mail : cncdh@cncdh.fr
www.cncdh.fr

