

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2025 - 2026

N° 48

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Agathe PEIGNÉ-TAFFOREAU

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE VENDREDI 19 JUIN 2026

**Les politiques nationales de santé sexuelle face aux spécificités de la
Martinique : enjeux, défis et rôle du pharmacien d'officine dans
l'amélioration de l'accès aux soins**

JURY

Président : Dr. Pierre BREDELOUX, Pharmacien, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie – Tours

Membres :

Pr. Véronique MAUPOIL-DAVID, Pharmacien, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie – Tours
Dr. Jordan CHALLIER, Pharmacien, Conseiller spécial de la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées – Gouvernement - Paris

Dr. Isabelle CHOPINEAU, Pharmacien titulaire, Pharmacie CHOPINEAU - Vailly-sur-Sauldre, Présidente du CROP Centre-Val de Loire

Dr. Brigitte BERTHELOT, Pharmacien titulaire, Pharmacie du Marché – Le Plessis-Robinson, Présidente de la section E de l'Ordre des Pharmaciens

ANNEE : 2025 - 2026

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Amélie FOUCAULT, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAUDEAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON Stéphanie

ENSEIGNANTS

18 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDEAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

31 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSION	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANNOY	Damien	GALENIQUE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
OUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	<i>Filière Officine</i>
---------------	----------	-------------------------

1 EAST

CHOTTIN	Emilie	<i>Pharmacologie</i>
SENECHAL	Olivier	<i>Pharmacologie</i>

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

2 ATER

DUSSART	Romain	CHIMIE ANALYTIQUE
PIATELLI	Emma	MICROBIOLOGIE - BACTERIOLOGIE

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

THIERNEY	Mégane	ANGLAIS
----------	--------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : Vendredi 19 Juin

L'étudiant

Agathe PEIGNÉ-TAFFOREAU

Le Doyen de la Faculté

Professeur Denys BRAND

REMERCIEMENTS

À mon président de jury, M BREDELOUX, merci d'avoir accepté de présider cette thèse, et plus encore de l'avoir fait au pied levé. C'est un honneur sincère de vous compter parmi nous en ce jour si particulier. Et c'est, quelque part, un beau symbole : après toutes ces années de travail côte à côte lors de mon mandat d'élus UFR, nous voilà réunis une dernière fois pour cette étape.

À mes directeurs de thèse,

À Mme MAUPOIL, quel honneur de vous avoir à mes côtés pour cette dernière étape. Vous dirigez ma thèse, c'était une évidence que je portais depuis longtemps. Vous êtes une enseignante remarquable, et vous avez été un doyen formidable pour les étudiants, d'une justesse et d'une attention rare envers chacun d'entre eux. La faculté de pharmacie de Tours a eu une chance immense de vous compter dans ses rangs pendant toutes ces années. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail à quelques mois de votre retraite, alors que vous n'acceptiez plus de directorat. Merci pour votre bienveillance constante et vos mots toujours encourageants. Vous êtes pour moi un véritable exemple, et je garderai précieusement chacune de nos discussions et de nos débats.

À Jordan, sans qui cette thèse n'aurait pas tout à fait la même saveur. Ta justesse, ta rigueur et ta disponibilité tout au long de cette aventure ont été une chance immense. Après cette belle année à travailler à tes côtés lors de mon mandat à l'ANEPF, collaborer à nouveau avec toi était une évidence pour moi et un vrai plaisir. Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail malgré un emploi du temps que je sais plus que chargé.

Aux membres de mon jury de thèse,

À Isabelle, ma maître de stage, mon mentor. Nous nous sommes rencontrées lors du Week-End Officine organisé à Tours, et le courant est passé immédiatement. Nous avons travaillé ensemble pour les étudiants en pharmacie, en lien avec le CROP, avant qu'un jour je me mette à chercher un stage de sixième année, et que tu acceptes de m'accueillir. C'est la meilleure décision que j'aie prise. Nous partageons la même vision du métier, la même façon de s'y engager et de le faire évoluer. Merci d'être quelqu'un d'une gentillesse profonde. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, de tous tes encouragements même quand j'étais au bout du rouleau, de ta bienveillance et pour tout ce que tu continues à faire. J'ai hâte de voir ce que la suite nous réserve. Tu es vraiment un exemple pour moi.

À Brigitte, il allait de soi que tu sois là, à mes côtés, en ce jour. Par ton rôle, bien sûr, mais aussi et surtout pour tout ce que nous avons partagé : nos échanges sur les outre-mer, sur la profession, sur ce qui nous anime. Merci d'avoir cru en mes projets et d'avoir été une vraie source de motivation, en particulier pour ce sujet de thèse. Merci à toi, sincèrement.

À ma famille, ceux qui m'ont portée depuis le début, qui ont accepté mes innombrables conversations de doutes et avoir toujours été derrière moi pour mes divers engagements.

À Mamie, toi qui n'es plus là avec nous, mais qui est dans mes pensées chaque jour. Je sais que tu veilles sur moi et que tu es à nos côtés en ce moment si spécial.

À Papichat et Mamina, votre présence à mes côtés pendant toutes ces années, est la chose que je chéris le plus. Votre soutien, votre écoute et votre amour sont ce que j'ai de plus précieux. Je vous aime fort.

À Maman, toi qui as toujours dit oui à tous mes projets, qui m'a écoutée me plaindre, qui a écouté mes doutes, qui a su me remettre sur le droit chemin. Maintenant tu peux respirer, je n'aurai plus de rattrapages c'est fini. Si je suis aujourd'hui dans le monde de la santé, c'est en partie grâce à toi qui nous a transmis depuis petites cette fibre. Ce beau moment c'est aussi un accomplissement de tout ce que tu as fait pour moi et pour Clara. Je t'en serai toujours reconnaissante. Je t'aime très fort.

À Clara, ma future médecin, on est un sacré duo quand même, après tout ce qu'on a traversé toutes les deux, je suis très heureuse que l'on soit restées aussi proches. Je suis tellement fière d'être ta grande sœur et tellement fière de tout ce que tu accomplis, fais-toi confiance ! Je t'aime.

À Servane, ma tante adorée, ton soutien, ta compréhension, ton écoute et tes paroles sont tellement précieuses. Merci d'avoir toujours répondu présente, d'avoir toujours ouvert ta porte pour moi. Hâte de continuer à vivre des expériences de folie ensemble.

À Gauthier, mon oncle, toi qui as fait qu'aujourd'hui je suis pharmacien. Mon stage de 3^{ème} a été une révélation, merci pour la transmission de ta passion pour ce métier, de ta vision de la prise en charge des patients et de ton regard toujours attentif rempli d'humour. Merci d'avoir toujours été là, j'espère être autant à la hauteur que toi dans ce beau métier.

À Astrid et Maxence, mes cousins, à nos soirées à refaire le monde en bout de table, à rigoler à en avoir mal au ventre. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve, vous êtes de si belles personnes avec de magnifiques personnalités. Ne changez pas, restez comme vous êtes, je serai toujours là pour vous.

À toi Papa, ainsi qu'à Grand-mère, Benoît, Sandra et Valentin, la distance ne vous a pas effacés de ces pages. Merci pour ces années fondatrices passées à vos côtés. J'espère qu'un jour nos chemins se retrouveront.

À Jocelyne, Rémi, Quentin et Geoffrey, très heureuse de pouvoir partager ce moment avec vous à mes côtés

Aux personnes qui ne sont pas de sang mais qui font partie intégrante de ma famille et qui ont été présentes pendant toutes ces années. Merci aux personnes qui m'ont vu grandir Annette, Serge, Vivianne, Fabrice, Lucette, Bernard, Céline, Nicolas, merci de votre soutien et de votre éternelle présence dans ma vie.

À mes amis, mon deuxième pilier, mon équilibre.

À Marie, toi qui incarnes si bien ce dicton : « les amis sont la famille que l'on choisit ». Tu es entrée dans ma vie entre deux cours et lors nos soirées au KAA, et depuis, on ne s'est plus lâchées. Notre amitié, je la porte avec une tendresse infinie. Merci de m'avoir ouvert ton canapé quand j'en avais besoin, d'avoir écouté, conseillé, soutenu, simplement d'avoir été là. Je garderai précieusement chacun de nos souvenirs, et j'attends avec impatience tout ce que la vie nous réserve encore. On va grandir ensemble, et ça, c'est une certitude qui me réchauffe le cœur.

À Perrine, ma confidente, mon ancre dans l'agitation de nos vies. Tu me tires vers le haut sans même t'en rendre compte. Tu es une femme d'une force rare, un exemple que j'admire profondément. Reste exactement comme tu es, ma PP. J'ai tellement hâte de partager encore mille moments, et oui, de venir passer des week-ends dans ton futur corps de ferme en U.

À Adrien, mon homologue mainvillois. Tout a commencé à l'AG de Toulouse, en novembre 2021 ; dès ces premiers moments, j'ai su qu'on s'entendrait bien. Merci d'avoir toujours été là, d'avoir cru en moi et encouragé chacune de mes aventures. Ces années de fac resteront gravées. Tellement hâte de voir l'avenir.

À Hugo, Maude, Martin, Ambre, Coline, François, Maxou, Antoine et Julien : merci d'avoir rendu ma vie plus belle, plus légère, plus vivante. Vous pouvez compter sur moi, toujours, quoi qu'il arrive. J'ai hâte de voir où vos chemins vous mènent.

À mes amis rencontrés au fil de mes mandats associatifs, au local comme au national, vous êtes devenus essentiels à mon parcours et à ma vie.

À Lysa, tu m'as appris que les plus belles choses arrivent quand quelqu'un croit en toi avant même que tu y croies toi-même. Merci de m'avoir donné ma chance, merci de m'avoir vue telle que j'étais et telle que je pouvais devenir en me faisant confiance comme tu l'as fait, je n'ai pas seulement gagné une expérience associative, j'ai gagné une amitié pour la vie.

Dans cette aventure du bureau national, j'ai trouvé deux petits frères :

- **À Nicolas H.**, ta présence, ton soutien, tes encouragements, mais aussi tes questions toujours si justes qui me poussent à me remettre en question, tout cela, je le chéris plus que je ne saurais le dire.
- **À Cyprien**, merci pour ton soutien et ta présence au fil de ces années. Notre année de colocation aura été riche en rires et parfois en désarroi, mais c'est précisément cela qui a forgé une amitié magnifique, que j'adore et dont je suis fière.

À Servanne, qui a toujours posé sur moi un regard plein de douceur et de bienveillance, même dans les moments où je n'en méritais peut-être pas autant. Tu as su être présente à ta façon, discrète ou non, et c'est une chance immense que j'ai eue de t'avoir à mes côtés. Merci du fond du cœur pour tout ce que tu m'as apporté.

À Ali, Théia, Marine, Nicolas S., Erdem, Pauline, Valentin, Mercier, Léa et Loïc : merci d'avoir été là, à des moments pas toujours simples, avec une constance et une fidélité qui m'ont touchée profondément.

À l'A.C.E.P.T., à Officina, aux Élus Pharma Tours : ces associations locales qui ont façonné la personne que je suis aujourd'hui. Je me suis donnée corps et âme pendant ces quatre années passées à la faculté de pharmacie de Tours. À toutes celles et ceux avec qui j'ai partagé un bureau, une équipe, des points de vue, des discussions, des débats parfois vifs, tout cela restera gravé en moi. Merci pour tous ces beaux moments.

À l'ANEPF et à son réseau : à cette association dont je jurais ne jamais vouloir intégrer le bureau national. Cette décision, finalement prise pour le mandat 2023-2024, a tout changé : mon parcours, ma façon de voir les choses, et surtout ma manière d'appréhender ma profession et ma carrière. Chaque interlocuteur, chaque étudiant rencontré via cet engagement m'a appris quelque chose et m'a fait grandir. Vous m'avez rendue plus éveillée au monde qui nous entoure, et vous avez attisé en moi une ferveur encore plus grande de m'engager pour défendre les causes qui me sont chères.

À l'AGOLDENG : mon rêve depuis mes débuts dans le réseau de l'ANEPF et la découverte des événements nationaux. J'ai toujours voulu faire rayonner notre ville de Tours, nos traditions et notre façon de vivre l'univers étudiant. Présider cet événement, et l'avoir fait entourée d'une équipe en or, reste l'un des plus grands honneurs de mon parcours. Marion, Léa, Lisa, Flo, Ambre, Monetti, Perrine, Martin, Ayoub, Maxou, Lyna, Mélody, Éloïse, Antoine, Chantal, Solène, Mélusine, Couton, Arthur, merci d'avoir fait partie de cette aventure folle.

À la faculté de pharmacie de Tours, aux équipes décanales, aux professeurs et aux personnels qui font vivre cet établissement, M. BRAND, M. JUSTE, Mme MAUPOIL, merci pour votre gentillesse, votre écoute et nos nombreux échanges.

À la Pharmacie Plantet : Mlle Plantet, Dolores, JB, Caro, Blandine, Laure. Vos conseils, votre patience et surtout votre transmission ont été précieux. Je suis arrivée chez vous en début de troisième année, ne sachant pas grand-chose, vous m'avez fait confiance et tout montré. Merci pour votre écoute, votre aide, et pour tout ce que vous avez apporté à la construction de ma vie. Ces trois années à vos côtés ont été incroyables.

À la Pharmacie Principale : cette grande équipe qui m'a accueillie avec joie, rires et gentillesse. Marine, Nada, Clara, Clément, Chloé, Stacy, Louise et toute l'équipe, merci pour tout.

À la Pharmacie Chopineau : j'ai débarqué dans le Cher totalement par hasard, grâce à Isabelle, et quel accueil. Merci Anne-Christine, Coline, Nadine, Céline et Corentin pour votre soutien sans faille, surtout dans ces derniers mois où mon stress quotidien s'invitait dans toutes nos conversations. Vos paroles et vos encouragements ont compté bien plus que vous ne le savez.

Nadine, merci tout particulièrement pour tes petits mots, nos discussions sur nos vies, et surtout ton soutien infaillible. On ne se connaissait pas il y a six mois à peine, et tu es déjà une si belle rencontre.

À Sandrine, notre relectrice de famille, merci d'avoir toujours répondu présente pour relire notre travail. Promis cette fois-ci c'est le dernier !

À toutes les personnes qui ont croisé mon chemin au fil de ces années, qui m'ont accompagnée, conseillée, guidée, et parfois bousculée. Vous avez transformé celle que j'étais, et fait de moi celle que je suis devenue. Merci.

SOMMAIRE

LISTES DES FIGURES.....	13
LISTE DES TABLEAUX.....	16
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	17
INTRODUCTION	19
CADRE GENERAL DE LA POLITIQUE DE SANTE SEXUELLE EN FRANCE	23
1. Définitions et enjeux contemporains de la santé sexuelle	23
<u>1.1. Définitions clés</u>	<u>23</u>
1.1.1. Santé sexuelle : une définition multidimensionnelle	23
1.1.2. Composantes de la santé sexuelle	24
<u>1.2. Enjeux contemporains</u>	<u>30</u>
1.2.1. Enjeux épidémiologiques	31
1.2.2. Enjeux socio-économiques : précarité et inégalités d'accès aux soins	34
1.2.3. Enjeux culturels et sociétaux : tabous, discriminations et éducation.....	38
2. Évolution des politiques publiques (1950–aujourd’hui).....	41
<u>2.1. Période 1950-1980 : une approche moralisatrice et répressive.....</u>	<u>41</u>
2.1.1. La contraception et l’IVG.....	42
2.1.2. L’éducation sexuelle	45
<u>2.2. Période 1980-2000 : l’émergence du VIH et la médicalisation de la prévention.....</u>	<u>46</u>
2.2.1. L’éducation sexuelle	46
2.2.2. Le VIH / Sida.....	46
<u>2.3. Période 2000 - 2020 : vers une approche plus globale.....</u>	<u>50</u>
2.3.1. La contraception et l’IVG.....	51
2.3.2. Le VIH/ Sida.....	52
2.3.3. La procréation médicalement assistée (PMA).....	54
2.3.4. Les campagnes de préventions	55
2.3.5. Une reconnaissance progressive des violences de genre.....	55
<u>2.4. Depuis 2020 : santé sexuelle, droits et territoires.....</u>	<u>56</u>
2.4.1. La contraception et l’IVG.....	56
2.4.2. L’éducation sexuelle	59
2.4.3. La PMA.....	59
2.4.4. Le dépistage des IST et du VIH	59

3. Textes fondateurs et plans nationaux de la santé en outre-mer.....	60
<u>3.1. Textes internationaux et européens</u>	<u>60</u>
3.1.1. Des droits humains à la santé sexuelle : les fondements universels	60
3.1.2. De Beijing à Istanbul : l'égalité de genre au cœur des politiques.....	62
3.1.3. VIH/ Sida et droits des populations vulnérables : une approche inclusive	62
3.1.4. L'Europe et la santé sexuelle : un cadre contraignant.....	62
<u>3.2. Stratégies et plans nationaux</u>	<u>63</u>
3.2.1. Stratégie nationale de la santé sexuelle (2025-2030).....	64
3.2.2. Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024	69
3.2.3. La stratégie de santé pour les outre-mer.....	74
3.2.4. Le service sanitaire des étudiants en santé.....	76
3.2.5. Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2024	77

LA MARTINIQUE : UN TERRITOIRE REVELATEUR DES LIMITES DES POLITIQUES NATIONALES DE SANTE SEXUELLE 80

1. Un territoire aux caractéristiques épidémiologiques, démographiques et sociales distinctes de la métropole..... 80

<u>1.1. Présentation du territoire martiniquais.....</u>	<u>80</u>
<u>1.2. Un profil épidémiologique en santé sexuelle préoccupant</u>	<u>88</u>
1.2.1. Une prévalence du VIH et des IST significativement supérieure à la métropole	88
1.2.2. Des connaissances et perceptions du VIH encore lacunaires	90
<u>1.3. Une santé reproductive dégradée révélatrice de freins multiples</u>	<u>91</u>
1.3.1. Des freins économiques et géographiques	92
1.3.2. Des freins éducatifs et culturels	92
1.3.3. La monoparentalité comme facteur aggravant.....	93
<u>1.4. Des déterminants sociaux qui amplifient les vulnérabilités sanitaires</u>	<u>96</u>
1.4.1. La précarité économique et ses effets sur l'accès à la santé sexuelle	96
1.4.2. Fractures éducatives et numériques	97
1.4.3. Les déterminants sociaux de l'usage du préservatif	99

2. Des barrières socioculturelles et structurelles constituant l'angle mort des politiques nationales 101

<u>2.1. Le contrôle social et le défi de l'anonymat en milieu insulaire.....</u>	<u>101</u>
<u>2.2. Les représentations culturelles et de genre comme freins spécifiques au contexte antillais.....</u>	<u>102</u>
2.2.1. Le mythe du potomitan et ses implications sur la santé sexuelle.....	102
2.2.2. Le déterminisme familial et socioéconomique dans les trajectoires reproductives	105
<u>2.3. L'influence religieuse comme frein symbolique et historique.....</u>	<u>105</u>

2.3.1.	<i>Le cadre doctrinal catholique et évangélique sur la contraception et l'IVG</i>	105
2.3.2.	<i>L'ancrage historique martiniquais : l'opposition de l'Église entre 1964 et 1975.....</i>	106
2.3.3.	<i>Une influence contemporaine atténuée mais persistante sur la stigmatisation sociale</i>	107
<u>2.4.</u>	<u><i>Une offre de soins fragmentée et des politiques de communication inadaptées</i></u>	<u>107</u>
2.4.1.	<i>Une répartition géographique centralisée des structures spécialisées</i>	107
2.4.2.	<i>Une démographie médicale déficitaire aggravant les délais de prise en charge.....</i>	109
2.4.3.	<i>Des problèmes de transport et de mobilité constituant une barrière structurelle.....</i>	111
2.4.4.	<i>Une communication de prévention en inadéquation des réalités locales.....</i>	112
2.4.5.	<i>Une verticalité institutionnelle et une rigidité des financements.....</i>	117
3.	<i>Des initiatives locales prometteuses mais structurellement insuffisantes</i>	120
<u>3.1.</u>	<u><i>Des acteurs engagés qui pallient les carences du système.....</i></u>	<u>120</u>
3.1.1.	<i>Le CoReSS : pour une meilleure coordination des acteurs.....</i>	120
3.1.2.	<i>AIDES Martinique : la prévention communautaire de terrain.....</i>	122
3.1.3.	<i>Les CPIOF : un réseau de planification familiale fragilisé.....</i>	123
3.1.4.	<i>Les actions communautaires de proximité.....</i>	124
<u>3.2.</u>	<u><i>Les dispositifs innovants de dépistage : Mon Test IST</i></u>	<u>126</u>
<u>3.3.</u>	<u><i>Des initiatives prometteuses mais structurellement fragiles.....</i></u>	<u>127</u>
3.3.1.	<i>Une fragilité financière chronique menaçant la pérennité des actions.....</i>	127
3.3.2.	<i>Un manque de coordination formelle entre acteurs</i>	129
3.3.3.	<i>Une couverture territoriale incomplète au détriment des zones rurales.....</i>	129
LE PHARMACIEN D'OFFICINE : PROPOSITION D'UN MODELE D'INTERVENTION EN SANTE SEXUELLE ADAPTE A LA MARTINIQUE.....		131
<i>1. Le pharmacien d'officine, un acteur légitime en santé sexuelle : cadre réglementaire et action concrètes.....</i>		131
<u>1.1.</u>	<u><i>Un cadre juridique progressivement élargi</i></u>	<u>131</u>
<u>1.2.</u>	<u><i>Les actions concrètes en santé sexuelle autorisées.....</i></u>	<u>133</u>
1.2.1.	<i>La contraception : un rôle officinal central, encore insuffisamment mobilisé.....</i>	134
1.2.2.	<i>Les TROD en officine : un outil de dépistage de proximité encore peu développé</i>	136
1.2.3.	<i>La vaccination : HPV et hépatites accessibles en officine.....</i>	137
1.2.4.	<i>PrEP et Mon Test IST : le pharmacien comme point d'entrée et de suivi.....</i>	138
1.2.5.	<i>Les bilans de prévention : une opportunité structurée d'aborder la santé sexuelle</i>	139
1.2.6.	<i>Un acteur de coordination du parcours en santé sexuelle</i>	141
<u>1.3.</u>	<u><i>Une accessibilité structurelle unique</i></u>	<u>141</u>
1.3.1.	<i>Le pharmacien, premier recours réel</i>	142

1.3.2.	<i>Un espace physique non stigmatisant : l'atout majeur dans le contexte insulaire martiniquais</i>	143
1.3.3.	<i>Une relation de confiance construite dans la durée.....</i>	144
1.3.4.	<i>Des limites à reconnaître pour une intervention crédible</i>	145
1.3.5.	<i>Le modèle québécois : quel enseignement pour la France ?.....</i>	147
2.	<i>La réalité du terrain : ce que les pharmaciens font, ressentent et expriment.....</i>	149
2.1.	<u>Les pratiques actuelles en santé sexuelle.....</u>	150
2.1.1.	<i>Ce qui se fait déjà : les actes les plus fréquents déclarés</i>	150
2.1.2.	<i>Une réalité nuancée : le comptoir comme espace de prévention informelle</i>	152
2.1.3.	<i>Une comparaison avec d'autres territoires ultramarins</i>	154
2.2.	<u>Une formation insuffisante comme frein premier.....</u>	156
2.2.1.	<i>La formation initiale en santé sexuelle.....</i>	157
2.2.2.	<i>La formation continue des pharmaciens.....</i>	161
2.2.3.	<i>Besoins des pharmaciens vis-à-vis de formations.....</i>	164
2.3.	<u>Les freins à l'implication : une réalité multidimensionnelle</u>	166
2.3.1.	<i>Les freins organisationnels</i>	166
2.3.2.	<i>Les freins culturels et sociaux.....</i>	170
2.3.3.	<i>Les freins organisationnels de réseau</i>	172
2.3.4.	<i>Une interaction entre les trois niveaux de freins.....</i>	174
3.	<i>Proposition d'un modèle d'intervention adapté à la Martinique.....</i>	175
3.1.	<u>L'adéquation entre le profil du pharmacien et les barrières martiniquaises spécifiques</u>	175
3.1.1.	<i>La barrière géographique</i>	175
3.1.2.	<i>La barrière de l'anonymat insulaire</i>	177
3.1.3.	<i>La barrière socioculturelle.....</i>	177
3.1.4.	<i>La barrière organisationnelle.....</i>	178
3.2.	<u>Un référentiel d'actions prioritaires en trois horizons temporels.....</u>	179
3.2.1.	<i>Court terme : actions immédiatement déployables.....</i>	179
3.2.2.	<i>Moyen terme : actions à développer sous condition de formation.....</i>	180
3.2.3.	<i>Long terme : intégration institutionnelle complète.....</i>	182
3.3.	<u>Les conditions de réussite du modèle</u>	182
3.3.1.	<i>Une formation spécifique intégrant les déterminants socioculturels antillais</i>	183
3.3.2.	<i>Une rémunération des actes de prévention : résoudre l'équation économique.....</i>	183
3.3.3.	<i>Une coordination formalisée avec les acteurs locaux</i>	184
3.4.	<u>Recommandations synthétiques à destination des décideurs</u>	184
	CONCLUSION	187

BIBLIOGRAPHIE	189
ANNEXE 1 : Questionnaire destiné aux équipes officinales exerçant dans les DROM-COM	219
ANNEXES 2 : Résultats du questionnaire destinés aux équipes officinales exerçant dans les DROM-COM	225
ANNEXE 3 : Démographie des officines, titulaires d’officine et adjoint en officine dans les DROM le 1^{er} janvier 2025.....	236
ANNEXE 4 : Les difficultés socio-économiques de la Martinique.....	237

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Description des 3 enquêtes sur la sexualité en France en 1970, 1992 et 2006 utilisées par Marion MAUDET dans son analyse (Article de revue POPULATION Volume 72 Numéro 4).....	26
Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population et année de diagnostic (Santé Publique France / 2024)	32
Figure 3 : Représentation de la répartition des femmes en âges de procréer à plus de 45 min d'une maternité (en %) (DREES, SAE, INSEE / 2000, 2008, 2017).....	37
Figure 4 : Affiche du MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception) « Avortement libre et remboursé pour toutes » / Les imprimeries Libre - MLAC 1973 / © Centre de documentation du Planning Familial – Paris.....	43
Figure 5 : Lady Diana serrant la main d'une personne atteinte du sida (The Washington Post / 1987)	47
Figure 6 : L'obélisque de la place de la Concorde recouverte d'un préservatif géant (AFP/1993)	50
Figure 7 : Cible de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 (Extrait de la feuille de route de la SNSS 2021-2024 Ministère des Solidarités et de la Santé / 2017).....	65
Figure 8 : La Martinique dans l'arc des Antilles (Archeonavale / 2026)	81
Figure 9 : Schéma de la gouvernance de la Martinique (Vie Publique / Légifrance / 2026)	83
Figure 10 : Cartographie des Communautés d'Agglomérations de la Martinique (Cour des Comptes/2011)	85
Figure 11 : Cartographie des espaces urbains et ruraux de Martinique (INSEE/2023)	86
Figure 12 : Cartographie de la population de 80 ans ou plus (INSEE/2023)	87

Figure 13 : Part de premières naissances hors couple (%) selon différentes caractéristiques sociales, par sexe (ensemble des DROM) (INED, INSEE / 2020-2021)	94
Figure 14 : Évolution de l'âge moyen des femmes au premier enfant par année de naissance des enfants, selon le DROM et la situation de couple à la naissance (INED, INSEE/2020-2021)	95
Figure 15 : Part de NEET parmi les 15-29 ans sur la période 2015-2019(INSEE / 2015-2019)	98
Figure 16 : Les profils des NEET en Martinique en 2018 (INSEE/2018)	98
Figure 17 : Régression logistique sur les déterminants en 2011 de l'usage du préservatif au cours des 12 mois précédant l'enquête chez les hommes et les femmes. (Enquête KABP en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)/ 2011).....	101
Figure 18 : Sculpture Potomitan dans la cour intérieure du Mémorial Acte, (Pointe-à-Pitre, Guadeloupe / 2015)	103
Figure 19 : Évolution de la part de familles monoparentales dans les DROM et en France hexagonale entre 2006 et 2021 (%) (INSEE / 2025).....	104
Figure 20 : Zonage des médecins en vigueur depuis le 17/10/2023 (ARS Martinique/ 2022)	111
Figure 21 : Accessibilité potentielle aux médecins généralistes sur la Martinique (DREES / 2021).....	111
Figure 22 : Affiche de campagne de sensibilisation nationale à la gratuité des préservatifs (Santé Publique France / 2023).....	114
Figure 23 : Affiche de campagne de sensibilisation à la santé sexuelle pour la semaine de la santé sexuelle 2025 (ARS Martinique/ 2023)	114
Figure 24 : Affiche de campagne de sensibilisation à la santé sexuelle pour la semaine de la santé sexuelle 2025(ARS Martinique/ 2023)	115

Figure 25 : Extrait de la maquette des études de pharmacie à la faculté de Nancy (Université de Lorraine, Faculté de pharmacie de Nancy / 2025).....	158
Figure 26 : Cartographie des officines sur l'île de la Martinique (CPTS Madinina / 2026) .	176
Figure 27 : La pauvreté en conditions de vie dans les DROM (en %)(INSEE / 2018)	237

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Comparaison des taux de dépistage et diagnostic à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Treponema pallidum</i> et <i>Chlamydia trachomatis</i> (Santé Publique France, Bulletin de santé publique IST/VIH / 2024-2023)	89
--	-----------

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANDPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
AMIOF	Association Martiniquaise pour l'Information et l'Orientation Familiale
ARS	Agence Régionale de Santé
BEH	Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUM	Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CoReSS	Coordination Régionale de Santé Sexuelle
CoReVIH	Coordination Régionale de lutte contre le VIH
CPIOF	Centre de Prévention, d'Information et d'Orientation des Familles
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREPSS	Centre Régional de Promotion de la Santé Sexuelle
CTM	Collectivité Territoriale de Martinique
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DP	Dossier Pharmaceutique
DPC	Développement Professionnel Continu
DROM-COM	Départements et Régions d'outre-Mer et Collectivités d'outre-Mer
DU	Diplôme Universitaire
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HPV	Papillomavirus Humain
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse

KABP	Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices
MLAC	Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception
NEET	Not in Education, Employment or Training
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OR	Odds Ratio
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PLSS / LSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale / Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
SA	Semaines d'aménorrhées
SFLS	Société Française de Lutte contre le Sida
SNSS	Stratégie Nationale de Santé Sexuelle
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USPO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Comment la Martinique, un territoire de moins de 1100 km², doté d'une couverture sociale universelle et d'un système hospitalier public, peut-il afficher des indicateurs de santé sexuelle parmi les plus préoccupants de France ? Comment la quatrième région française la plus touchée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) où le taux de dépistage du *Neisseria gonorrhoeae* est plus du double de la moyenne métropolitaine, peut-il être couvert par les mêmes politiques publiques que des régions pour lesquelles ces indicateurs sont deux à trois fois plus favorables ? Et surtout : comment une situation aussi documentée, aussi persistante, peut-elle continuer à ne pas produire de réponses véritablement adaptées ?

Ce paradoxe est le point de départ de cette thèse avec une hypothèse structurante. Si les politiques de santé sexuelle peinent à produire leurs effets en Martinique, c'est peut-être avant tout parce qu'elles ont été pensées pour un autre contexte. La Martinique n'est pas une région française comme les autres. Sur le plan institutionnel, elle n'est plus une région au sens du droit commun depuis la création de la Collectivité Territoriale de Martinique depuis le 1er janvier 2016, qui a substitué à la dualité département-région une collectivité unique dotée d'un conseil exécutif et d'une assemblée délibérante (1). Sur le plan épidémiologique, elle présente des indicateurs de santé sexuelle structurellement supérieurs à la moyenne nationale (2,3). Sur le plan socioculturel, elle hérite d'une histoire coloniale singulière qui conditionne encore aujourd'hui les représentations de la sexualité, les comportements de santé et les rapports aux institutions sanitaires (4–6). Vouloir appliquer telles quelles des politiques nationales conçues sans tenir compte de ces spécificités, c'est peut-être, dès le départ, se condamner à l'échec.

Les données épidémiologiques les plus récentes confirment l'acuité du problème. En 2023, la Martinique présente un taux de positivité au VIH de 6,3 %, parmi les plus élevés de France après la Guyane (2). Les Infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes y sont également en forte surreprésentation : le taux de dépistage du *Neisseria Gonorrhoeae* atteint 89,6 pour 1 000 habitants, plus du double du taux national hors Île-de-France établi à 44,6 pour 1 000 habitants, et le taux de dépistage de *Chlamydia trachomatis* s'élève à 92 pour 1 000 habitants, contre une moyenne nationale hors Île-de-France de 38,8 pour 1 000 habitants (2,7).

La situation en matière de santé reproductive est tout aussi préoccupante. Le taux d'interruption volontaire de grossesse s'établit à 26,4 % en Martinique, contre 14,4 % en métropole (8,9). La couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (HPV) demeure très insuffisante : à la fin de la campagne de vaccination des collégiens au 30 juin 2024, elle s'établissait à 8 % pour les garçons et 13 % pour les filles en Martinique, contre respectivement 31 % et 38 % en France métropolitaine, des niveaux très éloignés de l'objectif de 80 % fixé par la stratégie décennale de lutte contre les cancers à l'horizon 2030 (10,11).

À ces données s'ajoutent des inégalités territoriales d'accès aux soins particulièrement marquées. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), le territoire Centre concentre 87 % des séjours hospitaliers pour 42 % de la population, les hôpitaux du Sud ne prenant en charge que 2 % de l'activité totale, tandis que certaines communes du Nord accusent des temps d'accès aux urgences pouvant atteindre soixante minutes (12). Ces inégalités géographiques, documentées de longue date, frappent en priorité les populations les plus vulnérables (jeunes, précaires, résidant dans les zones rurales du Nord et du Sud) précisément celles pour lesquelles l'accès à la prévention et au dépistage est le plus déterminant (13,14)(Figure 10).

Face à ce constat, les initiatives locales existent, les Coordination Régionale de la Santé Sexuelle (CoReSS), AIDES, Action Sida Martinique, « Mon Test IST », mais demeurent structurellement fragiles. Celles-ci sont dépendantes de financements précaires et incapables, à elles seules, de pallier les lacunes d'un système qui n'a pas été pensé pour ce territoire (15,16).

C'est dans ce contexte de tension que cette thèse propose d'explorer le rôle d'un acteur jusqu'ici peu mobilisé : le pharmacien d'officine. Présent sur l'ensemble du territoire Martiniquais¹ y compris dans les zones rurales, accessible sans rendez-vous, bénéficiant d'une relation de confiance avec sa patientèle et d'un cadre réglementaire progressivement élargi lui reconnaissant des missions de prévention et de dépistage, le pharmacien constitue peut-être le maillon manquant d'un dispositif cherchant à atteindre les populations les plus vulnérables là où elles se trouvent (18–20).

Cette thèse s'appuie sur trois approches complémentaires : une revue de la littérature sur les politiques publiques de santé sexuelle et le cadre juridique du pharmacien, une analyse des données épidémiologiques, sociologiques et des contributions gouvernementales et parlementaires propres à la Martinique, et un recueil exploratoire de témoignages auprès de pharmaciens exerçant sur le territoire. Ces témoignages, précieux dans leur capacité à révéler la réalité vécue du terrain, constituent le fil rouge de la troisième partie et donnent à ce travail sa dimension de dialogue entre théorie et pratique. La démonstration s'organise en trois parties : la première pose le cadre conceptuel, historique et institutionnel de la santé sexuelle en France ; la deuxième documente les spécificités martiniquaises et les limites des politiques nationales face à ce territoire ; la troisième propose un modèle d'intervention structuré, confronté à la réalité du terrain, assorti de recommandations concrètes à destination des acteurs institutionnels ayant le pouvoir de le mettre en œuvre.

¹ La cartographie interactive des professionnels de santé adhérents à la CPTS Madinina, disponible sur le site officiel de la structure, permet de visualiser la répartition des officines sur l'ensemble du territoire martiniquais.(17)

Ce manuscrit s'est attaché à interroger l'adéquation entre les politiques nationales de santé sexuelle et les réalités propres aux territoires d'outre-mer français, en prenant la Martinique comme terrain d'analyse privilégié. Le cheminement a permis de construire progressivement une réponse à la question centrale : en quoi les dispositifs nationaux, pourtant ambitieux dans leurs intentions, peinent-ils à produire des effets comparables en Martinique à ceux observés en métropole, et quel rôle le pharmacien d'officine pourrait-il jouer pour combler ces écarts ?

CADRE GENERAL DE LA POLITIQUE DE SANTE SEXUELLE EN FRANCE

1. Définitions et enjeux contemporains de la santé sexuelle

1.1. Définitions clés

1.1.1. Santé sexuelle : une définition multidimensionnelle

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 2006 la santé sexuelle en ces termes : *«La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité : elle ne consiste pas seulement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination ni violence.»* (21). L'aspect multidimensionnel et indissociable des différentes facettes de la santé sexuelle est au centre de la définition. Cette approche globale permet de saisir la complexité des enjeux liés à la sexualité.

La santé sexuelle fait cependant l'objet d'une pluralité de définitions², chaque institution cadrant la notion selon les priorités conceptuelles qui lui sont propres. Toutefois, on peut identifier quatre axes indissociables que sont les dimensions physique, émotionnelle, mentale et sociale. Ces caractéristiques sont des principes intangibles qu'il est nécessaire de prendre en compte dans la rédaction de politiques publiques, afin qu'elles correspondent à la réalité.

² La notion de santé sexuelle ne fait pas l'objet d'une définition unique et stable : chaque institution la mobilise en y mettant en avant certaines dimensions plutôt que d'autres. La référence fondatrice reste celle de l'OMS (2006). (21) Le Programme d'Action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire, 1994) avait quant à lui posé les jalons d'une conception élargie, articulant santé reproductive, droits individuels et égalité de genre, en affirmant que chaque individu doit pouvoir mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité.(22) En France, la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 en propose une déclinaison opérationnelle structurée autour des droits, de la prévention et de l'accès aux soins.(23)

1.1.2. Composantes de la santé sexuelle

Ces composantes, bien que distinctes, forment un cadre indispensable pour comprendre les enjeux spécifiques de la santé sexuelle.

Cette approche holistique permet de saisir pourquoi une politique purement sanitaire serait insuffisante pour répondre aux défis locaux. Elle met également en lumière le rôle stratégique des acteurs de proximité, qui, par leur accessibilité et leur position de confiance, peuvent agir sur chacune de ces dimensions.

1.1.2.1. *La composante physique*

La composante physique constitue la dimension la plus immédiatement visible de la santé sexuelle. Elle renvoie à l'absence de maladie ou de dysfonctionnement lié à la sexualité, ainsi qu'à l'accès effectif aux soins : dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, accès à la contraception, recours à l'interruption volontaire de grossesse, prise en charge des troubles de la fonction sexuelle (21). Pour l'OMS, cette dimension ne saurait se réduire à la seule absence de pathologie : elle implique positivement la capacité d'accéder à des services de santé adaptés, disponibles et non discriminatoires (21). Santé publique France (SPF) souligne à cet égard que les politiques de prévention jouent un rôle essentiel en donnant aux personnes les moyens de vivre une sexualité sans risque, ce qui suppose une offre de soins suffisamment lisible, accessible et ancrée dans les réalités locales (24).

1.1.2.2. La composante émotionnelle

La dimension émotionnelle recouvre la capacité d'entretenir une relation saine et épanouie à sa propre sexualité, sans honte, culpabilité ou anxiété inhibitrice. Dès 1974, la première définition institutionnelle de l'OMS posait comme condition de la santé sexuelle le fait d'être « *exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle* » (21). Alain GIAMI³ souligne que cette composante émotionnelle, longtemps minorée au profit de la seule dimension biologique, est au cœur du processus de modernisation de la sexualité qui a traversé le XXe siècle : reconnaître le plaisir et le bien-être affectif comme des fins légitimes, et non comme de simples sous-produits de la reproduction, constitue une rupture conceptuelle fondatrice (25).

Or cette rupture est loin d'être universellement accomplie. Les normes culturelles et religieuses exercent une influence directe et documentée sur cette composante émotionnelle. « *Dans de nombreux pays ainsi que dans de nombreuses cultures, l'existence de tabous et de mythes sexuels, et la culpabilité et le secret qui en découlent, constituent des obstacles importants à l'éducation sexuelle* », tandis que « *l'attitude qui considère que le sexe est un péché sauf s'il est le moyen de la procréation constitue une barrière supplémentaire* » (25). Ces injonctions intériorisées, souvent transmises dès l'enfance, peuvent générer des conflits psychiques durables entre désirs vécus et valeurs reçues, entravant la construction d'une vie sexuelle épanouie.

³ Chercheur français en sciences sociales et directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Cette réalité est confirmée par les grandes enquêtes sur la sexualité en France. L'analyse pseudo-longitudinale conduite par Marion MAUDET⁴ à partir des enquêtes de 1970, 1992 et 2006 montre que la religiosité reste associée à des représentations plus restrictives de la sexualité, notamment en matière de contraception, de masturbation, d'homosexualité et que ces représentations structurent les comportements sexuels de façon significative, indépendamment de l'appartenance confessionnelle formelle (26)(Figure 1).

	Enquête sur le comportement sexuel des Français « Enquête Simon », Ifop, 1970	Analyse des comportements sexuels en France, Inserm, 1992	Contexte de la sexualité en France, Ined/Inserm, 2006
Problématique	Décrire précisément les comportements sexuels des couples mariés dans le contexte d'une forte diffusion des méthodes contraceptives	Apporter une connaissance précise des comportements sexuels individuels, mais surtout appréhender les comportements sexuels à risque (notamment la transmission du VIH)	Étudier la diversification des trajectoires affectives et sexuelles et les rapports entre femmes et hommes, en tenant compte des conditions de vie et des dimensions de santé (risque, prévention)
Champ	2 625 individus âgés de 20 ans et plus	20 055 individus âgés de 18 à 69 ans	12 364 individus âgés de 18 à 69 ans
Procédure d'échantillonnage	Sondage par quota puis redressement	Échantillon probabiliste	Échantillon probabiliste
Variabes sur la religion	Pratique religieuse (fréquence de participation aux offices religieux). Pas de distinction selon la religion dans les données publiées	Affiliation religieuse ; importance accordée à la religion dans la vie (très important, important, peu important, pas important)	Affiliation religieuse ; importance accordée à la religion dans la vie (très important, important, peu important, pas important)
Traitement des données	Pas de traitement possible des données brutes. Utilisation de tableaux imprimés. Seul le groupe d'âges des 20-49 ans est étudié selon la pratique religieuse.	Traitement des données brutes possible	Traitement des données brutes possible

Figure 1 : Description des 3 enquêtes sur la sexualité en France en 1970, 1992 et 2006 utilisées par Marion MAUDET dans son analyse (Article de revue POPULATION Volume 72 Numéro 4 / 2017)

La satisfaction sexuelle ne se limite en effet pas à la seule dimension sensorielle : les dimensions affectives, l'estime de soi et la qualité des relations interpersonnelles, mais aussi la capacité à se dégager de normes inhibitrices, y contribuent de façon déterminante (24).

⁴ Sociologue française, maitre de conférences à l'Université Lumière Lyon 2 et chercheuse au centre Max WEBER. Elle est spécialisée dans les questions liées à la sexualité, au couple, à la religion et au genre.

1.1.2.3. *La composante mentale*

Le bien-être mental représente une dimension centrale mais historiquement négligée de la santé sexuelle. Il inclut l'absence de troubles psychologiques liés à la sexualité, dépression, anxiété, syndrome de stress post-traumatique, ainsi qu'une relation apaisée à son corps, à ses désirs et à son identité.

La définition de l'OMS de 2006 reconnaît explicitement que santé mentale et santé sexuelle constituent deux composantes distinctes mais indissociables de la santé globale de l'individu (21). Alain GIAMI souligne que c'est précisément cette reconnaissance de l'interdépendance entre bien-être psychique et vie sexuelle qui a conduit à faire de la santé sexuelle un objet légitime des sciences de la santé, au-delà du seul champ de la sexologie clinique (25).

Les violences sexistes et sexuelles constituent l'un des facteurs les plus puissants de dégradation de cette composante mentale. À l'échelle mondiale, près d'une femme sur trois (soit environ 840 millions de femmes) a subi au moins une fois des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie. Un chiffre qui n'a que très peu évolué en vingt ans selon le rapport conjoint OMS/Organisation des Nations Unies (ONU) Femmes de 2025 (27). Les conséquences sur la santé mentale sont massives et documentées : les femmes ayant subi des violences de leur partenaire intime présentent une probabilité de dépression près de deux fois plus élevée que celles qui n'en ont pas subi, et des taux significativement plus élevés de troubles anxieux, de grossesses non planifiées et d'IST (28). L'exposition aux violences sexuelles est par ailleurs un facteur de risque majeur du syndrome de stress post-traumatique, dont les symptômes (troubles du sommeil, anxiété, conduites addictives) peuvent s'inscrire durablement dans la trajectoire de vie des victimes (29).

En France, les données du Baromètre de SPF 2017 confirment cette réalité : les personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans présentent un état de santé mentale significativement dégradé, attestant que ces traumatismes produisent des effets psychologiques persistants bien au-delà de l'acte lui-même (30). Ces constats montrent que la composante mentale de la santé sexuelle ne peut être dissociée des conditions sociales dans lesquelles s'inscrit la vie sexuelle des individus et que toute politique de santé sexuelle doit pouvoir intégrer la prévention et la prise en charge des violences comme un axe structurant.

1.1.2.4. La composante sociale

La dimension sociale de la santé sexuelle met en avant le respect des droits sexuels et reproductifs, ainsi que la nécessité d'évoluer dans un environnement exempt de discrimination, de coercition et de violence. L'OMS précise que la santé sexuelle est déterminée par la qualité des relations entre les individus avec eux-mêmes et avec la société dans laquelle ils vivent, « *y compris les normes de genre qui façonnent nos expériences* » (21). Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et développement (CIPD) (Le Caire, 1994) avait ancré cette composante dans le droit international en affirmant que la santé sexuelle et reproductive est indissociable de l'égalité de genre et des droits humains fondamentaux, et que son exercice suppose que chaque individu puisse décider librement de sa vie sexuelle sans contrainte d'aucune sorte (22). Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme confirme que l'inégalité d'accès des individus aux services de santé sexuelle et reproductive constitue en soi une forme de discrimination et appelle les États à adopter des politiques non discriminatoires et tenant compte des questions de genre (31).

Les normes de genre rigides représentent l'un des principaux obstacles structurels à l'exercice de cette composante sociale. L'enquête de référence sur la sexualité en France conduite par Nathalie BAJOS⁵ et Michel BOZON⁶ à partir de plus de 12 000 personnes montre que les rapports de pouvoir entre hommes et femmes structurent profondément les comportements sexuels : l'opposition normative persistante entre une sexualité féminine pensée comme affective et un désir masculin perçu comme impérieux produit des exigences contradictoires qui rendent notamment plus difficile l'adoption de pratiques préventives pour les femmes (32). Ces inégalités ne se réduisent pas à des comportements individuels : elles sont l'expression de rapports sociaux hiérarchisés qui s'inscrivent dans les corps et les trajectoires de santé (33).

Les personnes appartenant aux minorités sexuelles et de genre sont particulièrement exposées à ces inégalités sociales. Comme le souligne la Commission nationale consultative des droits de l'homme, « *les inégalités sociales de santé que vivent les personnes LGBTI+ trouvent leurs racines dans l'hétérosexisme et la persistance de discriminations et de stigmatisations systémiques (homophobie, lesbophobie, transphobie) qui façonnent les parcours de vie, le bien-être psychologique, la capacité de créer un réseau de soutien ou l'accès et le recours à la prévention et aux soins* » (34). SPF confirme que ces discriminations ont des répercussions durables sur la santé physique et mentale, se traduisant par des troubles psychologiques, une santé sexuelle dégradée et des renoncements aux soins (35). Ces constats peuvent illustrer que la composante sociale de la santé sexuelle ne peut être dissociée des conditions structurelles d'accès aux droits, et que toute politique publique qui ignorerait ces déterminants sociaux resterait fondamentalement insuffisante.

⁵ Sociologue et démographe, elle est directrice de recherche à l'INSERM et directrice d'étude à l'EHESS. Ses recherches portent sur la production sociale des inégalités de santé, dans le champ de la sexualité et de la santé sexuelle.

⁶ Sociologie et directeur de recherche à l'INED. Ses thématiques sont la sexualité sur laquelle il a publié différents articles.

1.2. Enjeux contemporains

La santé sexuelle, bien qu'elle soit reconnue comme un droit fondamental par OMS depuis 2006, fait face :

- À des enjeux contemporains majeurs (les politiques publiques de santé sexuelle font face à des dynamiques épidémiologiques préoccupantes, SPF estimait en 2023 à 55 500 les diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis*, 23 000 à *Neisseria Gonorrhoeae* et 5 800 de syphilis, des chiffres en augmentation continue sur les années récentes) ;
- À des inégalités socio-économiques croissantes qui façonnent des vulnérabilités spécifiques selon l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ou la situation de précarité ;
- À des transformations culturelles et technologiques qui reconfigurent les pratiques et les représentations de la sexualité ;
- Ainsi qu'à des crises sanitaires mondiales dont la pandémie de COVID-19 a constitué le révélateur le plus récent, en perturbant durablement l'accès à la contraception, à l'IVG et aux services de dépistage (7,25,36–39).

Ces défis, bien que globaux, se manifestent avec une acuité particulière dans les territoires ultramarins où les vulnérabilités structurelles, la précarité, les conditions de vie difficiles, l'isolement géographique, l'accès aux soins contraint, les tabous culturels et les normes de genre rigides exacerbent les risques et creusent les inégalités de santé sexuelle (7,36,40,41).

1.2.1. Enjeux épidémiologiques

1.2.1.1. *La recrudescence des IST*

Après une période de déclin amorcée dans les années 1950 grâce à la pénicilline, puis prolongée par les campagnes de prévention liées à l'épidémie de VIH, la France ne recensait plus que moins de 40 cas de syphilis déclarés par an à la fin des années 1990. Le monde assiste depuis lors à une résurgence inquiétante des IST bactériennes, notamment des infections à *Treponema pallidum* (syphilis), à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydia trachomatis*. A été documenté en France, la recrudescence de la gonococcie en 1998 et la résurgence de la syphilis en 2000 (7,36,42,43). Cette tendance n'est pas isolée : aux États-Unis, les cas de syphilis ont augmenté de 71 % entre 2017 et 2021. Tandis qu'en Europe, les cas de syphilis ont fortement progressé depuis 2010, avec une hausse de l'ordre de +70 % entre 2010 et 2017. Révélant un phénomène mondial qui dépasse les frontières (44–46). L'explication est une conjonction de facteurs qui remettent en cause les acquis de la santé publique (47).

L'un des principaux moteurs de cette recrudescence est le relâchement des pratiques préventives, en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans. En 2023, 49,4 % des femmes et 52,6 % des hommes déclaraient utiliser un préservatif lors du premier rapport avec un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois. Ce chiffre reflète une méconnaissance des risques ou un sentiment d'invulnérabilité, parfois renforcé par la disponibilité de traitements de prévention comme la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) contre le VIH (48).

Un autre enjeu majeur est l'émergence de résistances aux antibiotiques, qui complique la prise en charge des IST. La gonococcie résistante est désormais classée parmi les pathogènes prioritaires par l'OMS, en raison de la diffusion de souches résistantes aux traitements conventionnels. En Angleterre, la résistance à la ciprofloxacine (un antibiotique autrefois largement utilisé, pour *Neisseria gonorrhoeae*) a dépassé 50 % selon les données du programme Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP) 2021 de l'United-Kingdom Health Security Agency (UKHSA) (49). Cette résistance menace l'efficacité des traitements et nécessite un effort accru de recherche pour développer de nouvelles molécules.

Face à cette double menace, la baisse de l'usage du préservatif et la résistance croissante aux antibiotiques semblent appeler à un renouvellement des stratégies de prévention : renforcement des campagnes de sensibilisation auprès des jeunes, promotion du dépistage et recherche de nouvelles options thérapeutiques. Sans une mobilisation coordonnée des acteurs de santé publique, les progrès accomplis ces dernières décennies en matière de santé sexuelle et reproductive pourraient se trouver fragilisés.

1.2.1.2. Le VIH

Si les traitements antirétroviraux (TARV) ont révolutionné la prise en charge du VIH, plusieurs défis majeurs persistent, freinant les progrès vers l'éradication de l'épidémie. Grâce aux TARV, l'OMS reconnaît que l'infection à VIH est devenue « *une pathologie chronique gérable* » permettant aux personnes touchées de « *vivre longtemps et en bonne santé* » (50).

Entre 2012 et 2023, le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité au VIH a reculé en moyenne de 10 % en France, avec une baisse particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) nés en France (−36 %) (51)(Figure 2). Un chiffre est délicat à interpréter : s'agit-il d'une baisse des contaminations ou d'une baisse des dépistages qui, dès lors, ne reflète pas le dynamisme de l'épidémie et son incidence dans la population ?

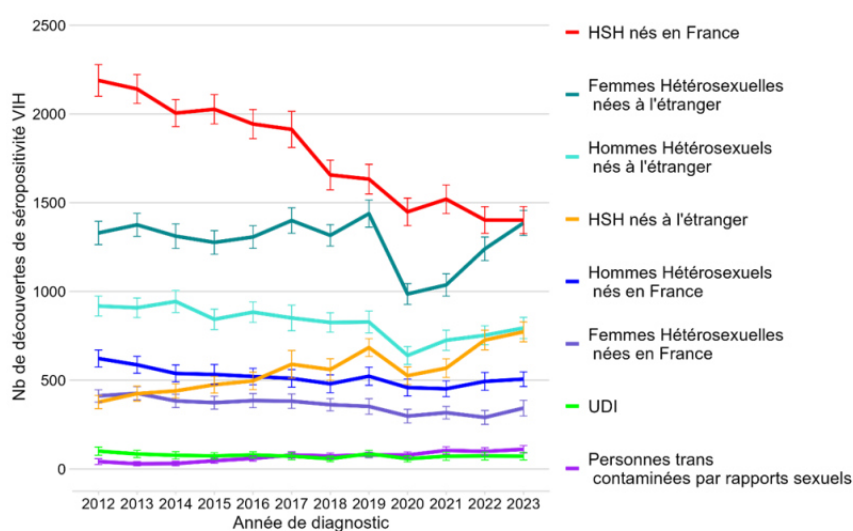


Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population et année de diagnostic (Santé Publique France / 2024)

La figure 2 montre l'évolution des nouvelles découvertes de séropositivité au VIH en France entre 2012 et 2023, par population. Si la tendance globale est à la baisse (-10% en moyenne), les trajectoires sont très inégales selon les groupes (51)(Figure 2).

Les HSH nés en France, groupe le plus touché, enregistrent la baisse la plus nette (-36 %), portée par la diffusion de la PrEP. En revanche, les HSH nés à l'étranger voient leur courbe progresser, illustrant que cet outil ne bénéficie pas à tous de la même façon. Les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger restent le deuxième groupe en volume, avec un niveau stable sur toute la période, signe que les dispositifs de prévention peinent à les atteindre. Les UDI (usagers de drogues par voie intraveineuse) affichent quant à eux des chiffres très faibles, reflet de l'efficacité des programmes de réduction des risques.

Cette figure illustre ainsi une limite majeure des politiques nationales : les progrès réalisés profitent inégalement selon les populations, ce qui souligne la nécessité d'adapter les stratégies préventives aux vulnérabilités spécifiques de chaque groupe.

Malgré son remboursement, la PrEP reste largement sous-utilisé par les femmes, les personnes transsexuelles, les jeunes, les personnes migrantes et celles en situation de précarité. Ces dernières ne représentant que 7 % des usagers de la PrEP sous Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)⁷, en raison de barrières administratives, financières et culturelles qui les éloignent des démarches de prévention (52).

Un autre facteur clé réside dans la méconnaissance persistante des modes de transmission du VIH, surtout chez les jeunes : selon l'enquête Sidaction/OpinionWay 2025, 65 % des 15-24 ans reconnaissent ne pas utiliser systématiquement le préservatif et les idées reçues sur le VIH n'ont jamais été aussi répandues depuis la première édition de cette enquête en 2015 (53). Cette tendance est confirmée à l'échelle européenne, où l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) menée auprès de plus de 242 000 jeunes de 15 ans dans 42 pays entre 2014 et 2022 documente une baisse significative de l'usage du préservatif, passant de 70 % à 61 % chez les garçons et de 63 % à 57 % chez les filles (54).

⁷ La CMU-C a été remplacé par la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) le 1^{er} novembre 2019.

Les inégalités géographiques peuvent également aggraver également la situation. Les territoires ultramarins, comme la Guyane, concentrent une part disproportionnée des nouveaux cas, avec un taux de prévalence du VIH trois fois supérieur à celui de l'hexagone (55–57). Ces disparités peuvent refléter l'existence des déserts médicaux dans ces territoires, un manque de moyens pour les campagnes de prévention, et des spécificités culturelles qui compliquent l'accès aux soins (15,16,40,41,58).

Enfin, la stigmatisation et la discrimination peuvent freiner les efforts de dépistage et de prévention. En France comme ailleurs, la peur d'être jugé ou rejeté dissuade encore trop de personnes de se faire dépister, retardant ainsi les diagnostics et les prises en charge. Ces défis s'inscrivent dans le cadre de l'objectif mondial porté par l'ONUSIDA⁸ qui appelle à mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030 en renforçant la prévention, l'accès universel aux soins et la lutte contre les discriminations, des leviers dont l'efficacité est reconnue mais dont la mise en œuvre reste inégale selon les territoires (59).

1.2.2. Enjeux socio-économiques : précarité et inégalités d'accès aux soins

1.2.2.1. *La précarité, un déterminant majeur de la santé sexuelle*

Les inégalités socio-économiques jouent un rôle déterminant dans l'accès à la santé sexuelle créant un cercle vicieux où la précarité exacerbe les vulnérabilités sanitaires et aggrave les disparités en matière de soins (40,60,61). En France, ces inégalités se manifestent de manière criante : en 2017, 3,1% de la population de 16 ans ou plus ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux, révélant l'impact direct de la pauvreté sur l'accès aux soins de base (62).

⁸ ONUSIDA est le programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida.

Les facteurs sociaux (âge, genre, orientation sexuelle, origine, statut migratoire, précarité et territoire) façonnent des vulnérabilités spécifiques qui se croisent et déterminent l'exposition aux IST comme l'accès aux outils de prévention (7,36,60). Les populations précaires ont un accès limité aux préservatifs, en raison de leur coût ou de leur distribution insuffisante, et sont moins exposées aux campagnes de prévention (60,61).

Cette réalité n'est pas isolée : plusieurs études aux États-Unis d'Amérique montrent que l'absence de couverture santé est fortement associée à un faible taux de dépistage du VIH. Les personnes non-assurées se testent significativement moins que celles avec assurance (63–65). Ceci illustre que les barrières économiques peuvent compromettre la prévention et le dépistage.

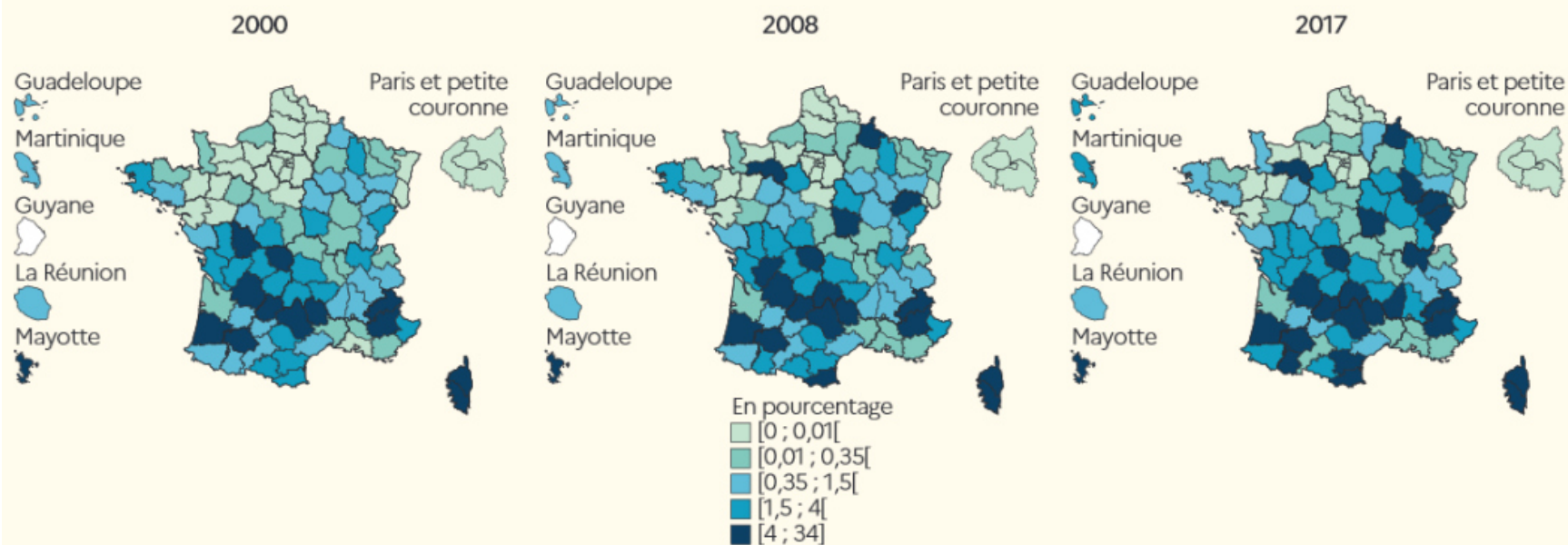
L'accès à la contraception et à l'IVG est également profondément affecté par la précarité : les inégalités persistent selon le niveau de revenu des femmes pour la contraception, tandis que la crise sanitaire liée à la COVID-19 a mis en lumière la fragilité de l'accès à l'IVG pour les femmes les plus vulnérables (39,66). Ce phénomène montre comment les contraintes financières peuvent conduire à des grossesses non-désirées, faute d'accès à une contraception adaptée : en France, les femmes à faibles revenus utilisent moins de contraceptifs remboursés que les autres, seulement 36 % contre 46 % pour les revenus plus élevés. Ces chiffres montrent que la levée des barrières financières ne suffit pas à garantir un accès effectif à la contraception (66). En outre-mer, cette problématique est encore plus aiguë : à Mayotte, où le taux de pauvreté est très important, le taux d'IVG chez les femmes mineures est de 20 pour 1 000, contre 6 pour 1 000 pour l'hexagone révélant l'impact dramatique de la précarité sur la santé reproductive des jeunes filles (67,68).

Ces exemples convergent pour suggérer que l'efficacité des politiques de santé sexuelle est tributaire, au moins en partie, de la capacité des systèmes de santé à intégrer les déterminants socio-économiques dans leur approche préventive. Une orientation que la littérature scientifique et les institutions de santé publique appellent de manière croissante (60,61).

1.2.2.2. Les déserts médicaux et l'accès aux professionnels de santé

L'accès aux gynécologues médicaux, sage-femmes et centres de dépistage reste profondément inégal en France : entre 2007 et 2023, le nombre de gynécologues médicaux a chuté de 1 945 à seulement 816 praticiens pour près de 30 millions de femmes en âge de consulter, 11 départements en sont aujourd'hui totalement dépourvus, et près d'un quart des Françaises vivent dans un désert médical gynécologique (69). Cette pénurie est encore plus marquée dans les zones rurales et ultramarines, où elle compromet directement l'accès à la contraception, à la prévention des IST et au dépistage précoce (58,70,71)(Figure 3).

Part des femmes en âge de procréer (15-44 ans) à plus de 45 minutes d'une maternité



Note • Les bornes sont identiques pour les trois cartes et correspondent à une répartition en quintiles pour l'année 2008.

Lecture • Dans l'Aube, le pourcentage de femmes en âge de procréer à plus de 45 minutes d'une maternité est de 1,2 % en 2000, de 1,4 % en 2008 et de 3,3 % en 2017.

Champ • France métropolitaine et DROM sauf Guyane (y compris les petites îles non reliées par un pont au continent et dont les communes sont entièrement situées sur l'île, exemple : Belle-Île-en-Mer).

Sources • DREES, SAE 2000, 2008 et 2017 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 1999, 2008 et 2017 (pour Mayotte au 1^{er} janvier 2002, 2007 et 2017) ; traitements DREES avec le logiciel OSRM.

Figure 3 : Représentation de la répartition des femmes en âges de procréer à plus de 45 min d'une maternité (en %) (DREES, SAE, INSEE / 2000, 2008, 2017)

Les territoires ultramarins sont particulièrement touchés par ces inégalités. Plusieurs études sur la Polynésie française montrent que dans certaines îles très isolées, l'accès à la gynécologie ou l'obstétrique⁹ est inexistant, contraignant les patientes à se rendre à Tahiti ou à être évacuées pour être prises en charge par un gynécologue ou pour d'autres soins spécifiques, avec des coûts et des contraintes logistiques souvent insurmontables (72).

1.2.3. Enjeux culturels et sociétaux : tabous, discriminations et éducation

i. *Les tabous culturels et religieux*

Les normes sociales et religieuses exercent une influence profonde sur les comportements en matière de santé sexuelle, souvent au détriment de la prévention et de l'accès aux soins (21,25,26). Ces pressions culturelles, en stigmatisant certaines pratiques ou en imposant des tabous, créent des obstacles majeurs pour les populations, les empêchant de bénéficier de soins essentiels ou d'adopter des comportements protecteurs.

La stigmatisation des IST, notamment du VIH, reste l'un des principaux freins au dépistage et à la prise en charge. La crainte du rejet social, de la discrimination et de la violation de la confidentialité conduit de nombreuses personnes à éviter ou retarder le recours aux soins, voire à interrompre leur traitement (73,74). Dans de nombreuses cultures, ces infections sont encore associées à des représentations de promiscuité, de honte ou de transgression morale. Cela pousse les personnes concernées à dissimuler leur statut par crainte du rejet. Un phénomène documenté à l'échelle mondiale par l'ONUSIDA, qui reconnaît que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH constituent des obstacles majeurs à la prévention, au dépistage et aux soins dans tous les pays et toutes les régions du monde (26,73,74). Cette réalité se retrouve aussi dans les territoires ultramarins français : aux Antilles, la crainte d'être stigmatisé limite fortement le recours au dépistage, en particulier chez les hommes, qui redoutent d'être perçus comme "immoraux" ou "irresponsables"(75).

⁹ La gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique constituent deux spécialités distinctes. Le gynécologue médical assure le suivi préventif de la santé des femmes (contraception, dépistage des IST, frottis, suivi hormonal) tandis que le gynécologue-obstétricien est principalement orienté vers la grossesse, l'accouchement et la chirurgie gynécologique.

Les tabous autour de la sexualité aggravent encore ces inégalités. Dans de nombreux pays, aborder des sujets comme la contraception, les IST ou la vie intime, affective et sexuelle est strictement interdit, surtout pour les jeunes filles. Pour les outre-mer, ces tabous persistent également : les discussions sur la contraception ou les IST sont souvent évitées, même en milieu scolaire, en raison de normes religieuses et culturelles strictes. Cette omerta autour de la sexualité retarde les diagnostics, limite l'accès à la contraception et aggrave les risques de grossesses non-désirées ou de transmission d'IST (75).

Ces barrières culturelles et religieuses ne se limitent pas aux pays en développement ou aux territoires ultramarins : elles traversent toutes les sociétés, y compris en France métropolitaine, où certaines communautés évitent encore de parler de sexualité par pudeur ou par crainte des jugements. Pour briser ces tabous, une éducation sexuelle inclusive, des campagnes de sensibilisation adaptées et un travail avec les leaders communautaires et religieux pourraient être intéressante.

1.2.3.1. Discriminations envers les minorités sexuelles et de genre

Les personnes LGBTQIA+¹⁰ subissent encore aujourd'hui des discriminations systémiques qui compromettent gravement leur accès à la santé sexuelle. À l'échelle internationale, ces inégalités sont souvent renforcées par des cadres juridiques répressifs. Selon l'ONUSIDA, 67 pays criminalisent encore les rapports entre personnes de même sexe (dont 10 où ils sont passibles de la peine de mort) et 20 pays criminalisent la diversité des genres. Des dispositions qui empêchent directement les populations concernées d'accéder aux services de prévention et de traitement du VIH, avec une prévalence cinq fois plus élevée dans ces pays que dans ceux où ces rapports ne sont pas criminalisés (77). En France, si le cadre juridique protège formellement les personnes LGBTQIA+, les discriminations et violences persistent néanmoins : une étude de SPF documente leur ampleur et leur impact délétère sur la santé, se traduisant par des risques accrus d'infections, de renoncement aux soins et de difficultés d'accès à des services adaptés (78).

¹⁰ LGBTQIA+ signifie Lesbienne, Gay, Bisexuel. Trans (ou transgenre), Queer, Intersexe, Asexuel. Ce sigle est souvent utilisé comme terme général pour désigner la communauté dans son ensemble. Le « Q » peut également désigner les personnes en « questionnement ». Le « + » est destiné à inclure toutes les personnes qui s'identifient différemment. (76)

Ces inégalités sociales de santé trouvent leurs racines dans la persistance de stigmatisations systémiques (homophobie, lesbophobie, transphobie) qui façonnent les parcours de vie et l'accès aux soins bien au-delà du seul cadre légal (34).

En France, malgré des évolutions progressistes dans le droit des personnes LGBTQIA+ (égalité des droits face à l'union civile (« mariage pour tous »), procréation médicalement assistée (PMA), les personnes LGBTQIA+ rencontrent encore des obstacles majeurs dans leur parcours de santé. Qu'il s'agisse de discriminations dans l'accès aux soins, de renoncement aux consultations par crainte du jugement, ou d'une offre de services insuffisamment adaptée à leurs besoins spécifiques (34,78). L'un des problèmes centraux est le manque de formation des professionnels de santé aux enjeux spécifiques des minorités sexuelles. Selon différentes études menées dans différents pays du monde il apparaît que les professionnels de santé ne sont pas formés ou pas assez formés pour prendre en charge les patients LGBTQIA+, révélant un déficit de connaissances et une méconnaissance des besoins propres à ces populations (78–81). Ce manque de compétence des professionnels de santé, couplée à des attitudes parfois discriminantes, décourage les personnes LGBTQIA+ de consulter, de se faire dépister ou de bénéficier d'un suivi adapté. Les violences et exclusions qu'elles subissent (rejet familial, discriminations à l'emploi, agressions) aggravent leur précarité et limitent encore davantage leur accès aux soins (78).

1.2.3.2. L'éducation sexuelle : un enjeu de santé publique

Malgré son rôle clé dans la prévention des IST, des grossesses non désirées et des violences sexistes et sexuelles : l'éducation sexuelle reste inégale, fragmentaire et souvent insuffisante à travers le monde (82–84). Pourtant, une information complète et accessible est indispensable pour permettre aux jeunes de faire des choix éclairés sur leur santé et leur sexualité (23,83). En France, moins de 15% des élèves bénéficient d'une éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle et 25% des établissements scolaires déclarent ne l'avoir jamais mis en place en dépit de l'obligation légale (82,83). Cette approche prive les jeunes d'une compréhension globale de la sexualité, les laissant vulnérables face aux risques sanitaires et aux stéréotypes de genre (82,83).

Les résistances politiques et religieuses aggravent encore ces lacunes (82,83,85,86). Dans plusieurs pays, les programmes d'éducation à la vie intime, affective et sexuelle font l'objet d'oppositions organisées de la part de mouvements conservateurs et de groupes religieux. Ils contestent leur contenu au nom de la protection des valeurs familiales ou de la liberté de conscience des parents. Ces mouvements anti-droits ciblent en priorité les politiques promouvant l'éducation sexuelle globale et l'égalité d'accès aux soins de santé reproductive, une tendance documentée à l'échelle internationale par l'ONUSIDA et l'UNESCO (87). Si 85 % des 155 pays étudiés disposent de politiques ou de lois relatives à l'éducation sexuelle, l'existence de ces cadres juridiques ne garantit ni un contenu exhaustif ni une mise en œuvre effective : ces reculs et résistances accentuent les inégalités et privent les jeunes d'une éducation essentielle à leur bien-être et à leur autonomie (88).

2. Évolution des politiques publiques (1950–aujourd'hui)

2.1. Période 1950-1980 : une approche moralisatrice et répressive

Des années 1950 aux années 1980, la France connaît une transformation profonde de son rapport à la sexualité et aux droits reproductifs. Dans les années 1950, la société française, métropolitaine comme ultramarine, reste placée sous l'influence dominante de l'Église catholique, qui impose un cadre moral strict où la sexualité est étroitement liée au mariage. La contraception et l'avortement sont alors non seulement condamnés moralement, mais pénalement répréhensibles (89–91). Dans les Antilles et en Guyane, où le catholicisme est particulièrement ancré, cette réalité est encore plus marquée : faute d'accès à toute forme de contraception, les femmes sont contraintes de recourir à des méthodes traditionnelles ou à des avortements clandestins souvent au péril de leur santé (4,8,92).

Mai 1968 constitue le premier grand tournant. Les revendications portées par la jeunesse remettent radicalement en cause les normes sociales héritées, déplaçant progressivement la sexualité du champ de la morale vers celui des droits et préparant le terrain aux réformes législatives de la décennie suivante (90,91,93,94). Les années 1970 s'ouvrent alors sur des mobilisations sans précédent et des avancées législatives majeures, qui vont durablement transformer le paysage des droits sexuels et reproductifs en France (98)(93).

2.1.1. La contraception et l'IVG

Le cadre législatif français en matière de contraception et d'avortement s'est longtemps caractérisé par une répression pénale sévère. Dans un contexte nataliste marqué par les pertes humaines de la Première Guerre mondiale, la loi du 31 juillet 1920, dite « loi scélérate », rend pénalement répréhensible toute propagande anticonceptionnelle et la vente de contraceptifs (89,90). Cette répression est aggravée par le décret-loi du 30 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française, dit Code de la famille, qui durcit les sanctions pénales contre l'avortement et la contraception (95). Pendant toute cette période, les femmes sont privées de tout contrôle sur leur fertilité, exposées à des grossesses répétées aux conséquences parfois dramatiques, tandis que l'avortement, assimilé à un crime, et la contraception, érigée en délit, sont sanctionnés par les articles 317 et suivants de l'ancien Code pénal (91,92,96). Les estimations suggèrent qu'entre 800 000 et 1 million d'avortements clandestins sont pratiqués chaque année en France avant 1975, entraînant hémorragies, infections, stérilité, voire décès (97).

Face à ce cadre répressif, les années 1960 voient émerger les premiers mouvements féministes organisés, comme le Mouvement de libération des femmes (MLF), qui portent avec force les revendications pour le droit à la contraception et à l'avortement (94). Le Manifeste des 343, publié en 1971 dans Le Nouvel Observateur, illustre cette mobilisation : 343 femmes, dont des figures ultramarines comme Suzanne CÉSaire, y déclarent publiquement avoir avorté, symbolisant une double lutte féministe et anticoloniale (98). Le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), fondé en 1973, prolonge cette dynamique en organisant des avortements clandestins revendiqués publiquement, au risque de poursuites pénales (90,94)(Figure 4).



*Figure 4 : Affiche du MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception)
« Avortement libre et remboursé pour toutes » / Les imprimeries Libre - MLAC 1973 / © Centre
de documentation du Planning Familial – Paris*

Les premières avancées législatives interviennent avec la loi n°67-1168 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, dite loi NEUWIRTH, portée par le député Lucien NEUWIRTH. Elle abroge les articles L.648 et L.649 du Code de la santé publique et légalise partiellement la contraception : les femmes majeures¹¹ peuvent y accéder sur ordonnance médicale. Tandis que pour les mineures, la délivrance est subordonnée à la présentation d'une ordonnance ainsi qu'au consentement écrit d'un parent ou du représentant légal. Toute publicité sur les contraceptifs demeure cependant interdite (96). Cette réforme se heurte à une opposition farouche des milieux conservateurs et religieux, qui exercent une pression constante pour en limiter la portée (96). Par ailleurs, la contraception n'étant pas inscrite à la nomenclature des actes remboursables en 1967, son coût élevé la rend inaccessible à une grande partie de la population, notamment aux revenus les plus modestes (91,92,99,100).

La loi n°74-1026 du 4 décembre 1974, relative à la régulation des naissances, portée par le président Valéry GISCARD D'ESTAING, le Premier ministre Jacques CHIRAC et la ministre de la Santé Simone VEIL, marque une étape supplémentaire en instaurant le remboursement par la Sécurité sociale des dispositifs contraceptifs et en simplifiant l'accès pour les femmes mineures, désormais dispensées de l'accord parental. Les centres de planning familial se multiplient et obtiennent l'autorisation de délivrer gratuitement, sur prescription médicale, des produits contraceptifs (100,101).

C'est l'affaire de Bobigny, en 1972, qui relance avec force le débat sur l'avortement. Le procès de Marie-Claire CHEVALIER, mineure ayant avorté à la suite d'un viol, défendue par l'avocate Gisèle HALIMI, devient un symbole de l'injustice subie par les femmes et catalyse la mobilisation pour une réforme législative (102). La loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (dite loi VEIL), dépénalise l'avortement pour une période probatoire de cinq ans, définitivement renouvelée par la loi n°79-1204 du 31 décembre 1979, dite loi PELLETIER. Le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale est quant à lui organisé par la loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 (103).

¹¹ En France, la majorité civile est fixée à 18 ans depuis 1974. Auparavant, et ce depuis 1907, elle était fixée à 21 ans.

Cette inégalité d'accès se fait particulièrement ressentir dans les territoires ultramarins, départementalisés en 1946. L'application des réformes y est à la fois lente et inégale, sous l'effet conjugué de l'influence marquée de l'Église catholique, d'une démographie médicale structurellement déficitaire, d'un coût prohibitif pour des populations aux revenus significativement inférieurs à la métropole, et d'une résistance des autorités locales à mettre en œuvre des politiques perçues comme contraires aux valeurs dominantes (8,92,104). Aux Antilles, malgré l'existence de réseaux clandestins, les risques liés aux avortements pratiqués dans des conditions précaires restent dramatiquement élevés (8,104,105). Les mouvements féministes locaux, comme le mouvement des femmes guadeloupéennes, tentent d'adapter les réformes aux réalités ultramarines, mais se heurtent à des résistances tenaces d'ordre culturel, religieux et politique (106).

2.1.2. L'éducation sexuelle

Dans les établissements scolaires français de cette période, l'éducation sexuelle est inexistante (107). Cette lacune est particulièrement marquée dans les territoires ultramarins, où l'éducation des jeunes filles reste orientée vers leur rôle d'épouse et de mère, tandis que les garçons sont encouragés à adopter des comportements virils, caractérisés par la multiplicité des partenaires et le rejet du préservatif. Cette éducation différenciée et genrée perpétue un système où la sexualité féminine est contrôlée et où les risques sanitaires (grossesses non désirées, infections) sont ignorés ou minimisés (108,109).

Les premières tentatives d'introduction de l'éducation sexuelle à l'école émergent dans les années 1970, mais se heurtent à de vives résistances. Les valeurs catholiques, profondément ancrées dans le système éducatif, influencent aussi bien les enseignants que les familles, entretenant un climat de culpabilité et de honte autour de toute sexualité hors mariage (85,104,110). Cette période révèle ainsi une société où morale religieuse, lois répressives et inégalités de genre se combinent pour restreindre les droits et les libertés, en particulier ceux des femmes et des populations ultramarines (4).

2.2. Période 1980-2000 : l'émergence du VIH et la médicalisation de la prévention

2.2.1. L'éducation sexuelle

En novembre 1998, une circulaire n°98-234 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida instaure l'obligation de séances d'éducation à la sexualité dans les collèges, prioritairement en classes de quatrième et troisième, à raison d'un minimum de deux heures par an. Cette circulaire constitue la première inscription formelle de l'éducation sexuelle dans le cadre obligatoire de l'enseignement secondaire en France (111).

2.2.2. Le VIH / Sida

L'année 1981 marque un tournant dans l'histoire de la santé sexuelle mondiale avec l'identification des premiers cas de sida (112). En France, la maladie est initialement associée aux HSH et aux usagers de drogues par voie intraveineuse, engendrant une stigmatisation profonde qui va durablement peser sur les politiques de prévention. C'est en 1983 que l'Institut Pasteur isole le virus responsable, le VIH, grâce aux travaux de Luc MONTAGNIER et Françoise BARRÉ-SINOUESSI, une découverte récompensée par le prix Nobel de physiologie ou médecine en 2008, qui ouvre la voie à des avancées décisives en matière de diagnostic et de traitement (112,113).

Dès 1984, l'association AIDES¹² est fondée, première organisation française entièrement dédiée à la lutte contre le sida, jouant un rôle clé dans l'accompagnement des malades et la défense de leurs droits (114). En 1986, la mise au point du premier test de dépistage sanguin du VIH breveté permet l'identification précoce des personnes infectées et inaugure les premières campagnes de prévention ciblées (hommes homosexuels, les usagers de drogues et les travailleurs du sexe) (114,115). L'année suivante, les pouvoirs publics lancent la campagne emblématique « Le sida ne passera pas par moi », marquant un tournant dans la prévention à l'échelle nationale (116). En 1987 également, Lady Diana serre publiquement la main d'un malade du sida lors de l'inauguration d'une unité de soins dédiée au Middlesex Hospital de Londres, sans gant, brisant ainsi un tabou mondial et contribuant à humaniser une épidémie que beaucoup préféraient ignorer (117)(Figure 5).



Figure 5 : Lady Diana serrant la main d'une personne atteinte du sida (The Washington Post / 1987)

¹² Association de lutte contre le sida dit AIDES est une association reconnue d'utilité publique qui lutte contre le VIH et les hépatites virales.

Cette prise de conscience arrive cependant avec un retard significatif dans les territoires ultramarins. En Martinique, les premières campagnes de prévention ne voient le jour qu'en 1990, soit trois ans après la métropole (118). En Polynésie française, le dépistage se limite aux seuls hôpitaux de Tahiti, privant les habitants des îles éloignées de tout accès aux tests (119,120). Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), créés en 1988 en métropole, connaissent un déploiement inégal en outre-mer : en Guyane, ils se concentrent quasi exclusivement dans les zones urbaines comme Cayenne ou Saint-Laurent-du-Maroni, laissant les communautés isolées, notamment les villages amérindiens, sans accès à ces services essentiels (121,122).

Parallèlement à la gestion de l'épidémie, cette période est marquée par d'importantes avancées en matière de droits. La loi n°82-683 du 4 août 1982, portée par le député Raymond FORNI, rapportée par la députée Gisèle HALIMI et soutenue par le Président François MITTERRAND, le Premier ministre Pierre MAUROY et le garde des Sceaux Robert BADINTER, abroge le second alinéa de l'article 331 du Code pénal et dépénalise l'homosexualité, alignant l'âge du consentement sur celui applicable aux hétérosexuels, fixé à quinze ans (123,124). Sur le plan scientifique, dès 1973, l'Association américaine de psychiatrie avait retiré l'homosexualité du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), rupture symbolique majeure dans la dépathologisation des orientations sexuelles (125). Cette reconnaissance ne trouve un écho international qu'en 1990, lorsque l'OMS supprime à son tour l'homosexualité de la Classification internationale des maladies (CIM-10), contribuant à réduire progressivement la stigmatisation des personnes LGBTQIA+, dans un contexte où l'épidémie de sida avait paradoxalement renforcé les préjugés à leur égard (125,126).

La décennie 1990 est néanmoins marquée par un grave scandale sanitaire : le 25 avril 1991, l'affaire du sang contaminé révèle que des milliers de personnes, dont de nombreux hémophiles, ont été infectées par le VIH à la suite de transfusions de produits sanguins non contrôlés, mettant en lumière de profondes défaillances du système d'hémovigilance et engendrant une crise de confiance durable envers les institutions (127). En réponse, la loi n°93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament renforce les principes éthiques du don du sang, fixe les bonnes pratiques transfusionnelles, met en place le dispositif d'hémovigilance et crée, par éclatement du Centre national de transfusion sanguine, trois entités distinctes : l'Agence française du sang (AFS), le Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB) et l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS) (128,129).

Entre 1994 et 1996, la lutte contre le sida entre dans une phase décisive. Le Plan national de lutte contre le sida 1994-2000 constitue la première reconnaissance formelle par l'État français du sida comme enjeu de politique publique à part entière, visant à garantir un accès universel aux soins, à structurer les actions de prévention et à coordonner les acteurs associatifs, médicaux et institutionnels (130,131). En 1996, l'arrivée des trithérapies antirétrovirales transforme durablement la prise en charge du VIH, faisant basculer la maladie du statut de pathologie mortelle à celui d'affection chronique contrôlable et entraînant une baisse brutale de la mortalité (115,130).

Cette décennie voit également s'affirmer une contestation militante incarnée par Act Up-Paris, fondée en 1989. Le 1er décembre 1993, ses militants hissent un préservatif géant sur l'obélisque de la place de la Concorde, action au retentissement considérable qui force la société française à mesurer l'ampleur de l'épidémie (132) (Figure 6). Cette mobilisation joue un rôle décisif dans l'accélération des politiques publiques de prévention et dans l'obtention du remboursement à 100 % des frais de santé des personnes séropositives, illustrant la tension productive entre mobilisation associative et réponse institutionnelle qui caractérise la construction de la politique française de lutte contre le sida (130,133).



Figure 6 : L'obélisque de la place de la Concorde recouverte d'un préservatif géant (AFP/1993)

2.3. Période 2000 - 2020 : vers une approche plus globale

Les années 2000 s'ouvrent sur des avancées législatives et médicales significatives en matière de droits sexuels et reproductifs. Cette période est caractérisée par une libéralisation progressive des politiques publiques de santé sexuelle, portée conjointement par les mobilisations féministes et LGBTQIA+ et par des progrès médicaux majeurs, notamment l'essor de la PrEP et la disponibilité de l'autotest VIH en pharmacie. Elle révèle néanmoins des inégalités persistantes dans l'accès effectif à ces avancées, particulièrement marquées dans les territoires ultramarins, où les obstacles structurels (précarité, démographie médicale déficitaire, résistances culturelles) continuent de limiter la portée réelle des réformes nationales. C'est précisément cette tension entre ambition universelle des politiques publiques et réalités localement différenciées qui constitue le fil directeur de cette période.

2.3.1. La contraception et l'IVG

La contraception d'urgence constitue une illustration emblématique de la progressive démocratisation de l'accès à la santé reproductive en France. L'éthinylestradiol et le levonorgestrel (TETRAGYNON®), premier contraceptif d'urgence hormonal commercialisé en Europe, est disponible en pharmacie dès janvier 1999, suivi en juin de la même année par le lévonorgestrel (NORLEVO®), tous deux délivrés sur ordonnance et devant être pris dans les soixante-douze heures suivant le rapport à risque (134).

La question de l'accès pour les mineures cristallise rapidement les tensions. En décembre 1999, Ségolène ROYAL, ministre déléguée chargée de l'Enseignement scolaire, autorise les infirmières scolaires à délivrer le levonorgestrel aux élèves mineures en cas d'urgence. Le Conseil d'État annule toutefois cette circulaire le 30 juin 2000 pour vice de procédure (135). La loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence formalise alors le cadre : la contraception d'urgence est délivrée gratuitement et confidentiellement aux mineures en pharmacie, et les infirmières scolaires sont autorisées à l'administrer en cas d'urgence et de détresse caractérisée, dans le cadre d'un protocole national, précisé par le décret n°2001-258 du 28 septembre 2001 (136,137).

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception parachève ce dispositif en supprimant l'ordonnance médicale obligatoire pour la délivrance en pharmacie, rendant la contraception d'urgence accessible à toutes les femmes majeures sans prescription et gratuitement pour les mineures (68). Cette même loi révisé en profondeur le cadre législatif sur l'avortement : elle allonge le délai légal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée (SA), supprime l'autorisation parentale obligatoire pour les mineures et renforce l'organisation territoriale de l'accès à l'IVG afin de réduire les inégalités sociales et géographiques (138).

Cette évolution en trois temps : mise sur le marché en 1999, gratuité pour les mineures en 2000, suppression de l'ordonnance en 2001, illustre la tension persistante entre volonté politique d'améliorer l'accès et résistances institutionnelles, que l'on retrouvera à chaque étape de l'élargissement ultérieur du dispositif (66,68).

Les années 2010 prolongent cette dynamique. La loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes supprime la notion de « détresse » préalablement requise pour accéder à l'IVG, condition jusqu'alors jugée humiliante et discriminante (139,140). En 2015, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale instaure la gratuité et la confidentialité de l'ensemble du parcours contraceptif pour les mineures (consultations, examens, prescription et suivi), dispositif précisé par le décret de 2016 assurant une prise en charge à 100 % pour les mineures de quinze ans et plus (141,142). Enfin, la loi de modernisation du système de santé de 2016, portée par le Président François HOLLANDE, le premier ministre Manuel VALLS et son gouvernement notamment la ministre de la Santé Marisol TOURAINE, supprime le délai de réflexion de sept jours entre la consultation d'information et le recueil du consentement à l'IVG, autorise les sage-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses et instaure la prise en charge à 100 % de l'ensemble des actes liés à l'IVG (143).

2.3.2. Le VIH/ Sida

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi KOUCHNER, porté par le ministre de la Santé Bernard KOUCHNER, renforce le consentement éclairé des patients et améliore l'accès aux soins pour les populations précaires, consacrant pour la première fois une conception globale des droits des usagers du système de santé (144). La même année, la Cour des comptes publie un rapport évaluant la politique nationale de lutte contre le VIH/sida, dont les conclusions alimentent l'élaboration d'un nouveau plan fixant des objectifs ambitieux de réduction des nouvelles contaminations (131).

Dès 2009, le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 est élaboré. Il a pour objectif de réduire de 50 % l'incidence du VIH en France, s'accompagnant d'une intensification des campagnes de prévention et d'un renforcement de l'accès aux soins (145). En 2012, les premiers essais cliniques pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) débutent en France dans le cadre de l'essai IPERGAY¹³, ouvrant la voie à une révolution préventive dans la lutte contre le VIH, en particulier chez les HSH (146,147). En 2013, la PrEP est autorisée à titre compassionnel pour les populations à haut risque dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), notamment pour les HSH et les travailleurs du sexe (148).

Depuis juillet 2015, l'autotest VIH est disponible en pharmacie sous forme d'un dispositif de diagnostic in vitro acquis sans ordonnance et sans prescription médicale (149). Son prix de vente au lancement (aux alentours de 28 euros non remboursés) constitue d'emblée une barrière financière significative, particulièrement dans les territoires ultramarins où la précarité est structurelle (150,151). Sa mise à disposition en officine confère pour la première fois au pharmacien un rôle de premier recours dans le dépistage du VIH, assorti d'obligations de formation et d'accompagnement psychologique de l'acheteur, marquant l'entrée progressive de la pharmacie d'officine dans le champ du dépistage des IST (149,152). Enfin, dès janvier 2016, la PrEP devient accessible dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation, permettant la prise en charge par la Sécurité sociale de l'emtricitabine et du ténofovir disoproxil pour les populations les plus exposées au VIH (148).

¹³ L'essai ANRS IPERGAY, essai clinique randomisé en double aveugle mené depuis 2012 auprès d'HSH séronégatifs en France et au Canada en partenariat avec l'association AIDES, a démontré que la PrEP « à la demande » (prise de TDF-FTC au moment de l'exposition sexuelle) réduisait les risque d'infection par le VIH. Ses résultats ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine* le 3 décembre 2015.

2.3.3. La procréation médicalement assistée (PMA)

La loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique constitue le premier texte législatif français à encadrer de façon complète l'assistance médicale à la procréation (153). Elle réserve la PMA aux couples formés d'un homme et d'une femme vivants et en âge de procréer, excluant les couples de même sexe et les femmes célibataires, et maintient l'interdiction de la gestation pour autrui sous toutes ses formes. Elle encadre également la recherche sur les cellules souches embryonnaires et le diagnostic préimplantatoire, posant les premiers jalons éthiques sur des questions touchant directement aux droits reproductifs et à l'intégrité de la personne (153). Cette loi prévoit par ailleurs une clause de révision obligatoire, mécanisme introduit dès les premières lois de bioéthique de 1994 et consolidé par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011, qui impose un réexamen d'ensemble par le Parlement dans un délai maximal de sept ans, afin d'adapter le cadre juridique aux évolutions scientifiques et sociétales (154).

Cette position française diverge avec plusieurs législations européennes contemporaines : l'Espagne, la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède qui autorisent déjà ou autoriseront rapidement la PMA aux couples de femmes, révélant une conception éthique profondément divergente (155,156). Ce décalage génère un tourisme procréatif structurellement inégalitaire, accessible aux seules femmes disposant des ressources financières suffisantes, qui alimentera les débats nationaux jusqu'à l'ouverture de la PMA à toutes les femmes par la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (157).

2.3.4. Les campagnes de préventions

Parallèlement, les premières campagnes grand public consacrées aux infections sexuellement transmissibles voient le jour, sensibilisant la population aux risques liés à la chlamydia, à la gonococcie et à la syphilis, dont la recrudescence demeurait insuffisamment documentée dans l'espace public (93). Dans les territoires ultramarins, les premières campagnes de lutte contre l'excision sont lancées en 2009 à Mayotte et aux Comores, en collaboration avec les associations locales, marquant une prise de conscience tardive mais nécessaire des violences spécifiques subies par les femmes dans ces territoires (158).

2.3.5. Une reconnaissance progressive des violences de genre

La loi n°2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel renforce l'arsenal juridique français contre les violences sexistes et sexuelles (159). Elle redéfinit le harcèlement sexuel comme le fait d'imposer de façon répétée des propos ou comportements à connotation sexuelle portant atteinte à la dignité de la personne, et aligne les sanctions sur la gravité des faits, dans un contexte où la prévalence de ces violences demeurait structurellement sous-évaluée (82,159).

En 2014, le Conseil économique, social et environnemental (CESE)¹⁴ publie une étude intitulée *Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses*, présentant pour la première fois les violences faites aux femmes comme la violation des droits fondamentaux la plus répandue (160). Cette étude intègre un volet spécifique consacré aux territoires ultramarins, reconnaissant que la précarité, l'isolement et les structures familiales particulières y aggravent structurellement l'exposition aux violences.

¹⁴ Institution constitutionnelle représentant la société civile organisée, composée de représentants des organisations professionnelles, syndicales et associatives

Ce constat sera confirmé et amplifié par un avis spécifique en 2017, puis une résolution en 2024, établissant qu'il y a deux fois plus de violences intrafamiliales en outre-mer que dans l'hexagone, avec une femme sur cinq subissant des violences conjugales en Guadeloupe (160). Que le CESE, instance consultative à valeur constitutionnelle représentant les corps intermédiaires de la nation, se saisisse spécifiquement de la question ultramarine témoigne d'une reconnaissance politique de l'ampleur des problématiques.

2.4. Depuis 2020 : santé sexuelle, droits et territoires

En France, la période 2020-2025 est également un moment charnière dans l'évolution de la santé sexuelle : avancées législatives historiques, innovations médicales majeures et prise de conscience accrue des enjeux sociétaux, sans effacer totalement des fractures persistantes, notamment en outre-mer.

2.4.1. La contraception et l'IVG

La loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement, portée par la députée Albane GAILLOT, constitue la réforme la plus substantielle du droit à l'IVG depuis la loi VEIL de 1975 (161). Son adoption fut particulièrement difficile : rejetée à deux reprises par le Sénat, elle fut finalement adoptée en lecture définitive par l'Assemblée nationale le 23 février 2022, illustrant la persistance des résistances politiques sur ce sujet (161).

La mesure phare du texte est l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de douze à quatorze semaines de grossesse, soit de 14 à 16 SA, en réponse directe à un rapport établissant que plus de 2 000 femmes se rendaient chaque année à l'étranger pour avorter faute d'avoir pu le faire dans les délais légaux en France, inégalité frappant prioritairement les femmes précaires et celles des territoires ultramarins où les délais de prise en charge sont structurellement allongés (162,163). Sur le plan scientifique, cette mesure s'appuyait sur les données de la littérature médicale internationale attestant de la sécurité et de l'efficacité des deux méthodes d'IVG (médicamenteuse et chirurgicale) jusqu'à ce terme. La méthode médicamenteuse est en effet efficace et sûre entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée, à l'instar de ce qui est réalisé pour les interruptions médicales de grossesse, et est largement utilisée à ce terme dans de nombreux pays (164). Parallèlement, le délai pour les IVG médicamenteuses réalisées en ville est prolongé de cinq à sept semaines de grossesse, élargissant l'accès à la méthode la moins invasive et la plus facilement dispensable en dehors des structures hospitalières (140). La loi supprime également le délai minimal de réflexion de quarante-huit heures entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement, pour toutes les femmes mineures comme majeures, disposition longtemps perçue comme paternaliste et particulièrement préjudiciable dans les territoires où les délais de consultation sont déjà longs. Elle autorise par ailleurs le recours à la téléconsultation pour tout ou partie de la procédure d'IVG en établissement de santé et crée un répertoire national tenu par les Agences Régionales de Santé (ARS) recensant l'ensemble des professionnels et structures pratiquant l'IVG (161).

La loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement, portée par la députée Albane GAILLOT, marque également une rupture décisive dans la définition des compétences des sage-femmes, en leur reconnaissant pour la première fois la capacité de pratiquer des IVG instrumentales en établissement de santé sous anesthésie locale, acte qui relevait jusqu'alors exclusivement de la compétence du médecin (161). Cette extension s'inscrit dans une évolution continue depuis les années 2000 :

- La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (*Hôpital, Patients, Santé et Territoires*) avait intégré la sage-femme dans le système de soins de premier recours (165) ;
- La loi de modernisation du système de santé de 2016 lui avait permis de pratiquer les IVG médicamenteuses en ville et en établissement (143) ;
- La loi GAILLOT de 2022 lui ouvre désormais les IVG instrumentales, représentant environ 20 % des IVG pratiquées en France (166). Le décret n°2023-1194 du 16 décembre 2023, suivi du décret n°2024-367 du 23 avril 2024, précisent et assouplissent les conditions de mise en œuvre de cette compétence (167,168).

Sur le terrain de la contraception, depuis le 1er janvier 2022, la gratuité est étendue à toutes les femmes de moins de vingt-six ans pour les pilules de 1^{er} et 2^{ème} génération, les DIU et les implants, sans avance de frais, sur prescription médicale (169,170). Depuis le 1er janvier 2023, des préservatifs masculins et féminins de certaines laboratoires sont délivrés gratuitement en officine à toute personne de moins de vingt-six ans sans ordonnance, pris en charge intégralement par l'Assurance maladie (171).

Enfin, le 4 mars 2024, le Parlement réuni en Congrès à Versailles inscrit dans la Constitution la liberté des femmes de recourir à l'IVG, en modifiant l'article 34 de la Constitution en ces termes : « La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse » (172). Cette constitutionnalisation vise à prévenir toute remise en cause future par une simple loi ordinaire et place désormais la pratique de l'IVG sous le contrôle du Conseil constitutionnel (172).

2.4.2. L'éducation sexuelle

L'éducation à la sexualité est rendue obligatoire à raison d'un minimum de trois séances annuelles dans les écoles, collèges et lycées (110,173). Dans les territoires ultramarins, des « maisons des femmes » sont créées en Guyane et à La Réunion afin de regrouper en un lieu unique les services liés à l'IVG, au dépistage des IST et à l'accompagnement des victimes de violences, en collaboration avec les associations locales (174).

2.4.3. La PMA

La loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, portée par le Président de la République Emmanuel MACRON et le gouvernement d'Édouard PHILIPPE, notamment Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, ouvre la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires, mettant fin à des années de débats et comblant le décalage avec plusieurs législations européennes (175). Si cette réforme constitue une avancée majeure en matière de droits reproductifs, elle relance parallèlement les discussions sur la gestation pour autrui (GPA), sans aboutir à une légalisation (175).

L'année 2024 est quant à elle marquée par des débats bioéthiques d'ampleur, articulés autour de la question de l'aide active à mourir, euthanasie et suicide assisté, qui ranimant simultanément les discussions sur les droits reproductifs, notamment sur l'accès à l'IVG tardive en cas de malformation fœtale (176).

2.4.4. Le dépistage des IST et du VIH

La loi de modernisation du système de santé de 2016 fusionne les CDAG et les consultations de dépistage anonyme et gratuit/centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CDAG/CIDDIST) en une structure unique et polyvalente : le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) (143). Cette fusion traduit une évolution conceptuelle majeure : le dépistage n'est plus centré sur le seul VIH mais étendu à l'ensemble des IST, désormais accompagné d'une mission globale d'information, de conseil et d'orientation vers les soins.

En 2020, la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 perturbe profondément ces services, entraînant une baisse significative des dépistages du VIH et des IST ainsi que des retards dans la prise en charge des IVG, en raison des fermetures partielles des centres (177).

3. Textes fondateurs et plans nationaux de la santé en outre-mer

3.1. Textes internationaux et européens

Depuis la fin du XX^{ème} siècle, la santé sexuelle et reproductive s'est imposée comme un enjeu central des droits humains, porté par une série de textes internationaux qui ont progressivement façonné les politiques publiques à travers le monde, y compris en France (22,178,178,179,179–181). Ces cadres, élaborés sous l'égide d'organisations comme l'ONU, ont non seulement reconnu les droits sexuels et reproductifs comme des droits fondamentaux. En France, ces engagements internationaux ont inspiré des réformes majeures, de la légalisation de l'IVG à la gratuité de la contraception, en passant par la lutte contre les violences sexistes et sexuelles et la reconnaissance des droits des personnes LGBTQIA+.

3.1.1. Des droits humains à la santé sexuelle : les fondements universels

Avant même les grandes déclarations internationales, c'est en France que se pose, dès la libération, le fondement institutionnel sur lequel reposera toute la politique de santé reproductive du XX^{ème} siècle. Le Gouvernement provisoire de la République française, présidé par le général DE GAULLE, confie à Pierre LAROQUE la tâche de préparer un plan de protection sociale répondant aux engagements du Conseil National de la Résistance (CNR) (182). L'ordonnance du 4 octobre 1945 institue ainsi une organisation de sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques sociaux de toute natures susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain et à couvrir les charges de maternité et de famille. Ce texte fondateur pose un principe essentiel pour la santé reproductive : la maternité est un risque couvert par la solidarité nationale et non une charge individuelle (183).

C'est ce socle qui rendra possible vingt ans plus tard, le remboursement progressif de la contraception et de l'IVG. Des droits qui, sans la sécurité sociale, seraient restés réservés aux femmes disposant des moyens de les financer (91,92).

Dès 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme complète ce cadre sur le plan international en posant les bases d'un droit à la santé. Son article 25, qui garantit à chacun un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, devient un socle pour les revendications ultérieures (178). C'est dans les années 1960-1970 que la question prend une dimension plus explicite avec la Conférence internationale sur les droits de l'homme de Téhéran (1968), qui affirme pour la première fois le droit à la planification familiale comme droit humain fondamental (184).

Ce principe est ensuite renforcé par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW, 1979), qui consacre dans ses articles 12 et 16 le droit des femmes à décider librement de leur maternité et à accéder aux soins de santé reproductive (179). C'est le premier engagement international des États en matière de droit des femmes à maîtriser leur fécondité.

Mais c'est véritablement la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire, 1994) qui marque un tournant. Pour la première fois, un texte international reconnaît explicitement les droits sexuels et reproductifs comme des droits humains, exigeant des États qu'ils garantissent l'accès à la contraception, à l'éducation sexuelle et aux soins liés à la grossesse et à l'avortement (22). Ce cadre a directement influencé la France, où les lois sur l'IVG et la contraception se sont progressivement alignées sur ces principes, notamment avec l'allongement des délais légaux pour l'IVG et la gratuité des méthodes contraceptives (103,138,161,170,185).

3.1.2. De Beijing à Istanbul : l'égalité de genre au cœur des politiques

La Déclaration et Programme d'action de Beijing (1995) issue de la 4e Conférence mondiale sur les femmes, va plus loin en liant santé sexuelle et égalité de genre (180). Elle souligne la nécessité de lutter contre les stéréotypes de genre, les violences sexuelles et les obstacles à l'accès aux soins, tout en promouvant une éducation sexuelle complète.

En France, ce texte a inspiré des mesures comme l'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires (2018) ou le renforcement des dispositifs contre les violences conjugales, notamment via la Convention d'Istanbul (2011) ratifiée par la France en 2014 (83,186,187). Cette convention, engage les États à prévenir et sanctionner les violences faites aux femmes.

3.1.3. VIH/ Sida et droits des populations vulnérables : une approche inclusive

La lutte contre le VIH/sida a également été un moteur de changement, avec des textes comme la Déclaration de la Conférence internationale sur le sida (Vienne, 2010) ou la Déclaration politique sur le VIH/sida (ONU, 2021) (59,188) (59,188). Ces documents ont insisté sur la décriminalisation des populations clés (HSH, travailleurs du sexe, usagers de drogues) et l'accès universel aux traitements, influençant les politiques françaises. Ainsi, la PrEP a été mise en place en 2016 et les autotests VIH ont été autorisés en pharmacie, tandis que les CeGIDD ont été renforcés, notamment en outre-mer où les taux de prévalence restent élevés (189).

3.1.4. L'Europe et la santé sexuelle : un cadre contraignant

Au niveau européen, la Recommandation du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR, 2016) et la Résolution du Parlement européen sur la santé: sexuelle et reproductive (2021) ont joué un rôle clé (190,191). La première a rappelé aux États leur obligation de garantir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, tandis que la seconde a invité la France et les autres états membres à étendre la prise en charge intégrale de la contraception et à simplifier l'accès à l'IVG, notamment en allongeant les délais légaux.

Ces textes ont aussi renforcé la lutte contre les obstacles (délais, coûts, conscience...) qui peuvent limiter encore l'accès aux soins pour certaines femmes, notamment en outre-mer.

Enfin, la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016–2030), portée par l'OMS, a mis l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle et l'accès universel aux soins de santé reproductive (84). En France, cela s'est traduit en Guyane par des campagnes de dépistage mobile ou des programmes de santé sexuelle dans les lycées, tout en soulignant la nécessité de former les soignants aux spécificités culturelles, comme l'excision.

Les textes internationaux ont été des leviers essentiels pour faire avancer la santé sexuelle en France, en légitimant les revendications des mouvements féministes et LGBTQIA+, et en inscrivant les États signataires (dont la France) dans une dynamique commune d'harmonisation progressive de leurs législations avec les standards internationaux des droits sexuels et reproductifs. Pourtant, leur application reste inégale notamment en outre-mer, où les inégalités d'accès aux soins et les stigmatisations culturelles peuvent freiner encore les progrès. Les années suivantes devront continuer à concilier ces cadres universels avec les réalités locales, pour garantir une santé sexuelle accessible à toutes et tous, sans distinction de genre, d'orientation sexuelle, ou de territoire (23,192–194).

3.2. Stratégies et plans nationaux

Depuis les années 2010, la France a renforcé ses stratégies nationales en matière de santé sexuelle et reproductive, avec des plans toujours en vigueur aujourd'hui. Ces politiques, inspirées par les engagements internationaux et les besoins locaux, visent à améliorer l'accès aux soins, réduire les inégalités et promouvoir les droits sexuels et reproductifs. Plusieurs plans structurent actuellement la politique française en la matière.

3.2.1. Stratégie nationale de la santé sexuelle (2025-2030)

Depuis plusieurs années, la France s'est engagée dans une démarche ambitieuse pour améliorer la santé sexuelle de sa population, en s'appuyant sur les engagements internationaux portés par l'OMS. La Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2025-2030 constitue la feuille de route la plus complète jamais mise en place en France pour structurer la prévention, l'éducation, l'accès aux droits et les parcours de soins en matière de santé sexuelle. Elle repose sur six axes stratégiques, qui articulent chacun des objectifs généraux et des propositions opérationnelles.

Ces axes visent à réduire les inégalités sociales et territoriales, améliorer la santé reproductive, renforcer la prévention des IST/VIH et promouvoir une approche globale de la sexualité (23).

3.2.1.1. *Objectifs généraux de la stratégie*

En concertation avec les acteurs du terrain, notamment les professionnels de santé ou bien même les associations, ont été mises en avant les différentes priorités qui concernent l'ensemble des territoires :

- La promotion de la santé et de la prévention ;
- La promotion des droits humains et leur traduction dans la législation : refuser les discriminations, lutter pour l'égalité entre les femmes et les hommes, promouvoir l'approche centrée sur la personne dans son environnement, et une approche éthique ;
- Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès ;
- Contribuer à la démocratie sanitaire ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales en misant sur la déconcentration des politiques publiques.

3.2.1.2. Axes principaux et mesures concrètes

La stratégie nationale de santé sexuelle s'articule autour de 6 axes principaux (Figure 7) :

- Axe I : investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
- Axe II : améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge ;
- Axe III : améliorer la santé reproductive ;
- Axe IV : répondre aux besoins spécifiques des populations des plus vulnérables ;
- Axe V : promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle ;
- Axe VI : prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle.

	Promotion/Education Information	Parcours de santé en matière d'IST	Santé reproductive
D'ici 2020		• 95 % des PVVIH connaissent leur statut VIH ; 95 % des personnes connaissant leur séropositivité ont accès au traitement ; 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée, y compris chez les populations clés	
D'ici 2023	• 100% des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité tout au long de leur cursus	• Couverture vaccinale chez les adolescents : 75 % pour le VHB, 60 % pour le HPV	• Facilité l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5 %)
D'ici 2030	• 100% des professionnels de santé formés à la SSR	• Couverture vaccinale chez les adolescents : 95 % pour le VHB, 80 % pour le HPV d'ici 2030 • 80% de couverture vaccinale chez les populations clés • Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien), y compris chez les populations clés	• Réduction d'un 1/3 de l'indice de grossesses non désirées/prévues • Maintenir la syphilis congénitale à un bas seuil

Figure 7 : Cible de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 (Extrait de la feuille de route de la SNSS 2021-2024 Ministère des Solidarités et de la Santé / 2017)

L'axe I reconnaît que la promotion de la santé sexuelle repose avant tout sur l'éducation, l'information et l'acquisition de compétences psychosociales. Il met l'accent sur les jeunes, considérés comme un public prioritaire en raison de leur vulnérabilité aux inégalités d'accès à l'information. Cet axe vise d'abord à renforcer l'éducation à la sexualité dans une perspective globale, incluant non seulement les dimensions biologiques, mais aussi les aspects relationnels, affectifs, sociaux et éthiques. Il insiste sur la nécessité de garantir une éducation continue, scientifiquement fondée, délivrée dès l'enfance et tout au long de l'adolescence. Il encourage également une meilleure formation des professionnels au contact des jeunes, enseignants, personnels de santé, travailleurs sociaux, éducateurs, professionnels de la justice ou de la protection de l'enfance, afin de leur permettre de transmettre des messages cohérents et adaptés. La stratégie prévoit par ailleurs de doter les parents d'outils spécifiques pour renforcer leur rôle éducatif. Enfin, l'axe I propose le développement d'outils pédagogiques innovants, accessibles hors du cadre scolaire, notamment dans les structures socio-éducatives, et la mise en œuvre de campagnes régionales de sensibilisation, notamment autour de la prévention des grossesses non désirées, des IST et des violences sexuelles.

L'axe II porte sur la modernisation de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des IST, du VIH et des hépatites virales. Il fixe comme priorité de diversifier et renforcer l'offre de prévention, en intégrant des outils innovants tels que les autotests, la PreP ou les Tests Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD). Il prévoit également d'améliorer la couverture vaccinale, notamment contre l'hépatite B ou le papillomavirus (HPV), dans une logique de santé publique populationnelle. La stratégie insiste sur la nécessité d'un dépistage plus précoce, plus fréquent et mieux ciblé, en particulier dans les populations les plus exposées et dans les territoires où la prévalence est élevée. Pour cela, elle encourage le déploiement d'actions de dépistage « hors les murs » et l'intervention dans les zones difficiles d'accès. L'axe II vise aussi à optimiser les parcours de soins, notamment en renforçant le rôle des médecins généralistes et des structures de santé sexuelle (notamment CeGIDD) et en facilitant l'accès des mineurs aux soins en santé sexuelle sans obligation d'accompagnement par un adulte.

Enfin, la stratégie encourage les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé porté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol TOURAINE et les services universitaires de santé (SSU) appelés désormais Service de Santé Étudiants (SSE) à intégrer pleinement la prévention des IST, la contraception et la santé sexuelle dans leurs missions.

Cet axe III structure l'ensemble des objectifs relatifs à la santé reproductive. Il cherche à garantir à chacun un accès égalitaire, libre et éclairé à la contraception, en tenant compte des spécificités sociales, culturelles et territoriales. La stratégie préconise la création d'une consultation longue santé sexuelle dédiée aux 15-18 ans, intégralement prise en charge par la sécurité sociale, permettant de faire le point sur la contraception, le dépistage, la prévention des violences ou les besoins d'information. En parallèle, l'axe III réaffirme la nécessité de garantir un accès homogène à l'IVG, qu'il soit médicamenteux ou chirurgical, sur tout le territoire. Il encourage le renforcement de l'offre d'IVG instrumentale, en particulier sous anesthésie locale, afin de réduire les disparités territoriales persistantes. Un autre objectif majeur consiste à améliorer les conditions de confidentialité pour les mineures, notamment en veillant à ce que les remboursements d'actes n'apparaissent pas sur les relevés transmis aux familles. La stratégie appelle également à une évaluation de l'organisation des services publics gratuits (Centres de Planification et d'éducation familiale (CPEF), CeGIDD) pour identifier les insuffisances du maillage territorial et améliorer l'efficacité des actions.

Le dernier axe met l'accent sur les populations particulièrement exposées aux inégalités de santé sexuelle : populations migrantes, personnes LGBTQIA+, usagers de drogues, personnes vivant avec un handicap, personnes âgées, travailleurs du sexe ou vivant avec une maladie chronique. Il propose de développer des structures d'accueil communautaires, inspirées des modèles anglo-saxons, offrant un accompagnement global, non stigmatisant et culturellement adapté. Ces projets doivent permettre de créer un environnement de santé sexuelle accessible, notamment dans les territoires où la prévalence du VIH et des IST est la plus élevée, comme certains territoires ultra-marins. L'axe IV encourage aussi des actions ciblées de réduction des risques, ainsi que la mise en place de bilans de santé complets pour les migrants primo-arrivants, incluant l'information sur la contraception, le dépistage et l'accès à l'IVG. Enfin, il insiste sur la nécessité de développer une offre de santé sexuelle adaptée aux besoins des personnes trans, des HSH, des personnes en situation de précarité ou vivant dans des zones isolées. Cet axe constitue un levier essentiel pour lutter contre les inégalités territoriales, en particulier dans les outre-mer, où les vulnérabilités sont souvent cumulatives.

3.2.1.3. Les déclinaisons de la stratégie dans les outre-mer

L'axe 6 de la SNSS 2017-2030 porte spécifiquement sur la prise en compte des enjeux propres aux territoires d'outre-mer. Il part du constat que ces territoires présentent des réalités épidémiologiques, sociales et géographiques qui diffèrent sensiblement de celles de la France métropolitaine, justifiant une adaptation des actions menées en matière de santé sexuelle. Le document stratégique insiste sur la nécessité de « décliner l'ensemble des objectifs de la stratégie en tenant compte des spécificités ultramarines » et de garantir une égalité d'accès à l'information, à la prévention et aux soins pour les populations concernées.

Cet axe souligne d'abord l'importance d'une adaptation territoriale des actions, en raison des caractéristiques structurelles propres aux outre-mer : dispersion géographique des populations, difficultés d'accès aux soins, pénurie de professionnels dans certaines zones, vulnérabilités socio-économiques et poids des déterminants culturels. Dans cette perspective, la stratégie propose de mobiliser et de renforcer les structures locales existantes, notamment les CeGIDD, les centres de planification familiale et les associations communautaires, afin d'améliorer à la fois l'offre de prévention et l'accès aux soins de santé sexuelle.

L'axe 6 insiste également sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, plus marquées dans les Départements et Régions d'outre-mer (DROM) que dans le territoire hexagonal. La stratégie recommande de développer des interventions ciblées pour les populations les plus vulnérables, en tenant compte des spécificités culturelles, linguistiques et sociales propres à chaque territoire. Cette démarche inclut notamment l'adaptation des outils d'information, le développement de médiations communautaires et la participation active des acteurs locaux, considérés comme indispensables à l'efficacité des programmes de prévention.

Sur le plan opérationnel, la stratégie prévoit un pilotage renforcé associant les ARS d'outre-mer, administration déconcentrée de l'État, le ministère chargé de la santé, les collectivités territoriales et les acteurs associatifs. Elle insiste sur la nécessité de mettre en place une gouvernance locale solide, capable d'assurer la coordination des dispositifs, ainsi que la continuité des interventions dans les différentes zones, y compris les plus isolées. La stratégie prévoit également de suivre l'évolution des actions menées grâce à des indicateurs dédiés, en cohérence avec les objectifs à moyen terme (2023) et long terme (2030). L'évaluation régulière doit permettre d'ajuster les actions en fonction des besoins territoriaux et des évolutions épidémiologiques.

Enfin, l'axe 6 inscrit les actions en outre-mer dans le cadre plus large des Objectifs de Développement Durable (ODD 2016-2030), en particulier les objectifs relatifs à la santé, à l'égalité entre les sexes et à la réduction des inégalités (195). Cette articulation vise à renforcer la cohérence des actions locales avec les engagements internationaux de la France et à assurer une vision de long terme pour la santé sexuelle dans les DROM.

3.2.2. Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024

La feuille de route 2021–2024 est la déclinaison opérationnelle de la SNSS (cadre 2017–2030) (192). Elle structure 30 actions transversales et prévoit 7 déclinaisons ultramarines pour répondre aux priorités nationales en matière de santé sexuelle sur la période 2021–2024. L'objectif général est de promouvoir la santé sexuelle tout au long de la vie, réduire les inégalités d'accès et améliorer les parcours de prévention et de soins.

La feuille de route a été co-construite au sein d'un comité de pilotage interministériel et pluripartenarial et vise à : renforcer la prévention (éducation, information), améliorer l'offre et la lisibilité des services (parcours) et cibler les actions vers les populations vulnérables et les territoires (notamment outre-mer).

3.2.2.1. L'éducation à la sexualité et promotion de la santé sexuelle

La feuille de route de la SNSS 2021-2024 accorde une place centrale à l'éducation à la sexualité, considérée comme un levier majeur de prévention et de réduction des inégalités. Elle vise à généraliser une éducation de qualité à la vie affective, relationnelle et sexuelle pour l'ensemble des jeunes, tout au long de leur parcours scolaire et dans leurs autres lieux de vie. L'objectif est d'améliorer les connaissances sur la sexualité, le consentement, la contraception et les infections sexuellement transmissibles, tout en favorisant le développement des compétences psychosociales. La feuille de route réaffirme ainsi la nécessité d'assurer le déploiement effectif des séances d'éducation à la sexualité prévues par la loi, en renforçant l'accompagnement des équipes éducatives, des personnels de santé scolaire et des structures partenaires. Elle prévoit la mise à disposition d'outils pédagogiques fiables, cohérents et harmonisés, destinés aux intervenants, ainsi que la création de modules de formation spécifiques pour renforcer leurs compétences et leur aisance à aborder ces thématiques.

La stratégie met également l'accent sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en adaptant les actions aux publics les plus vulnérables : jeunes en situation de précarité ou de décrochage scolaire, mineurs non accompagnés (MNA), personnes en situation de handicap ou encore jeunes exposés à des violences. Dans ces contextes, les interventions doivent être à la fois plus accessibles, culturellement adaptées et mieux articulées avec les services de santé, de protection de l'enfance, les associations et les collectivités territoriales. La feuille de route insiste aussi sur la nécessité d'élargir les lieux d'éducation à la sexualité en dehors du cadre scolaire. Elle encourage notamment les actions en milieu associatif, dans les structures d'accueil de jeunes, les établissements et services médico-sociaux (ESMS), ainsi que dans les milieux professionnels où évoluent les jeunes adultes. L'éducation à la sexualité doit ainsi devenir une composante transversale de la politique de santé publique, intégrée à différents environnements de vie et soutenue par des campagnes d'information nationales.

Enfin, la feuille de route prévoit le suivi d'indicateurs pour mesurer l'effectivité du déploiement : nombre de séances réalisées, proportion d'établissements proposant un programme structuré, développement des formations professionnelles, partenariats mobilisés et actions destinées aux publics vulnérables. L'ensemble de ces orientations vise à rendre l'éducation à la sexualité plus cohérente, plus lisible et plus présente sur tout le territoire, afin d'agir durablement sur la prévention des grossesses non désirées, la réduction des IST, la lutte contre les violences sexuelles et l'amélioration globale de la santé sexuelle.

3.2.2.2. Contraception et prévention des grossesses non désirées

La feuille de route de la SNSS 2021-2024 fait de l'accès à la contraception et à l'IVG deux axes prioritaires visant à réduire les grossesses non désirées et les inégalités territoriales.

Sur le volet contraceptif, elle vise à rendre l'offre plus lisible et accessible en renforçant le rôle des structures de première ligne, centres de planification, professionnels de santé de ville dont les pharmaciens et en encourageant la diversification des modes d'accès : téléconsultation, permanences dédiées et élargissement des compétences professionnelles, en particulier pour les jeunes et les publics précaires. Une attention particulière est portée à la levée des freins financiers et logistiques, à l'amélioration de l'accès à la contraception d'urgence et à la littératie en santé sexuelle pour permettre un choix éclairé entre les différentes méthodes.

Sur le volet IVG, la stratégie encourage le développement de l'IVG médicamenteuse en ville, la montée en compétence des professionnels et la diversification des modalités de prise en charge, y compris via la téléconsultation. Une attention particulière est accordée aux mineures, aux femmes en situation de précarité et à celles vivant dans les outre-mer, où l'éloignement géographique complique l'accès à une offre complète. La feuille de route souligne également la nécessité de renforcer la coordination entre établissements de santé, centres de planification, professionnels libéraux et pharmacies pour garantir un parcours cohérent du conseil à la réalisation de l'acte.

Enfin, le suivi d'indicateurs communs, recours aux méthodes contraceptives, couverture des jeunes, disponibilité des services IVG, délais d'accès et disparités régionales, notamment dans les outre-mer doit permettre d'orienter et d'ajuster la politique publique pour assurer un accès effectif, équitable et respectueux sur l'ensemble du territoire.

3.2.2.3. Infections sexuellement transmissibles (IST) : dépistage et prévention

La feuille de route de la SNSS 2021-2024 fait du dépistage et de la prévention des IST une priorité, en réponse à leur augmentation continue en France. Elle vise à diversifier et faciliter l'accès au dépistage en développant les TROD, les autotests et les dispositifs d'auto-prélèvements, afin de toucher davantage de publics, notamment les jeunes, les personnes exposées au chemsex¹⁵, les populations migrantes ou vivant en situation de précarité (196).

La stratégie prévoit également de renforcer l'offre de dépistage de proximité, via les centres de santé sexuelle, les actions mobiles et le recours à la première ligne, afin d'améliorer le repérage précoce et la prise en charge. Elle encourage la coordination entre les acteurs (centres spécialisés, professionnels libéraux, associations, ARS) pour garantir un parcours fluide du dépistage au traitement.

Parallèlement, la feuille de route insiste sur la nécessité d'intensifier les actions d'information et de prévention, en adaptant les messages aux publics les plus exposés et en intégrant ces actions dans une approche globale de santé sexuelle. Le suivi d'indicateurs liés au dépistage, à la fréquence des infections et à la couverture des actions territoriales doit permettre d'ajuster les mesures, notamment dans les outre-mer où l'incidence de certaines IST reste particulièrement élevée.

¹⁵ Le chemsex est l'usage de substances psychoactifs y compris illicites lors de rapports sexuels.

3.2.2.4. VIH : prévention, dépistage et prise en charge

La feuille de route de la SNSS 2021-2024 renforce la lutte contre le VIH en misant sur une stratégie de prévention combinée. Elle vise à élargir l'accès à la PrEP, considérée comme un outil majeur pour réduire les nouvelles infections, notamment en facilitant sa prescription et en diversifiant les lieux de délivrance.

La stratégie encourage également le développement du dépistage sous toutes ses formes, tests rapides, autotests, dépistage communautaire ou en structures spécialisées, afin de toucher les publics les plus exposés, comme les jeunes, les HSH, les personnes migrantes et les personnes en situation de précarité.

La feuille de route met l'accent sur l'importance d'un repérage précoce et d'une entrée rapide dans le soin, grâce à une meilleure coordination entre professionnels libéraux, hôpitaux, structures de santé sexuelle et associations. Elle promeut également la diffusion de campagnes d'information adaptées et la réduction de la stigmatisation, qui demeure un frein majeur au dépistage et au recours aux soins.

Enfin, un suivi des indicateurs liés au dépistage, au recours à la PrEP et aux nouvelles infections permet d'adapter les actions, en particulier dans les territoires ultramarins où l'incidence du VIH reste plus élevée que dans le territoire métropolitain.

3.2.2.5. Gouvernance, déploiement territorial et adaptations ultramarines

La feuille de route de la SNSS 2021-2024 repose sur une gouvernance renforcée, articulant pilotage national, coordination régionale et mise en œuvre territoriale. Au niveau national, elle s'appuie sur un comité interministériel et sur des partenariats avec les agences sanitaires, les associations et les acteurs de terrain.

Les ARS sont chargées de décliner les actions en fonction des besoins locaux, notamment via les CoReSS qui regroupent les Comité de coordination régionale de la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (CoReVIH) pour le VIH (197). Cette organisation vise à améliorer la lisibilité et la cohérence de l'offre, en renforçant la coordination entre les centres de santé sexuelle, les professionnels de ville, les associations et les établissements de santé.

La feuille de route accorde une attention particulière aux territoires ultramarins, où les enjeux de santé sexuelle sont amplifiés par des déterminants spécifiques : éloignement géographique, démographie jeune, inégalités sociales marquées, offre de soins plus limitée et incidence plus élevée de certaines infections (VIH, IST, grossesses précoces).

C'est pourquoi elle prévoit sept déclinaisons ultramarines, chacune adaptée aux besoins locaux (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte, Saint-Martin, Polynésie/Wallis-et-Futuna selon les champs). Ces déclinaisons renforcent plusieurs axes prioritaires : développement du dépistage de proximité, amélioration de l'accès à la contraception et à l'IVG, structuration des parcours VIH et IST et mise en place d'actions adaptées pour les jeunes, particulièrement exposés aux grossesses non-désirées et aux IST dans ces territoires. Elles prévoient aussi le soutien aux médiations communautaires, aux associations locales et aux actions de littératie en santé, essentielles dans les zones à forte vulnérabilité sociale ou linguistique.

Enfin, la stratégie met en place un suivi territorialisé des indicateurs afin de mesurer l'impact des actions dans l'ensemble des régions et, spécifiquement, dans les outre-mer. Ces indicateurs portent sur le recours à la contraception, l'accès à l'IVG, le dépistage des IST et du VIH, la couverture de la PrEP et l'évolution des grossesses précoces. Cette approche permet d'ajuster les interventions et de réduire les inégalités persistantes entre la métropole et les territoires ultramarins, en garantissant une politique de santé sexuelle plus équitable et plus adaptée aux réalités locales.

3.2.3. La stratégie de santé pour les outre-mer

La stratégie de santé pour les territoires d'outre-mer vise à réduire les inégalités de santé structurelles entre ces territoires et la métropole en adaptant les politiques nationales aux spécificités locales (insularité, démographie jeune, vulnérabilités environnementales et sociales), en renforçant l'offre de soins de premier recours, la prévention et la veille sanitaire et en soutenant des actions territorialisées portées par les ARS et les acteurs locaux (193,198).

Dans ce cadre général, la santé sexuelle est identifiée comme un axe prioritaire en raison de la prévalence élevée de certaines infections sexuellement transmissibles (IST), de taux de grossesses précoces et de recours à l'IVG plus importants dans plusieurs DROM que dans l'hexagone et des difficultés d'accès effectif à la contraception, au dépistage et à des parcours de soins continus. Ces éléments exigent des réponses combinant renforcement des structures spécialisées (CeGIDD, consultations de gynécologie, consultations jeunes), actions mobiles de dépistage et de prévention, et médiation culturelle et linguistique (7,199).

Les données épidémiologiques régionales confirment des disparités marquées : la Guyane présente des taux de diagnostics d'infections (Chlamydia, gonococcie) et des indicateurs de dépistage qui sont sensiblement supérieurs à la moyenne nationale, ce qui se traduit par des besoins accrus en dépistage opportuniste, en prises en charge précoces et en accès à la PrEP pour les populations à risque (56).

Par ailleurs, les statistiques nationales et les rapports d'évaluation montrent que les indicateurs de recours à l'IVG et de maternité précoce sont particulièrement élevés en Guyane et à Mayotte (part des naissances chez les moins de 20 ans et taux d'IVG significativement supérieurs à ceux de la métropole) soulignant la nécessité d'actions ciblées sur l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception gratuite pour les mineures et les jeunes adultes et la préservation de la confidentialité des soins (9).

Sur le plan des dispositifs, la stratégie s'appuie sur le maillage des CeGIDD dispositifs déployés les ARS pour promouvoir le dépistage, la prise en charge des IST et l'accès à la PrEP. La littérature scientifique récente précise que la PrEP est désormais encadrée par des recommandations étayées et bénéficiant d'un suivi épidémiologique (Haute Autorité de Santé (HAS), Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) de SPF, Enquêtes Épidémiologie des Produits de Santé (EPI-PHARE)), et que son déploiement doit être facilité localement par la formation des prescripteurs, la disponibilité en ville et dans les centres hospitaliers et l'information des populations éligibles afin de réduire les inégalités d'accès (200).

Enfin, les évaluations et rapports d'expertise insistent sur l'importance d'une approche multisectorielle et communautaire. La mobilisation de médiateurs communautaires, l'adaptation culturelle et linguistique des messages de prévention, le renforcement des actions scolaires et le partenariat associatif sont identifiés comme des leviers essentiels pour améliorer l'adhésion aux programmes, réduire les stigmates liés au dépistage et fluidifier les parcours de soins entre premier recours, structures spécialisées et hôpital (41).

3.2.4. Le service sanitaire des étudiants en santé

Créé par le décret n°2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire et arrêté du 12 juin 2018 publié au JORF n°0134 du 13 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé, il constitue une innovation majeure dans la formation des professionnels de santé et dans la délivrance des actions de prévention en population générale (201,202). Il oblige les étudiants en santé à réaliser une action de prévention en milieu scolaire ou communautaire au cours de leur cursus, d'une durée maximale de 6 semaines, en comptant la formation, la préparation et les interventions sur le terrain. Ce dispositif repose sur une conviction simple : former les futurs professionnels de santé à la prévention dès leur cursus initial et aller à la rencontre des populations dans leurs lieux de vie plutôt qu'attendre qu'elles viennent consulter.

En matière de santé sexuelle, le service sanitaire représente un levier de prévention particulièrement pertinent. Les étudiants en santé interviennent majoritairement dans les collèges, lycées, et universités, avec des ateliers portant sur les thématiques définies dans le cadre du Programme national de santé publique et de la SNSS 2025-2030. Parmi les modules les plus fréquemment déployés figurent la prévention des IST et du VIH, l'éducation à la contraception, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, et l'initiation au dépistage (23,192). Ces interventions permettent de toucher des jeunes de 12 à 25 ans, précisément la tranche d'âge la plus concernée par les IST et les grossesses non-désirées, dans un cadre de pair-à-pair qui favorise la parole et réduit les inhibitions liées aux tabous culturels.

Pour les étudiants en pharmacie spécifiquement, le service sanitaire constitue également une opportunité de formation pratique en communication en santé sexuelle, domaine quasi absent du tronc commun du diplôme d'État avant la réforme. Les étudiants qui réalisent leurs interventions sur des thématiques de santé sexuelle développent des compétences de conseil, d'animation d'atelier et d'adaptation du discours à des publics variés, compétences directement transférables à l'exercice officinal. En ce sens, le Service Sanitaire est à la fois un outil de santé publique et un levier de formation professionnelle.

Dans les territoires ultramarins, le service sanitaire présente un potentiel encore insuffisamment mobilisé (193). En Martinique, les facultés de santé de l'Université des Antilles forment des étudiants qui effectuent leur service sanitaire localement, avec une connaissance du contexte culturel et linguistique que les intervenants métropolitains ne possèdent pas. L'intégration systématique de modules de santé sexuelle adaptés au contexte antillais, abordant notamment les spécificités épidémiologiques locales, les freins culturels documentés et l'existence des ressources territoriales comme les CeGIDD et le CoReSS, dans les interventions de service sanitaire martiniquaises constituerait une avancée concrète et peu coûteuse. Elle permettrait de toucher chaque année des milliers de jeunes martiniquais dans des espaces qu'ils fréquentent quotidiennement, par des professionnels de santé en devenir qui leur ressemblent (203,204).

3.2.5. Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2024

Instaurés par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 et inscrits dans la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 31 mars 2022, les bilans de prévention constituent depuis le 1er janvier 2024 une nouvelle mission conventionnelle rémunérée pour les professionnels de santé de premier recours (205,206). Ils sont proposés à tous les assurés à 4 moments stratégiques de la vie : 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans. Ils ont pour vocation d'identifier les facteurs de risque individuels, d'évaluer les comportements de santé et d'orienter vers des soins adaptés avant l'apparition de pathologies avérées (207).

Le lien entre ces bilans et la santé sexuelle est direct et structurant. La tranche 18-25 ans est celle qui concentre les indicateurs épidémiologiques les plus préoccupants en matière de santé sexuelle. C'est précisément dans cette classe d'âge que la prévalence des IST bactériennes est la plus élevée, que les grossesses non planifiées sont les plus fréquentes, que la couverture vaccinale contre le HPV est la moins complète, et que les comportements de dépistage sont les moins réguliers (2,3,207,208).

Un bilan de prévention conduit à 18-25 ans représente donc une fenêtre d'opportunité unique pour aborder systématiquement ces questions dans un cadre légitime, structuré et non-stigmatisant. Il peut intégrer une vérification de la couverture vaccinale HPV et hépatite B, une information sur les modes de dépistage disponibles localement, une discussion sur la contraception adaptée et une orientation vers les ressources du territoire en cas de besoin (2,3,207,208).

La tranche 45-50 ans offre quant à elle une fenêtre spécifique sur des problématiques de santé sexuelle qui évoluent avec l'âge : ménopause et ses implications sur la vie sexuelle et reproductive, dépistage des cancers HPV-induits, maintien d'une contraception adaptée jusqu'à la ménopause confirmée et prévention des IST dans des populations qui se perçoivent parfois, à tort, comme peu concernées par ce risque (207). Ces enjeux sont d'autant plus d'actualité que le rapport parlementaire de la députée Stéphanie Rist, remis au gouvernement en avril 2025, a expressément recommandé que le bilan de prévention des 45-50 ans soit systématiquement l'occasion d'aborder la ménopause avec les femmes, reconnaissant ainsi l'importance de ce moment clé dans leur parcours de santé (209).

Les tranches 60-65 ans et 70-75 ans permettent enfin d'aborder des questions longtemps taboues : la vie sexuelle des seniors, le risque IST dans des situations de rupture ou de nouveau célibataires, les dysfonctions sexuelles induites par les traitements chroniques, et chez les hommes, la question de la prostate, autant de problématiques qui justifient une orientation vers un professionnel spécialisé (207,210).

Sur le plan pratique, ces bilans peuvent être réalisés par le médecin, les infirmiers, les pharmaciens, les sage-femmes et bientôt les masseurs-kinésithérapeutes (207). Dans les territoires ultramarins où l'accès au médecin généraliste est structurellement contraint par les déserts médicaux documentés dans les zones rurales du Nord et du Sud de la Martinique, le pharmacien pourrait constituer un point d'entrée privilégié pour ces bilans, notamment pour les jeunes adultes qui consultent rarement un médecin en dehors d'une situation aiguë (20,211).

En conclusion, cette première partie a établi le cadre de référence. Les politiques françaises de santé sexuelle ont connu une évolution profonde depuis les années 1950, passant d'une approche moralisatrice à une conception globale et positive, ancrée dans les droits fondamentaux. La Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2025-2030 constitue l'aboutissement provisoire de ce mouvement : elle reconnaît la santé sexuelle comme un enjeu de santé publique à part entière, fixe des objectifs ambitieux en matière de prévention des IST, du VIH, de contraception et de lutte contre les violences sexuelles, et prévoit explicitement des adaptations pour les territoires ultramarins. Ce cadre juridique solide pose les fondements d'une politique équitable.

LA MARTINIQUE : UN TERRITOIRE REVELATEUR DES LIMITES DES POLITIQUES NATIONALES DE SANTE SEXUELLE

Les problématiques liées à la géographie, la démographie, l'insularité, la disposition sur la planète, les flux migratoires ; se déclinent de façon bien contrastée selon les îles. Chaque DROM-COM est différent. L'analyse de la santé sexuelle dans les outre-mer ne peut se résumer à une vision globale. Le choix s'est porté sur la Martinique en comparaison avec l'hexagone, afin de pouvoir émettre certaines hypothèses liées à la construction des politiques de santé publique.

Pour comprendre l'impact d'une stratégie de santé unique, il convient d'abord de mesurer l'ampleur des disparités à travers trois prismes majeurs : la circulation des infections (IST/VIH), la santé reproductive et l'impact des déterminants socio-économiques.

1. Un territoire aux caractéristiques épidémiologiques, démographiques et sociales distinctes de la métropole

1.1. Présentation du territoire martiniquais

La Martinique est une île des Caraïbes située entre la Dominique au Nord et Sainte-Lucie au Sud. Elle est bordée par l'Océan Atlantique et la mer des Caraïbes (Figure 8). Elle a été découverte par Christophe COLLOMB en 1502 et devient française sous Louis XIII. Les revendications assimilationnistes apparaissent au début du XX^{ème} siècle et aboutissent à l'ériger en département français en 1946 (212).



Figure 8 : La Martinique dans l'arc des Antilles (Archeonavale / 2026)

Son chef-lieu est Fort de France où se concentre l'activité administrative et économique de l'île. L'aéroport, situé au Lamentin et le port de commerce sont proches. La Martinique est à 6 900 km de Paris et 200 km de la Guadeloupe (212–215).

Par rapport à sa superficie de 1 128 km², elle est davantage peuplée que les autres îles (212,214).

Par la loi n°82-1171 du 31 décembre 1982 portant sur l'organisation des régions de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de la Réunion, la Martinique devient une région monodépartementale. Elle prend la dénomination de DROM avec la réforme constitutionnelle de 2003. A l'issue des référendums de 2010, la loi n°2011-884 prévoyant la création d'une collectivité unique a été votée le 27 juillet 2011 (1). Ainsi la CTM (Collectivité Territoriale de Martinique) a succédé, le 1^{er} janvier 2016 au département de Martinique et à la région de Martinique. Celle-ci est composée de 2 organes principaux : un conseil exécutif et une assemblée de Martinique (Figure 9) (1,216,217).

la

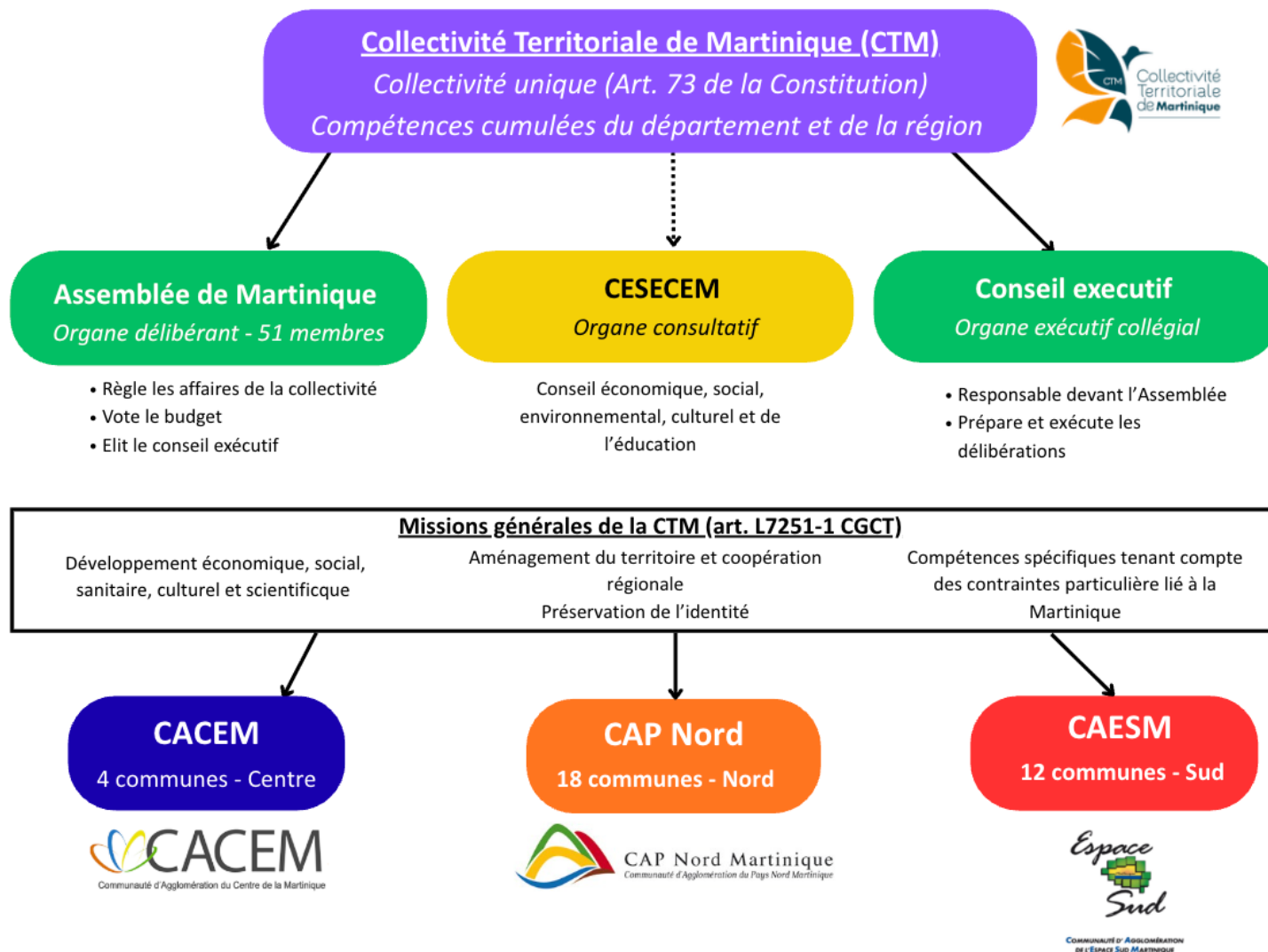


Figure 9 : Schéma de gouvernance de la Martinique (Vie Publique / Légifrance / 2026)

L'île de la Martinique est composée de 34 communes qui sont divisées en 3 communautés d'agglomération (Figure 10) :

- La Communauté d'Agglomération du Centre de la Martinique (CACEM) : 4 communes du Centre (Fort-de-France, Schoelcher, Le Lamentin, Saint-Joseph)
- La Communauté d'Agglomération de l'Espace Sud de la Martinique (CAESM) : 12 communes du Sud (Trois-Ilets, Rivière-Salée, Rivière-Pilote, Les Anses d'Arlet, le Diamant, Ducos, le François, Le Marin, Saint-Esprit, Sainte-Anne, Sainte-Luce, Le Vauclin).
- La Communauté d'Agglomération du Pays Nord Martinique (CAP Nord) : 18 communes du Nord (Ajoupa-Bouillon, Basse-Pointe, Bellefontaine, Carbet, Case-Pilote, Fonds Saint Denis, Grand Rivière, Gros-Morne, Lorrain, Macouba, Marigot, Morne-Rouge, Morne-Vert, Prêcheur, Robert, Sainte-Marie, Saint-Pierre, Trinité).

La Martinique



Figure 10 : Cartographie des Communautés d'Agglomérations de la Martinique (Cour des Comptes/2011)

Au 1^{er} janvier 2025, la Martinique compte 359 419 habitants, contre 394 173 en 2010, soit une perte de près de 40 000 résidents en quinze ans (215,218,219). La région perd en moyenne 0,7 % de sa population par an sur la dernière décennie, ce qui en fait, avec la Guadeloupe, les seules régions d'outre-mer à enregistrer une décroissance démographique (215). Cette dynamique s'explique par la conjonction de deux phénomènes structurels. D'une part, la fécondité poursuit son recul : l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,52 enfant par femme en 2024, contre 1,60 en France hexagonale, loin du seuil de renouvellement des générations (215). D'autre part, le solde migratoire reste déficitaire depuis 2006, principalement en raison de l'exode des jeunes vers la métropole pour poursuivre leurs études ou accéder à des secteurs d'emploi plus spécialisés (220). Ces deux phénomènes se renforcent mutuellement : le départ des jeunes contribue mécaniquement à l'accélération du vieillissement de la population. Au 1^{er} janvier 2025, la Martinique est pour la troisième année consécutive la région française où la part des personnes de 60 ans et plus est la plus élevée (35 %) et l'indice de vieillissement est passé de 0,75 à 1,26 entre 2015 et 2025 tandis que l'indice hexagonal évoluait de 0,77 à 0,97 (215). Du point de vue géographique, le vieillissement de la population se concentre dans le nord de l'île, milieu plus rural et agricole dominé par la Montagne Pelée. Le sud en revanche, concentre les zones touristiques et les plages avec une activité économique plus dynamique (Figure 11 et Figure 12).

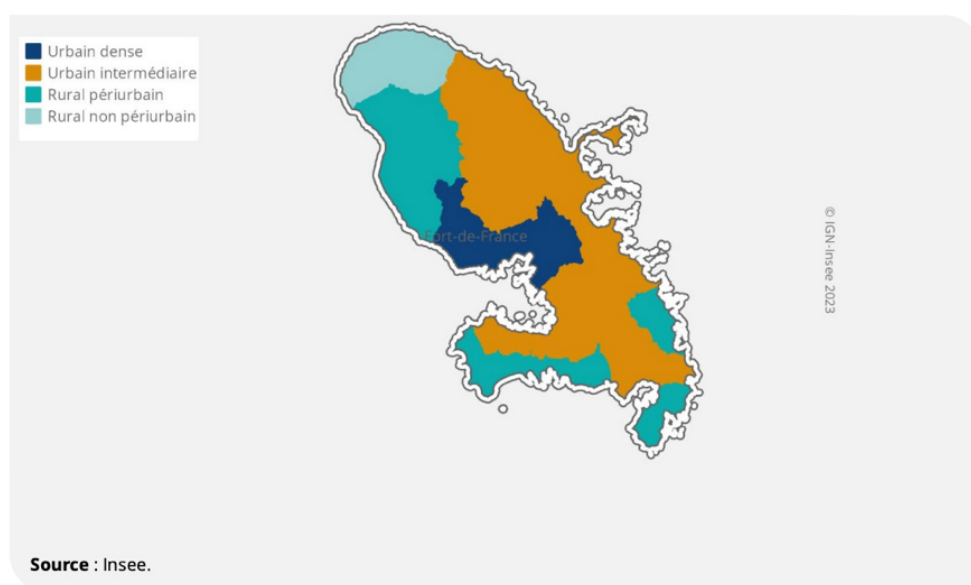


Figure 11 : Cartographie des espaces urbains et ruraux de Martinique (INSEE/2023)

Indicateur : Part des personnes âgées de 80 ans ou plus vivant dans un logement ordinaire au sens du recensement, parmi les personnes vivant dans un logement ordinaire.

Un logement ordinaire est défini du point de vue de son utilisation. C'est un local utilisé pour l'habitation, séparé et indépendant. Les habitations mobiles et les locaux utilisés pour l'habitation au sein des communautés (maisons de retraite, foyers, services de moyen ou long séjour, communautés religieuses, ...) ne sont pas considérés comme des logements ordinaires.

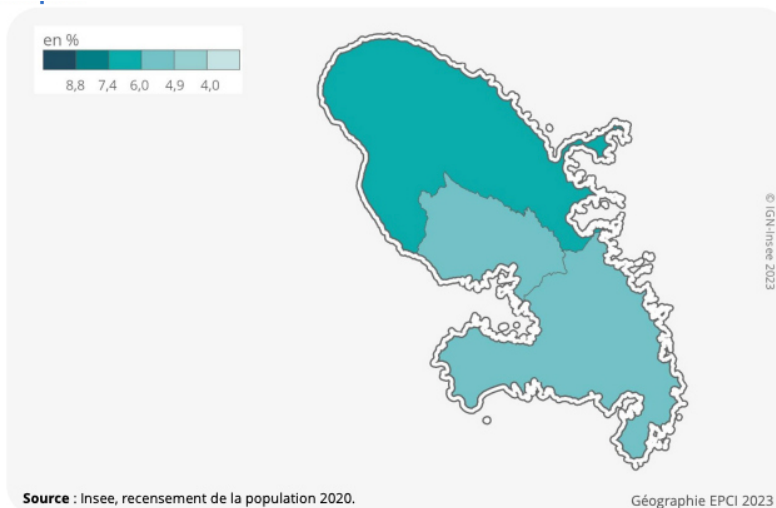


Figure 12 : Cartographie de la population de 80 ans ou plus (INSEE/2023)

Sur le plan de la formation, la Martinique présente un profil contrasté : elle est le DROM avec la plus forte proportion de diplômés du supérieur (25,5 %), mais 35,3 % de la population ne dispose d'aucun diplôme ou d'un diplôme peu qualifiant, 20,7 % ont un CAP ou BEP et 18,5 % sont titulaires du baccalauréat (214).

Ce contexte démographique et social se traduit directement sur l'état de santé de la population. En 2019, seulement 55 % des martiniquais de 15 ans et plus se déclaraient en bonne santé, contre 71 % en France métropolitaine. Un tiers de la population de plus de 15 ans présentait des limitations d'activité liées à des problèmes de santé (221). Le tableau clinique est dominé par les maladies chroniques : plus d'un martiniquais sur deux est en surpoids ou obèse, un quart déclare souffrir d'hypertension artérielle et la prévalence du diabète est deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine (221). Le Baromètre Santé 2024 de SPF confirme ces tendances, estimant à 12 % la prévalence du diabète chez les 18-79 ans, avec des taux 1,5 fois supérieurs à la moyenne nationale à structure d'âge identique (222). Ces maladies chroniques sont intimement liées aux conditions socioéconomiques, aux habitudes alimentaires et au vieillissement accéléré de la population martiniquaise, saturent un système de soins déjà fragilisé. Elles réduisent d'autant la capacité des structures de santé à répondre aux besoins spécifiques en santé sexuelle.

1.2. Un profil épidémiologique en santé sexuelle préoccupant

1.2.1. Une prévalence du VIH et des IST significativement supérieure à la métropole

En 2024, la Martinique présente des taux de dépistage et de diagnostic des IST systématiquement supérieurs à ceux de la France hexagonale et cette tendance se confirme sur les deux années observées (2,223) (Tableau I). Cette dynamique s'inscrit dans un contexte marqué par l'introduction du dispositif « Mon Test IST »¹⁶ qui remplace et élargit l'ancien programme « VIH Test » en incluant d'autres IST, et qui a contribué à intensifier l'activité de dépistage sur l'ensemble du territoire martiniquais.

¹⁶ Le dispositif « Mon Test IST », déployé en Martinique à partir de 2024, remplace l'ancien programme « VIH Test » par un bilan élargi incluant le VIH, la syphilis, le *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*. Accessible sans ordonnance et sans avance de frais dans les laboratoires de biologie médicale conventionnés avec l'Assurance Maladie.

Infection	Indicateur	2023		2024	
		Martinique	France hexagonale (hors Ile-de-France)	Martinique	France hexagonale (hors Ile-de-France)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Gonocoques)	Dépistage (/ 1 000 habitants)	89,6	44,7	100,1	50,0
	Diagnostic (/ 100 000 habitants)	60,3	24,3	62,6	26,7
<i>Treponema pallidum</i> (Syphilis)	Dépistage (/ 1 000 habitants)	123,5	43,1	134,9	47,7
	Diagnostic (/ 100 000 habitants)	6,1	6,0	16,1	6,0
<i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydia)	Dépistage (/ 1 000 habitants)	91,9	39,8	101,8	45,4
	Diagnostic (/ 100 000 habitants)	115,7	70,9	118,6	77,7

Tableau 1 : Comparaison des taux de dépistage et diagnostic à *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* et *Chlamydia trachomatis* (Santé Publique France, Bulletin de santé publique IST/VIH / 2024-2023)

Pour la *Neisseria gonorrhoeae* comme pour le *Treponema pallidum* et *Chlamydia trachomatis*, les taux de dépistage martiniquais sont plus du double des taux hexagonaux avec une progression constante entre 2023 et 2024 dans les deux territoires. Le taux de diagnostic de la syphilis constitue un cas particulièrement notable : stable en France hexagonale sur les deux années, il connaît en Martinique une hausse très marquée, suggérant une intensification de l'activité de dépistage ciblé sur l'île.

Pour *Chlamydia trachomatis*, si l'écart de dépistage entre la Martinique et la métropole reste dans les mêmes proportions que pour les autres IST, les taux de diagnostic sont comparativement plus proches entre les deux territoires (bien que la Martinique demeure nettement au-dessus).

Concernant le dépistage du VIH en Martinique connaît une dynamique particulière. Selon le bulletin 2024 de SPF, le taux de sérologies VIH est en augmentation en 2024, atteignant 249 pour 1 000 habitants, ce qui place la Martinique parmi les territoires français les plus concernés, juste derrière la Guyane (322 pour 1 000 habitants) (2). Le nombre de diagnostics de sida, en revanche reste stable.

Ce tableau illustre une réalité épidémiologique préoccupante. Non seulement la Martinique concentre des niveaux d'IST structurellement plus élevés que la métropole, mais cette surreprésentation s'accroît d'une année sur l'autre, soulignant les probables limites des politiques nationales de prévention à répondre aux spécificités de ce territoire.

1.2.2. Des connaissances et perceptions du VIH encore lacunaires

Les connaissances et perceptions du VIH parmi la population martiniquaise révèlent des avancées, mais aussi des lacunes persistantes (8,224). En 2011, 98,4 % des habitants des départements français d'Amérique savaient qu'un rapport sexuel non-protégé pouvait entraîner une contamination par le VIH, contre 96,5 % en 2004. Malgré une progression notable des connaissances entre 2004 et 2011, certaines croyances erronées persistent dans les DFA. Environ une personne sur cinq en Martinique estimait en 2011 que le VIH pouvait se transmettre par piqûre de moustique (21 %), contrairement aux données de la science. Dans le même temps, une fragilisation des représentations autour du préservatif est observée : bien qu'il reste le moyen de protection le plus reconnu. La part de ceux qui le jugent « tout à fait efficace » a reculé de 68,9 % en 2004 à 57,1 % en 2011, la proportion de personnes attribuant un risque de transmission aux rapports protégés atteignait encore 20,4 %, en baisse par rapport à 2004 (24,1 %). Ces chiffres témoignent d'une érosion des acquis préventifs qui ne peut être ignorée dans la conception des politiques de santé sexuelle (224).

La Martinique se caractérise par une situation épidémiologique préoccupante, avec une prévalence du VIH et des IST bien supérieure à celle de l'hexagone. Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), la dynamique de l'épidémie reste active dans les territoires insulaires, en raison de la densité des réseaux de transmission et de la proximité sociale qui rendent l'accès au dépistage plus complexe pour les usagers. Ces spécificités territoriales soulignent la nécessité d'une surveillance renforcée et de stratégies de dépistage plus proactives (8).

1.3. Une santé reproductive dégradée révélatrice de freins multiples

Les données de santé reproductive en Martinique témoignent d'une situation préoccupante qui ne peut être réduite à un simple constat chiffré : derrière chaque statistique se trouve un faisceau de déterminants socioéconomiques, culturels et structurels qui expliquent pourquoi les politiques nationales peinent à produire des effets équivalents à ceux observés en métropole.

En 2017, le taux de recours à l'IVG chez les femmes âgées de 15 à 49 ans s'élevait à 26,4 ‰ en Martinique, soit près du double du taux métropolitain de 14,4 ‰. Cette réalité est confirmée par le fait que 33,1 % des mères martiniquaises auraient souhaité reporter leur grossesse ou n'en voulaient pas du tout, contre seulement 15,7 % en France hexagonale. Ces indicateurs s'inscrivent dans un contexte plus large de vulnérabilité périnatale, où la mortalité infantile atteint 7,2 ‰ contre 3,8 ‰ en métropole et où le taux de prématurité s'élève à 11,9 % contre 7,5 % en hexagone (8). Au niveau national en 2023, parmi les femmes sexuellement actives de 18 à 29 ans, 51,8% déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Ces chiffres ont conduit les pouvoirs publics à faire de l'amélioration de la santé reproductive une priorité au sein de la SNSS, notamment sous l'angle de l'accès à la contraception et de la réduction des grossesses non-désirées (225).

1.3.1. Des freins économiques et géographiques

Ces chiffres élevés ne s'expliquent pas par une indifférence à la contraception, mais par des freins structurels que les politiques nationales peinent à lever. L'accessibilité financière constitue un frein réel à la contraception : dans une société où une frange grandissante de la population se paupérise, la pauvreté pénalise bien plus fortement les femmes, qui supportent l'essentiel du poids contraceptif. En Martinique, où le taux de pauvreté avoisine les 27 %, cette réalité prend une dimension particulièrement aiguë (13). Les situations de grande précarité, absence de domicile fixe, dépendance affective ou matérielle envers un partenaire, situations de violence sexuelle, exposent tout particulièrement les femmes au risque d'absence totale de contraception, rendant pratiquement impossible toute démarche contraceptive autonome. Dans ce contexte, le recours à l'IVG devient souvent la seule issue disponible pour des femmes dont les conditions de vie ne permettent pas de s'engager dans un projet contraceptif régulier.

1.3.2. Des freins éducatifs et culturels

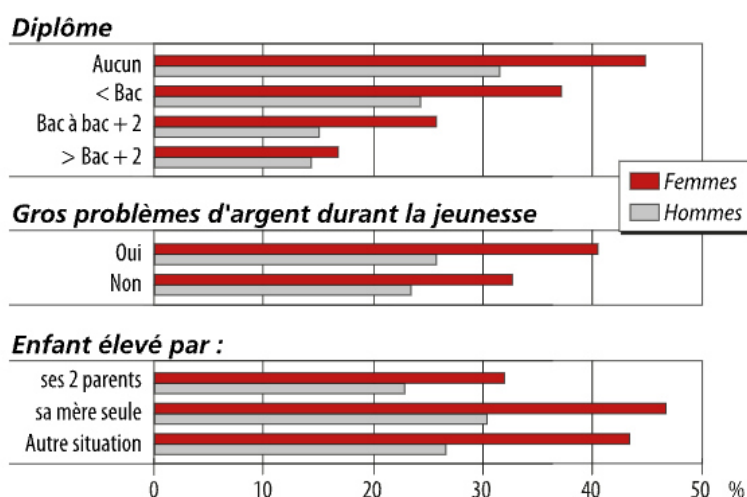
Le niveau d'éducation constitue un second déterminant majeur. Les données disponibles sur l'ensemble des DROM révèlent une corrélation nette entre précarité éducative et maternités hors union. Une tendance observée avec la même intensité dans chacun des territoires ultramarins, dont la Martinique : 45 % des mères sans diplôme ont eu leur premier enfant hors-couple, contre 17 % des titulaires d'un diplôme de niveau supérieur à bac+2 (226). Les femmes qui ont eu recours à une IVG attribuent fréquemment leur grossesse non-désirée à une inadéquation entre la méthode contraceptive prescrite et leurs conditions de vie réelles, à une utilisation incorrecte ou à une insuffisance d'information sur la conduite à tenir en cas d'accident de méthode. Ce constat pointe directement vers un déficit d'éducation à la contraception, particulièrement prégnant dans les milieux défavorisés où la littératie en santé est plus faible.

Au-delà des facteurs économiques et éducatifs, les tabous culturels constituent un frein supplémentaire spécifique au contexte martiniquais. En raison de certaines représentations socioculturelles, l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs de leurs patients peut être plus faible, influençant directement leur décision d'aborder ou non la contraception en consultation. En Martinique où ces représentations sont particulièrement ancrées, mythe du potomitan, influence religieuse, tabou autour du plaisir féminin, cette réalité prend une dimension structurelle. Par ailleurs, même avec une couverture totale des soins, des inégalités persistent : les femmes à faibles revenus utilisent moins de contraceptifs que les autres à tous les âges, confirmant que la levée des barrières financières ne suffit pas à garantir un accès équitable (66,227).

Le mythe du potomitan, qui sacralise la maternité comme fondement de l'identité féminine, contribue à rendre la démarche contraceptive socialement et culturellement complexe. Pour une partie de la population, recourir à la contraception revient à rejeter une grossesse potentielle, ce qui entre en contradiction avec les représentations dominantes de la féminité. L'instauration de la contraception au sein du couple est par ailleurs souvent impossible : exiger une protection peut être interprété comme une remise en cause de la confiance mutuelle.

1.3.3. La monoparentalité comme facteur aggravant

La prévalence élevée de la monoparentalité en Martinique, 44 % des femmes ayant accouché étaient en situation de monoparentalité en 2021, entretient un lien étroit avec la sous-utilisation de la contraception (226). Ce phénomène s'inscrit dans un déterminisme social marqué : l'origine socioprofessionnelle et le niveau de diplôme émergent comme des variables prédictives majeures des trajectoires reproductives dans les DROM. Ainsi, 45 % des mères sans qualification entament leur vie reproductive hors-couple, contre 17 % des diplômées du supérieur et seulement 17 % des femmes issues de milieux favorisés connaissent une première maternité hors-cadre conjugal stable, contre 36 % en moyenne pour l'ensemble de la population (226)(Figure 13).



Arnaud Régnier-Loilier, *Population & Sociétés*, 634, juin 2025, Ined.

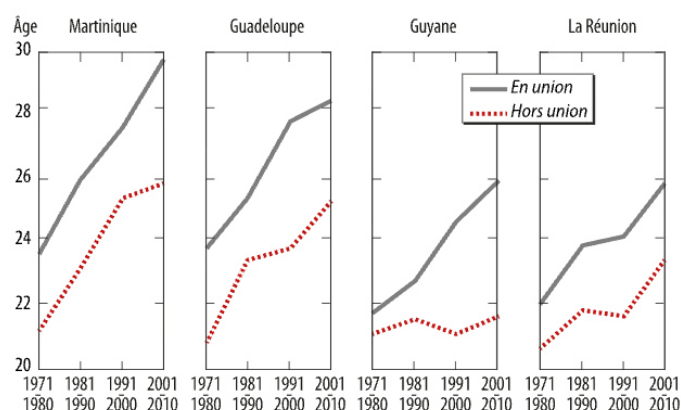
Lecture : Parmi les pères n'ayant aucun diplôme, 32 % ont eu leur premier enfant hors couple.

Champ : Femmes et hommes de 40-79 ans résidant dans les Drom et ayant eu au moins un enfant.

Source : Ined/Insee, MFV-2, 2020-2021.

Figure 13 : Part de premières naissances hors couple (%) selon différentes caractéristiques sociales, par sexe (ensemble des DROM) (INED, INSEE / 2020-2021)

Ce phénomène s'explique par une double logique sociale : l'absence de perspectives professionnelles peut inciter à une identité de substitution par la parentalité, tandis qu'une grossesse précoce hors-union entraîne fréquemment une interruption des parcours scolaires dans 11 % des cas, perpétuant le cycle de la précarité (226). Cette réalité se traduit dans les données sur l'âge à la première maternité : en Martinique, les femmes ayant eu leur premier enfant hors union l'ont eu en moyenne à plus de 21 ans entre 1971 et 1980, contre plus de 25 ans entre 2001 et 2010 soit un écart persistant et significatif avec les femmes en couple cohabitant (Figure 14). Par ailleurs, la non-reconnaissance civile des enfants par leur père est structurellement plus fréquente dans les DROM où 39 % des enfants portent le nom de leur mère, contre seulement 5 % en France hexagonale en 2023, illustrant la fragilité des structures familiales et la solitude dans laquelle de nombreuses femmes assument leur parentalité (228).



Arnaud Régnier-Loilier, *Population & Sociétés*, 634, juin 2025, Ined.

Lecture : En Guadeloupe, les femmes ayant eu un premier enfant entre 1971 et 1980 dans le cadre d'un couple cohabitant l'ont eu en moyenne à 23,7 ans.

Champ : Femmes résidant dans les Drom et ayant eu un premier enfant entre 1971 et 2010.

Source : Ined/Insee, MFV-2, 2020-2021.

Figure 14 : Évolution de l'âge moyen des femmes au premier enfant par année de naissance des enfants, selon le DROM et la situation de couple à la naissance (INED, INSEE/2020-2021)

Dans ce contexte, la question de la contraception est souvent reléguée au second plan face aux impératifs de survie économique quotidienne. Les situations de dépendance affective ou matérielle rendent parfois impossible toute démarche contraceptive autonome, et les difficultés d'accès géographique aggravent encore la situation. La désertification médicale contraint certaines femmes à parcourir plus de 35 kilomètres pour consulter, conduisant fréquemment à un renoncement aux soins (71,181). Sur le plan financier, les contraceptifs non remboursables (patchs, anneaux vaginaux, capes cervicales, spermicides et la plupart des préservatifs féminins, à l'exception de trois spécialités référencées) restent entièrement à la charge des patientes, représentant en moyenne 15 euros par cycle (229). Pour les femmes de plus de 26 ans, même les contraceptifs remboursables ne sont pris en charge qu'à 65 % par l'Assurance Maladie, laissant un reste à charge qui peut constituer un frein réel. Si la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) est théoriquement accessible aux ménages les plus modestes et couvre ce ticket modérateur, son effectivité reste limitée par un taux de non-recours estimé à près de 48 % des bénéficiaires potentiels à l'échelle nationale (230). Un phénomène particulièrement préoccupant dans un territoire où le taux de pauvreté avoisine 27 % et où la méconnaissance des droits sociaux constitue un frein documenté à l'accès aux soins (231–233).

Ces obstacles cumulés, monoparentalité structurelle, déterminisme éducatif et social, difficultés d'accès géographique et financier participe à expliquer pourquoi les politiques nationales de contraception produisent des effets insuffisants en Martinique. La réduction du taux d'IVG ne peut passer que par une réponse intégrée, mobilisant des acteurs de proximité capables d'atteindre les femmes là où elles se trouvent.

1.4. Des déterminants sociaux qui amplifient les vulnérabilités sanitaires

L'analyse des indicateurs de santé sexuelle en Martinique ne saurait occulter l'impact des déterminants structurels, qui peuvent agir comme des amplificateurs des risques épidémiologiques et des inégalités d'accès aux soins. Le territoire martiniquais illustre un « gradient social de santé » particulièrement prononcé, où les disparités en matière de prévention et de prise en charge sanitaire ne relèvent pas du hasard mais s'inscrivent dans les lignes de fracture socio-économiques et géographiques.

1.4.1. La précarité économique et ses effets sur l'accès à la santé sexuelle

L'état de la santé sexuelle en Martinique ne peut être dissocié du contexte socio-économique dégradé qui en limite les capacités de prévention et de prise en charge (ANNEXE 4). Le territoire présente des indicateurs alarmants : un taux de chômage de 26,5 % chez les 15-64 ans et une dépendance au RSA touchant 24,5 % des ménages, soit des chiffres respectivement trois et six fois supérieurs aux moyennes nationales (9,4 % et 4,4 %). (14). À ces fragilités économiques s'ajoutent des vulnérabilités familiales structurelles marquées : 53,6 % des familles sont monoparentales contre 26 % en hexagone, et dans 52 % des cas, la mère ne cohabite pas avec le père de l'enfant dès la conception (14). Ces déterminants s'inscrivent dans un gradient social de santé particulièrement prononcé, où les disparités de prévention et de prise en charge ne relèvent pas du hasard mais des lignes de fracture socio-économiques et géographiques du territoire.

Dans ce contexte, le renoncement aux soins ne découle pas uniquement d'une offre insuffisante mais aussi d'une hiérarchisation des urgences quotidiennes, où la santé sexuelle, perçue comme secondaire, est souvent reléguée au second plan.

1.4.2. Fractures éducatives et numériques

Les inégalités d'accès à l'information constituent un second déterminant majeur. En 2014, 13 % des habitants âgés de 16 à 55 ans étaient illettrés, soit 7 points de plus que la moyenne nationale (234). Les campagnes de prévention conçues selon des normes métropolitaines (supports textuels, canaux numériques) peinent à atteindre les populations les plus éloignées du système éducatif, perpétuant les écarts de connaissances entre groupes sociaux (235,236).

Le niveau de diplôme constitue également un facteur d'accès aux soins. En Martinique, les taux de passage au baccalauréat et dans l'enseignement supérieur restent inférieurs à ceux de la métropole. Le taux de NEET (*Not in Employment, Education or Training*) illustre cette réalité : sur la période 2015-2019, 37,7 % des 20-24 ans martiniquais se trouvaient dans cette situation, contre 16,6 % en métropole ; ce taux atteint 38,3 % chez les 25-29 ans, contre 18,1 % (Figure 15) (237). Les profils de ces jeunes NEET révèlent une grande hétérogénéité : 52,1 % sont peu diplômés et cohabitent avec leurs parents, 27,1 % sont diplômés mais au chômage, 17,9 % sont de jeunes parents éloignés de l'emploi, ce dernier chiffre pouvant être mis en lien avec la prévalence des grossesses précoces et 2,9 % sont exclus socialement et professionnellement (Figure 16) (238). Par ailleurs, 24,6 % de ces jeunes ne possèdent ni diplôme ni brevet des collèges, malgré une scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans (238).

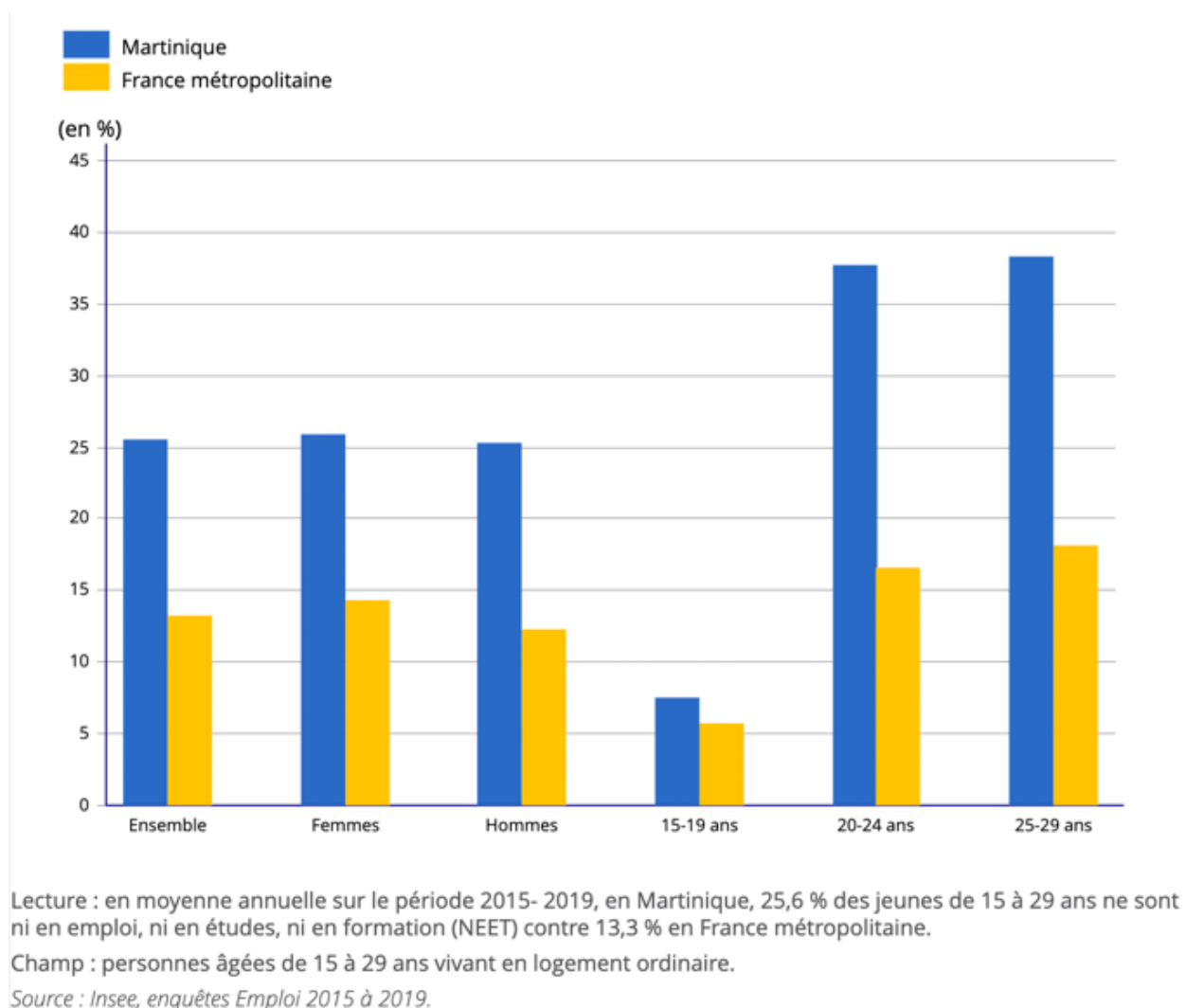


Figure 15 : Part de NEET parmi les 15-29 ans sur la période 2015-2019 (INSEE / 2015-2019)

(en %)	
Profils	Répartition
Jeunes peu diplômés et cohabitant avec leurs parents	52,1
Jeunes diplômés au chômage	27,1
Jeunes parents éloignés de l'emploi	17,9
Jeunes exclus socialement et professionnellement	2,9

Champ : personnes âgées de 15 à 29 ans vivant en Martinique.

Source : Insee, Recensement de la population (RP) 2018, exploitation complémentaire.

Figure 16 : Les profils des NEET en Martinique en 2018 (INSEE/2018)

1.4.3. Les déterminants sociaux de l'usage du préservatif

Les résultats de l'enquête KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs et Pratiques) de 2011 révèlent que l'usage du préservatif dans les départements français d'Amérique n'est pas un comportement neutre mais le produit de trajectoires de vie différenciées, façonnées par des logiques genrées et territoriales. Parmi les déterminants les plus saillants, l'âge émerge comme un facteur clé. La probabilité d'utiliser un préservatif chez les 18-24 ans est près de dix fois supérieure à celle des seniors (Odds Ratio (OR) = 9,17 pour les hommes ; OR = 9,81 pour les femmes), suggérant une intériorisation réussie des normes préventives chez les jeunes générations, contrastant avec un désengagement progressif des populations plus âgées (Figure 17). Par ailleurs, la situation conjugale exerce une influence significative : l'entrée en cohabitation s'accompagne d'une chute drastique du recours au préservatif par rapport aux célibataires (OR = 3,99 pour les hommes ; OR = 3,78 pour les femmes), reflétant une perception atténuée du risque dans les relations stables (Figure 17).

Cependant, les mécanismes sous-jacents à ces pratiques diffèrent selon le genre. Chez les femmes, l'usage du préservatif est étroitement lié à des facteurs cognitifs et perceptuels : celles qui sont convaincues de son efficacité absolue (OR = 1,99) ou qui perçoivent une vulnérabilité personnelle face au VIH (OR = 2,35) y ont davantage recours. À l'inverse, chez les hommes, les déterminants relèvent davantage de facteurs structurels, tels que le niveau de diplôme élevé (OR = 1,55) ou le lieu de naissance : les natifs du bassin caribéen adoptent un usage plus systématique du préservatif que ceux nés en France hexagonale (OR = 3,32). Cette asymétrie genrée dans les leviers de protection démontre que les politiques de prévention standardisées, en négligeant ces différences, peinent à produire une réponse universelle efficace. Une approche différenciée, tenant compte des spécificités cognitives, sociales et territoriales, s'impose donc pour optimiser l'impact des stratégies de santé publique.

	Hommes (N=1 396)			Femmes (N=2 000)		
	%	OR ajusté	IC95%	%	OR ajusté	IC95%
Département d'enquête						
Guyane	48,4	1		34,0	1	
Guadeloupe	45,4	1,10	[0,67-1,82]	33,6	1,16	[0,82-1,64]
Martinique	50,0	1,25	[0,79-1,98]	30,8	0,92	[0,65-1,30]
Classe d'âges						
18-24 ans	83,1	9,17***	[4,12-20,44]	64,2	9,81***	[5,27-18,26]
25-39 ans	55,0	3,83***	[2,01-7,28]	39,3	4,63***	[2,79-7,70]
40-54 ans	42,7	3,46***	[1,90-6,31]	27,4	3,24***	[2,00-5,23]
55-69 ans	21,1	1		7,4	1	
Niveau de diplômes						
Faible	47,7	1		30,6	1	
Moyen	49,2	1,24	[0,84-1,83]	34,3	0,88	[0,63-1,23]
Élevé	45,7	1,55*	[1,00-2,39]	34,0	0,87	[0,61-1,24]
Lieu de naissance						
En métropole	40,9	1		33,2	1	
Dans le département d'enquête	48,9	1,77*	[1,13-2,76]	32,9	1,19	[0,82-1,73]
Dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud	50,9	3,32**	[1,39-7,95]	32,9	1,02	[0,60-1,72]
Nombre de partenaires dans les 12 mois						
Monopartenaires	32,7	1		29,6	1	
Multipartenaires	85,7	12,01***	[7,95-18,13]	74,6	5,34***	[3,23-8,83]
Situation conjugale						
En couple cohabitant	30,4	1		18,8	1	
En couple non cohabitant	69,5	2,61***	[1,78-3,84]	47,6	2,30***	[1,69-3,13]
Célibataires	74,9	3,99***	[2,49-6,40]	52,1	3,78***	[2,70-5,30]
Efficacité perçue du préservatif						
Tout à fait efficace	50,8	0,94	[0,30-2,93]	34,8	1,99*	[1,09-3,66]
Plutôt efficace	44,5	0,81	[0,26-2,51]	33,2	1,83	[0,99-3,40]
Plutôt pas ou pas du tout efficace ou ne sait pas	38,6	1		20,4	1	
Le VIH peut se transmettre lors de rapport sexuel avec préservatif						
Oui ou Ne sait pas	41,8	1		25,9	1	
Non	49,3	1,34	[0,86-2,10]	34,4	1,08	[0,75-1,54]
Opinions sur les préservatifs						
Très défavorables	39,9	1		19,6	1	
Défavorables	45,5	1,72	[0,97-3,03]	26,5	1,53	[0,95-2,47]
Plutôt favorables	50,6	1,59	[0,90-2,82]	36,0	1,97**	[1,23-3,18]
Très favorables	50,6	1,61	[0,90-2,86]	42,4	2,43***	[1,47-4,02]
Utilisation d'un préservatif au premier rapport sexuel (si 1^{er} rapport sexuel il y a plus d'un an)						
Non	40,4	1		24,3	1	
Oui	60,8	1,44	[0,99-2,10]	43,6	1,16	[0,85-1,58]
Connaissance d'une personne séropositive						
Ne connaît aucune personne ou ne sait pas	46,9	1		32,0	1	
Connaît au moins une personne	51,5	1,31	[0,90-1,92]	35,1	1,25	[0,88-1,77]
Perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens						
Pense n'avoir aucun risque ou ne sait pas	37,4	1		16,5	1	
Pense avoir des risques (plus, autant ou moins)	49,8	0,99	[0,58-1,68]	36,3	2,35***	[1,57-3,53]

¹ Parmi les personnes sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête, à l'exclusion des femmes ayant indiqué avoir eu exclusivement des rapports sexuels avec une/des femme(s) au cours des douze derniers mois (n=12).

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001.

Figure 17 : Régression logistique sur les déterminants en 2011 de l'usage du préservatif au cours des 12 mois précédant l'enquête chez les hommes et les femmes. (Enquête KABP en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)/ 2011)

2. Des barrières socioculturelles et structurelles constituant l'angle mort des politiques nationales

2.1. Le contrôle social et le défi de l'anonymat en milieu insulaire

Le premier obstacle à l'efficacité des politiques de santé sexuelle en Martinique réside dans la confrontation entre un cadre juridique fondé sur l'anonymat individuel et la réalité sociologique d'une société de l'interconnaissance. Dans le modèle hexagonal, l'accès aux soins de santé sexuelle repose sur la neutralité de l'espace urbain, où l'atomisation sociale garantit une forme d'invisibilité à l'usager. En Martinique, cette condition est structurellement absente.

Le contexte insulaire est en effet marqué par une densité de liens sociaux et familiaux qui transforme l'espace public en un lieu de visibilité permanente, rendant toute démarche de soin intrinsèquement exposée. Cette « société du regard » exerce un contrôle social informel mais puissant, où le franchissement du seuil d'une structure spécialisée (CeGIDD, centre de planification, établissement pratiquant l'IVG) est immédiatement chargé de significations sociales. La peur des commérages et la préservation de la réputation familiale agissent comme des mécanismes de dissuasion, particulièrement dans une culture où la santé sexuelle reste intimement liée aux tabous de la moralité et de la respectabilité.

La cartographie de l'offre de soins aggrave ce phénomène. Les structures spécialisées sont concentrées dans un nombre limité de communes : Sainte-Marie et La Trinité dans le Nord Atlantique, Fort-de-France au centre, Le Marin dans le Sud Atlantique, ce qui rend impossible le choix d'une structure suffisamment éloignée de son bassin de vie pour garantir une discrétion minimale, recours qui reste possible, bien qu'imparfait, dans un contexte urbain métropolitain plus dense.

Il en résulte des stratégies d'évitement délétères pour la santé publique : retard conséquent au diagnostic, l'usager n'intervenant qu'au stade symptomatique pour justifier sa présence à l'hôpital, ou errance géographique coûteuse vers des communes éloignées. En somme, l'absence d'adaptation des structures de soin à ce besoin vital de confidentialité « physique » et non seulement « juridique » constitue une faille majeure des politiques standards, transformant le droit à la santé sexuelle en une épreuve de courage social pour le patient martiniquais.

2.2. Les représentations culturelles et de genre comme freins spécifiques au contexte antillais

L'inadaptation des politiques de santé sexuelle en Martinique s'explique également par une méconnaissance des structures symboliques qui régissent les corps et les unions, au premier rang desquelles figurent les rapports de genre et l'héritage religieux. Le modèle de prévention national repose sur l'idée d'un individu autonome, capable de négocier son risque de manière rationnelle.

2.2.1. Le mythe du potomitan et ses implications sur la santé sexuelle

Au cœur du système de pensée martiniquais se trouve la figure de la femme « Potomitan » le pilier central en créole, concept dont l'origine remonte aux plantations esclavagistes. Dans ce contexte historique, le père biologique esclave n'avait aucune reconnaissance juridique ou familiale, le maître étant la seule figure d'autorité symbolique. Cette structure matrifocale forcée a placé la femme au centre de la gestion du foyer, lui conférant une prestance immense mais lui imposant en retour une charge mentale et une responsabilité morale écrasantes. La question de la natalité s'inscrit également dans cet héritage : les maîtres des plantations voyaient dans la naissance d'enfants des profits financiers et une main d'œuvre, tandis que les hommes pouvaient fuir plus facilement les plantations que les femmes, davantage entravées par la présence des enfants.

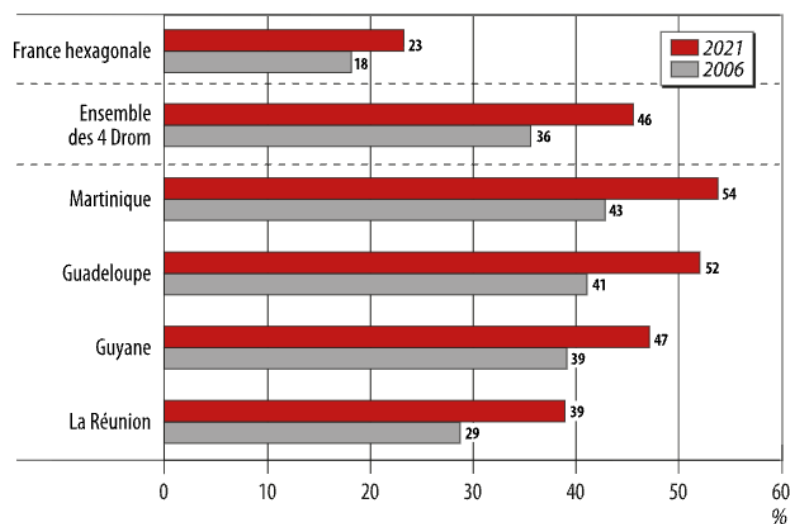
Bien que la traite négrière ait été abolie en 1848, les séquelles de cette époque restent palpables dans la société martiniquaise contemporaine. La femme est mise en avant lorsqu'elle est mère, glorifiée, constituant un élément central de la famille. En contrepartie, si son comportement est jugé contraire aux préceptes d'une « bonne mère », elle est rejetée. La sexualité féminine reste ainsi très mal vue : la femme n'aurait pas le droit de profiter du plaisir charnel, son seul rôle étant de donner la vie. La position des hommes est radicalement différente, moins attendue, moins surveillée, ce qui leur confère une liberté de comportement que la norme sociale n'accorde pas aux femmes (6).



Figure 18 : Sculpture Potomitan dans la cour intérieure du Mémorial Acte, (Pointe-à-Pitre, Guadeloupe / 2015)

Cette sculpture représente à travers sa prestance l'immense place de la femme dans la société antillaise mais aussi sa lourdeur.

Aujourd'hui, ce rôle de « pilier » est souvent vécu comme une souffrance (Figure 18) (5). Comme le souligne l'anthropologue Stéphanie MULOT¹⁷, les femmes assument seules une triple charge éducative, économique et mentale, tandis que certains hommes, se sentant évincés par cette figure maternelle omnipotente, peinent à trouver leur place (148). Ce schéma se retrouve dans les données contemporaines : le taux de familles monoparentales en Martinique atteint 54 % en 2021, contre 23 % en France hexagonale (Figure 19) (226).



Arnaud Régnier-Loilier, *Population & Sociétés*, 634, juin 2025, Ined.

Lecture : En Guadeloupe en 2021, 52 % des familles avec au moins un enfant mineur sont des familles monoparentales (un parent vivant seul avec ses enfants).

Champ : Familles avec au moins un enfant mineur (ménages ordinaires).

Source : Insee, enquêtes annuelles de recensement*.

* L'auteur remercie Didier Breton pour le calcul de ces estimations. On a considéré ici que les ménages constitués de « deux familles : autres cas que deux couples » comportaient la même proportion de familles monoparentales que les autres ménages.

Figure 19 : Évolution de la part de familles monoparentales dans les DROM et en France hexagonale entre 2006 et 2021 (%) (INSEE / 2025)

¹⁷ Professeur des universités en sociologie depuis 2012. Elle mène des recherches sur les rapports de pouvoir et de domination, et leur effet dans les relations sociales, en contexte post-colonial, sur les Antilles et la Caraïbe.

Aujourd'hui, les femmes veulent échapper à ce rôle de potomitan pour s'émanciper et partager ce fardeau de responsabilité, sans pour autant disposer encore du rôle décisionnaire plein dans une société qui n'est pas encore féministe (6). Ainsi, la santé sexuelle en Martinique ne peut être abordée selon le modèle national de « l'individu autonome » : elle doit se comprendre au travers de ces rapports de genre complexes et de l'héritage symbolique du potomitan.

2.2.2. Le déterminisme familial et socioéconomique dans les trajectoires reproductives

La structure familiale d'origine influence significativement les trajectoires individuelles en Martinique et dans les autres DROM. Le fait de ne pas avoir grandi avec ses deux parents, situation concernant 31 % des jeunes aux Antilles, corrèle avec une propension accrue à enfanter hors-union. Cette reproduction des schémas familiaux de monoparentalité est exacerbée par les difficultés économiques subies durant l'enfance : 41 % des femmes ayant connu une précarité monétaire précoce ont leur premier enfant hors couple. Ces données soulignent que la santé sexuelle et reproductive s'inscrit dans un héritage de vulnérabilités socio-économiques et familiales cumulées (239).

2.3. L'influence religieuse comme frein symbolique et historique

2.3.1. Le cadre doctrinal catholique et évangélique sur la contraception et l'IVG

La place de la religion dans les comportements de santé sexuelle en Martinique ne peut être réduite à un simple facteur culturel parmi d'autres : elle s'inscrit dans une histoire longue et documentée, dont les effets continuent de se faire sentir aujourd'hui, même de façon atténuée (85,86,104,240).

Pour comprendre l'influence religieuse sur les pratiques de santé sexuelle en Martinique, il convient d'abord de rappeler le cadre doctrinal des deux principales traditions religieuses présentes sur le territoire. Dans la doctrine catholique, la contraception par des méthodes artificielles n'est pas autorisée. Le préservatif peut être toléré uniquement si la vie d'un des membres du couple est mise en danger. L'IVG n'est pas autorisée car l'être humain

est considéré comme animé dès la fécondation (241). Les Églises évangéliques, en forte expansion en Martinique depuis plusieurs décennies, partagent une vision similaire. Le Conseil national des évangéliques de France plaide pour que les programmes de l'Éducation nationale respectent la liberté de pensée, de conscience et de religion des élèves et de leurs parents, notamment concernant l'éducation à la sexualité. Il recommande que l'Éducation nationale consulte préalablement les fédérations d'associations familiales pour avis sur le contenu des programmes (86).

Cette position traduit une résistance organisée et formalisée à l'éducation sexuelle dans les espaces publics, qui prend une résonance particulière dans un territoire où la pratique religieuse reste plus intense qu'en métropole.

2.3.2. L'ancrage historique martiniquais : l'opposition de l'Église entre 1964 et 1975

L'influence de la religion sur la santé sexuelle en Martinique ne se limite pas au présent : elle s'enracine dans une histoire politique et sanitaire spécifique aux Antilles françaises. Entre 1964 et 1975, la volonté du gouvernement de la V^{ème} République de promouvoir la contraception en Guadeloupe et en Martinique, avec des politiques néo-malthusiennes distinctes de la métropole pronatale, s'est heurtée au refus explicite de l'Église catholique et de certains partis politiques antillais. C'est finalement l'application de la loi VEIL en 1975 qui a permis que les IVG, longtemps pratiquées clandestinement au péril de la santé et de la vie des femmes, s'effectuent dans de meilleures conditions sanitaires. Cet épisode historique est fondamental pour comprendre les dynamiques actuelles : il révèle que l'opposition religieuse à la contraception et à l'IVG aux Antilles a eu des conséquences sanitaires concrètes et durables sur les femmes martiniquaises. Celle-ci les a en contraint pendant des décennies à des pratiques clandestines dangereuses. Les séquelles symboliques de cette histoire, méfiance envers les dispositifs de contraception, tabou autour de l'IVG, silence sur la sexualité, ne se sont pas dissipées malgré l'évolution législative (85,86,104,240).

2.3.3. Une influence contemporaine atténuée mais persistante sur la stigmatisation sociale

Il serait cependant inexact de présenter la religion comme un frein absolu et uniforme aux pratiques de prévention en Martinique aujourd'hui. Si l'utilisation d'une contraception médicale reste un peu moins élevée chez les femmes pratiquantes que chez les autres, cet impact est marginal et cette tendance a évolué. Au fil des décennies, l'influence de la religion sur la pratique contraceptive est devenue négligeable en France. La très grande majorité des femmes pratiquantes utilise aujourd'hui une contraception médicalisée. Ce constat national ne doit cependant pas masquer les spécificités martiniquaises. Dans un contexte insulaire où la pratique religieuse reste plus soutenue, les Églises évangéliques constituent des espaces sociaux structurants pour une partie importante de la population. La morale religieuse s'y articule étroitement avec les normes de genre et les représentations de la féminité analysées précédemment. L'influence de la religion sur la santé sexuelle demeure donc un facteur à intégrer dans la conception des politiques de prévention.

Ce n'est donc pas tant la doctrine religieuse en elle-même qui constitue un obstacle direct aux comportements de prévention mais plutôt la stigmatisation sociale qu'elle alimente autour : de certaines pratiques, de recours à la contraception hors mariage, de l'IVG, de dépistage des IST. Cela renforce le silence et l'autocensure des usagers face aux professionnels de santé. Dans ce contexte, les campagnes de prévention nationales, qui ignorent totalement cette dimension symbolique, se condamnent à rester en périphérie des comportements réels d'une partie de la population martiniquaise (242).

2.4. Une offre de soins fragmentée et des politiques de communication inadaptées

2.4.1. Une répartition géographique centralisée des structures spécialisées

L'inadéquation des politiques nationales de santé sexuelle se cristallise concrètement dans l'offre de soins martiniquaise marquée par une centralisation excessive, une

démographie médicale déficitaire et des barrières d'accès multiples qui se cumulent pouvant conduire à l'éloignement des populations les plus vulnérables des dispositifs de prévention et de prise en charge.

En Martinique, l'offre de dépistage et de prise en charge en santé sexuelle repose principalement sur deux CeGIDD rattachés au Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM): l'un situé à Fort-de-France, l'autre à La Trinité (accessible uniquement le jeudi matin de 8h à 11h30). L'ARS Martinique avait prévu l'ouverture de deux sites supplémentaires en 2017 dans les territoires de proximité du Nord Atlantique et du Sud, avec des activités hors-les-murs-hebdomadaires fixes à Saint-Pierre, Trinité et Le Marin. Chacun des centres devait proposer des activités hors-les-murs pour apporter une offre de dépistage sur les quatre territoires de proximité. Cette architecture, même partiellement réalisée, pourrait toutefois s'avérer insuffisante au regard de l'étendue du territoire et de la densité épidémiologique. Les cinq centres de santé sexuelle de la CTM complètent ce dispositif, implantés à Fort-de-France, Saint-Pierre, Sainte-Marie, Rivière-Salée et Trinité, mais leurs horaires d'ouverture restreints et leur concentration dans certaines zones laissent de larges portions du territoire sans accès direct à ces structures (8,243).

Le modèle de soins martiniquais reste ainsi figé dans une logique hospitalo-centrée qui ignore les réalités de la vie quotidienne insulaire, excluant *de facto* les populations les plus isolées.

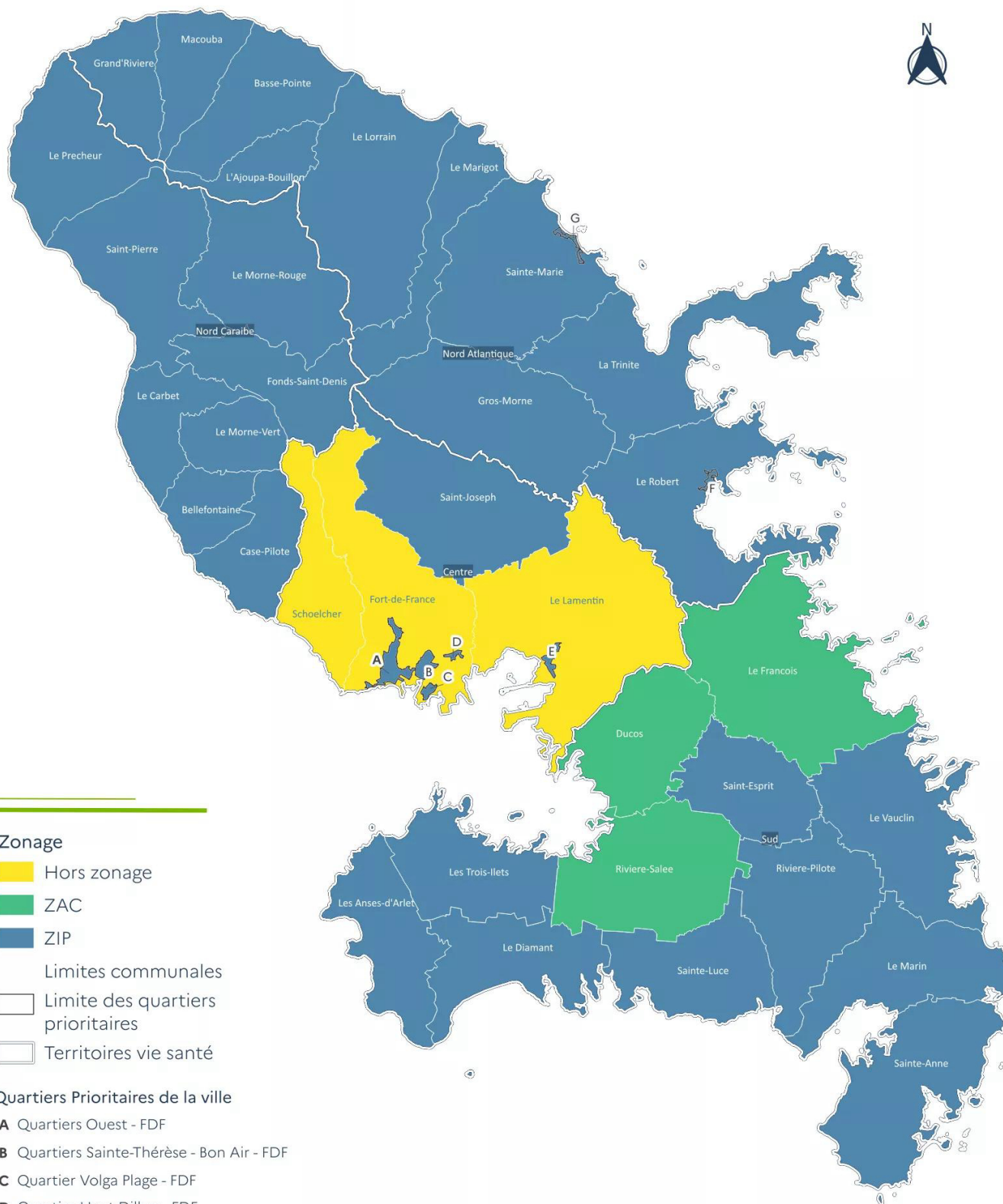
2.4.2. Une démographie médicale déficitaire aggravant les délais de prise en charge

Dans les DROM, des vacances de postes élevées sont à déplorer avec une forte proportion de médecins remplaçants venus de l'hexagone pour des contrats souvent de courte durée. La pyramide des âges des médecins dans les DROM ne laisse pas augurer une amélioration rapide de la situation. En 2025, en Martinique l'âge moyen des médecins inscrits à l'Ordre est de 49,5 ans, contre 48,1 ans en moyenne nationale (244). Cette fragilité démographique se traduit directement sur l'accès à la santé sexuelle : la densité de gynécologues libérales est inférieure à celle de nombreuses régions métropolitaines, saturant les structures publiques qui ne peuvent plus répondre aux délais d'urgence, notamment pour les IVG médicamenteuses ou les initiations de PrEP. En revanche, la densité des sage-femmes est relativement élevée par rapport à d'autres régions ce qui permet de prendre en charge les patientes dans le cadre de leur exercice (245).

A noter que les médecins qui viennent exercer sur la Martinique, beaucoup restent dans les grandes agglomérations centrales de l'île (figure 20 et figure 21).

Les urgences hospitalières sont donc fortement sollicitées et le système hospitalier rapidement saturé, contraignant des patients à se tourner vers des structures inadaptées à leurs besoins spécifiques en santé sexuelle (246).

Zonage médecins - Martinique 2023



Zonage

Hors zonage

ZAC

ZIP

— Limites communales

Limite des quartiers prioritaires

Territoires vie santé

Quartiers Prioritaires de la ville

A Quartiers Ouest - FDF

B Quartiers Sainte-Thérèse - Bon Air - FDF

C Quartier Volga Plage - FDF

D Quartier Haut Dillon - FDF

E Frange Ouest du centre-ville aggloméré - LE LAMENTIN

F Zone de Cité Lacroix Trou Terre Pointe Lynch - LE ROBERT

0 2 km

Figure 20 : Zonage des médecins en vigueur depuis le 17/10/2023 (ARS Martinique/ 2022)

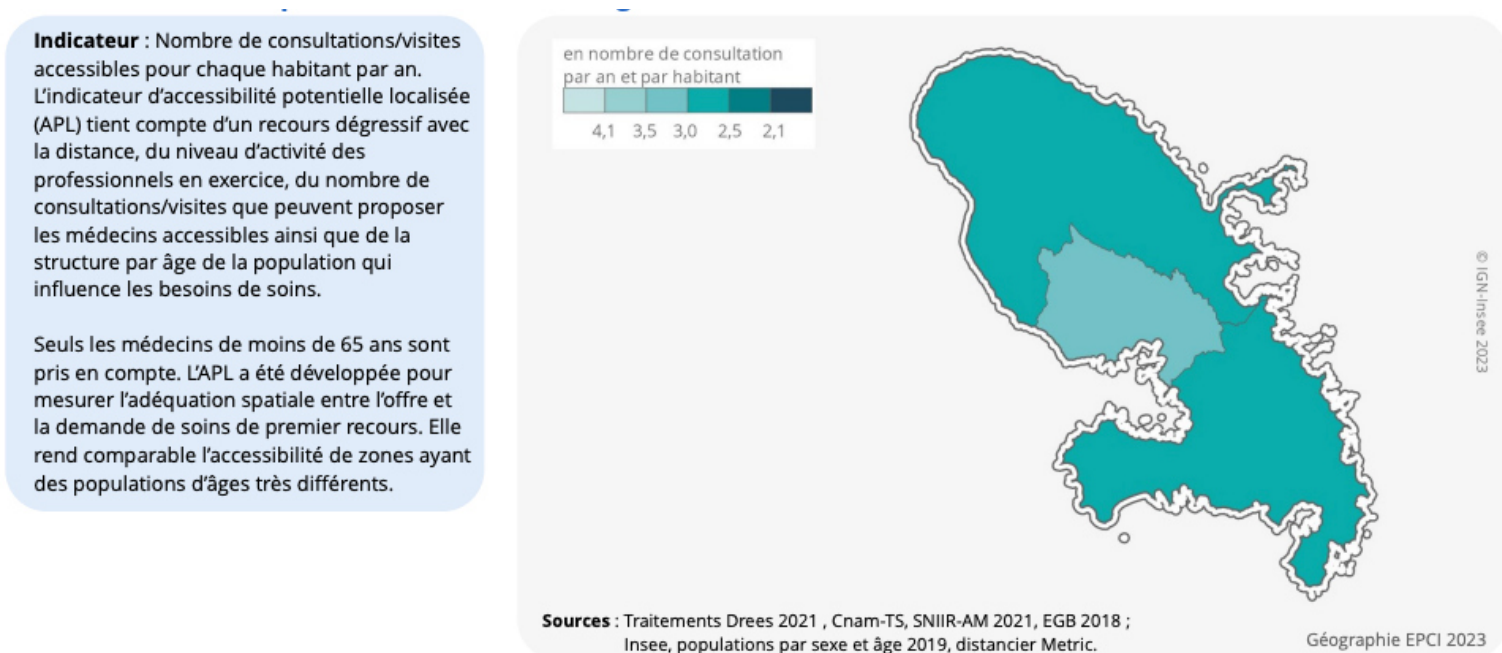


Figure 21 : Accessibilité potentielle aux médecins généralistes sur la Martinique (DREES / 2021)

2.4.3. Des problèmes de transport et de mobilité constituant une barrière structurelle

La centralisation de l'offre de soins serait moins problématique si le territoire disposait d'un réseau de transport collectif performant. Le Transport en Commun en Site Propre (TCSP) de Martinique, mis en exploitation commerciale le 13 août 2018, relie Fort-de-France au Lamentin sur un tracé unique de 13,9 km, desservant directement ou indirectement 240 000 habitants (247). Les communes du Nord comme Ajoupa-Bouillon, Gros-Morne et Saint-Pierre sont particulièrement touchées par les enjeux de mobilité. Leurs habitants dépendent des bus interurbains pour rejoindre Fort-de-France, avec des contraintes de relief et une desserte limitée. En l'état actuel, il n'existe pas de transport public régulier couvrant de façon satisfaisante les besoins de déplacements de la population. Pour un jeune mineur, une personne précaire ou un usager sans véhicule personnel, cette réalité constitue une barrière infranchissable pour accéder à une consultation anonyme dans une commune éloignée de son lieu de vie. Cette dépendance aux transports oblige l'usager à solliciter son entourage pour ses

déplacements, pouvant briser de fait l'anonymat nécessaire à toute démarche de santé sexuelle et renforçant le contrôle social analysé précédemment.

2.4.4. Une communication de prévention en inadéquation des réalités locales

Dans les Antilles, l'oralité précède la littérature écrite. Il est important de le mettre en avant dans la construction des politiques de santé.

Les politiques publiques de santé sexuelle en Martinique se heurtent à un décalage criant entre les messages universels de prévention (conçus pour la métropole) et les réalités socioculturelles, historiques et territoriales de l'île. Les campagnes nationales, qu'il s'agisse de promotion du préservatif, de dépistage du VIH ou de contraception, reposent sur un modèle individualiste et rationnel, supposant un usager autonome, capable de négocier seul son risque. Or, en Martinique la santé sexuelle s'inscrit dans un cadre collectif et normé où les choix individuels sont souvent subordonnés aux dynamiques familiales, communautaires et religieuses. Si l'association entre préservatif et défiance conjugale n'est pas propre à la Martinique, elle a été documentée dans l'ensemble des sociétés occidentales. Ce mécanisme y revêt une intensité particulière, amplifiée par une socialisation masculine spécifique au contexte antillais (32). Des travaux menés sur la construction de la masculinité en Martinique montrent que la virilité ostentatoire, héritée d'une structure matrifocale qui valorise la transgression des normes de prudence comme affirmation identitaire, confère à l'usage du préservatif une charge symbolique négative plus marquée qu'en métropole. Ne pas porter de préservatif, ne pas attacher sa ceinture, prendre des risques physiques sont autant de comportements participant d'un même registre de l'affirmation virile (248). Dans ce contexte, l'exigence d'utiliser un préservatif peut plus facilement être perçue comme une remise en cause de la confiance au sein du couple, voire comme une accusation d'infidélité. Une dynamique que les normes catholiques ou évangéliques, en sacralisant la fidélité conjugale, tendent encore à renforcer (109). Pourtant, les supports de communication (affiches, spots télévisés, brochures) ignorent ces spécificités : le langage est standardisé, les images métropolitaines et négligent les canaux locaux (radios communautaires, réseaux associatifs, églises).

Ces trois affiches illustrent la diversité des campagnes de sensibilisation menées en matière de santé sexuelle, à l'échelle nationale comme territoriale. La figure 22, produite par SPF, communique sur la gratuité des préservatifs en pharmacie pour les moins de 26 ans (249). Les figures 23 et 24, éditées par l'ARS Martinique dans le cadre de la semaine de la santé sexuelle 2025, adoptent une approche locale, adapté en français et créole, pour promouvoir respectivement la prévention diversifiée des IST et l'importance du choix contraceptif. Cette approche incarne ainsi la volonté d'adapter les messages de santé publique aux réalités culturelles du territoire (250)



Figure 22 : Affiche de campagne de sensibilisation nationale à la gratuité des préservatifs (Santé Publique France / 2023)



Figure 23 : Affiche de campagne de sensibilisation à la santé sexuelle pour la semaine de la santé sexuelle 2025 (ARS Martinique/ 2023)¹⁸

¹⁸ Ki ou jèn, ki ou vié, sa ka gadé'w signifie « Que tu sois jeune, que tu sois vieux, ça te regarde »



Figure 24 : Affiche de campagne de sensibilisation à la santé sexuelle pour la semaine de la santé sexuelle 2025(ARS Martinique/ 2023

Cette déconnexion se manifeste aussi par l'absence de prise en compte des tabous culturels. Les messages sur la contraception ou l'IVG, se heurtent à une moralité religieuse prégnante, qui cantonne la sexualité à la procréation et au mariage. Elle stigmatise les comportements jugés « déviants ». Les campagnes sur le dépistage du VIH, échouent à désamorcer la peur du jugement en milieu insulaire, où l'anonymat est difficile à préserver et où la stigmatisation des IST reste forte. En effet, la Caisse Générale de la Sécurité Sociale (CGSS) indique la volonté de pouvoir avoir en 2030 une Martinique sans Syndrome d'Immuno-Déficience (SID) (251). Cette volonté répond à un réel fardeau de l'insularité en ayant des cercles qui se recoupent et donc des contaminations croisées.

Les données révèlent ainsi que les freins au dépistage sont plus marqués en outre-mer qu'en métropole, en raison notamment d'un manque de légitimité perçue des messages institutionnels, souvent vécus comme imposés de l'extérieur. De même, les campagnes « one-size-fits-all » (comme « *Le préservatif, c'est pour les jeunes* ») ont un impact limité car elles ignorent les représentations locales de la sexualité, où le plaisir féminin est tabou, la maternité est sacralisée, et où la négociation de la protection est un enjeu de pouvoir.

Enfin, cette inadéquation s'explique par l'absence de relais communautaires dans la conception des politiques publiques. Les leaders religieux, les matrones, les professionnels de santé de premier recours ou les associations locales (acteurs clés de la confiance et de la médiation) ne sont pas associés à l'élaboration des messages. Pourtant, leur implication pourrait permettre de déstigmatiser les sujets sensibles (ex. : IST, IVG) et d'adapter les supports aux codes culturels. À l'inverse, des campagnes conçues sans adaptation au contexte local ont montré leurs limites dans les DROM, où elles sont longtemps restées inadaptées aux réalités culturelles et linguistiques des populations destinataires (252). Par ailleurs, les messages génériques de prévention tendent à toucher en priorité les populations déjà sensibilisées aux enjeux de santé publique, creusant ainsi les inégalités d'accès à l'information au détriment des jeunes et des populations précaires (253).

2.4.5. Une verticalité institutionnelle et une rigidité des financements

En Martinique, l'efficacité des politiques de santé sexuelle est profondément entravée par une organisation institutionnelle verticale et des mécanismes de financement rigides, qui peinent à prendre en compte les spécificités territoriales et les besoins locaux. Le Conseil économique, social et environnemental souligne ainsi la nécessité de rompre avec une approche trop centralisée et fragmentée de la santé en outre-mer, appelant à territorialiser réellement les décisions plutôt qu'à appliquer uniformément des dispositifs pensés depuis l'hexagone (254). Les décisions sont en effet principalement arrêtées au niveau national et déclinées de façon uniforme sur l'ensemble du territoire, réduisant les marges de manœuvre des ARS et des collectivités locales, phénomène que le Sénat qualifie de « centralisation par les normes », particulièrement dommageable dans les outre-mer où l'éloignement géographique amplifie l'effet d'éloignement décisionnel (255). La Cour des comptes confirme ce constat en relevant le sous-financement structurel des établissements ultramarins et en affirmant que le niveau local constitue l'échelon le plus pertinent pour développer des solutions adaptées aux réalités de terrain (256). Le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat de mars 2014 (consacré au bilan des ARS) soulignait ainsi que toutes les conséquences de la création de ces agences n'avaient pas été tirées. Elle formulait des recommandations pour réformer l'administration centrale, simplifier les missions et démocratiser la gouvernance. Cette centralisation se traduit concrètement par une inadéquation des réponses aux réalités locales : l'ARS Martinique a elle-même contesté son exclusion du plan national contre les déserts médicaux de 2025, soulignant que la méthodologie utilisée pour identifier les zones prioritaires ne tient pas compte des spécificités ultramarines. Le découpage intercommunal, pertinent en métropole, s'avérant inadapté à des territoires insulaires où les distances kilométriques ne reflètent pas les difficultés d'accès réelles. Ce constat illustre un problème structurel plus large : les outils et critères conçus pour la métropole sont appliqués à des territoires dont les réalités sont fondamentalement différentes (194,211,257).

Cette rigidité se double d'une logique de financement contrainte, où les dotations sont allouées selon des modalités nationales standardisées. Le cas des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) en est une illustration directe. Les CeGIDD sont financés par l'ARS via le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Avec des prestations gratuites pour les usagers, leur développement territorial repose sur l'ouverture d'antennes dans le Nord Atlantique et le Sud, proposant des activités hors les murs dirigés vers les publics les plus exposés. Or, c'est l'ARS qui fixe, dans les limites des crédits du FIR de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), la dotation forfaitaire annuelle de chaque CeGIDD, sur la base de l'activité constatée les trois années précédentes (article D.174-18 du Code de la Sécurité Sociale). Un mécanisme peu adapté à l'innovation ou au développement de nouvelles modalités d'accès. Plus largement, une évaluation nationale montrait qu'un quart seulement des structures de dépistage avaient pu appliquer les recommandations en vigueur, le principal frein déclaré étant l'absence de financement spécifique (189,258).

L' Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Martinique, qui travaille de concert avec le CeGIDD, le COREVIH, AIDES Territoire Martinique, Action Sida Martinique et l'Association Martiniquaise pour l'Information et l'Orientation Familiale (AMIOF) sur des campagnes de prévention innovantes, rappelle que la Martinique est la quatrième région de France la plus touchée par le VIH, avec plus de 50 nouvelles découvertes de séropositivité chaque année, et que les IST y sont également en recrudescence. Ces structures locales développent des actions spécifiques (campagnes en créole, ciblage des jeunes en situation de précarité) qui ne correspondent pas toujours aux critères des financements pensés pour la métropole (259).

Par ailleurs, la fragmentation des acteurs aggrave ces dysfonctionnements. La multiplicité des intervenants (État, ARS, Collectivité Territoriale de Martinique, associations) sans pilotage opérationnel unifié génère des chevauchements et une dilution des responsabilités. Il existe certes, depuis la loi dite HPST de 2009, une Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) en Martinique, chargée de participer à la définition des objectifs de l'ARS et d'émettre des avis sur le Projet Régional de Santé. Son rôle demeure strictement consultatif : la CRSA ne dispose ni du pouvoir de décision, ni des leviers financiers, ni de la capacité d'arbitrage entre acteurs qui caractérisent une véritable instance de pilotage. Sa présence institutionnelle ne résout donc pas la question de la coordination effective sur le terrain, en particulier dans un domaine aussi transversal que la santé sexuelle, où les rôles sont réparties entre l'ARS, la CTM, les Centres de Planification, Information et Orientation Familiale (CPIOF), les associations de prévention et les professionnels libéraux (260). L'ARS Martinique reconnaît elle-même que le système de santé martiniquais est confronté au développement des inégalités sociales et territoriales, et que des transformations en profondeur sont nécessaires pour permettre à tous les habitants d'accéder aux soins dont ils ont besoin. Dans ce contexte, des projets pertinents comme la télémédecine ou le dépistage mobile peinent à se réaliser faute de financements épars. La feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 le reconnaît partiellement. Elle comporte 7 déclinaisons ultramarines avec pour objectif de faire de la proximité un principe d'action et d'adapter les modes d'agir aux spécificités des territoires, notamment ultramarins, ainsi qu'aux besoins des personnes vulnérables et éloignées du système de santé. Mais ces déclinaisons restent insuffisantes sans un assouplissement des mécanismes de financement (192,258,259).

La Stratégie Santé outre-Mer se veut un cadre d'orientation stratégique qui tient compte des spécificités des territoires d'outre-mer, et dispose à ce titre d'un coefficient de pondération supérieur dans l'allocation des dotations (261). Pour autant, cette majoration ne suffit pas à compenser l'ampleur des inégalités structurelles, et la SSOM restera insuffisante pour réduire les inégalités d'accès aux soins en matière de santé sexuelle tant que les spécificités territoriales ne seront pas pleinement intégrées à la gouvernance locale. C'est précisément dans ce contexte de défaillance structurelle que des acteurs locaux ont développé des initiatives de terrain permettant d'aider la population.

3. Des initiatives locales prometteuses mais structurellement insuffisantes

3.1. Des acteurs engagés qui pallient les carences du système

3.1.1. Le CoReSS : pour une meilleure coordination des acteurs

Créé en 2025 en remplacement du COREVIH Antilles-Guyane, le CoReSS constitue désormais la principale instance de pilotage territorial de la santé sexuelle en Martinique. Sa création traduit une évolution significative par rapport à son prédécesseur : là où le COREVIH centrait son action sur le VIH et les IST, le CoReSS adopte une approche globale et positive de la santé sexuelle, intégrant la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, des violences sexuelles, des troubles de la sexualité et de l'accès à la contraception, ainsi que les parcours de soins correspondants (197,262,263).

Son rôle est avant tout un rôle d'appui aux politiques régionales de santé sexuelle définies par les Agences Régionales de Santé, dans le cadre des orientations nationales. Concrètement, le CoReSS est chargé de coordonner l'ensemble des acteurs œuvrant sur son territoire dans les domaines de la promotion, de la prévention, du dépistage et de la prise en charge. Il contribue également à la qualité des formations en santé sexuelle, veille à l'harmonisation des pratiques professionnelles, coordonne le recueil des données régionales utiles au pilotage des politiques territoriales et participe à l'élaboration et à l'évaluation de ces mêmes politiques. Ces missions ont pour fil conducteur la réduction des inégalités en santé, en veillant à ce que les populations les plus vulnérables soient pleinement prises en compte (197,262,263).

Sur le plan organisationnel, l'instance se réunit trois fois par an en séance plénière. Elle s'appuie sur un programme de travail pluriannuel élaboré de manière collégiale, des groupes de travail thématiques ouverts à des partenaires externes selon les projets et une équipe de coordination salariée chargée d'assurer l'animation et le suivi des travaux. Les membres des différents collèges sont nommés par l'ARS, garantissant ainsi un ancrage institutionnel solide.

Sa création récente témoigne d'une prise de conscience institutionnelle de la nécessité d'une gouvernance territorialisée en santé sexuelle. C'est précisément le type de structure que les politiques nationales ne permettaient pas de faire émerger facilement et son existence illustre que la Martinique commence à se doter d'outils mieux adaptés à ses réalités locales.

3.1.2. AIDES Martinique : la prévention communautaire de terrain

Fondée en 1984, AIDES est la première association de lutte contre le sida et les hépatites en France et en Europe, reconnue d'utilité publique. Elle intervient auprès des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables au VIH et aux hépatites : HSH, personnes placées sous-main de justice, usagers de drogues, personnes trans, personnes migrantes et travailleurs du sexe. Son action repose sur trois principes fondateurs, militer, agir et transformer ; qui traduisent une approche globale de la santé dépassant le seul cadre médical. Elle s'attaque aux facteurs structurels de vulnérabilité que sont les discriminations, la précarité et les inégalités d'accès aux droits (259,264).

En Martinique, AIDES déploie cette logique à travers des actions menées hors les murs et dans ses locaux, en allant directement à la rencontre des publics concernés plutôt qu'en attendant qu'ils franchissent la porte d'une structure de soins. Sur le territoire martiniquais, cette présence de terrain prend une dimension particulière : dans un contexte insulaire marqué par la stigmatisation et les difficultés d'anonymat, la logique d'aller-vers portée par AIDES permet d'atteindre des populations qui ne se rendraient pas spontanément dans une structure hospitalière ou un CeGIDD (259,264).

L'organisation territoriale d'AIDES repose sur trois échelons : un siège national, des territoires d'action dont le découpage correspond à celui des ARS, et des lieux de mobilisation où se déploient concrètement les actions. Ce maillage permet à AIDES Martinique de s'inscrire dans les dynamiques locales tout en bénéficiant des ressources et de l'expertise du réseau national. L'association propose également une offre en santé sexuelle qui vise à accompagner dans la durée les groupes les plus exposés au VIH, aux hépatites et aux IST, contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales d'accès à la prévention, un enjeu particulièrement prégnant en Martinique au regard des déterminants sociaux analysés précédemment (259,264).

3.1.3. Les CPIOF : un réseau de planification familiale fragilisé

La mission de planification familiale en Martinique a une histoire institutionnelle particulière. Elle était historiquement assumée par l'AMIOF, d'octobre 1977 à février 2015, sur la base d'une convention avec le Conseil Général (265). C'est dans ces conditions que naquit le CPIOF, régie personnalisée de l'ex-Département, désormais en charge du planning familial sous tutelle de la CTM. Cette transition institutionnelle illustre à elle seule la complexité de la gouvernance locale en santé sexuelle, tiraillée entre héritage associatif et gestion publique.

Les cinq CPIOF sont aujourd'hui implantés à Fort-de-France, Rivière-Salée, Trinité, Saint-Pierre et Sainte-Marie (266). Ce maillage en cinq points couvre une partie du territoire mais laisse de larges zones, notamment dans le Nord profond de l'île, sans accès direct à ces structures. Leur vocation est d'accompagner les personnes dans leur santé sexuelle à travers la prescription et la délivrance de moyens contraceptifs, le soutien sur les questions relatives à la sexualité et aux violences, l'accompagnement à l'IVG et la vaccination (267).

Ces centres jouent un rôle particulièrement stratégique en Martinique au regard des indicateurs de santé reproductive analysés précédemment : taux d'IVG élevé, grossesses non-désirées, monoparentalité structurelle. Ils constituent souvent le premier espace où une femme peut aborder librement des questions de contraception ou de sexualité, dans un cadre confidentiel et sans rendez-vous préalable. L'ARS Martinique a par ailleurs doté la région d'un Centre de Ressources d'Éducation et de Promotion de la Santé Sexuelle (CREPSS), chargé d'apporter un appui aux acteurs intervenant auprès de la population, de contribuer à leur professionnalisation et de développer l'information grand public dans le domaine de la vie affective et sexuelle (268). Cette architecture institutionnelle témoigne d'une volonté de structurer l'offre locale, mais elle se heurte à des fragilités persistantes.

En effet, la réalité de terrain des CPIOF révèle une tension structurelle entre l'importance du rôle assumé et la faiblesse des moyens alloués. Dès 2017, les salariés du CPIOF dénonçaient d'importantes difficultés financières de la structure, entraînant une pénurie de médicaments, de matériels et de produits d'entretien (269). En juillet 2018, le personnel affilié à la CGTM-Santé des cinq CPIOF a eu recours à la grève pour réclamer de meilleures conditions de travail et le respect des contrats de travail, interpellant directement la CTM en tant qu'organisme de tutelle et réclamant également la rénovation de locaux vétustes (270). Ces épisodes illustrent de façon concrète les limites d'un système qui confie des missions essentielles de santé publique à des structures chroniquement sous-financées, sans garantir les conditions minimales d'un fonctionnement pérenne.

3.1.4. Les actions communautaires de proximité

Au-delà des structures associatives formalisées, la prévention en santé sexuelle en Martinique repose également sur un ensemble d'actions communautaires de proximité qui constituent un maillage invisible mais indispensable du dispositif local.

En milieu scolaire, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire s'inscrit dans le cadre de la circulaire du 30 septembre 2022, qui prévoit au minimum trois séances annuelles couvrant les dimensions biologiques, psycho-émotionnelles, juridiques et sociales de la sexualité, incluant la prévention des IST et du VIH (203,204). En Martinique, l'ARS s'implique sur ces questions en partenariat avec une multitude d'acteurs, dans le cadre du schéma régional de prévention (197). Cependant, au niveau national, moins de 15 % des élèves en école et en lycée et 20 % au collège bénéficient effectivement de ces trois séances annuelles pourtant inscrites dans le Code de l'éducation depuis 2001, faute de formation et de moyens satisfaisants (83).

En milieu festif, la prévention constitue un levier d'action pertinent dans un territoire où les événements culturels et festifs jouent un rôle social important. Les interventions en milieu festif visent à réduire les risques liés à la sexualité et portent notamment sur la prévention des IST et du VIH, dans une approche éducative, pragmatique et objective, inscrite dans une démarche de réduction des risques. En Martinique, AIDES déploie un bus de prévention et de dépistage du VIH circulant sur l'ensemble du territoire, en complément d'une permanence fixe de prévention à Fort-de-France et d'un centre d'accueil pour les usagers de drogues au Lamentin (58).

Via les réseaux sociaux et les canaux numériques, l'URML Martinique a travaillé conjointement avec le CeGIDD, le service de maladies infectieuses du CHUM, le COREVIH, AIDES Territoire Martinique, Action Sida Martinique et l'AMIOF pour créer une série de films de prévention intitulée « La bonne nouvelle », diffusée sur les réseaux sociaux. Ces films mettent en scène des personnalités locales connues, sélectionnées comme porteurs d'opinion auprès de la population martiniquaise. Cette initiative illustre une prise de conscience des acteurs locaux de la nécessité d'adapter les canaux de communication aux usages réels de la population, notamment des jeunes.

Action Sida Martinique constitue un autre pilier de ce tissu communautaire. Depuis sa création en 1987, l'association s'investit auprès des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida, dans la lutte contre les discriminations et la stigmatisation, et propose des actions de prévention et d'incitation au dépistage. Elle propose notamment à des bénévoles d'associations, de clubs ou de groupes de devenir « Relais de Prévention des Risques Sexuels en Proximité », formant ainsi un réseau de médiateurs communautaires ancrés dans les réalités sociales et culturelles locales. Ce dispositif de pairs-aidants est particulièrement adapté au contexte martiniquais où la parole sur la sexualité passe davantage par les réseaux de confiance que par les canaux institutionnels (271).

Enfin, lors du mois de la santé sexuelle, l'ARS Martinique fédère un réseau d'acteurs particulièrement dense incluant Santé Publique France, Action Sida Martinique, le COREVIH, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), le CREPSS, Promotion Santé Martinique, l'Observatoire territorial des violences envers les femmes, les CeGIDD, le Mouvement du Nid, l'URML et les professionnels de santé de terrain. Cette mobilisation collective, bien que ponctuelle, témoigne de la richesse du tissu local et de sa capacité à se coordonner autour d'objectifs communs.

3.2. Les dispositifs innovants de dépistage : Mon Test IST

Le dispositif « Mon Test IST », issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, a été déployé dans tous les laboratoires de biologie médicale à compter du 1er septembre 2024. Il vient compléter et remplacer « VIH Test », le dépistage du VIH à la demande du patient sans ordonnance, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO) sans limite d'âge et mis en place en 2022. Il étend le dépistage sans ordonnance et sans rendez-vous à quatre nouvelles IST : la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et l'hépatite B (205). Pour les moins de 26 ans, la prise en charge est intégrale sans avance de frais. Pour les plus de 26 ans, seul le dépistage du VIH est couvert à 100 % par l'Assurance maladie les autres IST étant remboursées à hauteur de 60 % par l'Assurance maladie, le reste par l'Assurance maladie complémentaire (AMC).

Ce dispositif lève une barrière administrative majeure : jusqu'alors, le dépistage des IST nécessitait généralement une consultation médicale préalable pour obtenir une ordonnance, ce qui représentait un frein pour de nombreuses personnes, notamment les jeunes ou celles en situation de précarité. En Martinique, l'ARS a déployé ce dispositif dans l'ensemble des laboratoires de biologie médicale du territoire, avec pour objectifs de faciliter l'accès au dépistage en proximité, de renforcer les outils de prévention disponibles et d'améliorer le diagnostic précoce des IST pour limiter leurs complications et leur transmission.

L'impact de ce dispositif est documenté et significatif, tant au niveau national qu'en Martinique. En 2024, le nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale est estimé à 8,5 millions, dont 20 % réalisées sans ordonnance et sans avance de frais. Depuis son élargissement aux IST en septembre 2024, le nombre mensuel de jeunes de moins de 25 ans testés pour le VIH via ce dispositif a doublé au niveau national (36). La CNAM confirme cette dynamique avec une hausse des dépistages sans ordonnance estimée à 7,3 % par mois entre septembre 2024 et mai 2025, avec une majorité de bénéficiaires âgés de moins de 26 ans (272). En Martinique spécifiquement, le bulletin de Santé Publique France de juin 2025 documente que le nombre de dépistages du VIH et des IST a doublé depuis la mise en place du dispositif, confirmant qu'un accès simplifié et gratuit au dépistage est massivement investi par les populations du territoire (2).

Cependant, des limites persistent. La prise en charge intégrale des tests autres que le VIH est limitée aux moins de 26 ans, laissant les plus de 26 ans exposés à un reste à charge de 40 %. En France, si 3,4 % de la population n'est globalement pas couverte par une complémentaire santé, cette proportion est bien plus élevée parmi les personnes en situation de précarité, précisément celles qui appartiennent aux groupes les plus exposés aux IST, constituant ainsi un frein financier réel et documenté à l'accès au dépistage (273). Par ailleurs, le taux de diagnostics tardifs reste très élevé en Martinique, traduisant des défaillances persistantes dans le repérage et le dépistage ciblé, malgré l'essor des dispositifs d'accès simplifié.

3.3. Des initiatives prometteuses mais structurellement fragiles

3.3.1. Une fragilité financière chronique menaçant la pérennité des actions

Malgré leur pertinence et leur efficacité démontrée, les initiatives locales se heurtent à des limites structurelles qui empêchent de les considérer comme une réponse suffisante et durable aux insuffisances des politiques nationales.

Les associations, actrices centrales et piliers historiques de la lutte contre le sida, sont aujourd'hui « asphyxiées » par des mesures budgétaires et réglementaires qui les fragilisent dangereusement (15). Ces mesures se cumulent et fragilisent durablement le tissu associatif. La diminution des contrats aidés et des contrats adultes-relais, l'extension de la prime Ségur au secteur associatif par arrêté du 6 août 2024, représentant un surcoût mensuel de 248 euros brut par salarié à temps plein sans compensation totale de l'État. Les coupes budgétaires de 20 à 25 % qui sont imposées aux associations subventionnées par la Direction Générale de la Santé en 2025 laissent de nombreuses structures dans une impasse financière durable, pouvant aller jusqu'à menacer la survie de celles disposant de faibles fonds propres. (16,274,275). Une enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité de septembre 2025 révèle qu'une association sur deux voit sa situation financière se dégrader, qu'une sur trois est menacée de disparition d'ici fin 2025, et que 58 % n'ont aucune visibilité financière au-delà de douze mois (276).

Ces choix politiques ont un impact direct sur la prévention, l'accompagnement, le parcours de santé et l'accès aux soins et aux droits des personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque de contamination. Cette fragilité est d'autant plus préoccupante que les associations ne pallient pas simplement des carences accidentelles du système institutionnel : elles en sont, par contractualisation, les délégataires indirects. C'est précisément par convention pluriannuelle d'objectifs conclue avec l'ARS et la DGS que ces structures se voient confier explicitement la mission d'aller vers les publics les plus éloignés du soin, publics que les institutions publiques n'ont ni la légitimité culturelle, ni la souplesse opérationnelle pour atteindre directement (277). Ce sont en effet ces structures qui accompagnent les personnes les plus éloignées du système de santé : jeunes en situation de précarité, personnes LGBTQIA+, migrants, usagers de drogues, travailleurs du sexe (278). Cette réalité est particulièrement vraie en Martinique, où des acteurs comme AIDES Territoire Martinique ou Action Sida Martinique constituent souvent le seul point de contact entre les populations les plus vulnérables et le système de prévention.

Fragiliser ces associations par des coupes budgétaires, c'est donc supprimer précisément le maillon que les pouvoirs publics avaient eux-mêmes désigné et financé comme irremplaçable, une contradiction d'autant plus criante dans un territoire insulaire où l'enclavement géographique et les barrières socioculturelles rendent cette présence de proximité structurellement indispensable (15,278).

3.3.2. Un manque de coordination formelle entre acteurs

Si le CoReSS joue un rôle de coordination institutionnelle, les liens entre les différents acteurs du terrain, associations, professionnels de santé libéraux, structures hospitalières, restent insuffisamment formalisés. Chaque acteur intervient dans son périmètre propre sans qu'existe un parcours structuré permettant à un usager d'être orienté de façon fluide d'un intervenant à l'autre. Cette fragmentation nuit à la lisibilité de l'offre et laisse des populations entières sans prise en charge cohérente, notamment celles qui cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité.

3.3.3. Une couverture territoriale incomplète au détriment des zones rurales

Les initiatives locales restent majoritairement concentrées dans les zones urbaines, autour de Fort-de-France. Les communes rurales du Nord et du Sud de l'île, parmi les plus vulnérables sur le plan socioéconomique, demeurent largement sous-couvertes. Or ce sont précisément ces zones qui souffrent le plus de l'absence de structures médicales spécialisées et où le besoin d'acteurs de proximité est le plus fort.

Ces initiatives, aussi précieuses soient-elles, ne peuvent compenser à elles seules les manquements d'une politique publique inadaptée. La communauté internationale et les associations alertent sur la nécessité de maintenir des financements stables pour éviter un retour en arrière dramatique dans la lutte contre les IST et le VIH. En Martinique, cette nécessité est renforcée par la spécificité du territoire : sans un acteur professionnel, présent sur l'ensemble du territoire, formé, reconnu institutionnellement et capable d'intervenir de façon continue et pérenne, la prévention en santé sexuelle restera structurellement insuffisante. C'est précisément le rôle que peut jouer le pharmacien d'officine, dont nous allons maintenant examiner les compétences et les modalités d'intervention en territoire ultramarin.

Pour conclure, la deuxième partie a mis en lumière les limites de cette universalité proclamée face aux spécificités martiniquaises. Les données épidémiologiques sont éloquentes : prévalence du VIH supérieure à la moyenne nationale, taux d'IST parmi les plus élevés de France, recours à l'IVG structurellement élevé, couverture vaccinale HPV insuffisante. Ces écarts s'expliquent non seulement par des déterminants socio-économiques défavorables, mais aussi par des facteurs culturels et historiques qui façonnent les représentations de la sexualité et les comportements de recours aux soins d'une manière que les dispositifs nationaux standardisés ne prennent pas en compte. Les contraintes structurelles du système de soins (déserts médicaux, délais de consultation, faible densité des CeGIDD) aggravent encore ces inégalités. Le constat s'impose : appliquer à la Martinique des politiques conçues pour la métropole, sans adaptation substantielle, conduit mécaniquement à des résultats insuffisants.

LE PHARMACIEN D'OFFICINE : PROPOSITION D'UN MODELE D'INTERVENTION EN SANTE SEXUELLE ADAPTE A LA MARTINIQUE

Si les parties précédentes ont permis de dresser un état des lieux des politiques nationales de santé sexuelle et de leurs limites dans le contexte martiniquais, la partie III s'attache à identifier les leviers concrets d'amélioration. Elle examine d'abord le cadre juridique et les actions déjà autorisées qui font du pharmacien d'officine un acteur légitime en santé sexuelle, avant d'explorer, à travers l'enquête menée auprès de professionnels du territoire, la réalité de leur implication sur le terrain et les freins qui en limitent la portée. Sur la base de ces constats, elle formule enfin des propositions d'actions visant à mieux mobiliser le réseau officinal martiniquais dans la politique locale de santé sexuelle, en s'appuyant notamment sur les expériences internationales et les dispositifs existants.

1. Le pharmacien d'officine, un acteur légitime en santé sexuelle : cadre réglementaire et action concrètes

1.1. Un cadre juridique progressivement élargi

Pendant longtemps, le rôle du pharmacien d'officine a été principalement défini par sa mission de dispensation : délivrer des médicaments sur ordonnance, confectionner des préparations magistrales et conseiller le patient sur le bon usage des traitements (279). Depuis le début des années 2000, un mouvement continu a profondément reconfiguré ce périmètre, faisant du pharmacien un acteur à part entière de premiers recours, impliqué dans la prévention, le dépistage, la coordination des soins et l'éducation à la santé (165,280).

La loi HPST du 21 juillet 2009, portant sur la réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST ; *Hôpital, Patients, Santé et Territoires*) portée par la ministre de la Santé et des Sports Roselyne BACHELOT-NARQUIN du gouvernement FILLON II sous la présidence de Nicolas SARKOZY, en introduisant dans l'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique une liste explicite de missions officinales, reconnaît pour la première fois au pharmacien des compétences de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé et d'orientation dans le système de soins (256,276,277). Ces missions sont directement mobilisables en santé sexuelle, qu'il s'agisse de la réalisation de TROD, du conseil contraceptif ou de l'orientation vers un CeGIDD. Cependant, leur effectivité s'est heurtée à un retard réglementaire significatif : le décret précisant les modalités pratiques des prestations officinales n'a été publié qu'en 2018, soit neuf ans après la loi initiale. Cela explique en partie que seuls 27,3 % des pharmaciens titulaires déclaraient en connaître tout à fait le contenu en 2017 (279,281).

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, portée par la ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol TOURAINE du gouvernement VALLS II sous la présidence de François HOLLANDE, approfondit cette dynamique en produisant des effets directs en matière de santé sexuelle : suppression du délai de réflexion de sept jours avant l'IVG, renforcement du tiers payant facilitant l'accès sans avance de frais à la contraception et au dépistage et création des Communauté Professionnels Territoriales de Santé (CPTS) inscrivant formellement le pharmacien dans une architecture collective de soins de proximité (14,161,246,277). Entre 2016 et 2023, de nombreuses évolutions législatives sont venues progressivement élargir et préciser le rôle du pharmacien en matière de santé sexuelle. Enfin, le décret n°2023-736 du 9 août 2023 habilite le pharmacien à prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal aux personnes d'au moins onze ans, compétence directement mobilisable pour la vaccination HPV et hépatite B, deux enjeux épidémiologiques majeurs en Martinique (2,3,282,284,285).

En Martinique, le réseau officinal couvre des communes du Nord et du Sud de l'île dépourvues de CeGIDD, de CPIOF ou de cabinet médical accessible, conférant au pharmacien une position stratégique de premier recours que les missions législatives désormais reconnues permettent pleinement de valoriser en matière de santé sexuelle. Un maillage sans équivalent parmi les professionnels de santé qui contraste fortement avec la raréfaction progressive des structures hospitalières et médicales de proximité.

1.2. Les actions concrètes en santé sexuelle autorisées

Le cadre juridique décrit dans la section précédente n'est pas resté abstrait : il s'est progressivement traduit en actes concrets, remboursés et encadrés juridiquement, que le pharmacien d'officine peut aujourd'hui mettre en œuvre directement en matière de santé sexuelle. Ces actions couvrent l'ensemble du spectre de la prévention et du dépistage : contraception, tests diagnostiques ou vaccination. Leur pertinence dans le contexte martiniquais est immédiate, dans la mesure où chacune d'elles répond à l'une des lacunes identifiées dans la partie précédente.

1.2.1. La contraception : un rôle officinal central, encore insuffisamment mobilisé

La pharmacie d'officine occupe depuis plusieurs décennies une place centrale dans l'accès à la contraception.

Cette position s'est considérablement renforcée depuis 2022-2023, avec une série de mesures qui ont étendu les possibilités de délivrance de contraception d'urgence sans ordonnance et gratuite pour les populations les plus vulnérables. La contraception d'urgence hormonale, communément appelée « pilule du lendemain », peut être délivrée en officine sans prescription médicale et sans avance de frais à toute femme, mineure ou majeure, depuis l'entrée en vigueur de l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (208). Pour les personnes mineures, la délivrance est anonyme sur simple demande, ce qui constitue une garantie de confidentialité importante dans un territoire comme la Martinique, où la peur des commérages et la préservation de la réputation familiale ont été identifiées comme des freins majeurs au recours aux structures de santé sexuelle. À l'occasion de cette délivrance, le pharmacien a un devoir légal d'information et de conseil sur la contraception en général, ce qui en fait un moment de prévention à part entière (281).

Le renouvellement de contraception orale constitue une autre compétence officinale directement utile : les pharmaciens sont autorisés à renouveler une prescription de pilule contraceptive pour une durée supplémentaire de six mois, dans les mêmes conditions que la prescription initiale, dès lors que celle-ci date de moins d'un an (282). Cette disposition est particulièrement précieuse dans un territoire où les délais de consultation sont longs et où les femmes précaires peinent à obtenir un rendez-vous dans les délais. Elle permet d'éviter les ruptures de contraception qui exposent à un risque de grossesse non désirée, première cause du taux d'IVG élevé en Martinique.

Depuis le 1er janvier 2023, les préservatifs masculins Eden® et Sortez couverts !® sont remboursés à 100 % sans ordonnance pour tout assuré de moins de 26 ans. La Loi de Financement de la sécurité sociale (LFSS) 2024 a étendu ce dispositif aux préservatifs féminins Ormelle® et So sexy & smile®, remboursés sans ordonnance pour les femmes de moins de 26 ans depuis respectivement janvier et avril 2024. Depuis le 31 mars 2025, les préservatifs masculins sans latex Manix Sensitivity® bénéficient également d'une prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans (299,300).

Plus largement, le cadre de remboursement de la contraception en officine distingue deux catégories selon le statut au regard de l'Assurance Maladie (229). Certains contraceptifs sont totalement exclus du remboursement, quel que soit l'âge de la patiente : patchs contraceptifs, anneaux vaginaux, capes cervicales, spermicides, et la grande majorité des préservatifs féminins. Ces méthodes, dont le coût s'élève en moyenne à quinze euros par cycle pour le patch ou l'anneau, restent entièrement à la charge de la patiente, constituant un frein structurel particulièrement prégnant dans un territoire où le taux de pauvreté avoisine 27 % (229). Pour les femmes de moins de 26 ans, la prise en charge des contraceptifs remboursables est intégrale et sans avance de frais : elle couvre les consultations, les pilules de première et deuxième génération, les DIU, les implants et les diaphragmes. À partir de 26 ans, ces mêmes contraceptifs ne sont plus pris en charge qu'à 65 % par l'Assurance Maladie, laissant un reste à charge de 35 % qui constitue un frein financier réel dans un territoire où environ 7 % de la population ne bénéficie pas d'une complémentaire santé (229,283).

En pratique toutefois, ce droit reste peu utilisé : il concerne principalement les femmes qui interrompent une autre forme de contraception et à qui leur gynécologue prescrit des préservatifs en relais. Les adultes cherchant des préservatifs gratuits se tournent davantage vers les centres de santé sexuelle ou les centres de dépistage, où ils restent disponibles gratuitement quel que soit l'âge (284,285).

1.2.2. Les TROD en officine : un outil de dépistage de proximité encore peu développé

Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) constituent l'une des évolutions les plus significatives du rôle de dépistage du pharmacien d'officine. Définis comme des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* ne constituant pas un examen de biologie médicale, ils permettent d'obtenir un résultat en quelques minutes dans un espace de confidentialité de l'officine (286).

En matière de santé sexuelle spécifiquement, la situation est plus nuancée. La vente des autotests de dépistage du VIH en officine est autorisée depuis septembre 2015, mais leur déploiement reste limité (287). Comme le souligne un article du *Quotidien du Pharmacien* s'appuyant sur les données de la Société Française de Lutte contre le Sida, le nombre de TROD réalisés dans un cadre communautaire, soit environ 55 770 et le nombre d'autotests vendus en pharmacie, environ 75 000 par an, demeuraient stables depuis 2016, traduisant une mobilisation insuffisante de ces outils (288). Les TROD VIH ne sont quant à eux pas encore autorisés en officine dans le cadre de droit commun. C'est dans ce contexte qu'a été lancé en 2024 le projet pilote dans certaines officines des Alpes-Maritimes, en collaboration avec le COREVIH PACA Est : les tests y sont réalisés sans ordonnance, de façon anonyme, confidentielle et gratuite, financés par l'Assurance Maladie. Cette initiative, portée conjointement par l'USPO, la FSPF et la SFLS, s'inscrit dans l'objectif de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle d'éradiquer le VIH d'ici 2030 (289).

Pour le TROD syphilis, la situation est plus restrictive : un arrêté du 13 mai 2024 fixe les conditions de sa réalisation en milieu médico-social ou associatif, mais il n'est pas encore autorisé en officine à proprement parler, sa réalisation étant réservée aux médecins et sage-femmes dans le cadre de droit commun. Cette limite est particulièrement regrettable dans le contexte martiniquais, où le taux de tests positifs de la syphilis est pourtant plus du double du taux métropolitain, traduisant une épidémie active qui appelle une diversification des lieux de dépistage.

1.2.3. La vaccination : HPV et hépatites accessibles en officine

La compétence vaccinale du pharmacien d'officine a connu une expansion remarquable ces dernières années, avec une portée directe sur la santé sexuelle. Depuis la publication au Journal Officiel de la République Française (JORF) n°0183 du 9 août 2023, l'arrêté n°50 du 8 août 2023, les pharmaciens peuvent prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal aux personnes âgées d'au moins 11 ans, hors immunodéprimés, sous réserve d'être formé à la prescription vaccinale (290).

Cette évolution est particulièrement significative pour deux vaccinations directement liées à la santé sexuelle. La vaccination contre le HPV illustre bien cette complémentarité : le pharmacien peut désormais proposer, prescrire et administrer ce vaccin en officine sans rendez-vous médical préalable, levant un obstacle majeur dans un territoire en pénurie de spécialistes. La vaccination contre les hépatites A et B ensuite, deux infections à transmission sexuelle pour lesquelles la couverture vaccinale reste insuffisante dans les populations les plus exposées, est également réalisable en officine dans les mêmes conditions. Pour l'hépatite A, la prescription de la vaccination et la réalisation de la vaccination est conditionnée à des situations très particulière et hors du contexte de la vaccination du voyageur. Le contexte de vaccination et remboursement pour l'hépatite A est le suivant : patients atteints de mucoviscidose et les patients atteints d'hépatopathies chroniques actives, notamment dues aux virus de l'hépatite B et C malgré le fait qu'elle soit remboursée pour les HSH (291,292).

L'expérimentation de la vaccination antigrippale en officine, menée à partir de 2017 et généralisée progressivement, a démontré l'acceptabilité et l'efficacité de la vaccination officinale par la population : les résultats positifs de cette expérimentation ont précisément justifié l'élargissement progressif des compétences vaccinales des pharmaciens (293–295). En Martinique, ce précédent est encourageant : si la vaccination antigrippale a trouvé son public en officine, il est raisonnable de penser que la vaccination HPV, à condition d'un accompagnement pédagogique adapté aux réticences culturelles identifiées, pourrait l'être également.

1.2.4. PrEP et Mon Test IST : le pharmacien comme point d'entrée et de suivi

Le dispositif « Mon Test IST », lancé le 1er septembre 2024 par le ministère chargé de la Santé, permet à toute personne de se rendre directement dans un laboratoire de biologie médicale, sans ordonnance et sans rendez-vous, afin d'être dépistée pour cinq IST : le VIH, la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et l'hépatite B (296). Il succède au dispositif « VIH Test », mis en place en 2022, qui ne couvrait que le dépistage du VIH (296). À l'arrivée au laboratoire, un auto-questionnaire permet de déterminer les tests les plus adaptés aux pratiques sexuelles du patient. La prise en charge est différenciée selon l'âge : pour les moins de 26 ans, le dépistage des cinq IST est intégralement remboursé sans avance de frais ; pour les 26 ans et plus, seul le dépistage du VIH est couvert à 100 %, les quatre autres infections ne l'étant qu'à hauteur de 60 %, le solde pouvant être pris en charge par la complémentaire santé (296). Ce dispositif s'inscrit dans la feuille de route 2021-2024 de la Stratégie nationale de santé sexuelle et répond à la hausse continue des cas d'IST enregistrée en France depuis 2021 (7,297). Depuis sa mise en place, le nombre de dépistages du VIH et des autres IST a doublé en Martinique (3).

Dans ce cadre, le pharmacien joue un rôle d'orientation et d'accompagnement de premier plan. Tout patient se présentant à l'officine pour des préservatifs, une contraception d'urgence ou un questionnement en santé sexuelle peut être orienté vers ce dispositif de dépistage gratuit et accessible sans intermédiaire médical (298). Cette information, délivrée dans un espace familial et non stigmatisant, peut lever la barrière psychologique que représente le recours à un CeGIDD dans un contexte insulaire marqué par la visibilité sociale (75,152) .

Parallèlement, la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) constitue un outil de prévention majeur pour les populations les plus exposées, notamment les HSH et les personnes migrantes originaires de zones à forte prévalence, deux populations bien représentées parmi les nouveaux diagnostics VIH en Martinique (2,36) . Si la primo-prescription reste réservée aux médecins et aux CeGIDD, le pharmacien joue un rôle essentiel à plusieurs niveaux : information sur l'existence et les conditions d'accès à la PrEP lors de chaque dispensation de préservatifs ou démarche de dépistage, suivi de l'observance lors des renouvellements d'ordonnance, et orientation vers les structures prescriptrices, CeGIDD, service de maladies infectieuses du CHUM, pour les personnes qui n'auraient pas encore été initiées à ce traitement préventif (298,299).

1.2.5. Les bilans de prévention : une opportunité structurée d'aborder la santé sexuelle

Depuis le 1er janvier 2024, les bilans de prévention constituent une nouvelle mission conventionnelle rémunérée du pharmacien d'officine, instaurée par la PLFSS¹⁹ 2023 et inscrite dans la convention nationale de 2022 (205,206). Ces bilans sont proposés aux assurés à quatre âges clés de la vie : 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans sur recommandation de la Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). D'une durée de trente minutes environ, ils sont réalisés par le médecin traitant mais peuvent, dans certaines configurations territoriales, être partiellement assurés par d'autres professionnels de santé de premier recours, dont le pharmacien, dans le cadre d'un exercice coordonné au sein d'une structure type CPTS ou maison de santé pluriprofessionnelle (290).

¹⁹ Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) est le texte budgétaire annuel présenté par le gouvernement par lequel le Parlement fixe les objectifs de dépenses et de recettes de l'ensemble des régimes obligatoire de la sécurité sociale pour l'année à venir.

Pour la santé sexuelle, ces bilans représentent une opportunité structurée et légitime d'aborder des sujets qui ne s'invitent pas spontanément au comptoir. La catégorie 18-25 ans est particulièrement stratégique dans le contexte martiniquais : c'est précisément la tranche d'âge la plus concernée par les IST, les grossesses non planifiées et les comportements sexuels à risque documentés dans les données épidémiologiques régionales. Un bilan de prévention conduit avec un pharmacien formé à la santé sexuelle pourrait ainsi intégrer systématiquement une vérification de la couverture vaccinale HPV et hépatite B, une information sur les modes de dépistage disponibles localement, CeGIDD, Mon test IST, autotests, une discussion sur la contraception adaptée, et une orientation vers les ressources du territoire en cas de besoin identifié (2,3,208,258).

En Martinique, le déploiement de ces bilans reste à ce jour limité, en partie pour les mêmes raisons qui freinent l'investissement général du pharmacien en prévention : manque de formation spécifique, absence de temps dédié et méconnaissance du dispositif par une partie des professionnels (300). Pourtant, dans un territoire où l'accès au médecin généraliste est contraint par les déserts médicaux documentés dans les zones rurales du Nord et du Sud, le pharmacien pourrait constituer un point d'entrée privilégié pour ces bilans, notamment pour les jeunes adultes qui consultent rarement un médecin en dehors d'une situation aiguë (246). La CPTS Madinina, dont la quasi-totalité des pharmacies de l'île sont adhérentes, offre un cadre organisationnel propice au déploiement coordonné de ces bilans à l'échelle territoriale.

L'enjeu est donc double : d'une part, former les pharmaciens martiniquais à l'utilisation des bilans de prévention comme outil d'entrée en matière sur la santé sexuelle ; d'autre part, faire connaître ce dispositif auprès de la population, en particulier des jeunes adultes, pour en maximiser l'impact préventif dans un territoire où les indicateurs épidémiologiques appellent une action structurée et accessible (298).

1.2.6. Un acteur de coordination du parcours en santé sexuelle

Au-delà de ces actes directement réalisables, le pharmacien joue un rôle de coordination du parcours de santé qui est souvent sous-estimé mais qui est formellement reconnu par la loi. Depuis la loi HPST, il est tenu d'assurer l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, ce qui inclut naturellement l'orientation vers les CeGIDD, les CPIOF, le CoReSS, ou les services hospitaliers spécialisés. Dans un territoire où l'offre de santé sexuelle manque de lisibilité, le pharmacien peut être le premier interlocuteur capable d'orienter chaque patient vers la structure adaptée à sa situation, contraception, dépistage VIH/IST, accompagnement psychologique.

1.3. Une accessibilité structurelle unique

Les sections précédentes ont établi la légitimité juridique et technique du pharmacien d'officine en santé sexuelle. Mais cette légitimité ne suffit pas à elle seule à expliquer pourquoi le pharmacien constitue un acteur stratégique en Martinique. Ce qui fait sa singularité dans le système de soins, c'est la nature particulière de la relation qu'il entretient avec sa patientèle : une relation de proximité, de récurrence et de confiance, construite dans la durée, sans rendez-vous, et dans un espace perçu comme ordinaire et non stigmatisant. C'est précisément cette dimension relationnelle qui le distingue des autres acteurs de santé sexuelle et qui lui confère une capacité d'intervention unique dans des contextes où la barrière psychologique et sociale est le principal obstacle au recours aux soins.

1.3.1. Le pharmacien, premier recours réel

En Martinique, cette accessibilité prend une dimension supplémentaire. Le système de santé martiniquais connaît de fortes tensions liées au vieillissement de la population et à la hausse de la prévalence des maladies chroniques, dans un contexte de démographie médicale et paramédicale tendu, impactant notamment les services d'urgences et l'accès à la médecine de ville. Le nord et le sud du territoire apparaissent comme des zones sous-denses en matière d'offre de soins, ne permettant pas partout un accès égal à l'offre de santé. Face aux déserts médicaux, à l'éloignement des soins de premier recours et aux délais d'obtention pour une consultation, l'ARS Martinique a lancé en 2026 le réseau « France Santé » pour augmenter le niveau d'accessibilité et améliorer la lisibilité de l'offre de soins sur les territoires. Dans ce contexte, l'officine constitue souvent le seul point de contact régulier et accessible entre la population et le système de santé, notamment dans les communes rurales du Nord et du Sud de l'île où elle représente parfois la seule structure sanitaire accessible sans déplacement motorisé. L'ARS elle-même a dû réviser son zonage en 2023 pour étendre à 29 communes (contre 18 auparavant) les zones bénéficiant de mesures incitatives à l'installation médicale, témoignant de l'aggravation des difficultés d'accès aux soins sur le territoire (246,301,302).

1.3.2. Un espace physique non stigmatisant : l'atout majeur dans le contexte insulaire martiniquais

La spécificité de l'officine comme lieu de soins tient aussi à sa neutralité sociale perçue. Contrairement à un CeGIDD, à un centre de planification familiale ou à un service hospitalier de maladies infectieuses, dont la fréquentation est immédiatement chargée de significations sociales dans un contexte insulaire marqué par la forte interconnaissance, la pharmacie est un lieu banal où l'on entre pour des raisons multiples et variées : acheter un médicament, prendre un conseil sur une douleur passagère, acheter des produits de parapharmacie, ou simplement poser une question. À l'officine, rien n'indique à l'extérieur pourquoi une personne y entre : elle peut tout aussi bien acheter de l'Aspirine qu'une contraception d'urgence ou demander des informations sur le dépistage du VIH. Cette invisibilité sociale du motif de consultation est une caractéristique que nulle autre structure de santé sexuelle ne peut offrir dans les mêmes conditions.

Ce point est directement connecté aux barrières identifiées dans la partie II. L'une des caractéristiques les plus pénalisantes du système de santé sexuelle martiniquais est précisément la visibilité sociale associée à la fréquentation des structures spécialisées.

Par ailleurs, l'interaction au comptoir présente un niveau de formalité plus faible que la consultation médicale. Il n'y a pas de dossier qui s'ouvre, pas de salle d'attente avec d'autres patients qui observent, ni d'autorité médicale qui pourrait être intimidante. Cette informalité relative crée des conditions favorables à l'expression de questions ou de préoccupations que certaines personnes n'oseraient pas poser dans un cadre médical formel, particulièrement en matière de sexualité, de contraception ou d'IST, sujets encore fortement chargés de tabous dans la société martiniquaise.

1.3.3. Une relation de confiance construite dans la durée

La relation pharmacien-patient se distingue fondamentalement de la relation médecin-patient par sa structure temporelle : elle n'est pas épisodique et liée à une maladie, elle est continue et inscrite dans la durée. Un pharmacien voit ses patients régulièrement, connaît leur historique médicamenteux via le Dossier Pharmaceutique (DP), sait quels traitements ils prennent et peut repérer des signaux d'alerte invisibles à un médecin qui ne voit son patient qu'une fois par an. Cette continuité relationnelle est le fondement d'une confiance qui ne se décrète pas mais se construit au fil des interactions.

Dans le contexte martiniquais, cette dimension est amplifiée par les caractéristiques sociales du territoire. Le pharmacien est souvent un acteur connu, voire reconnu dans sa communauté, partageant les mêmes codes culturels, parfois le même créole, les mêmes références locales. Cette appartenance commune au territoire est une ressource relationnelle que les politiques de santé nationales ne peuvent pas reproduire artificiellement.

Cette relation de confiance a un effet direct sur les comportements de santé. Ce lien entre le pharmacien et sa patientèle est solidement documentée. Selon une enquête Harris Interactive de 2019, 91 % des Français déclarent faire confiance à leur pharmacien, 84 % préfèrent se rendre toujours dans la même officine, et les pharmaciens sont jugés qualifiés, compétents et à l'écoute des besoins par plus de 90 % de leurs concitoyens (18). Cette confiance s'est maintenue, voire renforcée, après la crise sanitaire : en 2021, 87 % des Français accordaient du crédit aux pharmaciens pour leur prodiguer des conseils de santé (19). En 2025, cette confiance se traduit en attente concrète d'un rôle élargi : 83 % des Français souhaitent que les pharmaciens puissent prendre en charge davantage de maux du quotidien, et 89 % leur font confiance en matière de prévention (20). Ce phénomène est particulièrement important en santé sexuelle, domaine où la dimension relationnelle conditionne souvent la capacité à accéder à la prévention.

1.3.4. Des limites à reconnaître pour une intervention crédible

Cette position de confiance ne doit cependant pas être idéalisée. Plusieurs limites structurelles modèrent la portée de ce potentiel relationnel et méritent d'être reconnues honnêtement.

La première limite est le temps : l'interaction au comptoir dure en moyenne quelques minutes, ce qui ne permet pas toujours d'aborder des sujets complexes ou d'accompagner une personne dans une démarche de prévention structurée. Ce temps contraint est l'une des raisons pour lesquelles les pharmaciens eux-mêmes expriment des réticences à s'impliquer davantage en santé sexuelle, comme le révèlent les témoignages recueillis dans le cadre de ce travail, nous y reviendrons dans la partie B.

La deuxième limite est culturelle : le pharmacien n'est pas immunisé contre les normes et tabous de sa propre société. Dans un territoire où la sexualité reste un sujet peu discuté publiquement, certains pharmaciens martiniquais peuvent eux-mêmes ressentir une gêne à l'idée d'aborder spontanément ces sujets au comptoir. Cette limite est réelle mais surmontable : elle renvoie à un besoin de formation spécifique intégrant non seulement les compétences techniques mais aussi les outils de communication adaptés au contexte culturel antillais.

La troisième limite est celle de l'espace de confidentialité : si son existence est obligatoire depuis 2016 dans toutes les officines, sa qualité et son usage réel varient considérablement d'une pharmacie à l'autre. Dans les petites officines rurales martiniquaises, cet espace peut être réduit ou peu privatif, ce qui constitue un frein réel à la discussion de sujets sensibles en toute confidentialité (303).

La quatrième limite est d'ordre économique valorisant le rôle du pharmacien en prévention : les missions de santé sexuelle, qu'il s'agisse de conseil contraceptif approfondi, d'orientation vers un dépistage, de remise d'un autotest VIH accompagnée d'une explication ou d'une simple démarche d'aller-vers, ne sont pas toutes valorisées dans le cadre conventionnel actuel. Si la convention nationale de 2022 a élargi la rémunération de certaines missions de prévention, le bilan dressé par les syndicats professionnels révèle que leur taux d'adoption reste faible, notamment en raison de la lourdeur administrative des déclarations et du faible niveau de rémunération rapporté au temps investi (206).

La cinquième limite, peut-être la plus fondamentale, tient à la formation initiale et continue des pharmaciens en santé sexuelle. Si les études de pharmacie transmettent des connaissances solides en pharmacologie et en thérapeutique, elles n'intègrent pas de manière systématique et structurée les dimensions de la santé sexuelle dans leur sens le plus large : éducation à la sexualité, approche des populations vulnérables, gestion des situations de violence ou de discrimination, spécificités épidémiologiques des territoires ultramarins. Cette lacune de la formation initiale et continue explique en partie la gêne évoquée précédemment, mais elle dépasse la seule dimension culturelle : c'est une insuffisance curriculaire qui touche l'ensemble de la profession au niveau national et qui appelle une réponse à la fois universitaire et institutionnelle. Former les pharmaciens à la santé sexuelle dès leur cursus, et non uniquement via des formations continues optionnelles, est une condition préalable à toute montée en compétence durable (304,305).

La sixième et dernière limite est celle du continuum de soins. Le pharmacien peut orienter, dépister, informer et accompagner une première démarche, mais il ne peut pas assurer le suivi médical, psychologique ou social qui doit lui succéder. Or, pour que son intervention soit réellement efficace, elle suppose l'existence d'un réseau de partenaires vers lesquels orienter les patients : médecins généralistes formés à la santé sexuelle, CeGIDD accessibles, associations communautaires actives, structures de prise en charge des violences. En Martinique, ce réseau existe partiellement, mais il reste fragmenté, sous-financé et inégalement réparti sur le territoire, comme la partie II de cette thèse l'a documenté. Sans coordination formalisée avec ces acteurs, l'intervention du pharmacien risque de rester isolée, produisant une orientation sans suite ou une prise en charge interrompue avant d'avoir atteint son objectif.

1.3.5. Le modèle québécois : quel enseignement pour la France ?

L'expérience internationale, et canadienne en particulier, offre des points de comparaison éclairants pour mesurer l'écart entre le potentiel du pharmacien d'officine en santé sexuelle et les missions qui lui sont actuellement confiées en France. Le Québec constitue à cet égard un laboratoire particulièrement instructif, dans la mesure où il partage avec la France un système de santé universel, une culture latine et une organisation territoriale confrontée à des inégalités d'accès aux soins, tout en ayant fait le choix d'élargir considérablement les compétences prescriptives du pharmacien, à travers deux réformes législatives successives : la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (LQ 2011, c. 37, dite « Loi 41 ») et la Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services (LQ 2020, c. 4, dite « Loi 31 ») (306,307).

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 31 en janvier 2021, le pharmacien québécois peut prescrire la contraception hormonale pour une première prescription, sans ordonnance médicale préalable, pour une durée initiale de six mois renouvelables (306,307). Cette compétence, absente du cadre réglementaire français où le pharmacien ne peut que renouveler une prescription existante, s'avère particulièrement pertinente pour les femmes sans médecin traitant ou résidant dans des zones sous-dotées. Dans le contexte martiniquais, où les déserts médicaux documentés limitent l'accès régulier à un médecin généraliste pour une partie de la population, une telle évolution réglementaire constituerait une réponse possible aux ruptures dans les parcours contraceptifs.

De plus, le dispositif québécois de Traitement Accéléré des Partenaires (TAP), qui autorise le pharmacien à prescrire un traitement antibiotique aux partenaires asymptomatiques de personnes dépistées positives à la chlamydia ou à la gonorrhée, sur présentation d'une carte de notification remise par le professionnel de santé ayant suivi le cas index (308). Ce dispositif, qui n'a pas d'équivalent en France, répond à un enjeu épidémiologique majeur : la rupture de la chaîne de transmission des IST bactériennes, qui suppose de traiter simultanément la personne infectée et ses partenaires sexuels. Dans un territoire comme la Martinique, où les taux de dépistage du gonocoque et de la chlamydia figurent parmi les plus élevés de France (voir partie II), l'introduction d'un mécanisme similaire pourrait produire un impact préventif significatif sur la dynamique de ces épidémies.

Le Québec démontre ainsi que la confiance accordée au pharmacien en matière de santé sexuelle, lorsqu'elle s'accompagne d'une formation adaptée et d'un cadre réglementaire clair, se traduit concrètement par une amélioration de l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables (306).

2. La réalité du terrain : ce que les pharmaciens font, ressentent et expriment

La partie A établit que le pharmacien d'officine dispose d'un arsenal réglementaire et de compétences concrètes directement applicables à la santé sexuelle. La question qui se pose naturellement est celle de la mise en œuvre réelle : qu'est-ce que les pharmaciens martiniquais font effectivement en santé sexuelle aujourd'hui ? Où se situe l'écart entre ce que le cadre juridique autorise et ce qui est pratiqué au quotidien dans les officines du territoire ? C'est à cette question que répond la présente partie, en s'appuyant sur la littérature nationale disponible et sur les témoignages recueillis auprès de pharmaciens martiniquais dans le cadre de cette enquête exploratoire.

Afin d'ancrer la réflexion dans la réalité du terrain, un recueil exploratoire de témoignages a été conduit auprès de professionnels de santé exerçant en officine dans les départements et régions d'outre-mer. Le questionnaire (ANNEXE 1), diffusé via Google Forms entre mars et mai 2026, combinait des questions fermées à choix unique ou multiple, portant sur le profil du répondant, les actes réalisés et les freins rencontrés, et des questions ouvertes invitant à développer librement les pratiques, les observations terrain et les propositions d'amélioration. Il a recueilli 17 réponses émanant de professionnels exerçant en Martinique (n = 6), en Guyane (n = 5), à La Réunion (n = 4) et en Guadeloupe (n = 2). À titre de mise en perspective, les 17 répondants de cette enquête exploratoire s'inscrivent dans un réseau officinal ultramarin qui comptait, au 1er janvier 2025, 614 officines, 704 titulaires et 811 adjoints répartis sur l'ensemble des DROM, ce qui illustre la faible représentativité numérique de l'échantillon et conforte le choix d'une exploitation qualitative plutôt que statistique des résultats. (ANNEXE 3) Les répondants se répartissent entre pharmaciens titulaires (n = 11), pharmaciens adjoints (n = 5) et préparateurs en pharmacie (n = 1), avec une ancienneté majoritairement comprise entre 5 et 15 ans d'exercice dans leur territoire. Ils exercent pour la plupart en zone urbaine ou péri-urbaine, à l'exception de trois répondants martiniquais exerçant en zone rurale, ce qui apporte un éclairage particulièrement pertinent au regard des enjeux d'accès aux soins développés dans la partie II.

Ce recueil ne prétend pas à la représentativité statistique. Son ambition est qualitative et exploratoire : il s'agit d'illustrer concrètement, à travers des témoignages de professionnels directement concernés, les dynamiques, les freins et les aspirations qui caractérisent l'exercice officinal en matière de santé sexuelle dans les DROM. Les résultats ne sont donc pas traités comme des données quantifiables mais comme des matériaux illustratifs, mobilisés ponctuellement dans les sections 2 et 3 pour enrichir et nuancer l'analyse documentaire. Leur fonction est d'ordre rhétorique et démonstratif : ils donnent chair à des tendances que la littérature nationale confirme, en les ancrant dans des expériences vécues sur des territoires précis

2.1. Les pratiques actuelles en santé sexuelle

2.1.1. Ce qui se fait déjà : les actes les plus fréquents déclarés

Dans le domaine de la contraception, les pharmaciens sont globalement bien positionnés : selon le Baromètre santé médecins/pharmaciens de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) de 2003, dont les grandes tendances restent d'actualité sur le plan qualitatif, près des trois quarts des pharmaciens interrogés (71,4 %) déclaraient avoir mené un entretien lors de leur dernière dispensation de contraception d'urgence, et 85,4 % déclaraient évoquer l'utilité d'un bilan biologique lors de la délivrance de contraceptifs oraux (309). Ces chiffres témoignent d'une appropriation réelle de la mission de conseil en contraception, qui correspond à une pratique ancienne et bien intégrée dans les routines officinales.

En revanche, dans le domaine du dépistage des IST et du VIH, le niveau d'implication est nettement plus faible. La même enquête relevait que si plus de la moitié des pharmaciens (53,4 %) jugeaient important leur rôle dans la prévention du sida, ils se sentaient moins efficaces et moins investis dans la prévention des comportements sexuels à risque et du VIH que dans d'autres domaines, et moins impliqués qu'ils ne l'étaient en 1998 (309). Cette tendance à la désimplication progressive dans la prévention VIH, malgré la recrudescence des IST documentée dans la partie II, constitue un signal d'alerte.

Les données recueillies auprès des 17 répondants permettent de dresser un état des lieux précis des pratiques actuelles en santé sexuelle dans les officines des DROM. Deux actes font l'unanimité sur l'ensemble du panel : la délivrance de préservatifs remboursés et la délivrance de contraception d'urgence sans ordonnance sont réalisées par la totalité des répondants, tous territoires confondus. Ces deux actes constituent le socle minimal de l'implication officinale en santé sexuelle, ils s'inscrivent dans des pratiques bien établies, sans nécessiter de formation spécifique ni de protocole formalisé. Le conseil sur les méthodes contraceptives est également universel : pilules, DIU et implants sont abordés par l'ensemble des répondants en Martinique, Guyane, La Réunion et Guadeloupe.

La vaccination contre le HPV et les hépatites B constitue le troisième acte le plus répandu : réalisée par 4 répondants sur 6 en Martinique, par la totalité des répondants guyanais (5/5) et par 2 répondants réunionnais sur 4. L'information sur la PrEP et l'orientation vers les centres de santé sont moins fréquentes, 3 répondants sur 6 en Martinique et 2 sur 5 en Guyane, reflétant à la fois un déficit de formation sur ce sujet spécifique et une méconnaissance des dispositifs locaux d'accès à la PrEP. Les campagnes de sensibilisation (affiches, ateliers en lycée) restent marginales : 3 répondants sur 6 en Martinique seulement, et 1 sur 5 en Guyane. Les TROD constituent l'acte le moins répandu du panel : aucun répondant guyanais ni guadeloupéen ne les réalise, un seul répondant réunionnais les propose (1 à 5 par mois), et seulement 2 pharmaciens martiniquais sur 6 les réalisent effectivement, 5 à 10 par mois pour l'un, 1 à 5 pour l'autre.

2.1.2. Une réalité nuancée : le comptoir comme espace de prévention informelle

Au-delà des actes formellement répertoriés, le Baromètre santé médecins/pharmaciens de l'INPES soulignait déjà en 2003 que les pharmaciens constituent un point de contact régulier avec des populations qui ne consultent pas de médecin, leur conférant de fait un rôle de vigie sanitaire de proximité qui dépasse largement les actes officiellement codifiés (309). Ce rôle se manifeste concrètement à travers une forme de prévention informelle qui se déroule au comptoir sans être codifiée comme telle : un conseil glissé lors de la délivrance d'un traitement antibiotique pour une infection urinaire, une information sur les risques IST lors de l'achat de préservatifs, une orientation spontanée vers un CeGIDD lors d'une demande d'autotest VIH. Ces interactions, difficiles à quantifier, constituent néanmoins une forme de prévention réelle et précieuse, d'autant plus stratégique que le pharmacien est, selon les données du Quotidien du Pharmacien, le professionnel de santé en contact avec quatre millions de personnes chaque jour en France (310).

L'étude de Greacen et al., publiée dans la Revue Santé Publique, illustre concrètement cette tension entre potentiel et réalité : interrogés sur leur rôle lors de la vente d'un autotest VIH, les pharmaciens reconnaissent unanimement l'importance d'accompagner l'acheteur, d'expliquer le test et d'ouvrir un dialogue sur la prévention. Mais du côté des patients, le ressenti est plus nuancé, certains décrivent un accueil perçu comme froid ou purement commercial, sans qu'une vraie conversation ait été engagée (152). Ce décalage reflète avant tout un manque de formation à la communication en santé sexuelle : le Baromètre santé médecins/pharmaciens de l'INPES notait déjà en 2003 que les pharmaciens déclaraient se sentir moins efficaces dans la prévention des comportements sexuels à risque que dans d'autres domaines de conseil, traduisant un déficit de préparation qui persiste aujourd'hui (309).

Dans le contexte martiniquais, cette prévention informelle prend une dimension particulière. Le pharmacien, installé durablement dans sa commune, entretient avec sa patientèle une relation de proximité et de récurrence qui lui permet de repérer des signaux que d'autres professionnels de santé ne verraient pas, ou pas aussi tôt (18,19). La Haute Autorité de Santé souligne ainsi que le recours répété à la contraception d'urgence constitue souvent le signe d'une absence de contraception régulière liée à des freins d'accès (financiers, géographiques ou culturels) et non à un choix délibéré (227). Dans le contexte martiniquais, où ces barrières sont documentées et cumulatives, le pharmacien qui voit une même patiente revenir plusieurs fois pour la pilule du lendemain est souvent le seul professionnel de santé en position de le remarquer et d'engager une conversation sur une contraception plus adaptée (205,227). De même, un patient qui hésite longuement avant de poser une question sur le dépistage, ou qui demande un traitement pour des symptômes pouvant évoquer une IST, s'adresse à un professionnel de confiance ancré dans sa communauté, dans un espace qui ne révèle rien sur le motif de la visite à l'entourage (152). Ces situations, difficiles à quantifier mais bien réelles, sont précisément celles que les pharmaciens interrogés dans le cadre de cette enquête décrivent au quotidien :

Au-delà des actes formellement déclarés, les témoignages des répondants révèlent une forme de prévention informelle qui se déroule au comptoir sans être codifiée. Un pharmacien titulaire en zone rurale martiniquaise depuis 10 à 15 ans décrit une « sensibilisation au comptoir lors d'achat de préservatifs et de contraception d'urgence », et une préparatrice en zone péri-urbaine mentionne le « rappel lors de la délivrance de la contraception d'urgence », deux pratiques qui ne correspondent à aucune mission répertoriée mais qui constituent une prévention réelle et régulière. En Guyane, un pharmacien adjoint décrit des tentatives d'expliquer les enjeux de la contraception d'urgence répétée à ses patients : « Tentative d'en discuter avec les deux afin que chacun comprenne les tenants et les aboutissants d'une telle prise, surtout quand elle est fréquemment répétée car pas d'utilisation de préservatifs », illustration d'une intervention proactive qui dépasse la simple délivrance.

Les données sur l'évolution de la demande depuis la gratuité de la contraception confirment cette dynamique de terrain. En Martinique, 4 répondants sur 6 constatent une évolution de la demande de contraception d'urgence depuis la gratuité, mais les témoignages nuancent ce constat : un pharmacien martiniquais observe que « malheureusement, il y a chute de la consommation de préservatifs et explosion de la pilule d'urgence », signalant un glissement préoccupant vers un usage de la contraception d'urgence comme méthode principale. En Guyane, cette tendance est encore plus marquée : un répondant constate que « dans le mauvais sens, elles ne prennent que ça comme contraception pratiquement ». Ces observations de terrain, cohérentes avec la littérature épidémiologique sur les comportements contraceptifs en outre-mer, illustrent la limite d'une politique de gratuité sans accompagnement éducatif suffisant, et l'opportunité que représente le comptoir pour corriger ces mésusages en temps réel.

2.1.3. Une comparaison avec d'autres territoires ultramarins

Il est utile de situer la situation martiniquaise dans le contexte ultramarin plus large pour en mesurer la spécificité. En Guyane, territoire soumis à une épidémie VIH encore plus sévère qu'en Martinique, la pharmacie d'officine a été identifiée comme un levier prioritaire du dépistage : la région figure en effet parmi celles qui travaillent activement à l'élargissement du TROD VIH en officine dans le cadre de protocoles locaux associant les pharmaciens aux réseaux de prévention (289). En Guadeloupe, les démarches de diversification du dépistage sont plus avancées : le dispositif VIHtest, déployé dès mars 2022 dans l'archipel, permettait aux assurés de se faire dépister en laboratoire sans ordonnance et sans avance de frais (311). Son bilan a été jugé suffisamment probant pour justifier son élargissement en septembre 2024 au dispositif Mon test IST, couvrant désormais cinq IST. Le taux de dépistage rapporté à la population guadeloupéenne a ainsi atteint un niveau près de trois fois supérieur à celui de l'hexagone (311). Par ailleurs, la stratégie régionale de santé sexuelle de la Guadeloupe, inscrite dans le projet régional de santé 2023-2028, intègre explicitement le renforcement du rôle des professionnels de premier recours, dont les pharmaciens, dans l'accès au dépistage et à la prévention (312).

La Martinique s'inscrit dans cette même dynamique caribéenne : elle figure parmi les régions identifiées par l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) comme prioritaires pour le déploiement du dépistage VIH en officine (289).

Ces dynamiques régionales sont encourageantes, mais elles soulignent aussi un point de vigilance : le déploiement de ces nouvelles pratiques nécessite une coordination active entre les pharmaciens, les instances de santé publique locales (ARS, CoReSS), et les structures de prise en charge (CeGIDD, CHU).

La comparaison des données effectuées lors du sondage entre les quatre territoires répondants révèle des convergences structurelles et des spécificités qui éclairent les enjeux de chaque contexte. La convergence la plus frappante est l'unanimité absolue sur l'absence de formation spécifique en santé sexuelle : aucun des 17 répondants, toutes régions confondues, n'en a bénéficié au cours des trois dernières années. Cette unanimité transcende les différences territoriales et confirme que le déficit formatif est un problème structurel national, non une particularité locale (ANNEXE 2).

Les divergences sont néanmoins significatives. Les moyens financiers et matériels constituent le frein le plus cité (4/5) en Guyane, reflétant les contraintes économiques spécifiques à ce territoire. La Martinique se distingue par la prédominance des résistances culturelles et religieuses (3/6) comme frein, une réalité absente des réponses réunionnaises (0/4) et guadeloupéennes (0/2), et par la méconnaissance quasi totale des dispositifs locaux par les professionnels eux-mêmes. La Réunion présente le profil le plus homogène : aucune résistance culturelle déclarée, mais une forte demande de reconnaissance officielle du rôle des pharmaciens (4/4) et un niveau d'information sur la gratuité de la contraception insuffisant (2/4 seulement informent leurs patients). La Guadeloupe, avec seulement 2 répondants, ne permet pas de conclusions robustes, mais confirme les tendances générales : aucune formation reçue, aucun TROD réalisé, et une demande unanime de reconnaissance officielle (2/2).

Ces comparaisons suggèrent sans confirmation que si un modèle d'intervention adapté au contexte martiniquais est nécessaire, ils ne pourraient pas être simplement transposé aux autres DROM sans ajustements : les freins dominants, les ressources disponibles et les dynamiques institutionnelles locales diffèrent suffisamment pour justifier des approches territorialisées dans chaque territoire.

2.2. Une formation insuffisante comme frein premier

Si les pratiques actuelles des pharmaciens martiniquais en santé sexuelle restent en deçà du potentiel, c'est en grande partie parce que la formation (initiale comme continue) ne prépare pas suffisamment les professionnels à intervenir dans ce domaine. Le sondage réalisé est formel sur les 17 répondants, aucun n'a bénéficié de formation continue sur la santé sexuelle. Et sur la totalité des répondants, 10 répondants expriment le manque de formations ou d'informations comme freins à la mise en place d'actions en santé sexuelle. (ANNEXE 2)

Ce déficit est documenté à l'échelle nationale : l'évaluation à mi-parcours de la SNSS, conduite par le HCSP en 2024, identifie explicitement la formation des professionnels comme l'un des domaines où des marges de progression significatives subsistent, au même titre que l'information des jeunes et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé (305). La feuille de route 2018-2020 avait pourtant inscrit comme action prioritaire la formation des professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire, avec pour objectif d'aborder les questions de sexualité avec les patients dans le cadre du rôle propre de chaque professionnel. Le fait que ce même objectif soit encore mentionné comme insuffisamment atteint sept ans après son inscription dans la stratégie nationale témoignent de la persistance structurelle du problème (313).

En Martinique, ce déficit prend une dimension supplémentaire : intervenir en santé sexuelle sur ce territoire requiert non seulement des compétences techniques, mais aussi une capacité à naviguer dans un environnement socioculturel particulièrement complexe que la formation nationale ignore presque entièrement. Ce que confirme le recueil de témoignages conduit dans le cadre de ce travail : les répondants exerçant en Martinique et en Guyane sont les deux territoires ayant le plus fréquemment mentionné les résistances culturelles ou religieuses comme frein à leur pratique en santé sexuelle, une réalité que nul module de formation nationale ne les a préparés à appréhender.

2.2.1. La formation initiale en santé sexuelle

Une étude menée en 2024 par Julie LANGLOIS dans le cadre du Diplôme Universitaire (DU) Santé Sexuelle et Droits Humains de l'Université Paris Cité constitue à ce jour l'analyse la plus complète de la place de la santé sexuelle dans la formation initiale des pharmaciens français (304). Sur les 24 facultés de pharmacie françaises contactées²⁰, 16 maquettes ont pu être analysées. Le résultat est sans appel : une seule faculté, Nancy, intègre la santé sexuelle de façon formalisée et explicite dans son programme, grâce à un module optionnel de 30 heures dédié à la santé sexuelle à l'officine, proposé en 4e et 5e année, couvrant la santé sexuelle globale, les bases de sexologie, la satisfaction sexuelle, les troubles de la sexualité, les définitions du genre et de l'orientation sexuelle, les violences et la sexualité des personnes vivant avec un handicap (Figure 25). Ce module est piloté par un pharmacien sexologue, responsable du centre de santé sexuelle de LUNÉVILLE, qui propose en parallèle un module Développement Professionnel Continu (DPC) agréé ouvert aux pharmaciens en activité.

²⁰ Un département de pharmacie a ouvert à l'Université Côte d'Azur (Nice) à la rentrée universitaire 2025-2026 ; les données relatives à son programme pédagogique ne sont pas intégrées dans cette analyse

Santé Sexuelle à l'Officine		32,7 h total/2		
C. BOURA - F. DUPUIS - R. EL OMAR - L. FERRARI - B. LEININGER-MULLER - J. LEONHARD		29,5 heures		
Contenu Détaillé		H CM	H TD	H TP
3 ECTS		16	13,5	0
Concept de santé sexuelle (S. DOERPER, J. LEONHARD)				
Sociologie de la sexualité (S. DOERPER)		1		
Identité sexuelle (S. DOERPER)		0,5		
Orientation sexuelle (S. DOERPER)		0,5		
Historique de la sexualité, évolution des mœurs (S. DOERPER, J. LEONHARD)		1		
Impact des représentations individuelles sur la vie affective et sexuelle (S. DOERPER)		1		
Sensibilisation sur les violences sexuelles (C. DEMONTE)		2		
Violences sexuelles : cadre juridique et rôle du pharmacien (J. LEONHARD)		2		
Anatomie et physiologie des organes génitaux (C. BOURA, R. EL OMAR)				
Embryogénèse des organes sexuels		1*		
Anatomie des organes sexuels		1*		
Physiologie de l'érection (pénis et clitoris)		1*		
Physiologie de l'orgasme (homme et femme)		1*		
Développement psychoaffectif et sexuel (C. DEMONTE)				
Théorie de l'attachement		1		
Développement psychoaffectif et sexuel chez l'enfant et l'adolescent				
- Approche Psychoanalytique		2		
- Approche sexologique				
Éducation à la vie affective et sexuelle		1		
Impacts de la contraception sur la Sexualité (S. DOERPER)			1,5	
Impacts des infections sexuellement transmissibles sur la sexualité (S. DOERPER)			1,5	
Médicaments et sexualité				
Traitements médicamenteux et non médicamenteux des dysfonctions sexuelles (F. DUPUIS)			1,5	
Iatrogénie médicamenteuse (F. DUPUIS, L. FERRARI)			3	
Dysphorie de genre (E. FEGERLOVA, B. LEININGER MULLER)			3	
Handicap et sexualité (S. DOERPER)			1,5	
Vieillesse et sexualité (S. DOERPER)			1,5	

* cours en e-learning

Objectifs :

- Savoir être et savoir faire pour avoir la bonne posture professionnelle,
- Aborder l'intime et la sexualité des patients sans tabou, ni honte, ni préjugé,
- Être à l'écoute des plaintes sexuelles des patients au cours des différentes périodes de vie,
- Évaluer la satisfaction sexuelle du patient en tant qu'indicateur de bonne santé (ex : une dysfonction érectile peut-être un signe avant coureur de l'infarctus du myocarde),
- Identifier les troubles de la sexualité afin d'orienter les patients vers le professionnel adapté.

Compétences :

- Avoir les connaissances nécessaires en santé sexuelle pour aborder le sujet avec un patient,
- Connaître l'impact sur la sexualité que peuvent avoir les facteurs tels que sont les médicaments, pathologies

Figure 25 : Extrait de la maquette des études de pharmacie à la faculté de Nancy (Université de Lorraine, Faculté de pharmacie de Nancy / 2025)

11 autres facultés, dont Tours, incluent des modules en lien avec la santé sexuelle sans la citer explicitement, tandis que quatre maquettes ne permettent pas de conclure et que huit universités n'ont pas communiqué leur programme.

Pour les facultés qui abordent la thématique sans la formaliser, les approches varient considérablement selon les territoires et les dynamiques locales.

À Caen, la santé sexuelle est traitée entre la 4e et la 6e année de formation en lien avec la santé reproductive et en partenariat avec une association locale : en 4e année de formation, un enseignement obligatoire sur contraception, ménopause et Assistance Médicale à la Procréation (AMP) associe 3 heures de théorie à une heure de travaux pratiques incluant une démonstration de pose d'implant et de Dispositif Intra-Utérin (DIU), tandis qu'un enseignement optionnel interprofessionnel de 20 heures intègre une introduction à la santé sexuelle présentée par une clinicienne ; en 6e année de formation en filière officine, 3 heures de jeux de rôles sur contraception et IVG sont animées en binôme avec un médecin généraliste spécialisé en gynécologie du CHU Caen.

À Angers, l'approche est d'abord cloisonnée en tronc commun (santé reproductive, urologie, IST) avant de devenir plus transversale en 5e année de formation en filière officine, où le service sanitaire propose parmi ses thématiques la vie affective et sexuelle, avec 30 heures de formation théorique suivies de 70 heures de stage en collège ou lycée en groupes interprofessionnels, et où la filière officine propose une journée dédiée aux autotests VIH, un enseignement sur les violences conjugales animé par le Centre d'Informations sur les Droits des Femmes et de la Familles (CIDFF) et l'Ordre des pharmaciens, et une conférence sur la transition de genre.

À Nantes, la santé sexuelle est essentiellement abordée en 6e année de formation en filière officine grâce à des intervenants extérieurs, ce développement récent ayant été stimulé par la demande des étudiants et par une équipe enseignante ouverte, signal encourageant, mais qui souligne que l'intégration dépend de volontés individuelles plutôt que d'une politique curriculaire nationale.

À Amiens enfin, la thématique est intégrée implicitement à travers différents enseignements existants, avec un projet en cours d'élaboration pour une journée santé sexuelle et violences en 6e année de formation en filière officine, en lien avec le réseau local spécialisé.

La conclusion de cet état des lieux est claire : hormis à Nancy, la santé sexuelle n'apparaît pas explicitement dans les programmes. Elle est abordée de façon diffuse et cloisonnée, au détour d'enseignements médicaux existants qui font le lien avec la sexualité de façon superficielle, variable et non systématique. Les responsables d'enseignements identifient deux obstacles principaux : le manque de temps et de place dans des programmes déjà saturés, et le manque de personnes ressources en interne ou de partenaires extérieurs pour assurer ces interventions (304). En miroir, une demande des étudiants d'intégrer ces thématiques est documentée, et les plus jeunes pharmaciens (20-29 ans) interrogés dans le contexte de la thèse de Mme Laura GIAMBERINI sont les plus nombreux à déclarer avoir reçu une formation initiale en santé sexuelle, à 40 %, ce qui constitue un signal d'évolution, mais reste très insuffisant au regard des enjeux (314). Ce constat est d'autant plus préoccupant que 85,5 % des pharmaciens interrogés dans la thèse de Bérengère CADDEO (2017) jugent leur formation en communication insuffisante pour la pratique officinale, confirmant que le déficit n'est pas seulement thématique mais aussi relationnel et communicationnel (330).

2.2.2. La formation continue des pharmaciens

Sur le plan de la formation continue, l'état des lieux dressé par Julie LANGLOIS (2024) à partir du site de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) révèle l'existence de 19 formations agréées DPC en lien avec la santé sexuelle et ouvertes aux pharmaciens d'officine. Ce chiffre, rapporté aux 139 formations DPC disponibles pour les médecins sur les mêmes thématiques, illustre à lui seul le retard de la profession pharmaceutique dans ce domaine. Sur ces 19 formations, 13 sont réservées aux équipes officinales et 6 sont pluridisciplinaires, un format que les pharmaciens et les étudiants en pharmacie plébiscitent comme vecteur d'apprentissage et de construction de réseaux interprofessionnels, 60 % d'entre eux déclarant dans une enquête menée à Amiens qu'ils verraient comme un levier d'être intégrés à un réseau de professionnels de la prévention et du dépistage (304,316).

Un peu plus de la moitié d'entre elles (11 sur 19) annoncent explicitement la santé sexuelle dans leur intitulé, tandis que les 8 autres l'abordent à travers une thématique spécifique : les violences (repérage, orientation, accompagnement), les addictions avec les risques liés au chemsex, ou les risques cardio-vasculaires spécifiques à la femme. Le contenu de ces formations se concentre majoritairement sur la santé reproductive (contraception, IVG, ménopause) et la prévention/dépistage du VIH et des IST. Une seule formation aborde explicitement la satisfaction sexuelle et les troubles sexuels, celle de l'équipe du CH de Lunéville, qui pilote également le module optionnel de Nancy, révélant que les initiatives les plus complètes restent le fait d'acteurs isolés plutôt que d'une politique nationale cohérente (304).

Au-delà du cadre DPC, un ensemble de formations non agréées complète l'offre disponible, sans toutefois être centralisées ni certifiées sur le contenu et la qualité. Parmi les plus accessibles figurent des ressources gratuites comme FormaSantéSexuelle®, plateforme e-learning en santé sexuelle pour les professionnels de santé de premier recours développé par la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), le Collège de Médecine Générale (CMG) et la Société de Pathologie Infectieuse de la Langue Française (SPILF), ou les webinaires AFRANUM proposés par Alliance Francophone des acteurs de santé contre le VIH (AfraVIH).

Des formations payantes existent également, portées par des organismes variés : la Revue Prescrire, le CHU Clermont-Ferrand, Santé Académie sur les enjeux des minorités sexuelles, ou encore Anticip avec une formation spécifiquement dédiée aux pharmaciens sur la santé sexuelle à l'officine incluant contraception et IST. Une formation à la Brève Communication Relative à la Sexualité est également disponible via Com' Santé Sexuelle, et des formations à l'entretien motivationnel sont proposées par l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnelle (AFDEM) et Santé Éducation Formation, compétence transversale indispensable pour aborder les sujets sensibles au comptoir (304).

Toutes ces formations, qu'elles soient agréées DPC ou non, partagent une architecture commune : une partie théorique et une partie consacrée au savoir-être avec des mises en situation, et elles présentent l'avantage de proposer un répertoire des ressources territoriales vers lesquelles orienter. Deux limites majeures les caractérisent cependant. D'une part, aucune n'intègre d'interventions de patients experts ou d'acteurs communautaires dans leurs programmes, dimension pourtant essentielle dans un domaine où l'expérience vécue est un levier de formation documenté. D'autre part, seules les formations en entretien motivationnel proposent un suivi post-formation, laissant les pharmaciens sans accompagnement dans la durée après une journée de formation isolée. Dans le contexte martiniquais, ces limites sont amplifiées : les formations disponibles sont quasi exclusivement métropolitaines, ne prennent pas en compte les spécificités épidémiologiques, culturelles et institutionnelles du territoire, et leur coût constitue un frein supplémentaire pour des officines dont les marges sont structurellement plus contraintes qu'en hexagone (304).

Pour les professionnels souhaitant approfondir leurs compétences, plusieurs formations diplômantes sont accessibles aux pharmaciens. Des Diplômes Universitaires de Santé Sexuelle sont proposés par les universités de Tours, Nantes, Paris-Sorbonne et Paris Cité, avec des approches complémentaires, approche positive et non moralisante de la sexualité, formation aux droits humains, articulation avec les dispositifs de coopération interprofessionnelle en CeGIDD (317–320). Pour aller plus loin, un Diplôme Inter-Universitaire de Sexologie clinique est accessible aux pharmaciens ayant préalablement validé l'un de ces DU. Ces formations témoignent d'une offre universitaire en développement, mais leur caractère optionnel et leur faible visibilité au sein de la profession confirment que la montée en compétences en santé sexuelle reste, à ce jour, une démarche individuelle plutôt qu'une exigence structurelle de la formation pharmaceutique (321).

Ces formations représentent une opportunité réelle pour les pharmaciens qui souhaitent approfondir leurs compétences. Leur limite principale est double : d'une part leur accessibilité géographique, pour les pharmaciens en Martinique elles sont toutes proposées en métropole, même si certaines existent en distanciel, et d'autre part leur coût, entre 1 800 et 2 600 euros selon les dispositifs et les modalités de prise en charge, qui constitue un frein réel en l'absence de financement institutionnel dédié. Mis en valeur dans le sondage proposé aux équipes officinales des DROM, 7 d'entre eux indiquent que le manque de moyens financier est un frein. La prise en charge partielle par le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL) est possible pour certaines de ces formations, mais elle reste soumise à des conditions et des plafonds qui n'en couvrent généralement pas la totalité. Dans le contexte martiniquais, où les ressources des officines sont plus contraintes qu'en métropole en raison des surcoûts structurels liés à l'insularité (transports, logistique, coût de la vie significativement plus élevé) qui pèsent sur les marges et réduisent les marges de manœuvre pour des missions non-rémunérées (20,322,323).

2.2.3. Besoins des pharmaciens vis-à-vis de formations

La littérature disponible sur les besoins de formation des pharmaciens en santé sexuelle converge vers un constat unanime : le déficit est réel, documenté, et perçu par les professionnels eux-mêmes comme un obstacle majeur à leur engagement dans ce domaine (304,314–316,324–326).

Sur une dizaine de publications retenues par Langlois (2024), deux autrices expriment explicitement un besoin de formation en santé sexuelle globale, incluant la satisfaction sexuelle et l'accès à une sexualité épanouie, plutôt que dans ses seules dimensions biomédicales. Florence LOYER le formule dès 2013 en soulignant que les formations doivent inclure « la façon d'aborder ce sujet particulier qu'est la santé sexuelle » au-delà du côté scientifique ou technique, et Laura GIAMBERINI en fait le socle de sa thèse de pharmacie de 2022 sur la création d'un réseau de pharmacies engagées en santé sexuelle en Pays de la Loire, toutes deux précisant que ce volet devrait être intégré au cursus initial et en formation continue. La Haute Autorité de Santé abonde dans ce sens dans ses recommandations de 2019 sur la dispensation de la contraception d'urgence, en soulignant qu'il est souhaitable que l'équipe officinale se forme et mette à jour régulièrement ses connaissances en matière de santé sexuelle et dans la manière d'aborder ce sujet, empreint de croyances et de représentations.

Le niveau d'aisance des pharmaciens constitue le premier marqueur de ce déficit. L'enquête du COREVIH Pays de Loire menée auprès de 87 pharmaciens répondants révèle que 40 % se déclarent mal à l'aise ou plutôt mal à l'aise pour conseiller en santé sexuelle, 23 % pour réorienter et 13 % pour écouter. Cette gêne est amplifiée lorsque les publics sont moins fréquemment accueillis ou que les connaissances sont moins solides : 15 % des pharmaciens se sentent peu à l'aise pour échanger sur le vaccin HPV avec les parents d'adolescents et avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et 88 % ne sont pas à jour sur les recommandations vaccinales HPV pour les garçons. Le besoin de formation au savoir- être et aux aspects relationnels ressort comme indissociable, voire prioritaire, sur la formation technique : une enquête de la SFLS en 2020 auprès de 1 515 pharmaciens sur leur motivation à réaliser des TRODs VIH/VHB/VHC en officine confirme que si 70 % sont motivés, ils souhaitent être formés à 38 % sur les aspects relationnels pour l'annonce et l'orientation, et à 25 % seulement sur les aspects pratiques de réalisation des TRODs. Une enquête de Sofiane Ben Nasr en 2020 auprès de 27 pharmaciens à Amiens confirme que 50 % ne se sentent pas suffisamment formés sur les aspects relationnels et sur l'orientation, et que la même proportion aurait besoin d'une formation sur la réalisation du TROD VIH, de préférence en format e-learning.

Le déficit est particulièrement préoccupant sur les thématiques les plus sensibles. 56 % des 76 pharmaciens interrogés par Laura GIAMBERINI se sentent inaptes ou plutôt inaptes à conseiller une personne victime de violences sexuelles, et 48 % inaptes à la réorienter. Or la formation initiale des pharmaciens sur le repérage et l'orientation en cas de violences est actuellement insuffisante, alors qu'elle est intégrée dans le cursus des médecins et des sage-femmes, et les formations continues dédiées, bien qu'existantes, sont soit payantes et donc peu accessibles, soit gratuites mais non pérennes dans le temps. À cela s'ajoute le constat de la thèse de Bérengère CADDEO (2017) selon lequel 85,5 % des pharmaciens interrogés sur 240, dont une majorité d'étudiants et de pharmaciens récemment formés, jugent la formation en communication insuffisante pour la pratique officinale, confirmant que le déficit n'est pas seulement thématique mais aussi fondamentalement relationnel et communicationnel.

La demande d'intégration dans des réseaux interprofessionnels constitue enfin un besoin transversal documenté : 60 % des pharmaciens interrogés à Amiens verraient comme un levier d'être intégrés à un réseau de professionnels de la prévention et du dépistage. La construction de ces réseaux ou l'inclusion des pharmaciens dans les réseaux existants permettrait de créer et d'entretenir des échanges pour les professionnels actifs en santé sexuelle sur un territoire, ce qui constitue en soi une forme de formation continue informelle particulièrement adaptée aux spécificités d'un territoire comme la Martinique, où l'interconnaissance des acteurs et la coordination locale sont des leviers documentés d'efficacité.

Le besoin en formation est également formulé dans le sondage, plusieurs pharmaciens dans la partie d'expression libre indique qu'une formation est nécessaire (ANNEXE 2).

2.3. Les freins à l'implication : une réalité multidimensionnelle

Les sections précédentes ont montré que les pharmaciens martiniquais disposent d'un cadre juridique favorable et d'un désir réel de s'impliquer davantage en santé sexuelle, mais que cette volonté se heurte à des barrières concrètes (20,165,298,327). Ces obstacles ne sont pas de même nature : ils relèvent à la fois de contraintes pratiques liées à l'exercice quotidien, de déterminants culturels propres au contexte antillais, et de lacunes institutionnelles dans la coordination des acteurs (4–6,258).

2.3.1. Les freins organisationnels

Le premier niveau de freins est le plus immédiatement visible : les contraintes pratiques de l'exercice officinal quotidien. L'exercice officinal quotidien est caractérisé par un flux de patients continu, un temps de contact par patient structurellement limité à quelques minutes en moyenne au comptoir, des équipes dont les effectifs sont souvent contraints, et une charge administrative qui s'est progressivement alourdie avec l'extension des missions conventionnelles (300).

Cette réalité a une conséquence directe sur la prise en charge des questions en santé sexuelle : les sujets qui demandent du temps, de la confidentialité et un espace de parole adapté, comme l'orientation vers le dépistage, la discussion sur la PrEP ou le repérage de situations de violence, ne peuvent pas s'insérer facilement dans le flux ordinaire du comptoir. Un entretien de prévention structuré en santé sexuelle nécessite un espace de confidentialité, une disponibilité de dix à quinze minutes, et une capacité d'écoute active que les conditions habituelles de travail ne permettent pas toujours de réunir (314).

À ce frein organisationnel s'ajoute un frein économique fondamental : l'absence de rémunération spécifique pour les actes de prévention en santé sexuelle. Si certains actes comme la vaccination ou les TROD angine et cystite font désormais l'objet d'une rémunération conventionnelle, les entretiens de prévention en santé sexuelle, l'orientation vers le dépistage ou le conseil contraceptif approfondi ne donnent lieu à aucune facturation. Cette situation n'est pas le fruit d'un oubli technique : elle reflète les priorités que les représentants syndicaux de la profession ont choisi de porter dans leurs négociations avec l'Assurance maladie. La convention pharmaceutique est le résultat d'un rapport de force entre partenaires conventionnels, et la santé sexuelle n'y figure pas comme un axe de revendication structuré. C'est donc moins un vide réglementaire qu'un angle mort politique, révélateur d'une profession qui n'a pas encore pleinement intégré ces missions dans sa propre définition de son rôle. Le manque de temps (69 %), de rémunération (67 %) et de personnel (65 %) sont les principaux freins au déploiement des nouvelles missions, et un quart des pharmaciens n'en effectue aucune, selon une enquête du *Quotidien du Pharmacien* et Cal Medi Call de septembre 2023, soulignant que la bonne volonté professionnelle ne suffit pas sans un modèle économique viable, et sans une représentation professionnelle prête à le négocier (300).

Les données recueillies auprès des 17 répondants confirment que les contraintes pratiques constituent le premier niveau de freins à l'implication des pharmaciens en santé sexuelle. Le manque de temps ou de personnel est cité par 3 répondants sur 6 en Martinique, 3 sur 5 en Guyane, 3 sur 4 à La Réunion et 2 sur 2 en Guadeloupe, faisant de ce frein le plus transversal et le plus constant sur l'ensemble du panel. Le manque de formations ou d'informations arrive en deuxième position, cité par 4 répondants sur 6 en Martinique et 3 sur 4 à La Réunion, confirmant que le déficit formatif documenté dans la littérature nationale se retrouve intégralement dans les témoignages de terrain. Le manque de moyens financiers ou matériels est quant à lui particulièrement marqué en Guyane, où il est cité par 4 répondants sur 5, proportion nettement supérieure aux autres territoires, reflétant une situation économique et logistique encore plus contrainte qu'en Martinique. La question de la rémunération et du modèle économique transparaît également dans les réponses sur les leviers attendus : le financement dédié pour les actions locales est plébiscité par 3 répondants sur 6 en Martinique et 3 sur 5 en Guyane, tandis que la reconnaissance officielle du rôle des pharmaciens en santé sexuelle recueille l'adhésion unanime des répondants martiniquais (6/6), réunionnais (4/4) et guadeloupéens (2/2).

Ce frein économique revêt une acuité particulière en Martinique : les surcoûts structurels liés à l'insularité (acheminement des marchandises, coût de la vie significativement plus élevée qu'en métropole) documentés par l'Autorité de la concurrence dans son analyse de 2026, contraignent l'ensemble de l'économie locale, y compris les officines, dont les capacités d'investissement dans des formations non prises en charge institutionnellement s'en trouvent réduites d'autant (323).

Les données recueillies auprès des 17 répondants illustrent concrètement la réalité de la barrière géographique dans les territoires ultramarins. En Martinique, la répartition des pharmacies interrogées révèle une concentration des pratiques en zone péri-urbaine, 4 pharmacies sur 6, tandis que les 2 officines rurales présentent des profils d'activité sensiblement différents. C'est précisément un pharmacien titulaire en zone rurale depuis 10 à 15 ans qui mentionne l'isolement professionnel comme frein premier à la réalisation des TROD : « Seule pharmacien/manque d'organisation et de temps », une formulation qui traduit la réalité d'une officine sans équipe suffisante pour dégager le temps nécessaire à des actes de prévention structurés. À l'inverse, les deux répondants qui réalisent effectivement des TROD en Martinique exercent tous les deux en zone urbaine ou péri-urbaine, confirmant que l'accès aux pratiques de dépistage est corrélé à la localisation géographique de l'officine.

L'éloignement géographique des structures de santé est par ailleurs cité comme frein par un répondant martiniquais sur 6, deux répondants guyanais sur 5 et un répondant guadeloupéen sur 2. Si ces proportions peuvent sembler modestes, elles reflètent probablement une réalité sous-déclarée : dans un questionnaire à choix multiples, les professionnels tendent à prioriser les freins qu'ils ressentent le plus directement dans leur quotidien, temps, formation, moyens, sans nécessairement formuler la barrière géographique comme telle, alors qu'elle conditionne structurellement les comportements de recours aux soins de leur patientèle.

Les données guyanaises sont à cet égard particulièrement intéressantes. L'ensemble des 5 répondants de Guyane exercent en zone urbaine ou péri-urbaine, ce qui signifie que les pharmaciens des zones les plus isolées (zones très reculées, zones forestières de l'Amazonie) n'ont pas pu être atteints par le sondage, introduisant un biais de sélection qui sous-représente probablement les situations les plus critiques. Pourtant, même parmi ces répondants urbains, 4 sur 5 citent le manque de moyens financiers ou matériels et la méconnaissance des dispositifs par la population comme freins majeurs, deux obstacles directement amplifiés par les distances géographiques dans les zones rurales et frontalières que ces officines urbaines desservent partiellement par défaut.

À la Réunion, le seul répondant rural est un pharmacien titulaire qui réalise entre 1 et 5 TROD par mois, le seul répondant réunionnais à le faire, et dont le principal frein déclaré est l'absence de prise en charge financière des TROD VIH, jugés « moins fiables que ceux des labos pris en charge ». Ce témoignage illustre une réalité spécifique aux zones rurales insulaires : le pharmacien y joue de facto un rôle de premier recours sans équivalent disponible à proximité, mais sans les outils financiers et techniques pour l'assumer pleinement. En Guadeloupe enfin, l'éloignement géographique est cité par un répondant sur 2 malgré des exercices en zone urbaine, suggérant que la fragmentation insulaire de l'archipel guadeloupéen crée des barrières géographiques même dans les zones densément peuplées.

Ces données confirment que la barrière géographique opère à deux niveaux distincts : d'une part sur la patientèle, qui ne peut pas toujours accéder aux structures spécialisées (CeGIDD, CPIOF, services hospitaliers) et se tourne alors vers l'officine par défaut ; d'autre part sur le pharmacien lui-même, dont l'isolement en zone rurale réduit sa capacité à dégager du temps, à se former et à s'inscrire dans des réseaux interprofessionnels. C'est précisément cette double dimension qui fait du maillage officinal à la fois un problème, les pharmaciens ruraux sont sous-équipés, et une solution, ils sont les seuls professionnels de santé accessibles dans ces zones.

2.3.2. Les freins culturels et sociaux

Le deuxième niveau d'obstacles est moins souvent évoqué dans la littérature nationale sur les nouvelles missions officinales, qui se concentre essentiellement sur les freins pratiques (temps, rémunération, personnel) et formatifs, mais il est central dans le contexte martiniquais : les freins culturels et sociaux, dont les déterminants hérités de l'histoire coloniale conditionnent les représentations de la sexualité, les comportements de recours aux soins et les pratiques professionnelles au comptoir (4–6,75,300,309).

Cette réalité est documentée dans les écrits précédents qui rapportait que certains patients estimaient avoir fait face à des professionnels qui étaient dans le jugement ou dans une posture inadaptée, y compris pour des demandes aussi courantes que la contraception d'urgence ou les tests de grossesses (152). Si ce phénomène existe en métropole, on peut formuler l'hypothèse qu'il est amplifié dans un territoire comme la Martinique.

La question de l'anonymat insulaire, identifiée dans la partie II comme une barrière majeure pour les patients, joue également un rôle du côté des professionnels. Un pharmacien qui connaît personnellement sa patientèle, ce qui est fréquent dans les communes de taille modeste, peut hésiter à initier une conversation sur le dépistage VIH ou la contraception de peur d'être perçu comme intrusif ou de porter atteinte à la discrétion de la personne.

Les résistances culturelles et religieuses constituent un frein spécifique au contexte antillais, et les données du sondage en offrent une illustration territoriale éclairante. En Martinique, elles sont citées par 3 répondants sur 6, soit la moitié du panel martiniquais, ce qui en fait un frein significatif, bien qu'inférieur en fréquence aux obstacles pratiques. Un pharmacien titulaire en zone rurale depuis plus de 20 ans est le seul répondant de l'ensemble du panel à nommer explicitement un frein religieux parmi les obstacles à ses actions, témoignant d'une réalité que les autres professionnels vivent peut-être sans la formuler aussi directement.

En Guyane, les résistances culturelles et religieuses sont citées par 2 répondants sur 5, proportion comparable à la Martinique, dans un territoire où la diversité ethnique et confessionnelle crée des contextes culturels multiples pour l'exercice officinal. Le contraste avec La Réunion et la Guadeloupe est frappant : aucun répondant réunionnais (0/4) ni guadeloupéen (0/2) ne mentionne ce frein, ce qui peut refléter des contextes socio-religieux différents, mais aussi une moindre propension à formuler ce type d'obstacle dans une réponse écrite. La gêne des patients constitue par ailleurs un frein cité directement par un pharmacien martiniquais comme obstacle à la réalisation des TROD, illustrant que la dimension culturelle du rapport au corps et à la sexualité se manifeste concrètement dans les pratiques quotidiennes au comptoir.

2.3.3. Les freins organisationnels de réseau

Le troisième niveau de freins est d'ordre institutionnel. Le pharmacien martiniquais qui souhaite s'impliquer davantage en santé sexuelle se heurte souvent à un sentiment d'isolement professionnel : il ne sait pas précisément vers qui orienter un patient qui a besoin d'un suivi, il ne connaît pas nécessairement les protocoles du CoReSS, il n'a pas de lien formalisé avec les CeGIDD ou les CPIOF, et il n'est pas intégré dans les réseaux de coordination locale.

Cette fragmentation est un problème bien documenté dans la partie II au niveau du système de santé martiniquais en général. Elle se retrouve à l'échelle de l'officine en particulier : le pharmacien est souvent un acteur isolé, qui intervient ponctuellement dans le parcours d'un patient sans disposer d'une vision d'ensemble de l'offre locale en santé sexuelle, ni d'outils de coordination avec les autres intervenants. Cette absence de liens formalisés entre l'officine et les autres structures de prévention constitue un frein réel à l'orientation efficace des patients, qui est pourtant l'une des missions les plus accessibles et les plus utiles que le pharmacien pourrait remplir.

Ce constat doit cependant être nuancé par un élément structurel encourageant : la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Martinique, la CPTS Madinina, regroupe la quasi-totalité des pharmacies de l'île (17). Cette adhésion massive des officines martiniquaises à la CPTS constitue un atout considérable et trop souvent sous-exploité. Elle signifie en effet qu'il existe déjà un cadre institutionnel opérationnel permettant de coordonner les pharmaciens entre eux et avec les autres professionnels de santé du territoire. La CPTS Madinina pourrait ainsi devenir le vecteur naturel d'une intégration du pharmacien dans les parcours de santé sexuelle : formalisation de protocoles d'orientation vers les CeGIDD, les associations de prévention ou les médecins référents, mise en place de formations communes, diffusion d'outils d'information standardisés adaptés au contexte martiniquais. L'isolement du pharmacien n'est donc pas une fatalité structurelle : il est en partie le résultat d'un potentiel de coordination existant mais non encore mobilisé au service de la santé sexuelle.

Le troisième niveau de freins, l'isolement professionnel et l'absence de coordination institutionnelle, est le moins visible dans les réponses mais le plus révélateur des lacunes systémiques. La méconnaissance de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2023-2030 est quasi totale : aucun répondant martiniquais ne la connaît, aucun répondant réunionnais ni guadeloupéen non plus, et seuls 4 répondants guyanais sur 5 la connaissent, dont un seulement partiellement, qui l'utilise néanmoins pour véhiculer des informations. Cette méconnaissance généralisée du cadre stratégique national illustre concrètement l'absence de lien entre les politiques définies au niveau central et les professionnels censés les mettre en œuvre sur le terrain. La méconnaissance des dispositifs locaux par les pharmaciens eux-mêmes est tout aussi préoccupante : un seul pharmacien martiniquais cite l'ARS comme soutien à ses actions, et c'est le même qui intervient dans les lycées avec des tablettes connectées, un profil atypique dans le panel. En Guyane, deux pharmaciens citent respectivement l'ARS et les associations, et la Croix Rouge pour la distribution de préservatifs. En Guadeloupe, aucun répondant ne mentionne le soutien d'un dispositif local. À La Réunion, un seul mentionne le Cespharm.

Cette quasi-absence de liens professionnels documentés traduit un isolement réel : les pharmaciens agissent le plus souvent sans réseau, sans protocole formalisé et sans coordination avec les autres acteurs de santé sexuelle du territoire. Ce constat est cohérent avec le fait que les partenariats renforcés avec les ARS et associations constituent le levier le plus plébiscité sur l'ensemble du panel : 6/6 en Martinique, 4/5 en Guyane, 3/4 à La Réunion, traduisant une demande unanime d'intégration dans un réseau qui n'existe pas encore dans les conditions souhaitées.

À l'échelle nationale, des expérimentations prometteuses montrent que cette coordination est possible quand elle est volontairement construite. L'expérimentation de dépistage VIH dans les Alpes-Maritimes repose précisément sur un protocole de coopération formalisé entre les pharmacies participantes, la CPTS locale et le COREVIH Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) Est, sans ce cadre partenarial, la réalisation des TROD en officine n'aurait pas été possible. Cette expérience est directement transposable en Martinique, où le CoReSS, créé en 2025, pourrait jouer le rôle de structure coordinatrice permettant aux pharmaciens de s'inscrire dans un parcours de soins cohérent en santé sexuelle (328).

2.3.4. Une interaction entre les trois niveaux de freins

Il est important de souligner que ces trois niveaux de freins ne fonctionnent pas indépendamment les uns des autres : ils s'alimentent mutuellement dans un cercle qui peut être vertueux ou vicieux selon les conditions. Un pharmacien qui manque de formation (frein théorique) n'a pas la confiance pour s'impliquer, ce qui réduit sa pratique, ce qui renforce son sentiment d'incompétence. Un pharmacien qui n'est pas rémunéré pour ses actes de prévention (frein économique) ne peut pas dégager le temps nécessaire pour se former, ce qui maintient ses lacunes. Un pharmacien qui ne connaît pas les autres acteurs locaux (frein organisationnel) ne peut pas orienter efficacement ses patients, ce qui réduit l'utilité perçue de son implication.

Cette interdépendance des freins a une implication pratique importante pour la partie C de cette thèse : toute politique visant à mobiliser le pharmacien martiniquais en santé sexuelle devra agir simultanément sur les trois niveaux, et non sur l'un d'eux isolément. Une formation sans rémunération des actes pourrait avoir des effets moindres. Une rémunération sans formation produira des interventions de moins bonne qualité. Et les deux sans coordination professionnelle et interprofessionnelle laisseront le pharmacien isolé, plus en difficulté pour s'inscrire dans un parcours de soins coordonné pour ses patients.

3. Proposition d'un modèle d'intervention adapté à la Martinique

Les parties A et B ont établi deux réalités complémentaires : d'un côté, le pharmacien d'officine dispose d'un arsenal juridique, de compétences techniques et d'une position relationnelle qui en font un acteur légitime en santé sexuelle ; de l'autre, les pharmaciens martiniquais sont aujourd'hui sous-mobilisés dans ce domaine, freinés par des obstacles pratiques, de formation et organisationnels qui se renforcent mutuellement. La partie C propose de franchir le pas entre ce potentiel documenté et sa réalisation concrète, en formulant un modèle d'intervention adapté aux spécificités du territoire martiniquais.

Ce modèle repose sur trois piliers indissociables : démontrer l'adéquation entre le profil du pharmacien et les barrières identifiées en partie II, proposer un référentiel d'actions structuré par horizons temporels, et définir les conditions de réussite qui permettront à ce modèle de s'inscrire durablement dans le système de santé local.

3.1. L'adéquation entre le profil du pharmacien et les barrières martiniquaises spécifiques

La force du modèle proposé repose sur une cohérence interne que les parties précédentes ont préparée pas à pas : chacune des grandes barrières identifiées en partie II trouve dans le profil du pharmacien d'officine une réponse potentielle que les dispositifs institutionnels classiques ne peuvent pas offrir dans les mêmes conditions. Reprendre ces barrières une à une pour montrer comment le pharmacien peut y répondre constitue le fondement de la démonstration.

3.1.1. La barrière géographique

La partie II a montré que l'offre de santé sexuelle martiniquaise est structurellement concentrée dans le secteur central de l'île, autour de Fort-de-France : les CeGIDD, les CPIOF et les structures hospitalières spécialisées y sont localisés, laissant les communes rurales du Nord et du Sud dans un état de sous-couverture documenté. Cette centralisation est aggravée par les problèmes de mobilité et l'insuffisance des transports collectifs, qui rendent l'accès à ces structures difficile pour les populations les plus précaires et les moins mobiles (247).

Le réseau officinal répond structurellement à cette barrière. Contrairement aux structures spécialisées, les pharmacies sont réparties sur l'ensemble du territoire martiniquais, y compris dans les communes rurales qui ne disposent d'aucun autre professionnel de santé accessible comme nous pouvons le voir sur la carte de la CPTS.

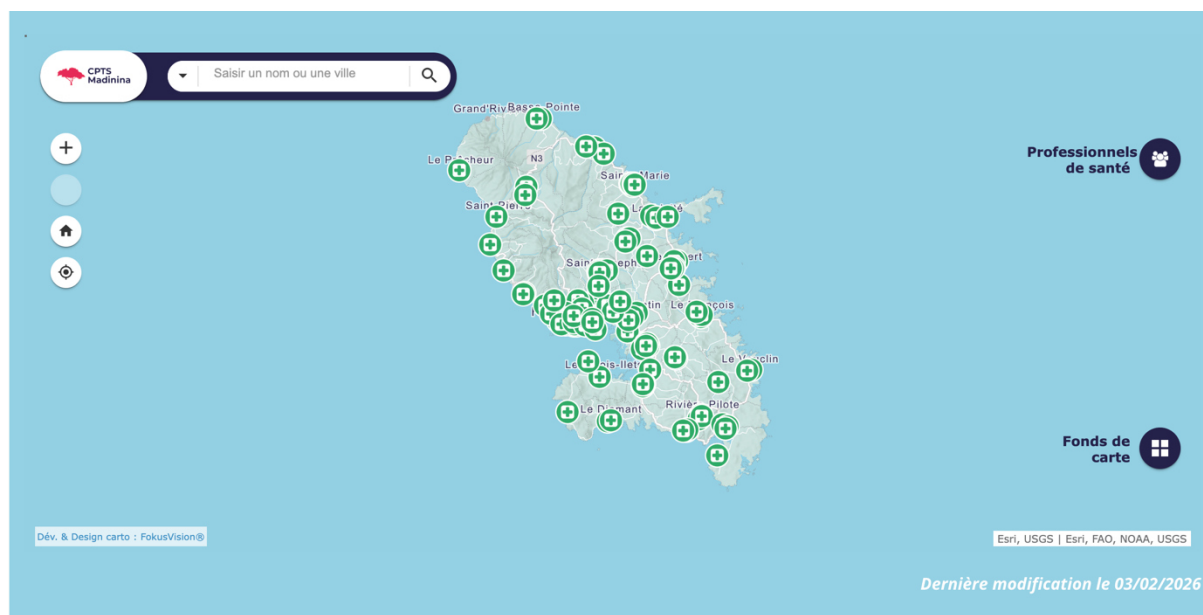


Figure 26 : Cartographie des officines sur l'île de la Martinique (CPTS Madinina / 2026)

À l'échelle nationale, 96 % de la population métropolitaine se situe à moins de dix minutes en voiture d'une pharmacie (329). Ce chiffre, établi pour la seule France métropolitaine, ne reflète pas la réalité des DROM, pour lesquels aucune microsimulation équivalente n'a été publiée à ce jour, mais où les contraintes insulaires, la concentration des 133 officines martiniquaises dans les principales communes et l'absence de transport individuel pour une partie de la population limitent significativement cet accès de proximité (ANNEXE 3)(Figure 26). Cette présence dans les zones blanches de l'offre spécialisée n'est pas un hasard : elle résulte précisément de la réglementation d'implantation des officines, conçue pour garantir un maillage équilibré du territoire, dont le rapport de l'IGAS et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) de 2016 documente les effets. En intégrant le pharmacien dans le dispositif de santé sexuelle, on mobilise donc un réseau déjà existant, présent là où les autres structures ne vont pas.

3.1.2. La barrière de l'anonymat insulaire

L'une des caractéristiques les plus pénalisantes du système de santé sexuelle martiniquais identifiée en partie II est la visibilité sociale associée à la fréquentation des structures spécialisées. Être vu devant un CeGIDD ou un centre de planification expose à des interprétations dans une société insulaire de l'interconnaissance, où l'appartenance commune au territoire nourrit une crainte de la porosité du secret médical (14,247). Cette barrière psychologique conduit à des stratégies d'évitement délétères : retard au diagnostic, renoncement aux soins, ou errance géographique vers des communes éloignées pour préserver l'anonymat (14).

L'officine pourrait répondre à cette barrière par sa nature même. Cette neutralité sociale du motif de consultation est une ressource thérapeutique que nulle autre structure spécialisée ne peut offrir dans les mêmes conditions. La barrière de l'anonymat, qui pénalise les CeGIDD et les CPIOF, est structurellement contournée par l'officine.

Cette réalité est confirmée par les données disponibles sur le recours aux autotests VIH en pharmacie : des études montrent que des personnes qui n'auraient jamais poussé la porte d'un centre de dépistage ont acheté un autotest en pharmacie, précisément parce que l'achat s'inscrit dans un contexte ordinaire qui ne révèle rien à l'entourage (152). Cette logique est directement applicable au contexte martiniquais.

3.1.3. La barrière socioculturelle

La partie II a documenté l'inadéquation des campagnes nationales de prévention aux réalités socioculturelles martiniquaises : un modèle individualiste et rationnel qui ignore les dynamiques collectives, les normes de genre, la prégnance religieuse et les codes culturels locaux. Cette inadéquation conduit à des messages qui n'atteignent pas les populations les plus vulnérables.

Le pharmacien martiniquais, ancré dans sa communauté, partageant les mêmes références culturelles et parfois le même créole que sa patientèle, dispose d'une capacité de médiation culturelle que les dispositifs nationaux ne peuvent pas reproduire. Il peut adapter son discours de prévention aux réalités locales : choisir les mots qui parlent à sa patientèle, identifier les résistances culturelles spécifiques à son territoire, et construire une relation de confiance qui rend possible la discussion de sujets que les campagnes standardisées ne réussissent pas à aborder. Cette capacité d'adaptation, qui ne s'enseigne pas mais se cultive par l'ancrage territorial, est l'un des atouts les plus précieux du pharmacien de proximité.

Il faut cependant reconnaître, comme la section 2.3 l'a montré, que le pharmacien n'est pas immunisé contre les normes de sa propre société. Sa capacité à jouer le rôle de médiateur culturel dépend d'une formation spécifique qui lui permette d'identifier et de mettre à distance ses propres biais, et de développer des outils de communication adaptés au contexte antillais, ce qui renvoie directement aux conditions de réussite développées en C.3.

3.1.4. La barrière organisationnelle

La fragmentation des acteurs de santé sexuelle martiniquais, documentée en partie II comme l'un des dysfonctionnements les plus structurants, appelle un acteur capable de servir de point d'entrée dans le parcours de soins et d'orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leur situation. Le pharmacien est structurellement bien placé pour jouer ce rôle : il est accessible en première intention, sans rendez-vous, il connaît l'offre locale, et il dispose du Dossier Pharmaceutique (DP) qui lui permet de situer le patient dans son parcours de soins global.

Ce rôle d'orientation ne nécessite pas que le pharmacien prenne en charge lui-même toutes les situations : il nécessite qu'il sache vers qui orienter, dans quelles conditions, et avec quelles informations. Un pharmacien qui connaît le numéro du CeGIDD, les horaires des CPIOF, l'existence du CoReSS et le fonctionnement de Mon Test IST peut, en quelques mots au comptoir, débloquent l'accès aux soins pour un patient qui n'aurait jamais osé pousser seul la porte d'une structure spécialisée. Cette orientation simple est l'une des contributions les plus immédiatement déployables du pharmacien en santé sexuelle martiniquaise.

3.2. Un référentiel d'actions prioritaires en trois horizons temporels

Sur la base de l'adéquation démontrée en 3.1 et des freins identifiés en 2.3, il est possible de proposer un référentiel d'actions structuré selon trois horizons temporels. Ce découpage n'est pas arbitraire : il correspond à des niveaux de faisabilité différents, conditionnés par les freins à lever préalablement. Les actions de court terme sont celles qui peuvent être déployées immédiatement car elles sont juridiquement possibles et ne nécessitent pas de transformation organisationnelle majeure. Les actions de moyen terme requièrent une formation adaptée et des protocoles locaux formalisés. Les actions de long terme supposent une intégration organisationnelle complète du pharmacien d'officine dans la gouvernance de la santé sexuelle martiniquaise.

3.2.1. Court terme : actions immédiatement déployables

Ces actions s'appuient sur des compétences que les pharmaciens possèdent déjà ou peuvent acquérir rapidement, dans un cadre réglementaire existant :

La systématisation de la délivrance d'information sur Mon Test IST constitue l'action la plus simple et la plus immédiatement impactante. À chaque délivrance de préservatifs, de contraception d'urgence, ou lors de toute demande liée à la sexualité, le pharmacien peut informer systématiquement le patient de l'existence de ce dispositif permettant un dépistage gratuit, sans ordonnance et sans rendez-vous dans les laboratoires de biologie médicale. Cette information, délivrée en quelques secondes dans un espace ordinaire et non stigmatisant, peut lever la barrière psychologique que représente le recours spontané à un CeGIDD. L'impact potentiel est considérable au regard du faible investissement requis.

La valorisation systématique des missions de contraception déjà disponibles constitue un deuxième levier immédiat. La gratuité des préservatifs pour les moins de 26 ans, la délivrance de contraception d'urgence sans prescription pour toutes les femmes, et le renouvellement de six mois de pilule contraceptive sont des mesures encore insuffisamment connues de la population martiniquaise. Un affichage en créole dans les officines, une information systématique lors des délivrances pertinentes, et une orientation vers les CPIOF pour une contraception régulière constituent des actions à coût quasi nul mais à fort potentiel préventif.

La création d'un annuaire local des ressources en santé sexuelle, distribué dans les officines martiniquaises, permettrait à chaque pharmacien de disposer d'un outil d'orientation pratique : coordonnées des CeGIDD, horaires des CPIOF, contacts du CoReSS, numéros des associations (AIDES, Action Sida Martinique), informations sur Mon Test IST. Cet outil simple, dont la conception pourrait être coordonnée par l'ARS ou le CoReSS, transformerait chaque officine en point d'orientation efficace sans nécessiter de formation approfondie préalable.

3.2.2. Moyen terme : actions à développer sous condition de formation

Ces actions nécessitent une formation spécifique préalable et, pour certaines, la mise en place de protocoles locaux formalisés entre les officines et les autres acteurs de santé sexuelle :

L'intégration du pharmacien dans le dépistage VIH en officine, dans le cadre de l'expérimentation déjà en cours en Martinique selon les données de l'USPO et de la Fédération des Syndicats Pharmaceutique de France (FSPF), constitue l'action de moyen terme la plus structurante. Sur le modèle de l'expérimentation des Alpes-Maritimes, des pharmacies martiniquaises volontaires pourraient être formées à la réalisation du TROD VIH en partenariat avec le CoReSS et l'ARS, dans un espace de confidentialité et selon un protocole formalisé. La formation devrait coupler la technique du test et l'approche globale en santé sexuelle adaptée au contexte antillais, incluant notamment la capacité à orienter un résultat positif vers le service de maladies infectieuses du CHUM.

La mise en place d'entretiens pharmaceutiques en santé sexuelle, sur le modèle des entretiens déjà existants pour les patients asthmatiques ou sous anticoagulants, permettrait de structurer des temps d'échange dédiés avec les patients les plus exposés : jeunes de moins de 26 ans, personnes sous traitements chroniques liés à des IST, femmes en demande de contraception. Ces entretiens, d'une durée de quinze à vingt minutes, nécessiteraient une rémunération conventionnelle spécifique, leur faisabilité économique est donc conditionnée aux évolutions de la convention pharmaceutique nationale ou aux Article 51. Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 en son article 51, ce dispositif permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits, en dérogeant aux règles de droit commun applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Son objectif est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé et l'accès aux soins, avec une vocation à généralisation nationale en cas d'évaluation positive (330).

La vaccination HPV en officine constitue une priorité de moyen terme directement liée aux données épidémiologiques martiniquaises. La couverture vaccinale insuffisante contre le HPV en Martinique, documentée dans la partie II, appelle une multiplication des lieux de vaccination accessibles sans rendez-vous. Les pharmaciens disposent désormais du cadre juridique pour prescrire et administrer ce vaccin, mais la formation spécifique de 10h30 requise pour ceux n'ayant pas été formés en formation initiale relève prioritairement du Développement Professionnel Continu (DPC), et à terme de la certification périodique, qui constituent les leviers institutionnels adaptés pour structurer et financer cette montée en compétence à l'échelle nationale.

3.2.3. Long terme : intégration institutionnelle complète

Ces actions supposent une transformation de la gouvernance locale de la santé sexuelle et l'intégration formelle du pharmacien dans ses instances de pilotage :

L'intégration du pharmacien au sein du CoReSS, ou à tout le moins la création d'un lien de coopération formalisé entre les officines martiniquaises et cette instance de coordination, est la mesure la plus structurante sur le long terme. Elle permettrait au pharmacien de bénéficier des données épidémiologiques locales, de participer aux campagnes de prévention coordonnées, et d'inscrire ses interventions dans un parcours de soins cohérent plutôt que d'agir de façon isolée.

La création d'un réseau de pharmaciens référents en santé sexuelle en Martinique, sur le modèle des pharmacies sentinelles qui existent dans d'autres domaines de santé publique, permettrait de structurer un premier niveau d'engagement volontaire, avant une généralisation progressive. Ces pharmaciens référents, formés et reconnus par l'ARS et le CoReSS, seraient les interlocuteurs privilégiés des autres acteurs du territoire et les ambassadeurs de cette nouvelle mission auprès de leurs confrères.

L'adaptation du schéma régional de prévention pour intégrer explicitement le pharmacien dans les parcours de santé sexuelle, notamment dans les protocoles de prise en charge des CPIOF, dans les campagnes du Mois de la santé sexuelle, et dans les dispositifs d'orientation des victimes de violences sexuelles, constitue enfin la mesure institutionnelle la plus ambitieuse, dont la réalisation dépend de la volonté conjointe de l'ARS, de la CTM et des organisations professionnelles pharmaceutiques.

3.3. Les conditions de réussite du modèle

Le référentiel d'actions proposé en 3.2 ne produira ses effets que si trois conditions fondamentales sont réunies simultanément. La section B.3 a montré que les freins à l'implication des pharmaciens sont de trois natures (pratique, culturelle, institutionnelle) et que leur interdépendance rend inefficace toute action qui n'agirait que sur l'un d'eux. Les conditions de réussite suivantes répondent à cette exigence de cohérence.

3.3.1. Une formation spécifique intégrant les déterminants socioculturels antillais

La formation est la condition préalable à toute implication crédible du pharmacien en santé sexuelle martiniquaise. Mais une formation générique sur les IST et le VIH conçue pour la métropole ne suffit pas : elle doit intégrer les spécificités du territoire. Concrètement, cette formation devrait combiner quatre composantes : une mise à jour des connaissances cliniques sur les IST et le VIH (épidémiologie martiniquaise, traitements, PrEP, vaccinations) ; une formation technique aux TROD VIH et à leurs protocoles ; une formation à la communication en santé sexuelle adaptée au contexte culturel antillais (aborder les tabous, naviguer dans les représentations de genre, communiquer en créole si nécessaire) ; et une formation à l'orientation vers les ressources locales (CoReSS, CeGIDD, CPIOF, associations).

Cette formation devrait être organisée dans le cadre du DPC, avec le financement afférent, et conçue en partenariat avec le CoReSS et les Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens. Le format (présentiel, e-learning ou mixte) relèverait du choix de l'organisme formateur lors du dépôt du programme auprès de l'ANDPC, mais un ancrage territorial en Martinique serait souhaitable pour garantir son adéquation aux spécificités du terrain.

3.3.2. Une rémunération des actes de prévention : résoudre l'équation économique

Les données disponibles montrent que le niveau d'implication des pharmaciens dans les nouvelles missions est directement corrélé à l'existence d'une rémunération spécifique : un quart des pharmaciens n'effectue aucune nouvelle mission, le manque de rémunération étant cité comme deuxième frein principal par 67 % des répondants. Plusieurs leviers de financement peuvent être envisagés selon la nature des actions concernées (300).

Pour les actions de court terme, ne nécessitant pas de temps dédié significatif, aucune rémunération spécifique n'est nécessaire à court terme, il s'agit d'intégrer la prévention dans les interactions existantes. Pour les TROD VIH, une rémunération conventionnelle analogue à celle des TROD angine et cystite nécessiterait d'être négociée au niveau national, ou une rémunération locale via le FIR pourra être mise en place par l'ARS dans le cadre de l'expérimentation martiniquaise et pour les entretiens pharmaceutiques en santé sexuelle, une inscription dans la convention pharmaceutique nationale (15).

3.3.3. Une coordination formalisée avec les acteurs locaux

La troisième condition de réussite est la construction de liens de coopération formalisés entre les officines martiniquaises et les autres acteurs de santé sexuelle du territoire. Ces liens doivent être concrets et opérationnels : protocoles d'orientation entre les pharmacies et les CeGIDD, conventions de partenariat avec les CPIOF, intégration dans les réseaux d'alerte du CoReSS, participation aux campagnes collectives de prévention.

Cette coordination ne peut pas reposer sur la seule bonne volonté des acteurs : elle doit être structurée, pilotée le CoReSS, et soutenue par des outils pratiques, annuaires partagés, messageries sécurisées pour l'orientation, réunions régulières entre pharmaciens référents et équipes des CeGIDD. Sans ce socle organisationnel, le pharmacien restera un acteur isolé, incapable de s'inscrire dans un parcours de soins cohérent pour ses patients.

3.4. Recommandations synthétiques à destination des décideurs

Les propositions développées dans cette partie III n'ont de sens que si elles sont relayées par des décisions institutionnelles et professionnelles concrètes. Les recommandations suivantes s'adressent à égalité aux professionnels de santé et aux décideurs, dans la mesure où la transformation souhaitée ne peut advenir que de leur action conjointe.

À l'ARS Martinique : Intégrer explicitement le pharmacien d'officine dans le prochain schéma régional de prévention et dans les appels à projets de santé sexuelle. Soutenir l'extension de l'expérimentation de dépistage VIH en officine déjà en cours en Martinique, avec un objectif de déploiement dans toutes les zones non couvertes par un CeGIDD. Adapter les critères des appels à projets pour tenir compte des surcoûts liés à l'insularité et permettre aux structures officinales de candidater dans des conditions équitables.

À l'Ordre des pharmaciens et aux URPS Martinique : Structurer un réseau de pharmaciens référents en santé sexuelle en Martinique, reconnu par l'ARS et le CoReSS. Produire des outils pratiques adaptés au contexte martiniquais : fiches de conseil en créole, annuaire local des ressources en santé sexuelle, protocoles d'orientation. Valoriser les bonnes pratiques existantes et créer des espaces d'échange entre pharmaciens engagés dans ces nouvelles missions.

À la Collectivité Territoriale de Martinique : Intégrer le pharmacien d'officine dans les parcours de prise en charge des CPIOF et du planning familial, en formalisant des protocoles d'orientation entre officines et centres de planification. Inclure les pharmaciens dans les instances de concertation sur la santé sexuelle au niveau territorial.

Au niveau national, ministère, Assurance maladie et les partenaires conventionnels (USPO / FSPF) : Inscrire une rémunération conventionnelle spécifique pour les entretiens pharmaceutiques en santé sexuelle dans le champ conventionnel. Adapter les critères de financement des nouvelles missions pour tenir compte des surcoûts structurels des territoires ultramarins. Étendre le cadre réglementaire du TROD VIH en officine à l'ensemble du territoire national, en s'appuyant sur les résultats des expérimentations en cours en Martinique, Guyane et Alpes- Maritimes.

Cette troisième partie a tenté de construire, étape par étape, la démonstration que le pharmacien d'officine peut constituer un maillon stratégique manquant dans le dispositif de santé sexuelle martiniquais, non pas parce qu'il est le seul acteur possible, mais parce qu'il est bien placé pour répondre simultanément aux multiples dimensions des barrières identifiées dans les parties précédentes.

La partie A établit sa légitimité professionnelle et réglementaire : un cadre juridique en expansion constante depuis 2009, des missions concrètes en contraception, dépistage et vaccination désormais encadrées et rémunérées, et une position de confiance unique dans le système de soins grâce à son maillage territorial, son accessibilité sans rendez-vous et la relation de proximité construite dans la durée avec sa patientèle. La partie B a confronté ce potentiel à la réalité du terrain martiniquais : des pratiques actuelles encore en deçà du possible, un déficit de formation qui conditionne l'aisance à intervenir, et des freins multidimensionnels (pratiques, culturels et organisationnels) qui se renforcent mutuellement et ne peuvent être levés que simultanément. La partie C a proposé un modèle d'intervention fondé sur cette double réalité : un référentiel d'actions structuré en trois horizons temporels, des conditions de réussite clairement identifiées, et des recommandations concrètes à destination des acteurs institutionnels qui ont le pouvoir de les mettre en œuvre.

En revanche, il est un message que cette étude ne véhicule pas, et qu'il est important de souligner explicitement. Le pharmacien ne pourrait à lui seul résoudre les insuffisances du système de santé sexuelle martiniquais. Il ne le peut pas, et ce n'est pas son rôle. Les inégalités structurelles documentées dans la partie II, verticalité institutionnelle, rigidité des financements, inadéquation culturelle des politiques nationales, appellent des réformes qui dépassent largement le champ de compétence de l'officine et un engagement de la profession sans quoi l'objectif ne pourrait être tenu. Ce que le pharmacien peut faire, en revanche, c'est occuper un espace que les autres acteurs ne couvrent pas : être présent là où les structures spécialisées sont absentes, accessible là où les barrières psychologiques bloquent le recours aux soins, et disponible là où le temps manque pour franchir le premier pas vers la prévention.

C'est précisément cet espace, discret, quotidien, ancré dans la communauté, que la politique de santé sexuelle martiniquaise n'a pas encore su mobiliser. Cette thèse a cherché à démontrer qu'il existe, qu'il est légitime, et que les conditions de sa mobilisation sont identifiables et atteignables. Il appartient désormais aux acteurs institutionnels, aux organisations professionnelles et aux pharmaciens eux-mêmes de s'en emparer.

CONCLUSION

Au terme de ce parcours, plusieurs apports peuvent être identifiés. Sur le plan descriptif, cette thèse documente de façon systématique l'écart entre les ambitions des politiques nationales et leur traduction effective en Martinique, en articulant données épidémiologiques, analyse institutionnelle et témoignages de professionnels de terrain. Sur le plan analytique, elle met en évidence que cet écart n'est pas uniquement quantitatif mais aussi qualitatif : il traduit une inadéquation entre des politiques pensées à partir d'un référentiel métropolitain et des réalités socio-culturelles qui lui sont partiellement étrangères. Sur le plan prospectif, elle propose un modèle d'action centré sur le pharmacien d'officine, dont la mise en œuvre ne suppose pas de réforme structurelle majeure, mais implique des ajustements ciblés et coordonnés entre les acteurs institutionnels, professionnels et de formation.

Plusieurs pistes de solutions ont été identifiées en réponse à ces freins : le renforcement des modules de santé sexuelle dans la formation initiale et continue des pharmaciens, l'intégration explicite de la pharmacie d'officine dans les dispositifs de coordination régionale tels que les CPTS, le développement d'outils de communication culturellement adaptés au contexte antillais, et la valorisation des expérimentations déjà en cours, notamment en matière de dépistage du VIH en officine.

Ce travail comporte néanmoins des limites qu'il convient de reconnaître. L'enquête qualitative réalisée auprès de treize professionnels ne prétend pas à la représentativité statistique : elle vise à illustrer et à éclairer des dynamiques, non à les mesurer. Par ailleurs, la Martinique, bien qu'elle constitue le cœur de l'analyse, ne peut être réduite à un cas généralisable mécaniquement : les autres territoires ultramarins partagent certaines des contraintes identifiées, mais présentent aussi des spécificités qui appellent des réponses adaptées à chaque contexte.

Ces limites ouvrent des perspectives de recherche. Une étude comparative systématique entre les différents DROM permettrait d'identifier les invariants et les variations dans les obstacles à l'accès à la santé sexuelle, et d'affiner les recommandations en conséquence. Des travaux évaluant l'impact réel des expérimentations de dépistage en officine sur l'accès au diagnostic du VIH en contexte ultramarin seraient également précieux pour étayer les arguments avancés ici sur des bases empiriques plus solides.

La question posée en introduction, les politiques nationales de santé sexuelle sont-elles adaptées aux spécificités de la Martinique ? appelle, au terme de ce travail, une réponse nuancée : elles constituent un cadre nécessaire, mais non suffisant. Leur effectivité dépend de la capacité des acteurs locaux à les territorialiser, à les adapter, et à mobiliser des ressources de proximité dont le pharmacien d'officine est, à bien des égards, l'une des plus précieuses.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de Guyane et de Martinique (1) - Légifrance [Internet]. [cité 21 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024403725>
2. SPF. VIH et IST bactériennes en Martinique. Bilan 2024. [Internet]. [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2025/vih-et-ist-bacteriennes-en-martinique.-bilan-2024>
3. SPF. VIH et IST bactériennes en Martinique. Bulletin du 6 juin 2025. [Internet]. [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2025/vih-et-ist-bacteriennes-en-martinique.-bulletin-du-6-juin-2025>
4. Giraud M. Une construction coloniale de la sexualité [Internet]. 1999. doi:10.3406/arss.1999.3293
5. Outre-mer la 1ère [Internet]. [cité 12 févr 2026]. [8 MARS] Femmes d’Outre-mer. Le Potomitan, force et souffrance des femmes antillaises. Disponible sur: <https://la1ere.franceinfo.fr/8-mars-femmes-d-outre-mer-le-potomitan-force-et-souffrance-des-femmes-antillaises-1373186.html>
6. Emeline Pierre. Le caractère subversif de la femme antillaise dans un contexte (post)colonial à partir de Mélody des faubourgs de Lucie Julia et La grande drive des esprits de Gisèle Pineau [Mémoire] [Internet]. Université du Québec à Montréal; 2007. Disponible sur: <https://archipel.uqam.ca/5159/1/M9918.pdf>
7. SPF. VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2023. [Internet]. [cité 18 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/vih-et-ist-bacteriennes-en-france.-bilan-2023>
8. Claire Aubin, Danièle Jourdain Menninger. Evaluation de la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l’éducation à la sexualité, à la contraception et à l’interruption volontaire de grossesse en Outre-mer [Internet]. Inspection générale des affaires sociales (IGAS); oct 2009. p. 129. Rapport n°s: RM2009-096A. Disponible sur: https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2009-096a_evaluation_de_la_mise_en_oeuvre_de_la_loi_du_4_juillet_2001_relative_a_l_education_a_la_sexualite_a_la_contraception_et_a_l_interruption_volontaire_de_grossesse_en_outre-mer.pdf
9. Fabrice Lenglard, Valerie Bauer-Eubriet, Élisabeth Castaing. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 [Etudes et résultats] [Internet]. Direction de la recherche, des études, des l’évaluation et des statistiques; sept 2023. p. 8. Etudes et résultats n°: 1281. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf?utm_source=chatgpt.com

10. Institut National du Cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : Feuille de route 2021-2025. Institut National du Cancer.
11. Bilan de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5ème au cours de l'année scolaire 2023-2024 en France [Edition Nationale]. Santé Publique France; janv 2025. p. 6.
12. Insee, ARS Martinique. Soins hospitaliers en Martinique : Des disparités territoriales marquées. Pages économiques et sociales des Antilles-Guyane. déc 2013.
13. Jean-Baptiste Herbet, Stéphane Luquet. Panorama de la pauvreté en Martinique : une diversité individuelles et territoriales. Direction Générale de l'Institut national de la statistique et des études économiques - Département de l'action régionale; oct 2023.
14. Dr Jean-Luc VOLUMENIE. Périnatalité en Martinique : état des connaissances et stratégies d'intervention. Santé Action. mars 2020;(451):9-12.
15. Sidaction. Tribune : Lutte contre le VIH/SIDA : sans les associations, nous perdrons le combat [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2025/09/tribune-sans-les-associations-nous-perdrons-le-combat.pdf>
16. Sénat [Internet]. 2025 [cité 19 mars 2026]. Financement des associations de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine-sida. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2025/qSEQ251006410.html>
17. Cartographie • CPTS Madinina [Internet]. 29 sept 2020 [cité 1 avr 2026]. Disponible sur: <https://cpts-madinina.org/cartographie/>
18. Toluna Harris Interactive pour Pharmacie Référence Groupe / Pharmactiv / Réseau santé. Les Français et leurs attentes vis-à-vis des pharmaciens [Internet]. 29 mars 2019 [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: <https://tolunacorporate.com/fr/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/>
19. Harris Interactive, AG2R La Mondiale. Sondage : les Français font confiance aux pharmaciens. Le Moniteur des pharmacies [Internet]. 26 oct 2021 [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/profession/socio-professionnel/sondage-les-francais-font-confiance-aux-pharmaciens>
20. 83 % des Français veulent confier plus de soins à leur pharmacien. Le Moniteur des pharmacies [Internet]. 13 juin 2025 [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/business/marches/83-des-francais-veulent-confier-plus-de-soins-a-leur-pharmacien>
21. World Health Organization (WHO). Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva; 2006. 30 p. (Sexual health document series).

22. Nations Unies. Programme d'Action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Fr-FINAL.pdf>
23. Ministère des Affaires sociales et de la Santé (sous l'autorité de la ministre Marisol Touraine). Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
24. Les enjeux de santé | Santé publique France [Internet]. 2025 [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/sante-sexuelle/les-enjeux-de-sante>
25. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *J Psychol.* 2007;250(7):56-60. doi:10.3917/jdp.250.0056
26. Maudet M. Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle. *Population.* 2017;72(4):701-28. doi:10.3917/popu.1704.0701
27. Le bilan est lourd : 840 millions de femmes sont victimes de violences conjugales ou sexuelles [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/19-11-2025-lifetime-toll--840-million-women-faced-partner-or-sexual-violence>
28. Violence à l'encontre des femmes: un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions->
29. Impact des violences sexuelles sur la santé mentale, le sommeil et la consommation de substances psychoactives - Constances [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.constances.fr/espace-scientifique/recherches-et-etudes/impact-des-violences-sexuelles-sur-la-sante-mentale-le-sommeil-et-la-consommation-de-substances-psychoactives/>
30. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_5.html
31. OHCHR [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Accès aux médicaments et droit à la santé. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/access-medicines-and-right-health>
32. Chaperon S. Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé: Paris, La Découverte, 2008, 609 p. *Clio Hist Femmes Sociétés.* 6 juill 2010;31(1):324-6. doi:10.4000/clio.9780
33. Entretien avec Nathalie Bajos sur les enjeux liés à l'intersectionnalité dans la prise en charge de la santé sexuelle pour mettre fin aux inégalités de genre - ANRS MIE [Internet].

2022 [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://anrs.fr/actualites/actualites/entretien-avec-nathalie-bajos-sur-les-enjeux-lies-lintersectionnalite-dans-la-prise/>

34. Berdugo F, Girard G, Marsicano É. Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique. *Santé Publique*. 2022;34(HS2):11-9. doi:10.3917/spub.hs2.0011
35. Santé Publique France. Discriminations : un enjeu majeur de santé publique [Dossier de presse]. 2021.
36. SPF. VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2024. [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/vih-et-ist-bacteriennes-en-france.-bilan-2024>
37. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/19-20/2025_19-20_0.html
38. Maud GELLY. Le droit à l'avortement en temps de crise sanitaire. *La santé en action*. sept 2020.
39. Des études montrent l'impact terrible de la COVID-19 sur les droits et la santé sexuelle et reproductive dans le monde | Fonds des Nations Unies pour la population [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/news/des-%C3%A9tudes-montrent-l%E2%80%99impact-terrible-de-la-covid-19-sur-les-droits-et-la-sant%C3%A9-sexuelle-et>
40. Observatoire des inégalités [Internet]. [cité 17 févr 2026]. Des conditions de vie difficiles dans les DOM. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Des-conditions-de-vie-difficiles-dans-les-DOM>
41. Pr Delobel Pierre. Epidémiologie et accès aux soins des personnes vivant avec le VIH le VHB ou le VHC dans les départements-régions et collectivités d'outremer [Internet]. ANRS et CNS (Conseil National du Sida et des hépatites virales); oct 2024. Disponible sur: https://cns.sante.fr/sites/cns-sante/files/2024/10/DROM-COM_Annexe_Rapport-dexperts_-20241021.pdf
42. Amelot F, Picot E, Meusy A, Rousseau C, Brun M, Guillot B. La syphilis à Montpellier de 2002 à 2011. Enquête dans le service de dermatologie du CHRU et au CDAG-CIDDIST. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 déc 2015;142(12):742-50. doi:10.1016/j.annder.2015.07.008
43. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html
44. Yashar E (CDC/NCHHSTP/DSTDP). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2021 [Internet]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/sti-statistics/media/pdfs/2024/07/2021-STD-Surveillance-Report-PDF_ARCHIVED-2-16-24.pdf

45. European Centre for disease prevention and control (ECDC). Syphilis - Annual Epidemiological Report 2021. 2021;10.
46. Syphilis Notifications Up by 70 Percent in Europe Since 2010 | Infection Control Today [Internet]. 2019 [cité 5 nov 2025]. Disponible sur: https://www.infectioncontrolday.com/view/syphilis-notifications-70-percent-europe-2010?utm_source=chatgpt.com
47. Un nouveau rapport signale une augmentation importante des infections sexuellement transmissibles, dans un contexte difficile de lutte contre le VIH et l'hépatite [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/21-05-2024-new-report-flags-major-increase-in-sexually-transmitted-infections---amidst-challenges-in-hiv-and-hepatitis>
48. Contexte des sexualités en France. Santé sexuelle - Contexte des sexualités en France [Internet]. 2023 [cité 5 nov 2025]. Disponible sur: <https://csf.inserm.fr/resultats/sante-sexuelle/>
49. United Kingdom Health Security Agency. Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae in England and Wales. juin 2022;54.
50. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
51. Pr Delobel Pierre. Epidémiologie et déterminants sociaux de l'infection VIH en France. oct 2024;71.
52. Inégalités sociales de santé, quelles barrières à l'accès aux soins et la prévention ? Sidaction [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/transversal/inegalites-sociales-de-sante-queelles-barrieresa-lacces-aux-soins-et-la-prevention/>
53. L'Actu vue par Remaides : « VIH : les jeunes confrontés-es aux fausses informations et à l'exposition au risque » | Aides [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.aides.org/actualite/lactu-remaidess-vih-jeunes-confrontes-fausses-informations>
54. Europe : l'OMS s'inquiète de la baisse de l'utilisation du préservatif chez les adolescents. vih.org [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20240829/europe-loms-sinquiete-de-la-baisse-de-lutilisation-du-preservatif-chez-les-adolescents/>
55. Epelboin L, Abboud P, Abdelmoumen K, About F, Adenis A, Blaise T, et al. Panorama des pathologies infectieuses et non infectieuses de Guyane en 2022. Médecine Trop Santé Int. 17 févr 2023;3(1):mtsi.v3i1.2023.308. doi:10.48327/mtsi.v3i1.2023.308 PubMed PMID: 37389381; PubMed Central PMCID: PMC10300792.

56. SPF. Bulletin de santé publique VIH et IST en Guyane. Décembre 2022. [Internet]. [cité 11 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-guyane.-decembre-2022>
57. Agence Régionale de Santé Guyane. Stratégie Régionale Santé sexuelle en Guyane 2022-2024 [Internet]. 2025. Disponible sur: https://www.guyane-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2022/11/1668034371/import-base-doc/DOCS/DOC00137.pdf?utm_source=chatgpt.com
58. RCI [Internet]. [cité 19 mars 2026]. Deux bus “santé” et “social” pour lutter contre les déserts médicaux en Martinique. Disponible sur: <https://rci.fm/martinique/infos/Social/Deux-bus-sante-et-social-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-en-Martinique>
59. Nations Unies Assemblée Générale. Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d’ici à 2030 [Internet]. juin 2021. Rapport 74ème séance plénière. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_fr.pdf
60. Pascal PUGLIESE, Albane GAILLOT. Les déterminants sociaux doivent être au coeur de la stratégie nationale de santé sexuelle. Bull Épidémiologique Hebd. 2025;352-3.
61. Thierry LANG. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de la Santé Publique; déc 2009.
62. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 nov 2025]. Disponible sur: https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur?utm_source=chatgpt.com
63. Maxwell CJ, Abdalla MH, Kitancho S. Factors Associated with Lower HIV Testing Rates in an Insured Urban Population. J Natl Med Assoc. 1 déc 2020;112(6):593-6. doi:10.1016/j.jnma.2020.05.003
64. CDC. High Quality Care - Access and Delivery [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2025]. HIV Preventative Service Coverage Tables. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/high-quality-care/hcp/resources/hiv-preventative-service-coverage.html>
65. Sood N, Wagner Z, Wu Y. The Impact of Insurance on HIV Testing. Am J Health Econ. nov 2015;1(4):515-36. doi:10.1162/AJHE_a_00028
66. Contraception : des inégalités persistantes selon le revenu des femmes | INED [Internet]. [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos->

demo/focus/contraception-des-disparites-utilisation-entre-les-femmes-selon-le-niveau-de-revenu/

67. Marylise Dehon, Claire Grangé, Sébastien Merceron, Pierre Thibault. Les femmes à Mayotte : Une situation souvent précaire, mais des progrès en matière de formation et d'emploi [Insee dossier Mayotte]. INSEE et Préfecture de Mayotte; juill 2022. p. 48. Insee dossier Mayotte n°: 3.
68. Mayotte : les chiffres clés d'une situation explosive | Fondation IFRAP [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.ifrap.org/etat-et-collectivites/mayotte-les-chiffres-cles-dune-situation-explosive>
69. Sénat [Internet]. 2025 [cité 20 mai 2026]. Situation alarmante de la gynécologie médicale en France. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2025/qSEQ250504680.html>
70. Jean-Michel Arnaud, Bruno Belin, Nadège Havet, Pierre Médevielle, Marie-Pierre Monier, Guylène Pantel, et al. Femmes et ruralités : en finir avec les zones blanches de l'égalité [Internet]. Sénat - Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances; oct 2021. Rapport n°: 60, tome I. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-1-syn.pdf>
71. Duranthon A, Parayre I. Place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention en milieu rural. Sages-Femmes. 1 sept 2021;20(5):51-4. doi:10.1016/j.sagf.2021.06.014
72. Servy Alice. Medical evacuations in French Polynesia: understanding the mechanisms that constrain or facilitate access to care, based on the experience of cancer patients. Fondation Croix Rouge Française; juin 2022. (Les papiers de la fondation; n° 37).
73. ONUSIDA. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH - un élément essentiel des programmes nationaux de lutte contre le SIDA [Internet]. Genève; 2009. (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida). Disponible sur: https://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1521_stigmatisation_fr.pdf
74. Observatoire SIS Association, Fanette BLAIZEAU. Enquête discriminations. 2019.
75. Sandrine HALFEN, Nathalie LYDIÉ. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/SIDA et à d'autres risques sexuels [Internet]. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2014. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/266223702_Les_habitants_des_Antilles_et_de_la_Guyane_face_au_VIHsida_et_a_d'autres_risques_sexuels
76. Lumni Enseignement [Internet]. [cité 20 mai 2026]. LGBTQIA+ : le glossaire. Disponible sur: <https://enseignants.lumni.fr/parcours/1493/lgbtqia-le-glossaire.html>
77. L'ONUSIDA enjoint à tous les pays à décriminaliser l'homosexualité, car c'est une étape vitale pour garantir la santé de toutes les personnes | UNAIDS [Internet]. [cité 20 mai 2026].

Disponible sur:
https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/may/20230517_idahobit

78. Nathalie LYDIÉ. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT) en France [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/rapport-synthese/ampleur-et-impact-sur-la-sante-des-discriminations-et-violences-vecues-par-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexual-le-s-et-trans-lgbt-en-france>
79. Crowe A, Hogan P, Morrison C, Meads C, Bailey D. Towards inclusive healthcare: evaluating knowledge, confidence and awareness of LGBTQ + health among Internal Medicine Trainees in London. BMC Med Educ. 7 août 2024;24(1):851. doi:10.1186/s12909-024-05827-y PubMed PMID: 39112977; PubMed Central PMCID: PMC11308546.
80. LGBTQ + cultural competency training for health professionals: a systematic review | BMC Medical Education | Full Text [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-023-04373-3?utm_source=chatgpt.com
81. Wille L, Jewell T, Wolfe A, Peterson E, Shaughnessy A, Roblee C, et al. Insufficient LGBTQ+ education across disciplines suggested by national survey of health professionals in training. PloS One. 2025;20(1):e0316931. doi:10.1371/journal.pone.0316931 PubMed PMID: 39761251; PubMed Central PMCID: PMC11703085.
82. Mahaut Chaudouet-Delmas. Rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France à l'heure de la polarisation [Internet]. Haut Conseil à l'Egalité; janv 2025. p. 76. Rapport n°: 2024-01-22-STER-61. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/296926.pdf?utm_source=chatgpt.com
83. Evelynne LIOUVILLE, Anne-Marie ROMULUS. Education à la sexualité en milieu scolaire. Inspection Générale de l'éducation, du sport et de la recherche; juill 2021. Rapport n°: 2021-149.
84. World Health Organization. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) : early childhood development.
85. SEXUALITÉ, PROCRÉATION ET RELIGION : LE CATHOLICISME [Internet]. [cité 19 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.centredurologiepradolouvain.fr/details-sexualite+procreation+et+religion+le+catholicisme-232.html>
86. Aletheia [Internet]. [cité 19 mars 2026]. Euthanasie, mariage pour tous, IVG : l'Église évangélique défend l'objection de conscience. Disponible sur: <https://fr.aletheia.org/2017/08/31/euthanasie-mariage-pour-tous-ivg-leglise-evangelique-defend-lobjection-de-conscience/>

87. Maleche A, Jallow W, Limo J, Wafula T, Wambua S. We will not end AIDS: addressing the anti-rights movements. *J Int AIDS Soc.* 28 févr 2025;28(3):e26429. doi:10.1002/jia2.26429 PubMed PMID: 40017380; PubMed Central PMCID: PMC11868731.
88. UNESCO, WHO, UNFPA, UNICEF, UNAIDS. The journey towards comprehensive sexuality education. Paris; 2021.
89. JORF n°0208 du 01/08/1920. p. 10934.
90. La marche vers la loi - Événements - Anniversaire loi Veil - Assemblée nationale [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil/la-marche-vers-la-loi>
91. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation - Focus - Les mémos de la démo. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/>
92. Chauveau S. Les espoirs déçus de la loi Neuwirth. *Clio Femmes Genre Hist.* 1 nov 2003;(18):18. doi:10.4000/clio.623
93. Chronologie des droits des femmes | vie-publique.fr [Internet]. 2025 [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19590-chronologie-des-droits-des-femmes>
94. ina.fr [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Le MLF, histoire d'un combat féministe | INA. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/le-mlf-histoire-d-un-combat-feministe>
95. Droit national en vigueur - Codes - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=re2RzfC5OjpdQ6eLAfAX>
96. Assemblée Nationale. Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances : texte intégral des débats à l'Assemblée Nationale [Internet]. 1967. p. 232. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/1967_legalisation_pilule.pdf
97. Sénat [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Proposition de loi visant à reconnaître le préjudice subi par les personnes condamnées sur le fondement de la législation pénalisant l'avortement, et par toutes les femmes, avant la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/I24-431/I24-431.html>
98. Caroline. Manifeste des 343. France Mémoire [Internet]. 8 nov 2021 [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.france-memoire.fr/manifeste-des-343/>
99. à 00h00 PCCL 9 mai 2000. leparisien.fr [Internet]. 2000 [cité 22 mai 2026]. La pilule : 40 ans et toujours trop chère. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/la-pilule-40-ans-et-toujours-trop-cher-09-05-2000-2001363199.php>

100. Égalité et droits des femmes dans la sphère privée | Vie publique [Internet]. 2026 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19592-egalite-et-droits-des-femmes-dans-la-sphere-privee>
101. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0284 du 05/12/1974 (accès protégé) [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=rTTYfh4FpArefqOj42Pz&pagePdf=3>
102. Les procès de Bobigny 1972 pour avortement, Gisèle Halimi | vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/287131-les-proces-de-bobigny-1972-pour-avortement-gisele-halimi>
103. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
104. Zancarini-Fournel M. Contraception et avortement dans les Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique, 1964-1975). *Clio Femmes Genre Hist.* déc 2019;(50):50. doi:10.4000/clio.17067
105. Il suffit d'écouter les femmes - Documentaire en replay [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.france.tv/documentaires/documentaires-societe/6808333-il-suffit-d-ecouter-les-femmes.html>
106. Gordien A. Guadeloupéennes avant d'être femmes. *Esclavages Post-Esclavages Slaveries Post-Slaveries.* 15 mai 2024;(9). doi:10.4000/11oa0
107. ina.fr [Internet]. [cité 5 juin 2026]. 1973 : récit des débuts agités de l'éducation sexuelle à l'école | INA. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/education-sexuelle-information-sexuelle-enseignement-ecole-secondaire-enfant-gabriel-attal>
108. Zebina MZ, Thiot M, Merle S. La sexualité des adolescent·e·s en Martinique: Le poids des représentations dans les rapports sexuels. *Agora Débatsjeunesses.* 31 mai 2021;88(2):27-44. doi:10.3917/agora.088.0027
109. Cantacuzène R. Modèles d'éducation, virilité ostentatoire et déficit d'expression de l'intime dans la construction sociale de la masculinité en Martinique. *Serv Soc.* 2013;59(1):129-44. doi:10.7202/1017484ar
110. Éducation à la sexualité des élèves : chronologie | vie-publique.fr [Internet]. 2025 [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/296527-education-la-sexualite-des-eleves-chronologie>
111. Ministère de l'Éducation: Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale BO N°46 du 10 décembre 1998 - enseignement élémentaire et secondaire [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/1998/46/ensel.htm>
112. Institut Pasteur [Internet]. 2024 [cité 13 nov 2025]. 40 ans de découverte du VIH : les premiers cas d'une maladie mystérieuse au début des années 1980. Disponible sur:

<https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/40-ans-decouverte-du-vih-premiers-cas-maladie-mysterieuse-au-debut-annees-1980>

113. NobelPrize.org [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Nobel Prize in Physiology or Medicine 2008. Disponible sur: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2008/summary/>
114. Histoire et victoires de l'association [Internet]. [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <http://www.aides.org/histoire-et-victoires-de-lassociation>
115. KBAIER DL. VIH & SIDA : Des prémices à aujourd'hui. Biogroup [Internet]. 3 juin 2022 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://biogroup.fr/blog-sante/infectiologie/histoire-du-vih/>
116. Comité français d'éducation pour la Santé. Le SIDA, il ne passera pas par moi. avr 1987;(Avril 1987):1.
117. Londres B de. La poignée de main de la princesse Diana contre le Sida - Le blog du Bureau de Londres [Internet]. 2017 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://blog.franceinfo.fr/bureau-londres/2017/04/09/la-poignee-de-main-de-la-princesse-diana-contre-le-sida.html>
118. notre-historique - Action Sida Martinique [Internet]. 23 juin 2022 [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: https://actionsidamartinique.org/?wptl_scbd=notre-historique
119. Jean-Marie Paulot, Vachey L, Mejane J. Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie Française [Internet]. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) / Inspection générale de l'administration (IGA) / Inspection Générale des finances (IGF); avr 2019. p. 287. Rapport IGAS n°2018-104R / IGA n°18074-R / IGF n°2018-M062-03. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/273394.pdf>
120. ResearchGate [Internet]. [cité 13 nov 2025]. (PDF) Surveillance de l'infection à VIH et du Sida en Polynésie française - Situation au 31/10/2001. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/315375098_Surveillance_de_linfection_a_VIH_et_du_Sida_en_Polynesie_francaise_-_Situation_au_31102001
doi:10.13140/RG.2.2.36828.18569
121. Geneste C., Chauffert O., Rondenet A., Gouezel P., Pillonel J. Bilan d'activité des consultants de dépistage anonyme et gratuit du VIH 1988-1995. Bull Épidémiologique Hebd. 24 sept 1996;(39):2.
122. Cadre d'orientation stratégique 2018-2028. Agence Régionale de Santé Guyane; 2018.
123. Loi réparation condamnation pour homosexualité entre 1945 et 1982 | vie-publique.fr [Internet]. [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/291944-loi-reparation-condamnation-pour-homosexualite-entre-1945-et-1982>

124. La répression de l'homosexualité en France : résumé des épisodes précédents. Fondation Jean-Jaurès [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.jean-jaurès.org/publication/la-repression-de-lhomosexualite-en-france-resume-des-episodes-precedents/>
125. Collège de Psychologie Analytique, psychanalystes et psychothérapeutes jungiens [Internet]. 2020 [cité 22 mai 2026]. Dépathologisation de l'homosexualité dans le DSM. Disponible sur: <https://www.collegedepsychologieanalytique.com/2020/09/20/souvenirs-de-la-d%C3%A9pathologisation-de-l-homosexualit%C3%A9-dans-le-dsm/>
126. Prononcé le 17 mai 2010 - Déclaration commune du ministère des affaires étrangères et européennes | Vie publique [Internet]. 2010 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/179016-declaration-commune-du-ministere-des-affaires-etrangees-et-europeennes>
127. ina.fr [Internet]. [cité 13 nov 2025]. 1991-2003 : l'affaire du sang contaminé | INA. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/1991-2003-l-affaire-du-sang-contamine>
128. Olivier Véran. La filière du sang en France [Internet]. Assemblée Nationale; juill 2013. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Veran_filiere-sang.pdf
129. Loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament. - Légifrance [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000178299/>
130. Christian ROLLET. Evaluation de la politique de lutte contre le SIDA 1994-2000 [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/25834-la-politique-de-lutte-contre-le-sida-1994-2000>
131. La politique de lutte contre le VIH/SIDA. Cour des comptes; 2001.
132. ICI, le média de la vie locale [Internet]. 2019 [cité 22 mai 2026]. ACT UP a 30 ans : alerter, choquer, briser le silence autour du sida - ICI. Disponible sur: <https://www.ici.fr/infos/societe/act-a-30-ans-alerter-choquer-briser-le-silence-autour-du-sida-1559824267>
133. Act Up-Paris a 10 ans - Act Up-Paris [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://site-2003-2017.actupparis.org/spip.php?article2723>
134. ina.fr [Internet]. [cité 14 nov 2025]. La contraception d'urgence en France : 50 ans d'évolution | INA. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/pilule-du-lendemain-contraception-d-urgence>
135. Prononcé le 29 décembre 1999 - Lettre de Mme Ségolène Royal, ministre déléguée à l'enseignement scolaire | Vie publique [Internet]. 1999 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/139300-lettre-de-mme-segolene-royal-ministre-deleguee-lenseignement-scolair>

136. LOI n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence (1) - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000755450>
137. Bulletin Officiel n°2001-43 [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-43/a0432832.htm>
138. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588. 4 juill 2001.
139. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes - APHP DAJDP [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/loi-n-2014-873-du-4-aout-2014-pour-legalite-reelle-entre-les-femmes-et-les-hommes/?utm_source=chatgpt.com
140. Le droit à l'avortement | ivg.gouv.fr [Internet]. 2022 [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/le-droit-lavortement>
141. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031663208>
142. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. 2016-865. 29 juin 2016.
143. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41. 26 janv 2016.
144. Article 11 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001262582
145. Marie-Hélène CUBAYNES, Zinna BESSA, Bernard FALIU, Laurence CATE. Plan national de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Direction Générale de la Santé; nov 2010.
146. Eléonore Gratiot-Taicher. Ipergay, l'essai de prévention du sida qui fait polémique [Internet]. 26 mars 2012 [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2012/03/26/ipergay-l-essai-de-prevention-du-sida-qui-fait-polemique_1674408_3224.html
147. Ipergay - L'essai [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Ipergay ANRS – Essai PrEP & prévention VIH chez les HSH. Disponible sur: <https://www.ipergay.fr/>
148. La Prep en France: Une recommandation temporaire d'utilisation en cours d'instruction. vih.org [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20150224/la-prep-en-france-une-recommandation-temporaire-dutilisation-en-cours-dinstruction/>

149. Cespharm, Société française de lutte contre le SIDA. Accompagner la dispensation d'un autotest VIH à l'officine. 2019.
150. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Autotests de dépistage du VIH. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1768844/fr/autotests-de-depistage-du-vih
151. Combien coûte un dépistage du VIH ? Sida Info Service [Internet]. 23 févr 2017 [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/combien-coute-un-depistage-du-vih/>
152. Greacen T, Simon A, Troisoeufs A, Champenois K. Les enjeux de l'autotest VIH en officine perçus par des pharmaciens et des populations concernées en France. Santé Publique. 25 sept 2020;32(2):229-37. doi:10.3917/spub.202.0229
153. LOI n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. 2004-800. 6 août 2004.
154. LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (1) - Légifrance [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024323102>
155. Tertrais C. Institut Européen de Bioéthique [Internet]. 2020 [cité 22 mai 2026]. Cartographie et synthèse - Procréation médicalement assistée (Europe 2019). Disponible sur: <https://ieb-eib.org/fr/procreation-medicalement-assistee/texte-legislatif-cartographie-et-synthese-procreation-medicalement-assistee-europe-2019>
156. Comment fonctionne la PMA en Europe. European Data Journalism Network - EDJNet [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: https://www.europeandatajournalism.eu/fr/cp_data_news/comment-fonctionne-la-pma-en-europe/
157. LE TOURISME REPRODUCTIF | Centro Médico Manzanera [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://centromedicomanzanera.com/fr/turismo-reproductivo/>
158. Une campagne contre l'excision et les mariages forcés [Internet]. 14 avr 2009 [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2009/04/14/une-campagne-contre-l-excision-et-les-mariages-forces_1180443_3224.html
159. LOI n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel (1). 2012-954. 6 août 2012.
160. Pascale Vion. Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses [Etude] [Internet]. Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE); 2014. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Etudes/2014/2014_25_combattre_violence_femmes.pdf?utm_source=chatgpt.com

161. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295. 2 mars 2022.
162. à 14h11 PCML 20 janvier 2021. leparisien.fr [Internet]. 2021 [cité 22 mai 2026]. Délai légal de l'IVG : «2000 femmes par an se rendent à l'étranger pour pratiquer un avortement». Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/sentinelles/delai-legal-de-livg-2000-femmes-par-an-se-rendent-a-letranger-pour-pratiquer-un-avortement-20-01-2021-JIRNMMJNFJGM7GENENI6SRYYGU.php>
163. Question écrite n° 5383 [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QE5383>
164. Bettahar K, Koch A, Deruelle P. Interruption volontaire de grossesse entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée : place de la technique médicamenteuse. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 nov 2022;50(11):735-40. doi:10.1016/j.gofs.2022.09.010
165. Article 38 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490
166. Le Figaro [Internet]. 2024 [cité 22 mai 2026]. Les sages-femmes pourront pratiquer les IVG instrumentales comme les médecins. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/les-sages-femmes-pourront-pratiquer-les-ivg-instrumentales-comme-les-medecins-20240424>
167. Décret n° 2024-367 du 23 avril 2024 modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049465183>
168. Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048573657>
169. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Journée mondiale de la contraception : des avancées majeures en matière d'accès à la contraception en France. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/journee-mondiale-de-la-contraception-des-avancees-majeures-en-matiere-d-acces-a>
170. Décret n° 2022-258 du 23 février 2022 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception et aux frais liés aux passages dans les structures des urgences des établissements de santé - Légifrance [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045245276>

171. CNOP [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Délivrance de préservatifs aux moins de 26 ans sans prescription : mode d'emploi. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/delivrance-de-preservatifs-aux-moins-de-26-ans-sans-prescription-mode-d-emploi>
172. L'IVG dans la Constitution | ivg.gouv.fr [Internet]. 2024 [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/livg-dans-la-constitution>
173. Bulletin officiel n°46 du 14 décembre 2006 [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/bo/2006/46/MENE0603070C.htm?utm_source=chatgpt.com
174. Création de la Maison des Femmes, de la Mère et de l'Enfant de La Réunion [Internet]. 2024 [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/creation-de-la-maison-des-femmes-de-la-mere-et-de-lenfant-de-la-reunion>
175. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038811571/>
176. info.gouv.fr [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Dans l'actu : les soins palliatifs et la fin de vie. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/dans-lactu-les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie>
177. Effet de la pandémie COVID-19, le nombre de dépistages et de nouveaux diagnostics du VIH est en baisse en 2020. Connaître son statut sérologique, c'est accéder au plus tôt aux traitements et à leur effet préventif [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/effet-de-la-pandemie-covid-19-le-nombre-de-depistages-et-de-nouveaux-diagnostics-du-vih-est-en-baisse-en-2020.-connaître-son-statut-serologique-c>
178. Nations U. United Nations [Internet]. United Nations; [cité 17 nov 2025]. Déclaration universelle des droits de l'homme | Nations Unies. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
179. OHCHR [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
180. Nations Unies. Déclaration et Programme d'action de Beijing [Internet]. 1995. Disponible sur: https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf?utm_source=chatgpt.com

181. APCE - Résolution 2331 (2020) - Autonomiser les femmes: promouvoir l'accès à la contraception en Europe [Internet]. [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28675&lang=FR>
182. Sécurité sociale [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Sécurité sociale - Succès et échecs de la Sécurité sociale vus par Pierre Laroque - Ina.fr. Disponible sur: <http://fresques.ina.fr/securite-sociale/fiche-media/Secuso00041/succes-et-echecs-de-la-securite-sociale-vus-par-pierre-laroque.html>
183. Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000698857/>
184. Bibliothèque des Droits de l'Homme de l'Université du Minnesota [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: <https://hrlibrary.umn.edu/instree/french/l2ptichf.htm>
185. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 RELATIVE A LA COUVERTURE DES FRAIS AFFERENTS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE NON THERAPEUTIQUE ET AUX MODALITES DE FINANCEMENT DE CETTE MESURE. 82-1172. 31 déc 1982.
186. UNECE. Rapport de mise en oeuvre par la France de la Plateforme d'action de Pékin (Pékin + 25) à la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe [Internet]. 2019. Disponible sur: https://unece.org/fileadmin/DAM/Gender/Report_FRANCE_B_25.pdf?utm_source=chatgpt.com
187. N° 1026 - Projet de loi autorisant la ratification de la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl1026.asp?utm_source=chatgpt.com
188. Le texte intégral de la Déclaration de Vienne. vih.org [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: <https://vih.org/drogues-et-rdr/20101103/le-texte-integral-de-la-declaration-de-vienne/>
189. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 17 nov 2025]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_5.html?utm_source=chatgpt.com
190. Committee on Economic, Social, and Cultural Rights. General comment No.22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). United Nations; mai 2016.
191. Parlement Européen. La santé et les droits génésiques et sexuels dans l'Union, dans le cadre de la santé des femmes. Journal Officiel de l'Union Européenne. 24 juin 2021.
192. Ministère des Solidarités et de la Santé (sous l'autorité du ministre Olivier Véran, comité de pilotage présidé par le Pr François Dabis). Feuille de route stratégie nationale de santé

- sexuelle 2021-2024 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
193. La Stratégie Santé Outre mer [Internet]. 2017 [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/la-strategie-sante-outre-mer-0>
194. Agence régionale de santé Martinique | Martinique [Internet]. [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/>
195. France L 2030 en. L'Agenda 2030 en France [Internet]. 2025 [cité 17 nov 2025]. 17 Objectifs de développement durable. Disponible sur: <https://www.agenda-2030.fr/17-objectifs-de-developpement-durable/>
196. Qu'est-ce que le chemsex ? Sidaction [Internet]. [cité 18 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/information/qu-est-ce-que-le-chemsex/>
197. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 18 nov 2025]. Des COREVIH aux CoReSS, une nouvelle approche de la santé sexuelle. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/des-corevih-aux-coress-une-nouvelle-approche-de-la-sante-sexuelle>
198. Ministère des Solidarités et de la Santé (sous l'autorité de la ministre Agnès Buzyn). Stratégie nationale de santé 2018-2022 - Dossier de présentation [Internet]. 2017. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf?utm_source=chatgpt.com
199. 759 000 nouveau-nés en France en 2018 : seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans - Insee Première - 1773 [Internet]. [cité 18 nov 2025]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194?utm_source=chatgpt.com
200. Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles - Légifrance [Internet]. [cité 18 nov 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030824409?utm_source=chatgpt.com
201. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051024>
202. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé - Légifrance [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037051110>
203. Article L312-16 - Code de l'éducation - Légifrance [Internet]. [cité 18 mars 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349

204. Ministère de l'Éducation nationale [Internet]. [cité 18 mars 2026]. Enseignements primaire et secondaire. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
205. Ministère des Solidarités et de la Santé, Gouvernement français. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 - Dossier de Presse [Internet]. 26 sept 2022. Disponible sur: https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2023/DP_PLFSS_2023.pdf
206. CNAM, FSPF, USPO, UNOCAM. Convention Nationale des Pharmaciens titulaires d'officine. 31 mars 2022.
207. Mon bilan prévention par les médecins, un temps d'échange dédié à la prévention [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>
208. CNOP [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Contraception d'urgence : 100 % prise en charge par l'Assurance maladie. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/contraception-d-urgence-100-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie>
209. Stéphanie RIST. La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action. Assemblée Nationale; avr 2025.
210. Communiqué de presse - Les kinésithérapeutes prochainement intégrés au dispositif « Mon bilan prévention ». Ordre des masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. 14 juin 2024 [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/communique-de-presse-les-kinesitherapeutes-prochainement-integres-au-dispositif-mon-bilan-prevention/>
211. Cap'infos [Internet]. 2025 [cité 26 mars 2026]. Déserts médicaux : pourquoi la Martinique a été écartée du nouveau plan national. Disponible sur: <https://cap-infos.fr/deserts-medicaux-pourquoi-la-martinique-a-ete-ecartee-du-nouveau-plan-national/>
212. La Martinique en bref | Ministère de la Culture [Internet]. 2014 [cité 2 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/regions/dac-martinique/la-direction-des-affaires-culturelles-dac/la-martinique-en-bref>
213. GRAN Martinique géographie et histoire [Internet]. [cité 31 mai 2026]. Disponible sur: <https://archeonavale.org/martinique/pages/martiniq.html#geographie>
214. L'essentiel sur... la Martinique | Insee [Internet]. [cité 8 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482393>
215. La baisse des naissances est la plus forte des régions françaises - Bilan démographique 2024 en Martinique - Insee Flash Martinique - 216 [Internet]. [cité 2 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8557632>

216. Quel est le statut de la Guyane et de la Martinique ? | Vie publique [Internet]. 2025 [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/20148-quel-est-le-statut-de-la-guyane-et-de-la-martinique>
217. Article L7251-1 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024410777
218. Estimations de population - Ensemble - Martinique | Insee [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001760177>
219. Population légale 2010 Martinique - Premiers Résultats | Insee [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291349>
220. 361 225 habitants en Martinique au 1er janvier 2020 - Insee Flash Martinique - 177 [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6681780>
221. Un tiers des Martiniquais sont limités dans leurs activités pour raison de santé en 2019 - Insee Analyses Martinique - 46 [Internet]. [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5390896>
222. SPF. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Édition Martinique. [Internet]. [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport-synthese/2025/barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024.-edition-martinique>
223. VIH et IST bactériennes en Martinique. Bilan 2023. | Santé publique France [Internet]. 2024 [cité 31 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions-et-territoires/antilles/bulletin-regional/vih-et-ist-bacteriennes-en-martinique-bilan-2023>
224. Halfen S, Lydié N, Esvan M, Diter K. Connaissances, opinions et utilisation des préservatifs dans la population générale adulte de Guadeloupe, Martinique et Guyane : évolutions 2004-2011. 2013;(39-40):496-503.
225. Santé reproductive - Contexte des sexualités en France [Internet]. [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: <https://csf.inserm.fr/resultats/sante-reproductive/>
226. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 12 févr 2026]. Devenir parent sans vivre en couple : une situation fréquente en outre-mer - Population et Sociétés - Ined éditions. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/devenir-parent-sans-vivre-en-couple-une-situation-frequente-en-outre-mer/>
227. Haute Autorité de Santé (HAS). Etats des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

228. Marie CV, Breton D. Les « modèles familiaux » dans les Dom : entre bouleversements et permanence. Ce que nous apprend l'enquête Migrations, famille et vieillissement [Internet]. 2015. doi:10.3406/caf.2015.3075
229. Contraception : dispositifs et remboursements [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception>
230. Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire - Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/le-recours-et-le-non-recours-la>
231. info.gouv.fr [Internet]. [cité 20 mars 2026]. Contraception : tout savoir sur les dispositifs et leur remboursement. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/contraception-tout-savoir-sur-les-dispositifs-et-leur-remboursement>
232. Assurance Maladie. Contraception [Internet]. 2025 [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/delivrance-contraception>
233. VIDAL [Internet]. 2023 [cité 20 mars 2026]. Prix et dispensation des contraceptifs hormonaux. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/cout.html>
234. Philippe Clarenc. Etats des lieux de l'illettrisme en Martinique. Vol. 8. mars 2018;Insee Dossier Martinique8.
235. Davantage d'illectronisme dans les communes éloignées des villes et les petits pôles urbains - Insee Analyses - 85 [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7636058>
236. Amélioration sur le front de l'illettrisme - Insee Analyses Martinique - 14 [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2530706>
237. En Martinique, un quart des jeunes de 15 à 29 ans ne sont ni en emploi, ni en études, ni en formation - Insee Analyses Martinique - 62 [Internet]. [cité 17 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6968060#graphique-figure4>
238. Chapitre 1er : L'obligation scolaire. (Articles L131-1 à L131-13) - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006166564>
239. CRPLC - UMR 8053 - CNRS, Nadine Lefaucheur, Roger Cantacuzène, Joëlle Kabile, Paola Lavra, Myriam Thiot, et al. Monoparentalité et précarité : Qui nourrit, qui doit ou devrait nourrir l'enfant ? Mères seules et pères absents à la Martinique [Dossier d'étude]. 2019.

240. Loû AD du. Contraception : les couples et l'Église font chambre à part. Études. 3 nov 2015;(11):31-42. doi:10.3917/etu.4221.0031
241. Humanae Vitae (25 juillet 1968) [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: http://www.vatican.va/content/paul-vi/fr/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html
242. BAJOS N, MOREAU C. FECOND « Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles » en France métropolitaine - Volet Population Générale (2009-2011) [Internet]. National Institute for Demographic Studies; 2018 [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: <https://data.ined.fr/index.php/catalog/61> doi:10.48756/INED-IE0233A-1253
243. Martinique La 1ère [Internet]. [cité 20 mars 2026]. Journée mondiale de lutte contre le sida : la Martinique renforce la prévention et multiplie les actions ce lundi 1er décembre. Disponible sur: <https://la1ere.franceinfo.fr/martinique/journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-la-martinique-renforce-la-prevention-et-multiplie-les-actions-ce-lundi-1er-decembre-1648378.html>
244. Dr François Arnault. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2025. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-10/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
245. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? [Internet]. mars 2021;(76). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
246. Zonage médecins – Présentation de la méthodologie et du classement du territoire [Internet]. 2025 [cité 25 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/zonage-medecins-presentation-de-la-methodologie-et-du-classement-du-territoire>
247. 7 ans déjà : retour sur l'aventure du TCSP en Martinique | Martinique Transport [Internet]. [cité 25 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.martiniquetransport.mq/2025/08/7-ans-deja-retour-sur-laventure-du-tcsp-en-martinique/>
248. Lefaucheur N, Mulot S. La construction et les coûts de l'injonction à la virilité en martinique. In: Dulong D, Neveu E, Guionnet C, éditeurs. Boys don't cry! : Les coûts de la domination masculine [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2012 [cité 5 juin 2026]. p. 207-29. (Le sens social). Disponible sur: <https://books.openedition.org/pur/67140> doi:10.4000/books.pur.67140
249. SPF. Préservatif gratuit [Affiche 40x60cm] [Internet]. [cité 4 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/preservatif-gratuit-affiche-40x60cm>

250. Martinique La 1ère [Internet]. [cité 4 mars 2026]. Et si on parlait de la santé sexuelle des Martiniquais ? Disponible sur: <https://la1ere.franceinfo.fr/martinique/et-si-on-parlait-de-la-sante-sexuelle-des-martiniquais-1403658.html>
251. Du 2 au 8 juin c'est la semaine de la Santé Sexuelle 2025 • CGSS Martinique [Internet]. 2025 [cité 4 mars 2026]. Disponible sur: <https://cgss-martinique.fr/du-2-au-8-juin-cest-la-semaine-de-la-sante-sexuelle-2025/>
252. Prévention dans les Dom : adapter les campagnes de communication au contexte local. | Santé publique France [Internet]. 2009 [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/article/prevention-dans-les-dom-adapter-les-campagnes-de-communication-au-contexte-local>
253. Lamoureux P. Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé. Trib Santé. 2005;9(4):35-42. doi:10.3917/seve.009.42
254. Santé dans les Outre-mer, agir pour une égalité réelle entre tous les citoyens | Le Conseil économique social et environnemental [Internet]. 2026 [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/actualites/sante-dans-les-outre-mer-agir-pour-une-egalite-reelle-entre-tous-les-citoyens>
255. Sénat [Internet]. 2023 [cité 5 juin 2026]. Différenciation territoriale outre-mer : quel cadre pour le sur-mesure ? Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r19-713/r19-713.html>
256. Cour des comptes. Rapport annuel 2026, chapitre « Améliorer l'accès aux soins en outre-mer ». 2026.
257. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat sur les agences régionales de santé - mars 2014 - APHP DAJDP [Internet]. [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-dinformation-fait-au-nom-de-la-mission-devaluation-et-de-contrôle-de-la-securite-sociale-et-de-la-commission-des-affaires-sociales-du-senat-sur-les-agences-regionales-de-sante-mar/>
258. Diagnostic et dépistage : la réforme des CeGIDD en Martinique [Internet]. 2024 [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/diagnostic-et-depistage-la-reforme-des-cegidd-en-martinique>
259. IST / VIH • URML MARTINIQUE [Internet]. [cité 18 mars 2026]. Disponible sur: <https://urml-m.org/action/education-sexuelles/ist-vih/>
260. La CRSA Martinique et ses missions [Internet]. 2017 [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/la-crsa-martinique-et-ses-missions>
261. Actualisation des coefficients géographiques des départements d'Outre-mer et de Corse, révision de la méthodologie d'objectivation des surcoûts supportés par les établissements de santé des DROM et de Corse | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 juin 2026]. Disponible sur:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/actualisation-des-coefficients-geographiques-des-departements-doutre>

262. Décret n° 2024-670 du 3 juillet 2024 relatif à la coordination de la santé sexuelle. 2024-670. 3 juill 2024.
263. Comité de coordination régionale de la santé sexuelle (CoReSS) [Internet]. 2025 [cité 18 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/comite-de-coordination-regionale-de-la-sante-sexuelle-coress>
264. AIDES en France | Aides [Internet]. [cité 18 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.aides.org/dossier/aides-en-france>
265. martinique.franceantilles.fr [Internet]. 2017 [cité 18 mars 2026]. Planning familial : les points sur les « i » de Francis Carole. Disponible sur: <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/sante/planning-familial-les-points-sur-les-i-de-francis-carole-881412.php>
266. martinique.franceantilles.fr [Internet]. 2018 [cité 18 mars 2026]. Plus de moyens pour le Cpiof. Disponible sur: <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/social/plus-de-moyens-pour-le-cpiof-914544.php>
267. Académie de Martinique. CPIOF qu'est ce que c'est ? [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://site.ac-martinique.fr/clg-rosesaintjust/wp-content/uploads/sites/80/2021/06/CPIOF-2-3-14062021130305.pdf>
268. Education à la vie affective et sexuelle [Internet]. 2025 [cité 18 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/education-la-vie-affective-et-sexuelle>
269. RCI [Internet]. [cité 18 mars 2026]. Le planning familial de Martinique est en danger. Disponible sur: <https://rci.fm/martinique/infos/Societe/Le-planning-familial-de-Martinique-est-en-danger-0>
270. RCI [Internet]. [cité 18 mars 2026]. Grève dans les centres d'accueil du Planning Familial (CPIOF). Disponible sur: <https://rci.fm/martinique/infos/Social/Greve-dans-les-centres-daccueil-du-Planning-Familial-CPIOF>
271. Prévention - Action Sida Martinique [Internet]. 16 août 2022 [cité 19 mars 2026]. Disponible sur: <https://actionsidamartinique.org/prevention/>
272. « Mon test IST » : quels résultats un an après son lancement ? Sidaction [Internet]. [cité 19 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/transversal/mon-test-ist-quels-resultats-un-an-apres-son-lancement/>
273. En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/260401_DD_compl%C3%A9mentaire_sant%C3%A9

274. Prime Ségur : les associations face à une impasse financière - Sidaction [Internet]. [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/transversal/prime-segur-les-associations-face-a-une-impasse-financiere/>
275. Communiqué : La fin du VIH-sida n'aura pas lieu en 2030, hélas. • Actions Traitements [Internet]. 2026 [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://actions-traitements.org/notre-actualite/2026-02-19-communique-la-fin-du-vih-sida-n-aura-pas-lieu-en-2030-helas>
276. AIDES contrainte à des suppressions de postes | Aides [Internet]. [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.aides.org/communique/aides-contrainte-des-suppressions-de-postes>
277. Associathèque [Internet]. 2025 [cité 27 mai 2026]. Financement de l'association – La convention de subvention | Associatheque. Disponible sur: <https://www.associatheque.fr/fr/financement-de-l-association/convention-de-subvention.html>
278. Les associations tirent la sonnette d'alarme. Sida Info Service [Internet]. 1 oct 2025 [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/lutte-contre-le-vih-les-associations-tirent-la-sonnette-dalarme/>
279. Autres missions du pharmacien d'officine - Guide stage officinal d'initiation [Internet]. 11 mai 2020 [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage-initiation/knowledge-base/autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>
280. CNOP [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Enfin les " nouvelles missions " pour les pharmaciens d'officine : une étape essentielle pour la santé publique. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/enfin-les-nouvelles-missions-pour-les-pharmaciens-d-officine-une-etape-essentielle-pour-la-sante-publique>
281. Meddispar - Conditions de délivrance par le pharmacien [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.meddispar.fr/Contraceptifs-delivres-a-titre-gratuit/Contraception-hormonale-d-urgence-sans-prescription/Conditions-de-delivrance-par-le-pharmacien>
282. Bernard C. Prise en charge de la contraception pour les femmes de moins de 26 ans. USPO [Internet]. 17 févr 2022 [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: <https://uspo.fr/prise-en-charge-de-la-contraception-pour-les-femmes-de-moins-de-26-ans/>
283. Leduc A., Deroyon T., Rochereau T., Renaud A. Premiers resultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte [Internet]. Paris: DREES; avr 2021. p. 89. (Les Dossiers de la DREES). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf>

284. Paitraud D. VIDAL [Internet]. 2026 [cité 27 mai 2026]. Préservatifs pris en charge à 100 % chez les moins de 26 ans : précision sur le nombre à délivrer. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/37497-preservatifs-pris-en-charge-a-100-chez-les-moins-de-26-ans-precision-sur-le-nombre-a-delivrer.html>
285. Des préservatifs masculins et féminins gratuits en pharmacie pour les moins de 26 ans | Santé.fr [Internet]. 2024 [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A17051>
286. CNOP [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et d'évaluation autorisés à l'officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-fiches-professionnelles/les-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-et-d-evaluation-autorises-a-l-officine2>
287. Paitraud D. VIDAL [Internet]. 2015 [cité 24 juin 2026]. Les autotests de dépistage du VIH désormais disponibles en pharmacie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/16296-les-autotests-de-depistage-du-vih-desormais-disponibles-en-pharmacie.html>
288. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Les TROD-VIH ont leur place à l'officine. Disponible sur: <http://www.lequotidiendupharmacien.fr/medicament-parapharmacie/dispositifs-medicaux/les-trod-vih-ont-leur-place-lofficine>
289. DAUVILLIER M. Dépistage du VIH en pharmacie : c'est parti ! Fédération des Pharmaciens de France [Internet]. 4 déc 2024 [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: <http://www.fspf.fr/depistage-du-vih-en-pharmacie-cest-parti/>
290. Prise en charge médicamenteuse à l'officine et missions du pharmacien [Internet]. 2025 [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/prise-en-charge-medicamenteuse-lofficine-et-missions-du-pharmacien-0>
291. Hépatite A [Internet]. 2025 [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Hepatite-A>
292. VIDAL [Internet]. 2026 [cité 27 mars 2026]. HAVRIX 1440 U/1 ml susp inj en seringue préremplie adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/havrix-1440-u-1-ml-susp-inj-en-seringue-preremplie-adulte-7976.html>
293. Question écrite n° 7545 [Internet]. [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/questions/QANR5L15QE7545>
294. Revet M. Vaccination par le pharmacien à l'officine : état des lieux en France en 2024. 24 juin 2024;173.
295. Vaccination antigrippale à l'officine : expérimentation en Nouvelle-Aquitaine et en Auvergne-Rhône-Alpes - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [Internet]. [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02018184>

296. Dépistage des IST en laboratoire sans ordonnance : Mon test IST [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/laboratoire-danalyses-medicales/exercice-liberal/prise-charge-patients/depistage-ist/mon-test-ist-depistage-en-laboratoire-sans-ordonnance>
297. Dispositif MON TEST IST [Internet]. 2025 [cité 5 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/dispositif-mon-test-ist-0>
298. Ribeiro C. La pharmacie d'officine : un pilier de prévention, de repérage et de conseils en santé sexuelle. USPO [Internet]. 16 avr 2025 [cité 30 mars 2026]. Disponible sur: <https://uspo.fr/la-pharmacie-dofficine-un-pilier-de-prevention-de-reperage-et-de-conseils-en-sante-sexuelle/>
299. Paitraud D. VIDAL [Internet]. 2021 [cité 5 juin 2026]. VIH : la primoprescription de la PrEP autorisée en ville à compter du 1er juin 2021. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/27189-vih-la-primo-prescription-de-la-prep-autorisee-en-ville-a-compter-du-1er-juin-2021.html>
300. Peut-on encore parler de nouvelles missions des pharmaciens ? Smart Rx [Internet]. [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: https://www.smart-rx.com/smart_mag/peut-on-encore-parler-de-nouvelles-missions-des-pharmaciens/
301. Réseau France Santé en Martinique : la proximité de l'accès aux soins [Internet]. 2026 [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/reseau-france-sante-en-martinique-la-proximite-de-lacces-aux-soins>
302. Service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. 2024 [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/service-dacces-aux-soins-sas-2>
303. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033507633/>
304. Julie LANGLOIS. Formation des pharmaciens d'officine en santé sexuelle : état des lieux en 2024. Université Paris Cité; 2024.
305. HCSP. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Rapport de l'HCSP [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; avr 2025 [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1435>
306. Les nouveaux pouvoirs des pharmaciens | L'actualité [Internet]. [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: <https://lactualite.com/sante-et-science/les-nouveaux-pouvoirs-des-pharmaciens/>
307. Assemblée Nationale Québécoise. Loi modifiant la Loi sur la pharmacie. 4. 25 janv 2012.

308. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 1 avr 2026]. Traitement accéléré des partenaires | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/foire-aux-questions/traitement-accelere-des-partenaires>
309. Arnaud Gautier. Baromètre santé médecins/pharmaciens [Internet]. INPES; 2003. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-medecins-pharmaciens-2003>
310. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 27 mars 2026]. Officines : 4 millions de personnes par jour. Disponible sur: <http://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/officines-4-millions-de-personnes-par-jour>
311. Santé Publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes - bilan des données 2023 [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.guadeloupe.gouv.fr/contenu/telechargement/33235/242840/file/Bulletin_IS T-VIH-2024_Guadeloupe.pdf
312. Focus stratégie nationale et régionale de santé sexuelle 2017-2030 [Internet]. [cité 1 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.promotion-sante.gp/qui-sommes-nous-1/actualites/actualites-des-programmes-ireps/archives-newsletter/focus-strategie-nationale-et-regionale-de-sante-sexuelle-2017-2030>
313. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 - APHP DAJDP [Internet]. [cité 27 mai 2026]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/feuille-de-route-strategie-nationale-de-sante-sexuelle-2018-2020/>
314. Laura GIAMBERINI. Prise en charge de la santé sexuelle à l'officine : création d'un réseau de pharmacies engagées dans les Pays de la Loire [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Nantes]: Université de Nantes; 2022.
315. Bérengère CADDEO. Communication pharmacien patient à l'officine : situation actuelle et édition d'un guide pratique [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. Université Grenoble Alpes; 2017.
316. Sofiane BEN NASR. Enquête sur la faisabilité des TROD VIH par les pharmaciens d'officine d'Amiens. 2020.
317. DU - Santé sexuelle pour tous•tes - Formation Continue Sorbonne Université [Internet]. [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: <https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/du-sante-sexuelle-pour-toustes/>
318. DEROUET D. Pôle Santé [Internet]. [cité 23 mai 2026]. DU Santé sexuelle. Disponible sur: <https://sante.univ-nantes.fr/loffre-de-formation/formation-continue/du-sante-sexuelle>

319. Univeristé Paris Cité. DU Santé sexuelle et droits humains [Text] [Internet]. 2026 [cité 23 mai 2026]. Located at: fr. Disponible sur: https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/du-sante-sexuelle-et-droits-humains-DUMSANT_117.html
320. Lemarinier J. Formation Continue [Internet]. Jessica Lemarinier; [cité 23 mai 2026]. Formation Continue - Santé sexuelle (DU). Disponible sur: <https://formation-continue.univ-tours.fr/version-francaise/formations-compatibles-avec-une-activite-professionnelle/medecine/sante-sexuelle-du>
321. Univeristé Paris Cité. DIU Sexologie clinique – mention Santé sexuelle et droits humains [Text] [Internet]. 2026 [cité 23 mai 2026]. Located at: fr. Disponible sur: <https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/diu-sexologie-clinique-mention-sante-sexuelle-et-droits-humains-L5JVYKQ1.html>
322. Béatrice Bellay. Rapport fait au nom de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi visant à prendre des mesures d’urgence contre la vie chère et à réguler la concentration des acteurs économiques dans les territoires d’outre-mer [Internet]. Assemblée Nationale; déc 2024 [cité 26 mars 2026]. p. 123. Rapport n°: 698. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-eco/l17b0698_rapport-fond
323. Autorité de la concurrence [Internet]. 2026 [cité 26 mars 2026]. L’Autorité de la concurrence analyse les causes de la vie chère en Martinique et formule 9 recommandations. Disponible sur: <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/fr/communiqués-de-presse/lautorite-de-la-concurrence-analyse-les-causes-de-la-vie-chere-en-martinique>
324. Florence LOYER. Le rôle du pharmacien est partiellement méconnu en matière d’information sur la sexualité et de fourniture de moyens contraceptifs. mars 2013;La Santé en action(423).
325. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 mai 2026]. Contraception d’urgence : dispensation en officine. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1759990/fr/contraception-d-urgence-dispensation-en-officine
326. S. SÉCHER, A. CERTAIN, E. BILLAUD, J. LANGLOIS P. PUGLIESE. Les pharmaciens d’officine motivés pour réaliser les TROD VIH/VHB/VHC. In. 2020.
327. Agbokou AN. Loi HPST : quelles implications pour le métier de pharmacien aujourd’hui et dans les prochaines années ? [other] [Internet]. Université de Lorraine; 2017 [cité 27 mars 2026]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01947066>
328. Le Moniteur des Pharmacies. Dépistage du VIH : une démarche inédite en officine dans les Alpes-Maritimes. Le Moniteur des pharmacies [Internet]. 25 nov 2024 [cité 30 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/profession/interpro/depistage-du-vih-une-demarche-inedite-en-officine-dans-les-alpes-maritimes>

329. Olivier Le Gall, Marie Magnien, Vincent Jaouen, Bruno Vincent. La régulation du réseau des pharmacies d'officine [Internet]. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) / Inspection Générale des Finances (IGF); oct 2016. p. 356. Rapport IGF n°2016-M-016 / IGAS n°2016-023R. Disponible sur: https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/Rapport_IGAS-IGF-_Regulation_du_reseau_des_pharmacies_d__officine.pdf
330. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. 2026 [cité 28 mai 2026]. Article 51 LFSS 2018 - Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/>
331. CNOP [Internet]. [cité 27 mai 2026]. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2025. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2025>

ANNEXE 1 : Questionnaire destiné aux équipes officinales exerçant dans les DROM-COM

Ce questionnaire a été adressé aux équipes officinales exerçant dans les DROM-COM dans le cadre de ma thèse de pharmacie portant sur l'adéquation des politiques nationales de santé sexuelles en Martinique et plus généralement dans les autres territoires d'outre-mer. Les réponses ont été recueillies de manière anonyme et traitées à des fins exclusivement académiques. Le questionnaire a été diffusé en mars et avril 2026 et a recueilli 13 réponses émanant de pharmaciens et préparateurs exerçant en Martinique, à La Réunion, en Guadeloupe et en Guyane.

PARTIE I – Profil du répondant

Question 1 : Quel est votre statut professionnel ?

Question à choix unique

Modalités de réponses :

- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- Préparateur / Préparatrice en pharmacie
- Étudiant en pharmacie

Question 2 : Dans quels territoires exercez-vous ?

Question à choix multiples

Modalités de réponses :

- Martinique
- Guadeloupe
- Mayotte
- La Réunion
- Guyane
- Polynésie française

- Nouvelle Calédonie
- Saint-Pierre et Miquelon
- Saint Martin
- Saint Barthélemy
- Wallis et Futuna
- Autre

Question 3 : Exercez-vous en zone urbaine, touristique, rurale ou isolée ?

Question à choix multiples

Modalités de réponses :

- Zone urbaine / péri-urbaine
- Zone rurale
- Zone touristique
- Zone isolée / enclavée

Question 4 : Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce territoire ?

Question à choix unique

Modalités de réponses :

- Moins de 5 ans
- 5 – 10 ans
- 10 – 15 ans
- 15 – 20 ans
- Plus de 20 ans

PARTIE II – Actions en matière de prévention des IST/VIH

Question 5 : Quelles actions menez-vous en matière de prévention des IST/VIH ?

Question à choix multiple

Modalités de réponses :

- Réalisation de TROD (VIH, syphilis, hépatites)
- Délivrance de préservatifs remboursés
- Information sur la PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et orientation vers les centres de santé
- Campagnes de sensibilisation (ex : ateliers en lycée, affiches en officine)
- Vaccination contre le HPV / hépatites B
- Autre (préciser)

Question 6 Pouvez-vous donner plus de détails sur vos actions ?

Question ouverte : réponse libre

Question 7 Combien de TROD réalisez-vous par mois en moyenne ?

Question à choix unique

Modalités de réponse :

- 0 (je n'en réalise pas)
- 1 – 5
- 5 – 10
- Plus de 10

Question 8 Quels freins rencontrez-vous dans la réalisation des TROD ?

Question ouverte : réponse libre

PARTIE III – Actions en matière de contraception

Question 9 Quelles actions menez-vous en matière de contraception dans votre pharmacie ?

Question à choix multiples

Modalités de réponse :

- Délivrance de la contraception d'urgence (sans ordonnance)
- Conseil sur les méthodes contraceptives (pilules, DIU, implant)
- Informations sur la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans

- Distribution de préservatifs gratuits (associations ou autres)
- Délivrance de préservatifs remboursés (sans ordonnance)
- Orientation vers les centres IVG
- Autre (préciser)

Question 10 Avez-vous constaté une évolution de la demande de préservatifs et de moyens de contraceptifs depuis la mise en place de la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans ?

Question ouverte : réponse libre

Question 11 Avez-vous constaté une évolution de la demande de contraception d'urgence depuis la gratuité de ce dispositif ?

Question ouverte : réponse libre

PARTIE IV – Éducation à la sexualité et sensibilisation

Question 12 Participez-vous à des actions d'éducation à la sexualité ?

Question ouverte : réponse libre

Question 13 : Quels outils utilisez-vous pour sensibiliser ?

Question ouverte : réponse libre

PARTIE V – Application des politiques nationales et locales

Question 14 : Connaissez-vous la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2023-2030 ?

Question à choix unique

Modalité de réponse :

- Oui
- Partiellement
- Non

Question 15 : Si oui, quelles mesures avez-vous appliquées concrètement dans votre pratique ?

Question ouverte : réponse libre

Question 16 : Quels dispositifs locaux (ARS, collectivités, CPTS, associations) soutiennent vos actions en santé sexuelle ?

Question ouverte : réponse libre

Question 17 : Avez-vous bénéficié de formations spécifiques en santé sexuelle ces 3 dernières années ?

Question à choix unique

Modalité de réponse :

- Oui
- Non

Question 18 : Si oui, sur quels thèmes ?

Question ouverte : réponse libre

Question 19 : Si oui, qui vous a formé ?

Question ouverte : réponse libre

Question 20 : Ces formations ont-elles été utiles pour votre pratique ?

Question à choix unique

Modalité de réponse :

- Très utiles
- Utiles
- Peu utiles
- Inutiles

PARTIE VI : Freins et leviers pour les actions locales

Question 21 : Quels sont les principaux freins à la mise en œuvre d'actions en santé sexuelle dans votre territoire ?

Question à choix multiples

Modalité de réponse :

- Manque de temps ou de personnel
- Manque de formations ou d'informations
- Résistances culturelles ou religieuses
- Manque de moyens financiers ou matériels
- Méconnaissance des dispositifs par la population
- Éloignement géographique des structures de santé
- Autre (préciser)

Question 22 : Quels leviers pourraient améliorer vos actions ?

Question à choix multiples

Modalité de réponse :

- Plus de formations adaptées
- Un financement dédié pour les actions locales
- Des partenariats renforcés avec les ARS/associations
- Des outils de communication adaptés
- Une reconnaissance officielle du rôle des pharmaciens en santé sexuelle
- Autre (préciser)

PARTIE VII : Perspectives et propositions

Question 23 : Selon vous, quelles actions prioritaires devraient être mises en place pour améliorer la santé sexuelle dans votre territoire ?

Question ouverte : réponse libre

Question 24 : Comment les pharmaciens pourraient-ils être davantage impliqués dans les politiques de santé sexuelle ?

Question ouverte : réponse libre

ANNEXES 2 : Résultats du questionnaire destinés aux équipes officinales exerçant dans les DROM-COM

Nous avons eu 17 répondants. Avec une répartition des territoires suivante :

- 5 répondants de Guyane
- 6 répondants de Martinique
- 2 répondants de Guadeloupe
- 4 répondants de La Réunion

Profil du répondant

- Pharmacien titulaire : 11
- Pharmacien adjoint : 5
- Préparateur / Préparatrice en pharmacie : 1

Analyse par territoire :

MARTINIQUE

Nous avons eu 5 pharmaciens titulaire et 1 préparateur/préparatrice.

Pour la typologie de pharmacie, nous avons 4 exercices en péri-urbain dont un en zone touristique et les deux restants sont en zone rurale.

Un exercice autour de 10-15 ans, avec une exception supérieur à 20 ans et pour la préparatrice entre 5-10 ans.

Action en matière de prévention des IST/VIH :

Réalisation de TROD (VIH, syphilis, hépatites)	1/6
Délivrance de préservatifs remboursés	6/6
Information sur la PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et orientation vers les centres de santé	3/6
Campagnes de sensibilisation (ex : ateliers en lycée, affiches en officine)	3/6
Vaccination contre le HPV / hépatites B	4/6

Un pharmacien titulaire en zone rurale depuis 10-15 ans « Sensibilisation au comptoir lors d'achat de préservatifs et de contraception d'urgence ».

Une préparatrice en zone péri-urbaine depuis 5-10 ans « Affiches en officine, rappel lors de la délivrance de la contraception d'urgence. »

Nous avons eu 2 réponses pour la réalisation de TROD, pour un pharmacien titulaire en zone urbaine/péri-urbaine, il en réalise 5-10 par mois, et pour un autre pharmacien avec la même typologie, 1-5 par mois. Les freins pour la réalisation de ces TROD :

Pharmacien titulaire en zone rurale « Seule pharmacien/manque d'organisation et de temps »

Pharmacien titulaire en zone urbaine/péri-urbaine « La gêne des patients »

Pharmacien titulaire en zone urbaine/péri-urbaine et touristique « Nous les proposons à la vente .c'est tout pour l'instant. Je n'en connais pas de dispositif à effectuer à l'officine »

Action en matière de contraception :

Délivrance de la contraception d'urgence (sans ordonnance)	6/6
Conseil sur les méthodes contraceptives (pilules, DIU, implant)	6/6
Informations sur la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans	3/6
Distribution de préservatifs gratuits (associations ou autres)	1/6
Délivrance de préservatifs remboursés (sans ordonnance)	6/6
Orientation vers les centres IVG	3/6

Avez-vous constaté une évolution de la demande de préservatifs et de moyens de contraceptifs depuis la mise en place de la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans ?

Pharmacien titulaire en zone urbaine/péri-urbaine : « très légère évolution des demandes, je m'attendais à tellement plus mais finalement ce sont toujours les mêmes jeunes qui reviennent alors qu'on a mis des affiches et une diffusion sur nos écrans »

Pharmacien titulaire en zone rurale : « Malheureusement chute de la consommation de préservatifs et explosion de la pilule d'urgence »

Une autre pharmacie a constaté une évolution et 3 autres non.

Avez-vous constaté une évolution de la demande de contraception d'urgence depuis la gratuité de ce dispositif ?

4 pharmaciens ont constaté une évolution, le reste non.

Un pharmacien titulaire participe à des actions d'éducation dans les lycées campus soirée et il utilise des tablettes connectées pour le faire.

Aucun des répondants de Martinique connaissent la SNSS 2025-2030.

Un seul pharmacien titulaire en zone péri-urbaine connaît l'ARS comme dispositifs locaux qui soutiennent ses actions en santé sexuelle, c'est ce pharmacien qui intervient dans les lycées avec des tablettes connectées.

Aucun des répondants ont bénéficié de formations spécifiques sur la santé sexuelle.

Les principaux freins à la mise en œuvre d'actions en santé sexuelle en Martinique :

Manque de temps ou de personnel	3/6
Manque de formations ou d'informations	4/6
Résistances culturelles ou religieuses	3/6
Manque de moyens financiers ou matériels	1/6
Méconnaissance des dispositifs par la population	4/6
Éloignement géographique des structures de santé	1/6

Les leviers qui pourraient améliorer leurs actions :

Plus de formations adaptées	4/6
Un financement dédié pour les actions locales	3/6
Des partenariats renforcés avec les ARS/associations	6/6
Des outils de communication adaptés	5/6
Une reconnaissance officielle du rôle des pharmaciens en santé sexuelle	6/6

Les actions prioritaires à mettre en place :

« Reparer du SIDA aux jeunes : le traitement ne guérit pas, il ne disparaît pas/ contraception »

« Pub adaptées »

« Formation obligatoire pour les jeunes »

« L'information sur la transmission des IST/MST »

Comment les pharmaciens pourraient être plus impliqués ?

« Pub adaptées »

« Informations, distribution de préservatifs »

GUYANE

Nous avons eu 3 pharmaciens titulaire et 2 pharmaciens adjoints.

Pour la typologie de pharmacie, nous avons 5 pharmacies en zone urbaine / péri-urbaine.

Un exercice pour 2 pharmaciens entre 5-10 ans, pour 2 pharmaciens supérieur à 20 ans (pharmacien titulaire) et 1 pharmaciens inférieurs à 5 ans (pharmacien adjoint) .

Action en matière de prévention des IST/VIH :

Réalisation de TROD (VIH, syphilis, hépatites)	0/5
Délivrance de préservatifs remboursés	5/5
Information sur la PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et orientation vers les centres de santé	2/5
Campagnes de sensibilisation (ex : ateliers en lycée, affiches en officine)	1/5
Vaccination contre le HPV / hépatites B	5/5

Un pharmacien adjoint depuis 5-10 ans rajoute « Information sur les risques en matière de santé sexuelle au comptoir et concernant la pilule du lendemain » et rajoute « Beaucoup de mésusages de la pilule du lendemain et de décharge de cette tâche à l'un ou à l'autre, tentative d'en discuter avec les deux afin que chacun comprenne les tenants et les aboutissants d'une telle prise (surtout quand elle est fréquemment répétée car pas d'utilisation de préservatifs) »

Nous avons eu aucun pharmacien qui réalise des TROD.

Action en matière de contraception :

Délivrance de la contraception d'urgence (sans ordonnance)	5/5
Conseil sur les méthodes contraceptives (pilules, DIU, implant)	5/5
Informations sur la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans	5/5
Distribution de préservatifs gratuits (associations ou autres)	2/5
Délivrance de préservatifs remboursés (sans ordonnance)	5/5
Orientation vers les centres IVG	1/5

Avez-vous constaté une évolution de la demande de préservatifs et de moyens de contraceptifs depuis la mise en place de la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans ?

Pharmacien titulaire en zone urbaine/péri-urbaine : « Une augmentation »

Pharmacien adjoint en zone urbaine / péri-urbaine : « Oui, je n'exerce plus en officine depuis 2 ans mais rapidement après la mise en place beaucoup de demande, patients plus types métropolitains que locaux »

Un autre pharmacien ajoute « une légère augmentation » et un autre que « non »

Avez-vous constaté une évolution de la demande de contraception d'urgence depuis la gratuité de ce dispositif ?

3 pharmaciens trouvent que c'est en augmentation constante, un raconte : « Oui mais dans le mauvais sens, elles ne prennent que ça comme contraception pratiquement »

2 pharmaciens participent à des actions d'éducation à la sexualité par des émissions radio et un autre au comptoir via des plaquettes d'informations.

4 des répondants de Martinique connaissent la SNSS 2025-2030 et 1 pharmacien partiellement. Le pharmacien qui connaît partiellement a utilisé la SNSS pour véhiculé les informations.

2 pharmaciens en zone péri-urbaine connaissent pour l'un l'ARS et les associations et pour l'autre la Croix Rouge pour leur distribution de préservatifs comme dispositifs locaux qui soutiennent ses actions en santé sexuelle.

Aucun des répondants ont bénéficié de formations spécifiques sur la santé sexuelle.

Les principaux freins à la mise en œuvre d'actions en santé sexuelle en Martinique :

Manque de temps ou de personnel	3/5
Manque de formations ou d'informations	2/5
Résistances culturelles ou religieuses	2/5
Manque de moyens financiers ou matériels	4/5
Méconnaissance des dispositifs par la population	4/5
Éloignement géographique des structures de santé	2/5

Les leviers qui pourraient améliorer leurs actions :

Plus de formations adaptées	3/5
Un financement dédié pour les actions locales	3/5
Des partenariats renforcés avec les ARS/associations	4/5
Des outils de communication adaptés	4/5
Une reconnaissance officielle du rôle des pharmaciens en santé sexuelle	1/5

Les actions prioritaires à mettre en place :

« Commencer dès le Collège à former les enfants ... »

« Autoriser les pharmaciens à réaliser les TRODS »

« Meilleure information des populations, adolescentes et adultes »

« Intervention dans les collèges/ lycées »

« Prise en charge des TROD »

Comment les pharmaciens pourraient être plus impliqués ?

« Entretiens spécifiques » « Formation des préparateurs - ne peut pas se faire uniquement avec les pharmaciens » « Plus de formations »

LA REUNION

Nous avons eu 2 pharmaciens titulaire et 2 pharmaciens adjoints.

Pour la typologie de pharmacie, nous avons 3 pharmacies en zone urbaine / péri-urbaine et 1 en zone rurale.

Un exercice pour 2 pharmaciens entre 5-10 ans, pour 2 pharmaciens entre 10-15 ans (les 2 pharmaciens titulaires).

Action en matière de prévention des IST/VIH :

Réalisation de TROD (VIH, syphilis, hépatites)	1/4
Délivrance de préservatifs remboursés	4/4
Information sur la PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et orientation vers les centres de santé	0/4
Campagnes de sensibilisation (ex : ateliers en lycée, affiches en officine)	0/4
Vaccination contre le HPV / hépatites B	2/4

Nous avons un pharmacien titulaire qui réalise les TROD en zone rurale a raison de 1-5 par mois.

Les freins rencontrés sont les suivants pour un pharmacien titulaire « Pas de prise en charge des trods vih moins fiable que ceux des labos pris en charge »

Action en matière de contraception :

Délivrance de la contraception d'urgence (sans ordonnance)	4/4
Conseil sur les méthodes contraceptives (pilules, DIU, implant)	4/4
Informations sur la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans	2/4
Distribution de préservatifs gratuits (associations ou autres)	1/4
Délivrance de préservatifs remboursés (sans ordonnance)	4/4
Orientation vers les centres IVG	1/4

Avez-vous constaté une évolution de la demande de préservatifs et de moyens de contraceptifs depuis la mise en place de la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans ?

Pour un pharmacien adjoint, oui il y a eu une évolution et pour un pharmacien titulaire, « légèrement ».

Avez-vous constaté une évolution de la demande de contraception d'urgence depuis la gratuité de ce dispositif ?

Un seul pharmacien adjoint le même que pour les l'augmentation des préservatifs trouve qu'il y a eu énormément d'évolution de la demande sur la contraception d'urgence.

Aucuns pharmaciens participent à des actions d'éducation à la sexualité.

Un pharmacien titulaire mentionne le Cespharm pour sensibiliser.

Aucun pharmacien ne connaît la SNSS 2025-2030.

Un seul pharmacien mentionne l'ARS dans les dispositifs qui soutiennent les actions en santé sexuelle.

Aucun des répondants ont bénéficié de formations spécifiques sur la santé sexuelle.

Les principaux freins à la mise en œuvre d'actions en santé sexuelle en Martinique :

Manque de temps ou de personnel	3/4
Manque de formations ou d'informations	3/4
Résistances culturelles ou religieuses	0/4
Manque de moyens financiers ou matériels	2/4
Méconnaissance des dispositifs par la population	2/4
Éloignement géographique des structures de santé	0/4

Les leviers qui pourraient améliorer leurs actions :

Plus de formations adaptées	3/4
-----------------------------	-----

Un financement dédié pour les actions locales	2/4
Des partenariats renforcés avec les ARS/associations	3/4
Des outils de communication adaptés	2/4
Une reconnaissance officielle du rôle des pharmaciens en santé sexuelle	4/4

Les actions prioritaires à mettre en place :

« Information au collège » pour un pharmacien titulaire.

« Formation » pour un pharmacien adjoint.

Comment les pharmaciens pourraient être plus impliqués ?

« Entretien sur la contraception et le renouvellement des moyens de contraception »

« Formation »

GUADELOUPE

Nous avons eu 1 pharmacien titulaire et 1 pharmaciens adjoint.

Pour la typologie de pharmacie, nous avons 2 pharmaciens en zone urbaine / péri-urbaine.

Un exercice pour les 2 pharmaciens entre 10-15 ans.

Action en matière de prévention des IST/VIH :

Réalisation de TROD (VIH, syphilis, hépatites)	0/2
Délivrance de préservatifs remboursés	2/2
Information sur la PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et orientation vers les centres de santé	0/2
Campagnes de sensibilisation (ex : ateliers en lycée, affiches en officine)	0/2
Vaccination contre le HPV / hépatites B	2/2

Aucun des pharmaciens ne réalisent les TROD.

Action en matière de contraception :

Délivrance de la contraception d'urgence (sans ordonnance)	2/2
Conseil sur les méthodes contraceptives (pilules, DIU, implant)	2/2
Informations sur la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans	2/2
Distribution de préservatifs gratuits (associations ou autres)	0/2
Délivrance de préservatifs remboursés (sans ordonnance)	2/2
Orientation vers les centres IVG	0/2

Avez-vous constaté une évolution de la demande de préservatifs et de moyens de contraceptifs depuis la mise en place de la gratuité de la contraception jusqu'à 26 ans ?

Pour les 2 pharmaciens il y a une évolution en augmentation.

Avez-vous constaté une évolution de la demande de contraception d'urgence depuis la gratuité de ce dispositif ?

Le pharmacien adjoint répondant constate qu'il y a une augmentation de demande de la contraception d'urgence alors que le pharmacien titulaire explique qu'il n'a pas vraiment vu d'évolution.

Aucuns pharmaciens participent à des actions d'éducation à la sexualité.

Un pharmacien titulaire mentionne la parole pour sensibiliser les patients.

Aucun pharmacien ne connaît la SNSS 2025-2030.

Aucun pharmacien ne mentionne le soutien de dispositifs locaux.

Aucun des répondants ont bénéficié de formations spécifiques sur la santé sexuelle.

Les principaux freins à la mise en œuvre d'actions en santé sexuelle en Martinique :

Manque de temps ou de personnel	2/2
Manque de formations ou d'informations	1/2
Résistances culturelles ou religieuses	0/2
Manque de moyens financiers ou matériels	0/2

Méconnaissance des dispositifs par la population	1/2
Éloignement géographique des structures de santé	1/2

Les leviers qui pourraient améliorer leurs actions :

Plus de formations adaptées	0/2
Un financement dédié pour les actions locales	0/2
Des partenariats renforcés avec les ARS/associations	1/2
Des outils de communication adaptés	1/2
Une reconnaissance officielle du rôle des pharmaciens en santé sexuelle	2/2

Les actions prioritaires à mettre en place :

« Communication auprès des jeunes »

« Éducation et sensibilisation aux IST dès le collège »

Comment les pharmaciens pourraient être plus impliqués ?

« Ateliers d'information pour les jeunes »

ANNEXE 3 : Démographie des officines, titulaires d'officine et adjoint en officine dans les DROM le 1^{er} janvier 2025

	<u>Nombre d'officine</u>	<u>Pharmaciens Titulaires d'officine</u>	<u>Pharmaciens Adjointes d'officine</u>
GUADELOUPE	158	170	194
GUYANE	51	58	58
MARTINIQUE	133	143	133
MAYOTTE	27	30	44
LA RÉUNION	245	303	382

Sources : Ordre des Pharmaciens (331)/ 2025

ANNEXE 4 : Les difficultés socio-économiques de la Martinique

Avec un taux de pauvreté approchant les 27 %, soit près du double de la moyenne hexagonale, une part significative de la population se trouve en situation de vulnérabilité accrue, contrainte de prioriser les besoins vitaux (logement, alimentation) au détriment des démarches préventives.

	Ne pas avoir accès à Internet par manque de moyens financiers	Ne pas pouvoir se payer un repas contenant de la viande ou du poisson au moins tous les deux jours	Ne pas pouvoir avoir une activité de loisir régulière par manque de moyens financiers	Avoir des impayés d'emprunts, de loyer ou de factures d'électricité, d'eau ou de gaz
Réunion	6,4	14,1	31,6	26,5
Guyane	27,7	18,9	45,0	43,6
Martinique	6,0	15,8	28,4	34,4
Guadeloupe	9,0	15,3	33,4	35,3
France métropolitaine	1,7	6,9	14,0	9,2

Ensemble de la population. Lecture : 43,6 % des Guyanais déclarent avoir des impayés d'emprunts, de loyer ou de factures.

Source : Insee – Données 2018 – © Observatoire des inégalités

Figure 27 : La pauvreté en conditions de vie dans les DROM (en %)(INSEE / 2018)

La question du coût de la vie constitue un déterminant structurel supplémentaire qu'il convient de ne pas sous-estimer. La Martinique est caractérisée par un niveau de prix significativement plus élevé qu'en métropole, lié aux surcoûts de l'insularité : acheminement des marchandises, taxes spécifiques, faible concurrence locale. Ce phénomène, communément a été au cœur de mouvements sociaux majeurs, notamment les mobilisations de 2009 et plus récemment en 2024, qui ont mis en lumière l'écart persistant entre le niveau des prix et le pouvoir d'achat réel d'une large partie de la population martiniquaise. Plusieurs rapports parlementaires, dont le rapport fait par Mme Béatrice BELLAY sur les prix dans les outre-mer, ont documenté et confirmé cette réalité structurelle (322,323).

En 2018, les difficultés socio-économiques en Martinique se manifestent de manière particulièrement aiguë dans l'accès aux besoins essentiels. Ainsi, 15,8 % des Martiniquais déclarent ne pas pouvoir s'offrir un repas contenant de la viande ou du poisson au moins tous les deux jours, un taux plus de deux fois supérieur à celui de la France métropolitaine (6,9 %) (Figure 27).

Par ailleurs, les contraintes financières se traduisent également par des difficultés récurrentes à honorer les engagements courants : 34,4 % des Martiniquais déclarent avoir accumulé des impayés, qu'il s'agisse d'emprunts, de loyers ou de factures liées à l'électricité, l'eau ou le gaz, contre seulement 9,2 % dans l'hexagone (Figure 27). Ces indicateurs illustrent une précarité matérielle bien plus marquée qu'en métropole, reflétant les inégalités socio-économiques structurelles qui affectent le territoire.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) **Agathe Peigné-Tafforeau**

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21700766

N° Thèse : 48

Nom et Prénom : PEIGNÉ-TAFFOREAU Agathe

Sujet : Les politiques nationales de santé sexuelle face aux spécificités de la
Martinique : enjeux, défis et rôle du pharmacien d'officine dans l'amélioration
de l'accès aux soins

Tours, le : 19/06/2026

Le(s) Directeur(s) de Thèse :
Nom(s) et signature(s)



J CHALLIER



Vu et Transmis :
Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND


NOM, PRÉNOM de l'étudiant PEIGNÉ-TAFFOREAU Agathe

N° 48

TITRE DE LA THÈSE

Les politiques nationales de santé sexuelle face aux spécificités de la Martinique : enjeux, défis et rôle du pharmacien d'officine dans l'amélioration de l'accès aux soins

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La santé sexuelle reste, en France, un droit mais inégalement vécu selon les territoires. Si les avancées normatives des dernières décennies ont profondément transformé l'approche nationale, force est de constater que les territoires ultramarins continuent d'accuser un retard structurel que le cadre juridique reconnaît sans vraiment y remédier.

C'est ce paradoxe qui est au cœur de cette thèse, construite à partir du cas de la Martinique. Ce territoire concentre des indicateurs préoccupants : une prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des infections sexuellement transmissibles (IST) nettement supérieure à la métropole, un taux d'interruption volontaire de grossesses (IVG) parmi les plus élevés de France, et une offre de soins spécialisée quasi exclusivement regroupée autour de Fort-de-France. À cela s'ajoutent des réalités moins visibles dans les statistiques comme des tabous culturels tenaces autour de la sexualité, des difficultés de mobilité qui rendent l'accès aux structures encore plus compliqué pour les habitants des communes rurales. Ces obstacles ne s'additionnent pas : ils se renforcent mutuellement, rendant d'autant plus difficile l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables.

En cherchant qui, sur ce territoire, pourrait réellement faire le lien entre ces populations et une offre de prévention trop éloignée d'elles, le pharmacien d'officine s'est imposé comme une réponse évidente. Présent dans des communes où aucun autre professionnel de santé spécialisé n'est accessible, connu de ses patients parfois depuis des années, et disponible sans rendez-vous, il occupe une position unique. Le cadre juridique lui reconnaît d'ailleurs des missions de prévention et de dépistage qui restent, dans les faits, très peu investies en santé sexuelle.

Pour ancrer cette réflexion dans la réalité du terrain, une enquête a été menée auprès d'une dizaine de pharmaciens exerçant dans les territoires ultra-marins. Leurs témoignages éclairent à la fois ce qui se fait déjà, souvent de façon informelle et peu valorisée et ce qui freine une implication plus large : manque de formation adaptée au contexte antillais, absence de rémunération spécifique pour les actes de prévention, isolement professionnel. De ces constats émergent des propositions concrètes : intégrer le pharmacien dans les parcours de santé sexuelle territoriaux, structurer sa formation, et formaliser sa coordination avec les autres acteurs locaux.

MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY

Santé sexuelle, Politique de santé, Martinique, Outre-mer

JURY

PRÉSIDENT : Dr Pierre BREDELOUX, Pharmacien, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie – Tours

MEMBRES :

Pr Véronique MAUPOIL-DAVID, Pharmacien, Professeur des Universités, Faculté Pharmacie – Tours

Dr Jordan CHALLIER, Pharmacien, Conseiller ministériel, Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées – Paris

Dr Isabelle CHOPINEAU, Pharmacien titulaire, Pharmacie CHOPINEAU - Vailly-sur-Sauldre, Présidente du CROP Centre-Val de Loire

Dr Brigitte BERTHELOT, Pharmacien titulaire, Pharmacie du Marché – Le Plessis-Robinson, Présidente de la section E de l'Ordre des Pharmaciens

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE Vendredi 19 juin 2026 – Faculté de Pharmacie de TOURS