

Des efforts sont cependant consentis. La PMI est présente au travers de 34 centres situés dans les 34 communes du département. La mairie de Fort-de-France finance un bureau d'hygiène municipal. La Martinique dispose de 43 points officiels de vaccination.

La CAF participe à la Prestation d'accueil à la restauration scolaire (PARS) ainsi qu'à des projets d'éducation nutritionnelle. Une vingtaine de travailleurs sociaux, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale, conseillent et accompagnent des familles précaires, aident à la gestion du budget des ménages et développent des travaux de groupe de resocialisation.

VI - GUADELOUPE

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

Située dans l'espace caribéen à environ 7 000 kilomètres de la métropole, 140 kilomètres de la Martinique et 2 000 kilomètres des États-Unis, la Guadeloupe est une région monodépartementale de 1 702 km².

L'archipel comprend deux îles principales séparées par un étroit bras de mer :

- la Grande-Terre, où se situe la capitale économique, Pointe-à-Pitre ;
- la Basse-Terre, où se trouve le chef-lieu du département, Basse-Terre.

Il compte également trois îles proches :

- Marie-Galante, 158 km², au sud de la Grande-Terre ;
- La Désirade, 22 km², à l'est de la Grande-Terre ;
- les Saintes, 14 km², au sud de la Basse-Terre, composées des îles de Terre-de-Haut et de Terre-de-Bas.

La Basse-Terre et les Saintes sont issues de formations d'une chaîne volcanique récente alors que les autres îles sont d'origine corallienne. Le risque sismique est important comme dans le reste de la Caraïbe. Le climat est de type tropical tempéré par les alizés.

2. Population

La population guadeloupéenne s'établit selon le dernier bilan démographique de l'INSEE à 447 002 habitants en 2006, soit une hausse de 15,4 % depuis 1990. Le rythme de croissance annuel moyen se révèle de moitié inférieur à celui constaté dans les années quatre-vingts.

La Guadeloupe constitue un département jeune avec un âge moyen de trente-cinq ans, 31,6 % de moins de vingt ans et 84,5 % de moins de soixante ans, malgré une population de plus de soixante ans en croissance de 16,9 % depuis le recensement de 1999. Les femmes représentent 52,7 % du total.

Le taux de natalité s'établit à 16,9 ‰ (à mettre en regard d'une moyenne nationale de 12,8 ‰), le taux de mortalité est en progression, le taux d'accroissement naturel diminue pour se situer à 10,4 ‰.

Concernant l'emploi, le secteur tertiaire concentre 84,7 ‰ des actifs occupés. La population active est de 169 225 personnes et le taux de chômage s'élève à 27,3 ‰ de cette population. La branche « éducation, santé et action sociale » occupe à elle seule près du quart des salariés du département. Le secteur primaire, en raison notamment du déclin des filières canne à sucre et banane, ne représente plus que 2,2 ‰ des emplois, contre près de 14 ‰ dans les années quatre-vingts.

3. Statut et organisation

La Guadeloupe, à l'instar de la Martinique, de la Guyane et de La Réunion, a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « *faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière* » (article 73 de la Constitution de 1958).

La loi du 2 mars 1982, dite « loi de décentralisation », a transformé la Guadeloupe en une Région française d'Outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale, DOM-ROM ou DROM. Conseil Général et Conseil régional exercent leurs compétences respectives sur le même espace géographique, avec un seul préfet. Les électeurs ont opté par référendum le 7 décembre 2003 pour le maintien des deux collectivités superposées.

Les institutions sont donc les mêmes que pour une région et un département métropolitains.

Le statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permet des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donne accès aux financements de la politique régionale européenne.

B - L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES ENJEUX

Le secteur de la santé représente 15 ‰ du PIB guadeloupéen en concentrant 9,5 ‰ des actifs et 7 ‰ des investissements réalisés sur le territoire.

Du fait du statut de région monodépartementale de l'archipel, la Direction de la santé et du développement social (DSDS), service déconcentré de l'État, regroupe les compétences d'une DRASS et d'une DDASS métropolitaines.

1. Les professionnels de santé

La Guadeloupe comptait 4 153 professionnels de santé en 2005, dont 976 médecins mais surtout 1 832 infirmiers.

En 2008, avec une densité de 80 médecins généralistes et de 55 médecins spécialistes en activité pour 100 000 habitants, la région-département se situe à un niveau nettement inférieur à celui de la métropole (respectivement 110 et 88). Les infirmiers sont au contraire plus nombreux (146 pour 100 000 habitants contre 104 en métropole).

Cependant, le rattrapage du retard accumulé est spectaculaire, avec une croissance globale des effectifs de 42 % entre 2000 et 2007 : 63,9 % pour les infirmiers, 52 % pour les médecins, 43 % pour les pharmaciens. La nette poussée démographique des infirmiers est en partie liée à la forte augmentation des places en Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) (de 42 à 122) et à la création des écoles d'infirmiers anesthésistes et de puériculture.

De 1995 à 2005, alors que la croissance n'est que de 11 % en métropole, on observe un doublement du nombre de médecins (94 % pour les médecins généralistes, 103 % pour les spécialistes, 159 % pour les médecins salariés).

L'évolution du nombre de dentistes est constante, avec une densité de 41,4 pour 100 000 habitants (65 en métropole).

2. Les équipements sanitaires

Le territoire se caractérise par l'importance historique du secteur de l'hospitalisation privée. Ce secteur, à la faveur des recompositions hospitalières étalées sur la période 1996-2006, a connu une réduction du nombre de sites, en particulier dans les domaines de la chirurgie et de l'activité gynécologie-obstétrique.

Le parc d'hospitalisation semble suffisant et équilibré, avec dix établissements publics de santé (un CHU, sept centres hospitaliers dont un psychiatrique et deux hôpitaux locaux) et douze cliniques privées.

Le secteur public est prépondérant en soins de court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique), avec 67,6 % de la capacité d'accueil. Le secteur privé est bien implanté pour les soins de moyen séjour (Soins de suite et de réadaptation ou SSR) avec 67,0 % de la capacité d'accueil.

Le taux d'équipement (nombre de lits et places pour 1 000 habitants) se révèle très comparable à celui de la Martinique mais en deçà des niveaux métropolitains. L'archipel dispose de 3 350 lits et places et de 5 000 agents hospitaliers et salariés des cliniques.

Un déficit important doit être signalé concernant les équipements en lits et logements pour personnes âgées. Ainsi, seules 6 maisons de retraite existent pour 135 lits (28 maisons en Martinique pour 1 066 lits), alors que les plus de soixante-quinze ans représentent 5,1 % de la population (6 % en Martinique). La politique du Conseil général a consisté à encourager le maintien à domicile pour limiter les dépenses. Il faut en effet prendre en compte le fait que 90 % des personnes âgées en maisons de retraite en Guadeloupe dépendent de l'aide sociale, contre environ 10 % en métropole. L'absence de filière de soins

gériatriques conduit à une embolisation des urgences et des lits d'hospitalisation par les personnes âgées.

Le handicap est également très mal pris en charge et les structures d'accueil très peu nombreuses.

Région monodépartementale archipélagique, la Guadeloupe connaît des difficultés de couverture sanitaire et de transport nécessitant des moyens importants dont les hôpitaux publics disposent. Cependant, l'île de Marie-Galante dispose d'un centre hospitalier avec maternité. Un hélicoptère du SMUR, la gendarmerie, la sécurité civile assurent les évacuations sanitaires. Un fort développement de la télémédecine, favorisée par le Plan cancer, et de l'Hospitalisation à domicile (HAD) ; (huit opérateurs pour 200 places, soit deux fois la moyenne nationale par habitant) est inscrit dans les projets en cours d'application.

3. Les pathologies rencontrées

Un Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG) existe. Il a repris récemment ses travaux après une période de mise en sommeil et a développé un programme d'études sur la base d'une convention annuelle conclue avec le Groupement régional de santé publique (GRSP).

Les principales causes de décès diffèrent peu de celles constatées au niveau national :

- maladies circulatoires (29,6 % des décès en 2002) ;
- tumeurs (23,1 %).

La prévalence des cancers est cependant inférieure à celle rencontrée en métropole, à l'exception des cancers du sein et de la prostate. La chlordécone a été mise en cause pour expliquer les chiffres de ce dernier cancer en Guadeloupe, mais aucune étude ne l'a établi à ce jour. Le taux de dépistage du cancer du sein plafonne à 43 %.

Le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux sont très présents. Le surpoids et l'obésité sont largement répandus et concernent 50 % des femmes de plus de 50 ans. Les impacts sont forts sur les troubles ostéo-articulaires et cardiovasculaires.

Le nombre d'IVG est particulièrement élevé : 4 000 en 2008 pour environ 7 000 naissances.

Le taux de mortalité infantile est important : 7,2 ‰ contre 4 ‰ en métropole.

Concernant l'addictologie, la toxicomanie au crack est une caractéristique de la région (la consommation de crack ne peut faire l'objet d'un traitement par substitution) et la consommation d'alcool est très forte.

La Guadeloupe est le deuxième département français pour les violences routières.

Un certain nombre de maladies sont spécifiques : la dengue, la leptospirose, la drépanocytose.

L'archipel reste par ailleurs fortement touché par le SIDA : 10 cas pour 100 000 habitants en moyenne annuelle sur 2003-2004 (36 cas pour 100 000 habitants en Guyane, mais 2 cas pour 100 000 habitants en métropole). Il est la deuxième région française de cas VIH, avec une prédominance de la contamination hétérosexuelle.

Le taux de vaccination est satisfaisant, entre 80 % et 90 %.

Enfin, l'archipel connaît une forte prévalence des troubles psychiatriques.

Il convient de mettre l'accent sur le nomadisme médical, l'abus des urgences hospitalières et la moindre adhésion qu'en métropole au système du médecin traitant.

4. Les dépenses de santé

En 2005, la Guadeloupe comptait 180 147 bénéficiaires de la couverture maladie universelle, dont 61,5 % bénéficiaires du régime complémentaire, soit 24,9 % de la population totale (6,7 % en métropole). La dernière étude de 2008 fait monter ce chiffre à 28 %. 30 000 Guadeloupéens sont bénéficiaires du RMI.

Les dépenses médicales remboursées s'établissent à un niveau comparable à celui de la métropole. Plus de la moitié des dépenses concernent des versements à des établissements de soins, plus du quart à des prescriptions. Un délai de remboursement de trois à quatre mois semble tout à fait admis et normal.

Le taux de couverture des dépenses de santé par les recettes n'est que de 46,6 % en 2003, en diminution de 12,4 points depuis 1999 en raison de la croissance des dépenses de santé et des prestations sociales.

L'indice de vieillissement est encore bas mais va augmenter significativement de 60 % d'ici 15 ans, avec des conséquences sur les dépenses de santé.

5. Les plans et projets développés

Le Plan régional de santé publique (PRSP) de la Guadeloupe, fixé pour la période 2006-2010, prévoit en particulier :

- la poursuite du Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), qui avait été à l'origine élaboré pour la période 2004-2008 et dont le principal objectif consiste à organiser, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé ;
- la poursuite du Plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), à l'origine élaboré pour la période 2003-2006, afin de lutter contre les inégalités sociales en matière de santé ;
- la promotion des comportements favorisant la santé chez les jeunes en milieu scolaire ;

- un meilleur dépistage des maladies chroniques (diabète, hypertension...).

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) constitue un outil de planification complémentaire au PRSP et fixe pour la période 2006-2010 les orientations suivantes :

- le développement de l'accès aux soins de proximité (mais il n'y a que peu de développement des Permanences d'accès aux soins de santé ou PASS) ;
- l'amélioration de la prise en charge des urgences (qui souffre encore d'une mauvaise répartition entre Grande-Terre et Basse-Terre) ;
- le renforcement du transport sanitaire (une vérification des conditions d'hygiène et de sécurité est en cours chez les ambulanciers et une formation des gestionnaires en cours de mise en œuvre) ;
- le développement de la télémédecine (la réflexion est en cours afin de pouvoir faire réaliser des diagnostics dans l'inter-région et en métropole).

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Planification volontariste et démocratie sanitaire

Longtemps fondée sur l'application de ratios nationaux rigides (comme le nombre de lits en fonction de la population), la planification hospitalière découle désormais d'une approche territoriale destinée à proposer une offre de santé au regard de besoins de santé recensés.

Les besoins de santé ont été diagnostiqués et listés au moyen d'une expertise réunissant un groupe de travail régional. Une collaboration efficace s'est instaurée entre l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS), la Direction de la santé et du développement social (DSDS), l'INSEE, des urbanistes, des démographes et des économistes de la santé.

Sur cette base initiale, des référents régionaux (praticiens, cadres de santé, partenaires institutionnels et personnalités qualifiées) se sont réunis en ateliers de travail durant deux années (2004-2006) afin d'élaborer le schéma régional d'organisation sanitaire. La gouvernance de ces ateliers a le plus souvent été assurée par des praticiens hospitaliers, en particulier du CHU.

Une fois arrêtées les propositions de ces groupes de travail, l'ARH a conduit un large processus de concertation régionale et de démocratie sanitaire en favorisant une démarche de diffusion du projet ainsi que sa soumission au principe contradictoire (appels à observations et amendements, conférence sanitaire, Comité régional de l'organisation sanitaire, commission exécutive de l'ARH).

C'est sur cette base que le schéma régional d'organisation sanitaire a été adopté en 2006.

2. Un investissement important dans le développement de l'offre de soins

Les notions de restructuration et de rationalisation de l'offre de soins ne sont pas incompatibles avec le rattrapage dont l'archipel bénéficie depuis de nombreuses années, malgré une démographie médicale défavorable combattue par des dispositifs de recrutement exceptionnels efficaces mais onéreux.

La lutte contre la fuite des patients vers la métropole par l'amélioration de l'offre porte ses fruits. Les évacuations sanitaires ne concernent plus, pour l'essentiel, que la prise en charge de certains cancers, de la traumatologie lourde et de la chirurgie cardiaque.

Les équipements répondent aux besoins de la population. Le SROS consacre le principe d'un recours à l'offre de soins de façon graduée, de la proximité jusqu'au niveau de soins aigus. Ainsi, le CHU a été reconduit à la fois dans sa capacité à répondre à l'offre de premier recours et dans l'exercice d'activités hyperspécialisées. Pour exemple, il remplit une mission de centre unique de radiothérapie, a vocation à prendre en charge des chirurgies du cancer, assure la greffe rénale, les soins aux grands brûlés et la neurochirurgie pour l'inter-région Antilles-Guyane.

Sont bien développées les activités de cardiologie, de chirurgie et de neurochirurgie (la chirurgie cardiaque est effectuée à Fort-de-France), d'endocrinologie, de gynécologie-obstétrique et de Procréation médicale assistée (PMA), d'urologie.

La mise en place de la greffe rénale permet d'assurer sur place la prise en charge complète de l'insuffisance rénale, problème de santé publique majeur. L'installation d'un Ablatherm pour le traitement du cancer de la prostate (plus forte incidence française) permet également d'offrir toutes les solutions actuellement disponibles.

Deux sites publics (CHU et Centre hospitalier de Basse-Terre ou CHBT) prennent en charge les soins critiques et lourds : urgences lourdes, filière réanimation dont néonatale.

Les sites de moyen séjour pour les soins de suite font l'objet d'une répartition qui s'équilibre entre offre publique et privée.

Du point de vue de l'exigence de couverture de la totalité du territoire, la politique sanitaire s'appuie en priorité sur des promoteurs publics (Beauperthuy et Selbonne par exemple pour la côte sous-le-vent), parfois sur un mode dérogatoire en référence aux normes d'activité requises (activité obstétricale et chirurgicale à Marie-Galante).

Les hôpitaux et cliniques de la Guadeloupe ont su largement tirer profit des dispositifs du Plan hôpital 2007, avec des aides de l'ordre de 40 millions d'euros, et des fonds structurels européens, avec des aides FEDER-DOCUP de plus de 50 millions d'euros, pour un total de travaux, y compris de mise aux normes parasismiques, et d'achats d'équipements lourds (IRM, scanner, médecine nucléaire...) de près de 200 millions d'euros.

L'effort se poursuit au travers du Plan Hôpital 2012, de la marge de manœuvre régionale de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et des capacités propres des établissements. L'ARH a anticipé ces besoins en assurant la prise en charge de 50 % des coûts de la reconstruction complète de plusieurs établissements (Centre gérontologique du Raizet, hôpital local de Capesterre-Belle-Eau) et de la rénovation du Centre hospitalier de Beauperthuy de Pointe-Noire, trois établissements déterminants dans l'accueil des personnes âgées, pour un total de travaux de plus de 200 millions d'euros.

Des réseaux de soins ont été développés. Ils fonctionnent bien pour le diabète, le cancer, l'hypertension artérielle et l'asthme, un peu moins dans les domaines de la périnatalité, de la gérontologie, des addictions et de la pédiatrie. Le réseau soins palliatifs reste à créer.

Concernant la formation, une faculté de médecine assure le PCEM 1 (bientôt la deuxième année), la suite des études se déroulant à Bordeaux. Des formations paramédicales sont organisées sur place : infirmières, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, préparateurs en pharmacie hospitalière, manipulateurs de radiologie). Une formation d'Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État (IBODE) est assurée en partage en Martinique.

La surveillance épidémiologique est bien assurée par une antenne de l'Institut national de veille sanitaire et de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) basée à Fort-de-France. Deux médecins dédiés surveillent en priorité la leptospirose et la dengue et travaillent au développement de signaux d'alerte.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Les faiblesses de l'offre de soins

1.1. La démographie médicale

La croissance des effectifs des professionnels de santé ne permet toujours pas de combler le déficit que connaît la région, de lutter efficacement contre les principales affections qui touchent les populations et encore moins d'affronter les défis du vieillissement qui se profile. En effet, la densité médicale est encore l'une des plus faibles de France.

Les médecins de premier recours sont peu nombreux, inégalement répartis, avec une tendance à s'écarter de certaines zones. Ainsi, ce sont les bassins les plus éloignés des grandes agglomérations, rencontrant les plus grandes difficultés économiques, subissant le poids du vieillissement de leur population, souffrant de l'insuffisance des moyens de transport, qui connaissent une sous-densité médicale.

La permanence des soins de ville est relativement préservée, mais repose sur un dispositif en équilibre précaire, car le nombre de médecins non volontaires augmente. La proportion des médecins de garde varie de 15 % à 70 % selon les secteurs ; elle est environ d'un médecin sur trois. 80 % en moyenne des actes réalisés dans les services d'urgence concernent des soins non urgents.

De plus, la formation initiale est insuffisamment développée, la Guadeloupe serait apparemment peu attractive et la médecine générale de premier recours sans doute pas assez reconnue.

Il y a enfin très peu de psychiatres libéraux.

1.2. Les lacunes des établissements

Si le CHU bénéficie d'une offre de soins satisfaisante, il pêche par la vétusté de ses locaux, son inconfort et son ambiance sociale tendue. Il ne dispose que de peu de psychologues ou d'assistantes sociales.

Il connaît une situation financière difficile avec des déficits très importants et des plans de redressement ardu à mettre en œuvre. Les charges financières incluent des surplus de salaires de 25 % pour les personnels médicaux et de 40 % pour les personnels non médicaux. Malgré la majoration des tarifs de 25 % par rapport à la métropole dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le sous-financement est réel. Le taux de précarité des populations soignées n'est pas assez pris en compte, pour le budget alloué aux missions d'intérêt général en particulier.

Si le télé-enseignement fonctionne, la télé-médecine est encore balbutiante, malgré la formation et l'envoi en stages de médecins hospitaliers.

Les postes de professeurs ne sont pas suffisants, comme le partenariat avec les universités métropolitaines, le télé-enseignement et la formation continue ou la mobilité des internes entre la métropole et l'Outre-mer.

La recherche n'est pratiquement pas développée. Son caractère émergent n'est pas reconnu et la part budgétaire consacrée à l'Outre-mer ne fait l'objet d'aucune majoration. Il existe cependant un centre de référence drépanocytose et un centre d'investigation clinique et épidémiologique pour certaines maladies spécifiques comme le cancer de la prostate.

La coopération avec les autres régions d'Outre-mer est insuffisamment poussée, qui permettrait notamment d'élaborer un schéma d'organisation interrégionale avec répartition des activités et des investissements et réflexion sur les filières de soins et les parcours thérapeutiques. C'est également le cas avec

les pays de la Caraïbe, vis-à-vis desquels il faudrait renforcer le partenariat pour consolider les établissements étrangers, à l'image du développement du centre de dialyse de la Dominique à Roseau.

L'étude de l'offre en psychiatrie fait apparaître un manque de places et de lits. Mais les secteurs s'étoffent en nombre de praticiens et les alternatives à l'hospitalisation sont bien développées. Le domaine souffre des demandes, quatre fois plus nombreuses qu'en métropole, d'hospitalisations sous contrainte. Le nombre élevé de ces demandes s'explique en partie par les effets des addictions et des multi-consommations de produits licites et illicites (le nombre de psychoses alcooliques est de 60 % supérieur à celui rencontré en métropole). L'absence de structure d'accueil et de resocialisation dans les communes est également à prendre en compte. La pédopsychiatrie est bien prise en charge mais subit également une surcharge. Parmi les enfants suivis, huit sur dix sont d'origine étrangère, conséquence probable de la précarité et des grossesses mal suivies.

Les établissements vivent dans le risque sismique, cyclonique et épidémique. Les constructions ne sont pour la plupart pas aux normes parasismiques et les investissements nécessaires sont lourds (550 millions d'euros pour le seul CHU, un milliard d'euros pour l'ensemble des structures de soins). Ces contraintes, ajoutées à l'éloignement, majorent en effet les coûts de 40 %. L'existence de ces risques devrait en outre conduire à prévoir des surfaces et des capacités plus importantes qu'en métropole relativement aux populations concernées, afin de faire face le cas échéant à une catastrophe majeure.

2. Une politique de prévention peu développée

Le Schéma régional d'éducation pour la santé, dont le principal objectif consistait à organiser, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé, est en sommeil, alors même que les indicateurs épidémiologiques sont décevants, voire alarmants. Un Comité guadeloupéen d'éducation à la santé (COGES) existe pourtant, qui met en place des formations et donne des conseils méthodologiques aux professionnels afin d'accompagner les éventuels promoteurs d'actions.

Le déficit en associations qui pourraient porter des projets empêche cependant un travail de proximité efficace.

Le Conseil général organise la Protection maternelle et infantile. Il a développé au moins un Centre local d'actions de santé et de solidarité (CLASS) par commune et dispose de moyens humains (30 sages-femmes). La PMI suit 42,8 % des grossesses sur le territoire. 43 % des femmes qui consultent sont étrangères. Des actions de prévention à domicile sont menées et les assistantes maternelles et familiales sont agréées par le Conseil général. Mais la mortalité périnatale reste forte et le taux de prématurés important. La précarité explique largement le faible suivi des grossesses.

De plus, la planification familiale est le parent pauvre de la PMI. Il n'est pour s'en convaincre que de constater le nombre des IVG pratiquées. Le nombre de conseillères familiales est très insuffisant. Les effectifs médicaux et paramédicaux ne permettent pas de répondre à l'ensemble des demandes de contraception d'urgence. Le recrutement des médecins n'est pas satisfaisant, sans doute pour une large part à cause des salaires peu attractifs offerts par la Fonction publique territoriale.

Les communes ne s'investissent pas dans l'ingénierie environnementale et ne semblent pas avoir souci de l'hygiène publique, avec des conséquences possibles sur la santé des populations en l'absence totale de prévention. Le manque de formation des élus dans ces domaines peut expliquer cet état de fait.

Face à la désocialisation d'un nombre croissant de personnes liée aux addictions et aux multi-consommations de produits licites et illicites, il existe peu d'équipements d'accueil de jour, de lieux d'écoute et de prise en charge des troubles du comportement. Ceci contribue fortement au développement de maladies psychiatriques.

La promotion des comportements favorisant la santé chez les jeunes en milieu scolaire se traduit notamment par un appel à projet « addictions » pour les collèges, à intégrer dans le projet pédagogique. L'ensemble de la démarche se heurte cependant à un obstacle de taille : la réticence du rectorat à faire de la place aux actions de prévention en santé dans les établissements scolaires, les référents n'étant pas soutenus par l'institution.

La Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) finance les dépistages des cancers du sein et colorectal. Les discussions sont en cours pour le cancer du col de l'utérus et une réflexion est menée sur la méthodologie à mettre en place pour le cancer de la prostate.

La Caisse d'allocations familiales (CAF) participe à la Prestation d'accueil à la restauration scolaire (PARS), mais sans participer au contrôle diététique. Elle finance un programme de lutte contre l'obésité de l'enfant en accompagnant l'association qui porte le projet, soutenu par le Conseil général.

VII - SAINT-MARTIN

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

L'île de Saint-Martin est située au nord de l'arc antillais, à égale distance de Porto Rico et de la Guadeloupe (260 kilomètres) et à une trentaine de kilomètres à l'ouest de l'île de Saint-Barthélemy. D'une superficie d'un peu plus de 90 km², elle est composée de deux parties, Grande-Terre et Terres-Basses, reliées entre elles par deux étroits cordons littoraux qui contiennent l'étang salé de Simpson Bay.