

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.

Le traité du mont Concorde ou de Concordia, portant « mutuelle assistance », signé le 13 mars 1648 entre la France et la Hollande a marqué les limites des deux souverainetés et partagé l'île en deux parties :

- une partie hollandaise de 34 km² au sud, Sint Maarten, avec pour chef-lieu Philipsburg ;
- une partie française de 56 km² au nord, avec le siège de la préfecture déléguée des Îles du Nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy), Marigot.

2. Population

Lors du recensement de 1999, l'INSEE a comptabilisé 29 112 résidents dans la partie française de Saint-Martin, Sint Maarten comptant pour sa part 30 599 habitants. Une dernière estimation réalisée en 2006 a permis de dénombrier plus de 35 000 habitants en secteur français. La population en situation irrégulière semble cependant importante et le bassin de population insulaire peut être estimé de 70 000 à 80 000 personnes dont 45 000 côté français (mais la frontière géographique reste très théorique).

La croissance annuelle de la population a été de 17,1 % dans le courant des années 1980, provoquant un triplement de la population entre 1982 et 1990. Cette croissance est revenue à 0,2 % en rythme annuel durant la décennie suivante.

35,9 % des habitants avaient moins de vingt ans et 71,7 % moins de quarante ans lors du dernier recensement, la moyenne d'âge se situant à 33 ans. Les femmes représentaient 51% du total et la population d'origine étrangère était de 36 %, conséquence de l'important flux migratoire des années quatre-vingts.

Le taux de natalité a baissé pour atteindre un niveau de 25 ‰ en 1999 contre 27,1 ‰ en 1990, demeurant cependant supérieur à ceux de la Guadeloupe (17,9 ‰) et de la métropole (12,8 ‰).

Saint-Martin comptait une population active de 14 476 personnes, en recul de 8,2 % par rapport à 1990 et représentant 49,7 % de la population totale (contre 58,9 % pour la partie hollandaise). Le secteur tertiaire prédomine avec 84,1 % des emplois. Le taux de chômage s'établit à 26,5 % (contre 17,5 % pour Sint Maarten). Les bénéficiaires du RMI sont au nombre de 1 000 environ.

Les principales langues pratiquées sur l'île sont dans l'ordre l'anglais, le français, l'espagnol et le papaminto (créole).

3. Statut et organisation

Le changement de statut répond à la volonté de la population et du gouvernement de doter l'île d'un statut tenant compte de ses spécificités géographiques. La population s'est prononcée le 7 décembre 2003 pour la création d'une Collectivité d'Outre-mer (COM), permettant l'exercice des compétences actuellement dévolues aux communes, aux départements et aux

régions, ainsi que celles qui pourront leur être transférées ultérieurement dans le cadre des futures lois de décentralisation. La ratification a abouti le 7 février 2007 à l'émergence de la Collectivité d'Outre-mer de Saint-Martin.

Saint-Martin n'est plus une commune, ceci entraînant de fait la disparition du Conseil municipal et de la fonction de maire. La Collectivité a vocation à s'administrer directement par le biais de ses élus et par la voie d'une nouvelle démocratie directe locale (droit de pétition et référendum local), d'où l'émergence de nouvelles institutions.

L'organisation politico-administrative peut être synthétisée comme suit :

- le Conseil territorial constitue l'assemblée délibérante élue pour cinq ans et composée de 19 membres ;
- le président du Conseil territorial est élu parmi ses membres pour la durée du mandat et joue le rôle d'organe exécutif de la Collectivité ;
- le Conseil exécutif de sept membres, élus en son sein par le Conseil territorial à la représentation proportionnelle, assiste le Président et reçoit les délégations ;
- le Conseil économique, social et culturel bénéficie de compétences d'initiative et de consultation. Il est obligatoirement consulté sur les projets d'actes et de délibérations à caractère économique, social ou culturel ;
- les conseils de quartier sont les organes consultatifs émettant des opinions au sujet des projets et réglementations spécifiques à leur ressort géographique ;
- un préfet délégué représente l'État et le gouvernement au sein des deux collectivités des îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy ;
- la Collectivité est représentée au Parlement par un sénateur et, à partir de 2012, par un député commun avec Saint-Barthélemy ;
- un conseiller représente Saint-Martin au Conseil économique, social et environnemental.

B - L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ

1. L'offre hospitalière

Le Centre hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin dispose d'un total de 81 lits autorisés. Deuxième employeur de l'île, son effectif regroupe 289 personnels non médicaux et 42 personnels médicaux. Si le recrutement ne pose pas de problème particulier, le *turnover* médical s'avère très pénalisant dans le développement des projets.

Outre un service d'urgence et un SMUR, l'hôpital se compose d'un certain nombre de services : médecine, pédiatrie, néonatalogie (60 % des accouchées sont d'origine étrangère en 2008), gynécologie obstétricale, chirurgie, psychiatrie.

S'y ajoutent un hôpital de jour, un Centre d'accueil de la petite urgence (CAPU) et un Centre médico-psychologique adulte et de pédopsychiatrie.

Les assistantes sociales sont peu nombreuses (quatre postes au CH). Une carence générale est d'ailleurs constatée sur l'île en ce domaine.

Concernant l'activité, le nombre de passages aux urgences est quasi-stable (15 478 passages en 2008), comme le nombre de séjours (4 749 en 2008). Les journées d'hospitalisation sont en progression constantes (22 837 en 2008). 912 naissances ont été enregistrées en 2008.

Plus de 25 000 consultations ont été effectuées en 2008.

2. L'offre libérale

Vingt médecins généralistes sont présents à Saint-Martin. Il n'y a pas de problème de gardes, neuf de ces médecins s'étant portés volontaires pour les assurer.

L'île dispose également d'un certain nombre de spécialistes : trois ophtalmologistes, deux oto-rhino-laryngologistes, deux radiologues, un cardiologue, un rhumatologue.

L'offre libérale est complétée par un orthodontiste, une sage-femme, cinq cabinets d'infirmiers libéraux, trois orthophonistes, deux orthoptistes, des kinésithérapeutes (chiffres non communiqués).

Des vacations de libéraux ayant le statut de praticiens contractuels sont effectuées au sein de l'hôpital en ophtalmologie, cardiologie, stomatologie et urologie. Un projet de clinique ouverte, afin d'établir un lien entre le milieu hospitalier et la médecine de ville, prévoit la mise à disposition des praticiens libéraux des moyens de l'hôpital en personnels, matériels, blocs opératoires et personnels en contrepartie d'un reversement de 30 % des honoraires perçus à la structure hospitalière. Ceci permettrait d'augmenter le taux d'occupation des blocs et la rentabilité dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

3. L'offre de complément

La Collectivité dispose de trois dispensaires et d'un centre médico-social. Elle y assure notamment la protection maternelle et infantile : suivi des grossesses, notamment à risques, consultations et vaccinations des moins de six ans, activité de planification familiale, sensibilisation dans les lycées (prévention des grossesses précoces en particulier), contrôle des établissements d'accueil de jeunes enfants, des assistantes maternelles et des assistantes familiales.

L'objectif à terme est de transformer ces sites en Maisons de la solidarité et de la famille afin de développer l'ensemble des actions couvertes par le champ social et de mettre en place un guichet unique. Le déplacement d'équipes sera possible afin d'aller à la rencontre de la population dans les quartiers et de travailler sur la prévention. Le projet se heurte cependant à des difficultés de recrutement de travailleurs sociaux et de professionnels de santé, la nécessité du multilinguisme constituant un obstacle supplémentaire.

La santé scolaire existe et assure les examens obligatoires malgré des locaux souvent non adaptés à l'exercice de la médecine, mais aucune action, faute de moyens suffisants en personnel (un médecin et trois infirmiers pour dix-sept établissements et 8 000 élèves), n'est menée en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Certaines associations interviennent dans le secteur sanitaire. Ainsi, « Liaisons dangereuses » assure le dépistage des infections sexuellement transmissibles et reçoit les utilisateurs de drogue dans le cadre d'un Centre de soins spécialisés en toxicomanie. Elle mène également des actions de prévention à l'occasion de manifestations scolaires ou de quartiers. Elle a pour objectif d'étendre ses activités en développant un volet exclusion au travers d'une plateforme d'accueil.

Le faible milieu associatif fait cependant douter de la capacité de dégager des porteurs de projets, notamment dans le domaine du handicap pourtant fortement déficitaire en nombre de structures.

4. Les pathologies rencontrées

Il convient en préambule de relever l'absence sur l'île d'un observatoire de la santé. L'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSAG) n'intervient que très peu sur les Îles du Nord.

Les pathologies recensées sont d'abord chroniques :

- diabète et obésité (le taux d'amputation est particulièrement élevé) ;
- insuffisance rénale chronique ;
- hypertension artérielle ;
- maladies cardio-vasculaires.

Les pathologies psychiatriques sont en très forte augmentation, en liaison avec la toxicomanie (et notamment le crack) et la déshérence sociale.

Les infections sexuellement transmissibles et le VIH sont très présents. L'estimation de 1 500 séropositifs sur la partie française de l'île la situerait au premier rang national en proportion de sa population, avant même la Guyane. Cette estimation repose cependant sur le modèle mathématique d'ONU/SIDA et est contestée. La file active des patients au Centre hospitalier se monte à 430 personnes.

Dengue, tuberculose et drépanocytose sont également prévalentes.

Beaucoup de maladies, notamment les cancers, sont malheureusement très souvent décelés très tardivement, en raison de l'extrême précarité de certaines franges de la population et d'habitudes de vie qui éloignent de l'univers médical.

Enfin, les grossesses précoces sont particulièrement nombreuses. En 2008, dix-sept parturientes avaient entre treize et seize ans.

5. Les Évacuations sanitaires (EVASAN)

Elles sont en constante diminution depuis 2005, passant de 242 à 139 en 2008, grâce à l'amélioration de l'offre de soins.

Les seuls vecteurs d'évacuation sanitaire aéroportée sont constitués par des sociétés privées dont l'activité dédiée aux EVASAN peut être sujette à caution en raison des activités de ces sociétés et de leurs contraintes de fonctionnement.

La certitude des EVASAN n'est pas totalement assurée, ni donc la sécurité de la prise en charge immédiate.

C - LES RÉUSSITES DU SYSTÈME

1. Un hôpital en développement aux compétences reconnues

Après avoir connu des difficultés financières et budgétaires, le Centre hospitalier a bénéficié d'un rebasage budgétaire fin 2005 et signé début 2006 un contrat de retour à l'équilibre avec l'Agence régionale de l'hospitalisation de Guadeloupe. Il dispose d'un budget 2009 de 36,5 millions d'euros, auquel s'ajoutent 3,2 millions d'euros pour les soins urgents.

L'instruction très lente des dossiers par la Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe induit un retard moyen de paiement des prestations avoisinant les dix-huit mois et en conséquence une importante avance de trésorerie de la part du Centre hospitalier, soumis à la T2A. Le Centre hospitalier est excédentaire de 170 000 euros sur l'exercice 2008.

Outre l'offre de soin décrite plus haut, le Centre hospitalier est très actif dans son implication dans les missions liées aux réseaux :

- missions de santé publique (IST, lutte contre la tuberculose, vaccinations) ;
- réseau périnatalité ;
- réseau diabète, hypertension artérielle, oncologie ;
- lutte contre la drépanocytose.

Il a notamment en projet :

- l'amélioration de la prise en charge du diabète et de l'obésité ;
- la progression de l'accueil des enfants et adolescents pour les maladies pédiatriques et la drépanocytose ;
- la création d'une unité de maladies infectieuses et tropicales ;

- le développement de la chimiothérapie.

Le Centre hospitalier s'investit d'autre part largement dans les actions de prévention : lutte contre les IST et la tuberculose, vaccinations.

Des missions sont conduites dans le cadre d'une convention avec le CHU de Pointe-à-Pitre. Elles portent sur l'endocrinologie, la chirurgie pédiatrique, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie ORL, la dermatologie et l'oncologie. Les difficultés actuelles du CHU de Pointe-à-Pitre, hôpital de recours, conduisent à un repli actuel sur le CHU de Fort-de-France, pôle régional dans le domaine de la neurochirurgie par exemple.

Le Centre hospitalier est hôpital de secteur en psychiatrie pour les Îles du Nord. Ceci répond à une demande forte liée à un stress important de la population qui peut s'expliquer par un taux de chômage très élevé, le désarroi d'un certain nombre de métropolitains déphasés et la forte consommation de produits psychotropes.

Le Centre hospitalier disposera à terme de dix-neuf places en psychiatrie dont trois chambres d'isolement, neuf places étant externalisées par rapport à l'hôpital.

L'hôpital est aujourd'hui reconnu dans ses compétences par les populations locales. Malgré les progrès effectués, il se dégage cependant une impression de fragilité, l'ensemble de l'édifice, sans doute plus qu'ailleurs, reposant sur les hommes actuellement en place tant au sein de la direction administrative que du staff médical.

2. Une forte implication des services de l'État

La création voici trois ans à Saint-Martin pour les deux Îles du Nord d'une antenne de la Direction de la santé et du développement social et de l'Agence régionale de l'hospitalisation, avec une équipe encadrée par un Inspecteur des affaires sanitaires et sociales, a permis de coordonner sur place l'ensemble des actions auparavant menées uniquement sous la forme de missions à partir de la Guadeloupe.

Ceci fait suite à une longue période de défaillance de la puissance publique dans son ensemble (État, Conseil régional et Conseil général) qui a laissé une situation largement sinistrée dans les domaines de l'assainissement, des adductions d'eau, de l'état des routes, de la restauration scolaire... et de la santé en général.

Ont ainsi pu être mieux gérés :

- l'accompagnement de la modernisation du nouvel hôpital construit en 2003, avec des contrôles réguliers dans le cadre d'une démarche de partenariat ;

- la veille sanitaire : un dispositif local a été développé, afin de travailler notamment sur la dengue (surveillance de l'apparition des symptômes par des médecins sentinelles, remontée des informations, coopération avec la partie hollandaise), et un protocole spécifique de signalement des médicaments et de certains produits dangereux existe ;
- la lutte anti-vectorielle ;
- le contrôle des eaux de baignade et potables (une usine de dessalement a été installée dans chaque île, fonctionnant en osmose inverse et non plus sur le principe du chauffage de l'eau, qui pouvait entraîner un risque de légionellose) ;
- la gestion des situations d'urgence : les plans blancs des deux hôpitaux ont été élaborés ;
- la mise à jour et la vérification des diplômes des professionnels de santé, afin de lutter contre les fraudes ;
- les transports sanitaires terrestres et aériens ;
- l'accompagnement et le contrôle des structures médico-sociales : Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) de 40 places (100 enfants sont actuellement en liste d'attente), Service de soins infirmiers à Domicile (SSIAD), Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 40 places (une maison de retraite est en projet), Centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST).

Une question épineuse demeure : la gestion des remboursements des dépenses de santé. À la suite d'un audit, la Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe a nommé une directrice d'agence CGSS à Saint-Martin afin de donner plus d'autonomie en local. Se fait dès lors jour un espoir de diminution des importants délais de remboursement comme d'enregistrement des dossiers, notamment des naissances et des créations de droits. Il est cependant trop tôt pour porter un jugement sur la réussite de la démarche.

La création prochaine de l'Agence régionale de santé (ARS) de la Guadeloupe permet d'espérer la création d'une antenne pour les Îles du Nord. Ceci devrait entraîner une amélioration de la gestion de la CGSS. Il serait souhaitable dans le futur cadre institutionnel qu'une convention entre la préfecture et l'ARS donne à la préfecture des Îles du Nord la fonction d'antenne de l'ARS.

D - LES INSUFFISANCES DE LA DÉMARCHE

1. Un déficit de formation des Saint-Martinois aux métiers de la santé

Seuls 12,86 % des emplois hospitaliers sont occupés par des Saint-Martinois d'origine. Parmi eux, trois seulement sont cadres (un médecin, une sage-femme et un cadre soignant). Aucun n'occupe de poste d'infirmière.

Le souci est amplifié par le fait que les emplois occupés par les non Saint-Martinois connaissent une rémunération assortie d'un taux de 40 % pour faire face à la cherté de la vie et de l'Indemnité particulière de sujétion insulaire (IPSI), indemnité d'éloignement représentant seize mois de salaire versés en trois tranches si l'agent reste sur place quatre ans révolus. Hors ces avantages, les recrutements qualifiés seraient fortement remis en question, et en conséquence le maintien de la permanence et de la qualité des soins.

2. Une offre de soins hospitalière à développer

Divers axes doivent être poursuivis.

- L'éloignement de l'île nécessite la mise en place de moyens de communication très performants. Équipé d'un matériel de visioconférence, le Centre hospitalier doit se doter des possibilités de transmission en télé-médecine vers les CHU de recours et vers les États-Unis puisqu'un certain nombre de patients en proviennent. Ceci permettrait notamment de mieux diagnostiquer et de diminuer encore les coûts liés aux évacuations sanitaires.
- La Fédération des urgences des hôpitaux des Îles du Nord, constituée par le Centre hospitalier de Saint-Martin et l'hôpital local de Saint-Barthélemy dans le cadre de leur direction commune, a apporté une réponse satisfaisante à la mutualisation des moyens médicaux pour assurer la permanence des soins d'urgence et des évacuations sanitaires. Il convient cependant d'aller plus loin dans un souci de logique et d'efficacité. En effet, le SAMU de référence régulateur des interventions est le CHU de Pointe-à-Pitre dont les opérateurs ne maîtrisent pas l'ensemble des langues pratiquées à Saint-Martin.
- Concernant les évacuations sanitaires et au regard des incertitudes évoquées plus haut, la population ne dispose pas d'un vecteur aéroporté dédié au Centre hospitalier et adapté aux conditions météorologiques locales. de type hélicoptère de la Protection civile (et qui servirait évidemment également pour Saint-Barthélemy).
- Le Centre hospitalier de Saint-Martin remplit un éventail de missions plus large que les autres hôpitaux, notamment métropolitains, au travers par exemple des missions de santé publique, essentiellement de prévention, qui lui sont confiées. D'autre part, le Centre hospitalier présente une capacité d'hébergement insuffisante au regard de la demande de soins et déborde vers des missions d'action sociale du fait

de l'absence ou de l'insuffisance de réponse du réseau médico-social insulaire (protection de l'enfance et insuffisance de places d'accueil en foyer, d'où l'occupation de places de pédiatrie en raison de problèmes parentaux ; traitement long des dossiers d'aide sociale et d'allocations pour les personnes âgées, hébergées au Centre hospitalier en attente de places dans des structures adéquates ; traitement des demandes d'allocation pour les personnes handicapées, parfois également hébergées en attente). Les appartements thérapeutiques gérés par l'association Aides ne suffisent pas et l'on constate un retour vers le secteur hospitalier des personnes concernées.

- Une réflexion sur le développement de l'offre doit être menée avec le double souci de la réponse à la demande de soins en progression constante et de l'efficacité financière, liée notamment à la réduction du nombre d'évacuations sanitaires. En effet, l'offre est encore insuffisante, en particulier dans les domaines suivants : cardiologie et appareil vasculaire, dermatologie, endocrinologie, urologie. De même, la prévention fait encore largement défaut, concernant notamment la dengue, le diabète et l'obésité, les maladies pédiatriques et l'infectiologie. L'absence d'un observatoire de la santé interdit de bénéficier de données plus complètes sur les pathologies recensées.

3. Une coopération sanitaire entre Saint-Martin et Sint Maarten très insuffisante

La partie hollandaise de l'île est située en dehors du champ de la législation européenne puisque dépendant du gouvernorat de Curaçao.

Deux établissements de soins se partagent en conséquence la prise en charge des patients à hospitaliser et à secourir en urgence : le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming côté français, le *Medical Center* côté hollandais. Ce dernier est un établissement privé à but lucratif ne disposant pas d'un plateau technique et d'infrastructures de la même ampleur que le Centre hospitalier de Saint-Martin. La politique de santé publique est quasi-inexistante à Sint Maarten.

Pour cette raison, comme pour d'autres liées à des considérations financières, le *Medical Center* de Sint Maarten n'accepte pas d'accueillir tous les patients, qui sont alors orientés vers le Centre hospitalier de Saint-Martin, dont 45 % de la fréquentation est constituée par des non assurés sociaux, la plupart de nationalité étrangère (Haïti, Saint-Domingue, Sint Maarten, Saint-Kitts and Nevis, Anguilla...).

Il importe de relever que les professionnels de santé de Saint-Martin ne peuvent juridiquement exercer sur l'ensemble de l'île et que des moyens sanitaires français ne peuvent dès lors être déportés côté hollandais, ce qui pose en particulier problème en matière de prévention et d'épidémiologie.

La mise en place de certains groupes de travail est aujourd'hui envisagée afin d'explorer les pistes possibles de coopération en matière de :

- soins hospitaliers ;
- veille et urgence sanitaires et lutte contre la dengue ;
- santé publique : lutte contre le VIH/SIDA, vaccinations, qualité des eaux... ;
- questions d'hygiène et vétérinaires : santé animale et sécurité sanitaire des aliments ;
- affaires sociales ;
- protection sociale.

Une déclaration d'intention confirmant cette approche est à la signature du préfet délégué, du président de la Collectivité de Saint-Martin et du Lieutenant-gouverneur hollandais.

L'évolution institutionnelle prévue l'an prochain de la partie hollandaise, avec autonomisation de Sint Maarten par rapport à Curaçao, concomitamment à la création de l'Agence régionale de santé côté français, permet d'espérer une évolution favorable de la situation.

VIII - SAINT-BARTHÉLEMY

A - LE CONTEXTE

1. Situation géographique

L'île de Saint-Barthélemy est située à 6 500 kilomètres de Paris et à 230 kilomètres au nord-ouest de la Guadeloupe, à la charnière des Grandes et des Petites Antilles. D'une superficie de 21 km², elle est hérissée de collines sèches d'origine volcanique abritant une végétation rare et essentiellement épineuse dans un climat aride. Les côtes sont découpées et creusées d'anses de sable fin.

2. Population

Lors du recensement de 1999, l'INSEE a comptabilisé 6 852 résidents, soit une hausse de 36 % par rapport à 1990 et un taux de croissance de 3,5 % par an, très inférieur à celui observé dans les années 1980 (6,4 %). L'estimation de 2007, dont les résultats sont encore partiels, a permis de dénombrier 8 450 habitants, soit une nouvelle augmentation de 23 % par rapport à 1999.

La population de l'île vieillit, la part des moins de quarante ans diminuant de 7,5 % et celle des plus de soixante ans progressant de 6,4 %. Les femmes représentent 47 % du total.

Le taux de natalité a diminué significativement, passant de 13,4 ‰ en 1990 à 11,9 ‰ en 1999, inférieur à ceux de la Guadeloupe (17,9 ‰) et de la métropole (12,8 ‰).