

PLAN SANTÉ JEUNE

SAINT-MARTIN

2014 - 2017

“ S’engager envers
la jeunesse,
dès le plus jeune
âge, donc dès
l’école ”

MARISOL TOURAINE

*Ministre des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des femmes*





● INTRODUCTION..... 8

● CONTEXTE TERRITORIAL ET PROBLEMATIQUES DE SANTE A SAINT-MARTIN (Contexte, Réunions et Conclusions des groupes de travail) - 1^{ère} PARTIE

Contexte territorial : géographique, social, culturel	12
● Situation géographique : une partition binationale	12
● Un accroissement démographique considérable	12
● Une très forte proportion d'étrangers, notamment en situation irrégulière	13
● Un paysage culturel multilinguistique	13
● Une pyramide des âges particulièrement jeune	13
● Des familles nombreuses, des familles monoparentales	14
● Un taux de chômage élevé et une importance sociale de la précarité.....	14
● Des problématiques sanitaires spécifiques	15
Problématiques autour de la santé des jeunes abordées en réunions et/ou dans les groupes de travail	16
● Les conduites alimentaires.....	18
● La santé sexuelle et maternelle	20
● Les conduites addictives	24
● La santé mentale	27
● Le handicap	30
● La violence	34
● L'accès aux droits	35
Les acteurs institutionnels sollicités au titre des données contextuelles sur Saint-Martin	36
● Le Palais de Justice	36
● La Gendarmerie Nationale	37

● PROBLEMATIQUES DE SANTE RETENUES

(Présentation, études et état des lieux des actions au plan local) - 2^{ème} PARTIE

Accès aux droits des jeunes	40
• Définitions et problématiques associées	40
• Acteurs institutionnels à Saint-Martin	43
Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité	50
• Définitions et problématiques associées	50
• Un problème de santé et de société	50
• Les problèmes de surpoids et d'obésité chez les jeunes confirmés par des études.....	51
• Les actions de communication de l'INPES, de l'Assurance Maladie et de l'ARS	52
• Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité en milieu scolaire.....	52
• La collectivité, l'éducation nutritionnelle en milieu périscolaire et les Parcours Sportifs de Santé Sécurisés	55
• L'hôpital : les orientations du Projet Médical d'Etablissement	56
• Les professionnels de santé en ville	57
• L'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (Maison Des Adolescents)	57
• Action « Santé Nutrition » ou « Nutri Shower »	58
Santé sexuelle et maternelle	59
• Définitions et problématiques associées	59
• Saint-Martin : comportements sexuels et contraceptifs à risque	64
• Les actions de communication du Ministère de la santé, de l'INPES et de l'Assurance Maladie.....	66
• Santé sexuelle et maternelle en milieu scolaire	67
• La Collectivité : la Protection Maternelle et Infantile (PMI).....	70
• L'hôpital : niveau de prise en charge et orientations du Projet Médical d'Etablissement	73
• Les professionnels de santé de ville	76
• L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (CIDDIST et Maison Des Adolescents)	77
• L'Association « AIDES »	79
• L'Association « Maternité Active »	81



Conduites addictives	82
• Définitions et problématiques associées	82
• La prise en charge des addictions et la consommation de cannabis chez les adolescents	86
• Conduites addictives en milieu scolaire : Orientations nationales et Projet Académique Educatif	89
• L'hôpital : niveau de prise en charge et orientations du Projet Médical d'Établissement	90
• L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (CSAPA et la Maison Des Adolescents)	91
Santé mentale	94
• Définitions et problématiques associées	94
• Santé mentale et suicide.....	95
• La santé mentale en milieu scolaire : mal-être à l'école, Projet Académique Educatif et la prise en charge des élèves décrocheurs	95
• La Collectivité : Cellule de Recueil et d'Informations Préoccupantes et actions de la PMI et de l'ASE	96
• L'hôpital : niveau de prise en charge et orientations du Projet Médical d'Établissement	98
• Les professionnels en ville.....	100
• L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (CSAPA et Maison Des Adolescents)	100
Handicap	102
• Définitions et problématiques associées	102
• Saint-Martin : une étude des besoins de prise en charge en établissement des personnes handicapées	107
• La Collectivité : projets de création de structures médico-sociales pour enfants et jeunes adultes	109
• L'association « Coralita »	110
• L'association « Tournesol » des Parents et amis d'enfants en situation de handicap	112
• Handicap et autisme : le projet de l'association « SXM Autisme »	113
Couverture vaccinale	115
• Définitions et problématiques associées	115
• Saint Martin enquête sur la couverture vaccinale (enfants de moins de 6 ans et collégiens)	118
• Les actions de communication : ministère de la Santé, INVS, INPES, Assurance Maladie et au plan local de IREPS, URPS et ARS	119
• Couverture en milieu scolaire : orientations nationales et bilans de santé	119
• La Collectivité : la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et la couverture vaccinale de 0 à 6 ans	120
• L'hôpital : la couverture vaccinale des enfants et des jeunes après 6 ans	121
• L'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (Maison Des Adolescents)	122

●●● SANTE DES JEUNES A SAINT-MARTIN : RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROJET DE SANTE ET ORIENTATIONS DU PLAN SANTE JEUNES - 3^{ème} PARTIE

Accès aux droits des jeunes	124
• Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin.....	124
• Accès aux droits : les orientations du Plan Santé Jeunes	124
Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité	125
• Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin.....	126
• Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité : les orientations du Plan Santé Jeunes	126
Santé sexuelle et maternelle	127
• Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin	127
• Les orientations du Plan Santé Jeunes	128
Conduites addictives	128
• Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin.....	128
• Les orientations du Plan Santé Jeunes	129
Santé mentale	130
• La santé mentale dans les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin	130
• Les orientations du Plan Santé Jeunes	131
Handicap	133
• Le handicap dans les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin	133
• Les orientations du Plan Santé Jeunes	135
Couverture vaccinale	134
• La couverture vaccinale dans les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin	134
• Les orientations du Plan Santé Jeunes	134
●●● GLOSSAIRE	136
●●● TABLE DES ANNEXES	
• Annexe 1 : liste des participants aux réunions du Plan Santé Jeunes.....	138
• Annexe 2 : liste des personnes rencontrées dans le cadre d'entretiens au titre du Plan Santé Jeunes	141
• Annexe 3 : Convention entre le rectorat et l'Agences Régionales de Santé (ARS) du 14 mars 2013.....	143





INTRODUCTION

« La Conférence de territoire (des Iles du Nord) relève l'absence de prise en charge de la santé des jeunes dans son ensemble. Elle constate :

- Le recours aux addictions ;
- Les comportements suicidaires ;
- Le recours à l'IVG comme mode contraceptif ;
- Le développement de l'obésité ;
- La dégradation de l'hygiène bucco-dentaire ;
- Les vaccinations qui ne sont pas à jour ;
- La santé scolaire en charge de 8 000 enfants.

L'objectif général est d'adapter l'offre de santé mentale à la réalité de l'île de Saint-Martin, d'améliorer la prise en charge des addictions en aval, et de faire de la santé de la jeunesse à Saint-Martin un objectif transversal pour l'ensemble des domaines stratégiques ». Extrait issu du Projet de Santé pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) 2011 – 2016.

Monsieur Patrice RICHARD, nouveau Directeur Général de l'agence de santé (ARS) de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy depuis le 1^{er} septembre 2013, s'est rendu à Saint-Martin dès le 13 septembre 2013 et a établi les principales priorités pour le territoire de Saint-Martin au titre de l'année 2014, parmi lesquelles l'élaboration d'un Plan Santé Jeunes.

Cette priorité était reprise notamment lors de la tenue du Débat public du 23 janvier 2014 relatif à la Stratégie Nationale de Santé (SNS) où la priorité territoriale affichée pour Saint-Martin était « la santé des jeunes ».

Qu'est-ce qu'un Plan Santé Jeunes ?

Conformément au communiqué de presse diffusé le 27 février 2008 par Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la santé, de la Jeunesse et des Sports, « ce plan » « cible principalement les pratiques à risques, la promotion des bonnes habitudes alimentaires, la prévention de la crise suicidaire et de la souffrance psychique ainsi que les pratiques addictives ».

Ce plan, principalement destiné aux jeunes âgés de 16 à 25 ans, comportait une série de mesures visant à mieux protéger la santé des jeunes :

- Face à la diffusion préoccupante des comportements à risque et au développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées en mettant l'accent sur la lutte contre les pratiques addictives (en particulier l'alcool), la promotion d'habitudes nutritionnelles plus équilibrées et la lutte contre l'anorexie ;
- Par des mesures particulières prises en faveur des jeunes les plus vulnérables : des « maisons des adolescents » dans tous les départements d'ici 2010, un programme de prévention santé en milieu scolaire et universitaire, la promotion d'un numéro vert « fil santé jeunes », un dispositif de repérage et de prévention de la crise suicidaire et de la souffrance psychique chez les jeunes et la campagne « contraception 2008 – 2009 » ;
- Par le développement de la place des activités physiques et sportives dans la vie courante des jeunes ;



- En permettant aux jeunes de devenir acteurs de leur santé tout en répondant à leur désir d'autonomie et de responsabilité (dispositif favorisant le versement des cotisations maladie, services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, consultation annuelle et gratuite, « passeport pour la santé »).

Qu'en est-il du Plan Santé Jeunes dans le contexte de Saint-Martin ?

Saint-Martin : un territoire, un contexte, pour quelle tranche d'âge en matière de public jeune cible ? sur quelles thématiques de santé ? selon quelle méthode d'élaboration ?

Saint-Martin est un petit territoire insulaire de 56 km² (partie française de l'île) avec 36 286 habitants (population municipale officielle) et une proportion de population jeune supérieure à celle de la Guadeloupe et confrontée à des problématiques de santé dans une situation de double insularité (phénomène de sous-estimation de la population réelle présente sur le territoire majoritairement d'origine étrangère). Un contexte par ailleurs binational (avec Sint Maarten), multilinguiste, multiculturel et confronté à une importante précarité sociale.

Un Plan Santé Jeunes pour quelle tranche d'âge ?

La référence à une population jeune cible de 16 – 25 ans ne pouvait totalement satisfaire aux impératifs de santé propre à la jeunesse de l'île du fait principalement que la part des moins de 15 ans représente environ 30 % de la population de Saint-Martin (contre 23 % pour la Guadeloupe et 18.3 % pour la France métropolitaine). Par ailleurs, conformément aux récents travaux réalisés par l'ARS d'Ile de France en matière d'actions à conduire en faveur des jeunes, la période de l'enfance à la tranche d'âge des 25 ans constitue une période

charnière pour la construction des individus (« l'enfance est une période importante pour l'adoption des bonnes habitudes de vie » et « l'adolescence est une période de transformations majeures tant physiques que psychiques souvent déroutantes tant pour le jeune que pour son entourage. C'est une période d'expérimentation et de prise de risque qui vont de pair avec la quête d'autonomie et la recherche d'indépendance »).

La tranche d'âge des 16 – 25 ans, si elle constitue une période charnière dans l'accès à l'autonomie et à l'insertion professionnelle et si elle est la tranche d'âge la plus touchée par la précarité sociale concernant les jeunes, représente également la fin du dispositif scolaire obligatoire et ne peut inclure l'ensemble des actions développées dans le cadre de l'école. Une population cible des 6 – 25 ans voire même dans certains cas la petite enfance (en matière de prévention post-natale ou de couverture vaccinale) est celle retenue dans le présent plan.

Un Plan Santé Jeunes pour quelles thématiques de santé ?

Celles tout d'abord mentionnées dans le cadre du Projet de Santé pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy (PRS 2001 – 2016). Ces thématiques sont notamment enrichies par la réflexion engagée par les réunions et les groupes de travail à l'occasion de l'élaboration du présent plan.

Un Plan Santé Jeunes selon quelle méthode d'élaboration ?

De part l'importance de la population jeune sur l'île et la relative insuffisance des données disponibles relatives aux problématiques de santé de la population saint-martinoise (par comparaison avec le nombre plus important des études réalisées sur les populations guadeloupéenne ou martiniquaise), la méthode d'élaboration du Plan Santé Jeunes de Saint-Martin a volontaire-

ment privilégié tant la participation des jeunes saint-martinois dans sa réalisation qu'une démarche d'état des lieux des acteurs et des actions au plan local.

Un Plan Santé Jeunes qui comporte une première partie tout d'abord consacrée au contexte territorial de Saint-Martin (avec notamment la participation de deux acteurs institutionnels fournisseurs de données : le Palais de Justice et la Gendarmerie Nationale). Cette partie porte ensuite sur les problématiques de santé mises en évidence sur le territoire dans le cadre des réunions et groupes de travail. De ces réunions (organisées du 27 novembre 2013 au 17 septembre 2014) et groupes de travail (mis en place à partir du 19 février 2014) découlent des constats puis des réflexions et des conclusions pour chacune des 6 thématiques examinées : les conduites alimentaires, la santé sexuelle et maternelle, les conduites addictives, la santé mentale, le handicap et la violence.

Si la problématique de la violence a été abordée dans le but d'enrichir la réflexion collective des autres groupes de travail (sans être retenue dans le plan), la problématique relative à l'accès aux droits y a été intégrée (sans faire l'objet d'un groupe de travail). A noter en particulier l'importante participation des jeunes à l'élaboration du plan : sur un total de 74 participants aux réunions, près de 40 % d'entre eux étaient des jeunes (collégiens et lycéens membres de l'association « Jeunesse SOUALIGA » et du Conseil Territorial des Jeunes). Par ailleurs, il est à souligner la nomination de 2 lycéennes à la chefferie de 2 groupes de travail sur 6.

Dans la Deuxième Partie figurent les problématiques de santé retenues par le Plan Santé Jeunes : l'accès aux droits des

jeunes, la nutrition et la lutte contre le surpoids et l'obésité, la santé sexuelle et maternelle, les conduites addictives, la santé mentale, le handicap et la couverture vaccinale.

Chacune de ces problématiques de santé comporte une présentation (définitions et problématiques associées, études réalisées) et un état des lieux des actions et des acteurs présents au plan local.

La Troisième Partie, pour chacune des problématiques de santé retenues, rappelle les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin et arrête les orientations du Plan Santé Jeunes.

Pascal GODEFROY

*Directeur de la Délégation Territoriale de l'ARS
de St Martin et de St Barthélemy*



●●● CONTEXTE TERRITORIAL ET PROBLEMATIQUES DE SANTE A SAINT-MARTIN

Contexte territorial : géographique, social, culturel	12
Problématiques autour de la santé des jeunes abordées en réunions et/ou dans les groupes de travail	16
Les acteurs institutionnels sollicités au titre des données contextuelles sur Saint-Martin	36



CONTEXTE TERRITORIAL

Géographique, social et culturel

Une partition binationale de l'île, un accroissement démographique considérable, une très forte proportion d'étrangers, notamment en situation irrégulière, un paysage culturel multilinguiste, une pyramide des âges particulièrement jeune, une population souvent composée de familles nombreuses avec une prégnance des familles monoparentales, un taux de chômage élevé et une importance sociale de la précarité... telles sont les principales caractéristiques de Saint-Martin. Ces caractéristiques s'inscrivent dans une relation étroite avec les problématiques de santé au sein de la population, et notamment au sein de la population jeune du territoire.

Situation géographique : une partition binationale

Située à environ 260 km au nord de la Guadeloupe, à égale distance entre Porto Rico et la Guadeloupe, et à environ 25 km au nord-ouest de Saint-Barthélemy, l'île de Saint-Martin (en néerlandais Sint Maarten) couvre une superficie d'un peu plus de 90 km².

Découverte par le génois Christophe COLOMB pour le compte de l'Espagne le 11 novembre 1493, colonisée ensuite successivement par les

Espagnols, les Français et les Hollandais, **l'île se retrouve partagée en deux parties distinctes par le traité de Concordia signé le 23 mars 1648 entre la France et la Hollande.** Depuis lors, l'île se compose de deux parties nationales : Saint-Martin ou partie française (56 km² avec pour chef lieu Marigot) et Sint Maarten ou partie néerlandaise (34 km² avec pour chef lieu Phillipsburg).

Rattachée en tant que commune au département de la Guadeloupe depuis 1947, la partie française de Saint-Martin est érigée depuis le 21 février 2007 au statut de collectivité territoriale d'outre-mer et comprend un conseil territorial (depuis le 15 juillet 2007) ainsi que deux autres instances : un conseil économique, social et culturel et les conseils de quartier (répartition de la population de Saint-Martin dans le cadre de 6 quartiers).

Un accroissement démographique considérable

La population de Saint-Martin (données INSEE Populations légales 2011 en vigueur au 1^{er} janvier 2014) comprend une population municipale de 36 286 habitants (population totale de Saint-Martin fixée à 36 992 habitants regroupant certaines populations comptées à part).



Conformément au profil socio-sanitaire de la collectivité établi en décembre 2013 par l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG), Saint-Martin, avec environ 678 habitants par km² (population 2009) a une densité de population supérieure à celle de la Guadeloupe (247 habitants/ km²). Au recensement de la population légale pour 2006 par l'INSEE (le département de la Guadeloupe ne comprend plus désormais les communes de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy), la population municipale de Saint-Martin comptait alors 35 263 habitants.

Cette population évolue entre 2006 et 2008 à hauteur de 4 % puis à hauteur de 0.9 % entre 2008 et 2010 avec une évolution à la baisse entre 2010 et 2011 de - 1.9 %.

La population municipale de Saint-Martin se caractérise entre 2006 et 2011 par une croissance totale de 2.9 % ; contre une croissance sur la même période des populations de la Guadeloupe et de la France métropolitaine à hauteur respectivement de 0.97 % et de 2.72 %.

Cette vitalité démographique au plan local découle de la combinaison ponctuelle d'une forte natalité (25.9 naissances pour 1000 habitants, soit un taux de natalité 2 fois plus élevé que la France métropolitaine) et d'un flux migratoire important.

Une très forte proportion d'étrangers en situation irrégulière

La population de Saint-Martin a connu un taux d'immigration élevé en raison à la fois de son appartenance au territoire français et à l'Union Européenne et du dynamisme économique de la

partie néerlandaise de Sint Maarten qui attire de nombreux immigrants (absence de toute barrière frontalière entre les deux parties de l'île).

Avec environ une centaine de nationalités différentes représentées, Saint-Martin compte une proportion d'habitants d'origine étrangère de près de 40 % de sa population totale (contre 5.8 % pour la France métropolitaine). Plus des ¾ des étrangers présents à Saint-Martin sont originaires de l'espace Caraïbe notamment en provenance d'Haïti (47 %), de la République Dominicaine et de la Dominique (22 %). De la proportion importante de personnes d'origine étrangère en situation irrégulière (très difficile à mesurer) découle toute la difficulté de l'accès aux droits de ce public, notamment du public jeune.

Un paysage culturel multilinguiste

Avec environ une centaine de nationalités représentées, **la part du multilinguisme dans la culture de Saint-Martin est considérable**, même si on identifie quelques principales familles linguistiques telles que les anglophones (34 % de la population), les hispanophones (12 %), les créolophones (28 %) et les francophones (24 %).

Une pyramide des âges particulièrement jeune

La jeunesse de la population de Saint-Martin constitue un aspect saillant de sa situation démographique avec un total de 37.1 % de sa population ayant moins de 20 ans contre 30.6 % pour la Guadeloupe et 21.8 % pour Saint-Barthélemy.

Au 1^{er} janvier 2014, la population des jeunes enfants à Saint-Martin âgée de moins de 5 ans représente 10 % de la population (soit 4 points de plus que la moyenne française métropolitaine).

La part de la population des moins de 15 ans à Saint-Martin est de 30 % de la population totale contre 18.3 % pour la France métropolitaine, 23 % pour la Guadeloupe et 21 % pour la Martinique (seule la Guyane affiche une part plus élevée avec 35.09 %). Enfin, la part des jeunes âgés entre 15 et 25 ans représente 13 % de la population de Saint-Martin. Soit une population totale de jeunes âgés de moins de 25 ans représentant 42 % de la population municipale de Saint-Martin.

Parmi cette population jeune (population municipale 2011) à Saint-Martin, la proportion des garçons/adolescents/jeunes hommes et des filles/adolescentes/jeunes femmes est la suivante :

- Entre 0 et 15 ans : 50 % et 50 % ;
- Entre 15 et 25 ans : 48 % et 52 % ;

La jeunesse de la population à Saint-Martin s'explique non seulement par une forte natalité mais aussi et surtout par l'apport de la population d'origine étrangère (les jeunes de moins de 15 ans sont plus nombreux parmi les étrangers avec un taux de 34 % de la population contre 28 % parmi les habitants de nationalité française).

Des familles nombreuses, des familles monoparentales

Selon les sources INSEE, les familles nombreuses (de 3 enfants et plus) représentent un total de 17.5 % de la population totale (contre 9.70 % en France métropolitaine, 12.4 % en Martinique et 13.8 % en Guadeloupe ; seule la Guyane affiche une moyenne supérieure avec 30.5 %).

La part des familles monoparentales (32 %) à Saint-Martin, si elle s'avère supérieure à la moyenne métropolitaine (13.3 %), n'est pas supérieure aux moyennes de la Guadeloupe (35.9 %), de la Guyane (36 %) et de la Martinique (38.3 %). Les familles monoparentales à Saint-Martin ont généralement à leur tête une femme (c'est le cas de plus de 9 familles saint-martinoises sur 10) (sources ORSAG 2013).

Un taux de chômage élevé et une importance sociale de la précarité

Le taux de chômage élevé (26 %) s'inscrit en liaison avec l'importance des habitants âgés de 15 ans et plus qui sont sortis du système scolaire sans aucun diplôme (près de 39 % de la population). En outre, les emplois occupés se caractérisent beaucoup par leur précarité (seuls 60 % des salariés ont un emploi sans limitation de durée contre 68 % en Guadeloupe et 75 % en France métropolitaine). S'ajoute à cette situation, le poids important du travail illégal et clandestin. Les jeunes sont les plus touchés par le chômage avec un taux de 47 % chez les 15-24 ans (les femmes étant de leur côté plus concernées que les hommes).

Les jeunes âgés de 18 à 24 ans se caractérisent à Saint-Martin par un taux de scolarisation très inférieur à celui de la Guadeloupe (respectivement 26 % et 48 % – sources ORSAG 2013).

En 2009, 41 % de la population saint-martinoise non scolarisée âgée de 15 ans ou plus n'est pas diplômée (contre 39 % en Guadeloupe).

Seuls 13 % des Saint-Martinois ayant terminé leurs études sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur contre 16 % des Guadeloupéens.



Un total de 84.4 % de la population à Saint-Martin est régi au plan social par le régime général (données 2014 de la CGSS).

Le nombre des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire est respectivement de 17.9 % et de 18.5 % (contre respectivement 16.1 % et 21.2 % en Guadeloupe). Enfin, au titre de l'Aide Médicale de l'Etat (AME), protection maladie obligatoire et complémentaire accordée sur critères de ressources aux personnes de nationalité étrangère, Saint-Martin se caractérise par un taux de 3.1 % en nombre de bénéficiaires (contre seulement 0.4 % pour la Guadeloupe).

- **Une situation de plus en plus difficile dans le domaine de la santé mentale** (problèmes sociétaux, absence et carences des structures familiales, conduites à risques) ;
- **La prise en charge des addictions dans le cadre d'une file active concernant les jeunes de moins de 20 ans à hauteur de 17 %** (l'alcool représente 32 % des motifs de consultation, suivi par le cannabis, le crack et la cocaïne avec 25 %).

Des problématiques sanitaires spécifiques

Parmi les grands domaines retenus par la stratégie territoriale de santé réalisée par l'ARS pour Saint-Martin, figure un certain nombre de constats concernant plus particulièrement la population jeune (source : *projet de santé pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin – Agence de Santé – MARS 2012*) :

- Un accès à l'offre de **prise en charge des formes de handicap fortement limité** ;
- Un **nombre élevé d'interruptions volontaires de grossesses (IVG)**, de grossesses à risque, des difficultés d'ouverture des droitss, un dépistage tardif des handicaps chez les nouveau-nés ;
- **La propagation du diabète comme maladie chronique et la lutte contre l'obésité** (facteurs socio-culturels locaux défavorables tels que la précarité, la culture anglo-saxonne du « fast food », les mauvaises habitudes alimentaires...) ;
- **La lutte contre le VIH comme priorité** et problème majeur de santé publique ;

PROBLEMATIQUES AUTOUR DE LA SANTE DES JEUNES

Abordées en réunions et dans les groupes de travail

Quelles sont les problématiques de santé concernant les jeunes à Saint-Martin ? Comment sont-elles perçues par les jeunes eux-mêmes sur le territoire ?

*Les thématiques de santé couramment admises relatives à la santé des jeunes sont elles existantes et dans quelles mesures dans le paysage saint-martinois ?
Telles sont les questions, parmi d'autres, qui se sont posées dans la démarche de vouloir réaliser un « Plan Santé Jeunes » à Saint-Martin.*

Les deux premières réunions au titre du Plan Santé Jeunes se sont déroulées les 27 novembre 2013 et 19 février 2014 (salle de délibération de la Collectivité Territoriale de Saint-Martin) sur l'initiative de l'ARS (Pascal GODEFROY, Délégué Territorial de l'ARS à Saint-Martin et Saint-Barthélemy) en partenariat avec la Collectivité Territoriale de Saint-Martin (Madame Ramona CONNOR, 2^{ème} Vice-présidente). Ces deux premières réunions avaient pour but d'organiser un tour de table (échanges, discussions, débats) destiné à aborder et à identifier les problématiques de santé existant à Saint-Martin.

La composition générale des participants à ces réunions est présentée en annexe du présent document (Annexe n°1).

- ! **Le souci d'harmoniser la vision institutionnelle** (administrations, établissements publics, associations...), force de compétence, de savoir faire et d'expérience, **avec la vision du public concerné**, source de réalisme, de vécu et de spontanéité, **a constitué l'enjeu de la démarche entreprise en vue d'élaborer le Plan Santé Jeunes pour Saint-Martin.** C'est pourquoi la présente démarche a pris la forme de réunions regroupant l'ensemble des acteurs institutionnels au plan local mais aussi et surtout un public de jeunes issu du territoire et invité à s'exprimer sur sa propre santé.
- Il est à souligner en particulier la participation importante de jeunes, collégiens et lycéens**, membres de l'association « Jeunesse SOUALIGA » et du Conseil Territorial des Jeunes de Saint-Martin. Pour précision, la tranche d'âge des jeunes participants à ces rencontres était comprise entre 14 et 21 ans.

Lors de ces deux premières réunions des 27 novembre 2013 et 19 février 2014, ont été abordées les diverses problématiques susceptibles d'être traitées concernant la santé des jeunes à Saint-Martin. Diverses problématiques de santé ont successivement été mises en évidence par l'ensemble des



participants : les conduites alimentaires, la santé sexuelle et maternelle, les conduites addictives, la santé mentale et le handicap.

Deux problématiques supplémentaires ont été ajoutées à l'ensemble : la violence et l'accès aux droits.

Il est à souligner que le choix des problématiques de santé à inclure dans le Plan Santé Jeunes de Saint-Martin a découlé autant de l'avis des professionnels et des représentants des institutions que des jeunes eux-mêmes présents à ces deux réunions.

A la suite de ce tour de table, la démarche proposée à l'ensemble des participants a consisté à la constitution de groupes de travail sur les thématiques de santé ainsi mises en évidence à l'occasion de la seconde réunion en date du 19 février 2014. L'animation de ces groupes de travail a été confiée à des chefs de groupes. Sous le pilotage de ces responsables et pour la problématique de santé le concernant, chacun des groupes de travail a été invité à effectuer un état des lieux au plan local, à identifier les principales difficultés ainsi que les besoins ressentis localement et, enfin, à proposer des orientations possibles en vue d'apporter des réponses à ces difficultés et à ces besoins.

Par ailleurs, chaque chef de groupe a également reçu pour consigne de travailler avec les autres groupes de travail selon une logique transversale, du fait des nombreux liens pouvant exister entre la problématique de santé qui leur a été confiée et celles attribuées à chacun des autres groupes de travail.

Lors de la réunion du 19 février 2014, un total de six groupes de travail a été mis en place sous le pilotage de chefs de groupe :

- **Groupe de travail sur la thématique « conduites alimentaires »** (Chef du groupe : mlle Grâce

BAUGER, lycéenne, Membre de l'association « Jeunesse SOUALIGA » et Présidente du Conseil Territorial des Jeunes) ;

- **Groupe de travail sur la thématique « santé sexuelle et maternelle »** (Chef du groupe : Didier WITCZAK, Directeur de la Maison Des Adolescents (MDA) et Directeur technique de l'associations « SIDA Les Liaisons Dangereuses ») ;
- **Groupe de travail sur la thématique « conduites addictives »** (Chef du groupe : mme Nathalie CIEMENT, Directrice administrative de l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses ») ;
- **Groupe de travail sur la thématique « santé mentale »** (Chef du groupe : m Guillaume BRYCHE, infirmier du Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis Constant-Fleming de Saint-Martin) ;
- **Groupe de travail sur la thématique « handicap »** (Chef du groupe : mme Josette JEFFRY, Vice-présidente de l'association « Tournesol » avec la participation complémentaire de Mme Fabienne RAYNALDY, Trésorière de l'association « Tournesol ») ;
- **Groupe de travail sur la thématique « violence »** (Chef du groupe : mlle Shanna ELICE, lycéenne et Membre de l'association « Jeunesse SOUALIGA ».

Enfin, **la question relative à « l'accès aux droits » pour les jeunes** a fait l'objet de la participation particulière de Mme Marie-Hélène SALOMON, Directrice de l'agence de sécurité sociale de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy (Caisse Générale de Sécurité Sociale – CGSS de la Guadeloupe).

Les troisième, quatrième et cinquième réunions organisées respectivement les 9 avril, 21 mai et 25 juin 2014, ont été consacrées à la réalisation du suivi

PAROLES DE JEUNES

Il ne s'agit pas des jeunes uniquement mais des parents aussi

et de l'accompagnement des travaux au sein de l'ensemble des groupes. La clôture des travaux des groupes est intervenue lors de la réunion du 17 septembre 2014 au cours de laquelle les groupes ont été invités à rendre les résultats définitifs de leurs travaux.

LES CONDUITES ALIMENTAIRES

Principales réflexions développées :

- La responsabilité des parents (éducation familiale) ;
- La comparaison du coût des tickets au sein de la cantine scolaire avec le coût moins cher des produits vendus dans le cadre des « Fast Food » à proximité des établissements scolaires ;
- Le contexte social et économique, le niveau de connaissance, d'organisation et les habitudes alimentaires des parents sont soulignés dans la mesure où manger régulièrement des fruits et des légumes n'est pas tous les jours à la portée de toutes les familles ;
- Des rythmes scolaires trop importants pour la pratique sportive individuelle (hors scolarité) ; Coût élevé des fruits et légumes ;
- Attrait des boissons énergisantes et sucrées chez les jeunes ;
- Fontaines à eau manquantes dans les établissements scolaires ;
- Conscience assez générale des jeunes sur ce que représente un « repas équilibré » et sur les effets que peut engendrer la « mal bouffe » : surpoids et obésité ;
- La nourriture peut-elle devenir une addiction ?
- Mise en évidence des différences culturelles et communautaires en matière d'habitude alimentaire, de vision du corps ;

“ PAROLES DE JEUNES ”

Manger sain
est une question de
moyens

”

Conclusions du groupe de travail

CHEF DU GROUPE : Mlle Grace BAUGER, Présidente du Conseil Territorial de Jeunes (CTJ), Membre de l'association «Jeunesse SOUALIGA» et lycéenne.

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL : M. Jerry HODGE (Collégien et membre du CTJ), Mlle Dounipher DOUYON (lycéenne et membre du CTJ), M. Howard TAYLOR (lycéen et membre du CTJ), Mlle Shannel JEANNE (Collégienne et membre du CTJ), Mlle Hélène DURAND (Collégienne et membre du CTJ), Mlle shantel DURUO (Collégienne et membre du CTJ), Mlle Bétina CLERMONT (Collégienne et membre du CTJ), Mme Chantal THIBAUT (infirmière du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming mise à disposition auprès de l'ARS pour l'année 2014) et Mme Elisabeth TABARI (Directrice de la Caisse Territoriale des Œuvres Scolaires/CTOS).

RÉUNIONS RÉALISÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : 15 avril 2014, 30 avril 2014, 9 mai 2014, 20 mai 2014 et 21 mai 2014 (réalisation et diffusion d'un questionnaire à destination des jeunes).

Quelques questions

(qui permettent d'avoir une connaissance sur les interrogations que se posent les jeunes en matière de nutrition et d'orienter toute communication tendant à favoriser une réponse à ces questions) :



- Pourquoi les femmes sont plus touchées par l'obésité que les hommes ? ;
- La femme, en particulier, devrait-elle changer son régime alimentaire ? ;
- Est-ce que l'obésité est héréditaire ? ;
- Est-ce que les émotions jouent sur les habitudes alimentaires ? ;
- Quelles modifications à apporter au menu de la cantine scolaire pour attirer davantage les élèves ? ;
- Est-ce que l'aspect de la nourriture joue sur les envies de manger ? ;
- Est-il possible de proposer un menu (cantine scolaire) aux élèves (choix offert aux élèves en matière de réalisation des menus) ? ;
- Est-il possible d'organiser un petit-déjeuner (démarche de « Journée du Goût ») dans chaque établissement (lycée, collèges et écoles primaires et maternelles) pour démontrer aux élèves « comment manger sain et équilibré » dès le matin ?

Un questionnaire à l'attention des élèves en primaire, des collégiens et lycéens de Saint-Martin :

Hypothèse et objectif. Sondage d'opinion réalisé auprès d'un ensemble d'élèves de Saint-Martin dans le but d'identifier les habitudes alimentaires au travers des différents moments de la journée (petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner), les aliments et boissons les plus souvent consommés, le budget disponible pour un repas, les avis des jeunes en matière d'alimentation et leur pratique d'une activité sportive.

Méthode (populations ciblées). Le groupe a procédé selon un questionnaire de type QCM auprès de plusieurs classes scolaires au sein d'établissements de Saint-Martin : l'École primaire Nina DUVERLY, le Collège du Mont des Accords (2 classes de 6^{ème}, 1 classe de 4^{ème} et quelques élèves de 3^{ème}) et le Lycée Polyvalent des Iles du Nord (9 classes de 2^{ème},

1 classe de 1^{ère} et 1 classe de terminale). Un total de 110 questionnaires a été recueilli concernant un public âgé environ de 11 à 19 ans.

Résultats du questionnaire adressé aux élèves :

- Absence de prise d'un petit déjeuner le matin pour 22 % des élèves interrogés (les principales raisons évoquées sont : « Je n'ai pas faim », « Je n'ai pas le temps » ou encore « Je n'ai pas d'argent »)
- Le repas du déjeuner de midi est pris par 96 % des élèves interrogés (pris majoritairement à l'extérieur dont à la maison) ;
- Le repas du dîner est aussi majoritairement pris par les élèves interrogés (79 %), généralement en famille (57 %) mais aussi souvent de manière seule (35 %) ;
- Concernant le budget journalier disponible pour le déjeuner une majorité d'élèves interrogés ne répondent pas (ou ne savent pas) pour environ 41 % d'entre eux (6 % répondent qu'ils n'ont pas d'argent et 22 % déclarent une somme inférieure à 10 \$) ;
- Parmi les aliments préférés des élèves figurent principalement : les pâtes (20 %), le riz (16 %), les pizzas (12.5 %), le poulet et les frites (11 %) tandis que sont moins cités les salades et les crudités (3 %), les légumes (2.3 %) ;
- Parmi les boissons préférées des élèves, viennent en tête les jus de fruits et concentrés de fruits (40 %), les sodas (27 %) tandis que l'eau ne représente que 8 % (à noter également que les boissons alcoolisées fruitées ou bières sont citées dans 7 % des cas) ;
- Les élèves prennent dans leur majorité (76 %) un goûter l'après-midi et déclarent consommer : des sandwich (18 %), des jus de fruits (13 %), des biscuits (9 %), des fruits (8 %), des sodas (6 %), des gâteaux (6 %), des chips (5 %), des pâtes (3.7 %) ;

PAROLES DE JEUNES

Il faut encourager les jeunes à boire de l'eau

- Les élèves interrogés déclarent, pour 88 % d'entre eux, qu'il est important de consommer chaque jour des fruits et des légumes ;
- Une activité sportive est pratiquée en dehors des cours d'éducation physique et sportive (EPS) par 70.5 % des élèves interrogés.

LA SANTE SEXUELLE ET MATERNELLE

Principales réflexions développées :

- Grossesses précoces : un effet de mode ! ;
- Les jeunes se moquent souvent de la pilule et du préservatif ;
- Importance de « déconstruire » les préjugés, les jugements de valeur/représentation et les nombreuses croyances (ce que je peux faire/ce que je ne peux pas faire) et notamment dans les moyens/méthodes de contraception ;
- Précocité des premiers rapports sexuels (13/14 ans) ;
- Prévalence des grossesses précoces bien supérieure à la France métropolitaine ;
- Nombre toujours élevé d'IVG ;
- Diagnostic élevé d'IST ou Infections Sexuellement Transmissibles (Chlamydiae) selon les dépistages systématiquement proposés lors du test HIV ;
- Peu d'éléments statistiques sur la contraception ;
- L'information sexuelle, en dehors de la cellule familiale, doit être apportée en milieu scolaire mais si les jeunes disent avoir bénéficié de ce type d'intervention, le contenu de celui-ci est jugé bien insuffisant (les IST par exemple ne sont pas abordées) ;
- Les professeurs sont-ils formés à ce type d'intervention et doivent-ils être plus appuyés par des professionnels de santé extérieurs à l'institution scolaire ?
- Problème de l'absentéisme des personnels infirmiers dans les établissements scolaires ;
- Connaissances souvent tardives de problématiques sexuelles par les médecins de ville lors de consultations ;
- Constat d'un certain éloignement dans la connaissance des problématiques de santé entre les jeunes et les acteurs institutionnels – méconnaissance des jeunes sur l'existence d'interlocuteurs institutionnels – « on ne parle pas le même langage » disent les jeunes ;
- Parler de sexualité avec les adolescents reste un exercice compliqué, en fonction des niveaux d'acquisition de chacun, du genre (garçons et filles) et de l'âge ;
- Les ressources et possibilités en matière d'accompagnement et de suivi sont méconnues de la plupart des jeunes ;
- Nécessité d'un accès aux dispositifs d'accompagnement et de prise en charge plus efficace et mieux adapté au public jeune ;
- Difficulté pour les parents d'assurer une éducation à leurs enfants en matière de contraception, de sexualité ;
- Nécessité et importance d'un « espace de confiance », de « groupes de parole » à destination des jeunes ;
- Mise en évidence du manque de structures adaptées en matière de suivi et d'accompagnement personnalisé ;
- L'approche de l'orientation sexuelle est très difficile à aborder pour les jeunes faute de lieu de discussion et d'écoute ;

“ PAROLES DE JEUNES ”

Une envie de faire comme
Les autres,
de tester



- L'approche « jeune à jeune » est jugée plus pertinente que celle « parents/médecins/professeurs à jeune » (les jeunes souhaitant cependant être soutenus davantage par des acteurs associatifs de type AIDES/Sida Liaisons Dangereuses/Maison Des Adolescents) ;
- Proposition d'un « Centre de santé sexuelle » ;
- Proposition d'un véritable « centre de planification » associatif ;
- Réflexions nécessaires autour de l'accompagnement des jeunes homosexuels représentant le plus haut taux de suicide et d'infection par le VIH ;
- Les jeunes identifient les genres « hommes/femmes » avec un regard encore très archaïque :
 - Hommes : forts, peu habiles avec les enfants, soutien financier de la famille, attirés par les femmes même après leur mariage et la constitution de leur vie de couple (les jeunes hommes allant jusqu'à l'église pour voir des filles et faire des rencontres) ;
 - Femmes : sexe faible, responsables des enfants, bavardes, parfois violentes très jeunes et obsédées par la mode et par les garçons ;
- Importance des questions d'ordre culturel et religieux : existence de grossesses assumées dans un but familial et social, existence de préjugés et de défiances à l'égard de la contraception (atteinte au corps, refus de l'IVG...), notion de « l'âge adulte » différent selon les origines nationales. Les IVG demeurent un sujet tabou. Il n'existe pas de liens réels entre les jeunes et les parents ;
- La PMI doit être un acteur privilégié, mais quels sont ses moyens tant humains que financiers aujourd'hui ?
- « Les jeunes ne se connaissent pas bien » ; un accompagnement autour de la connaissance de son corps, de ses transformations, en particulier à destination des filles s'avère nécessaire (menses, fécondité, hygiène, contraception...)
- Absence d'éducation sexuelle dans les familles (influences religieuses...) ;
- Constat de la problématique du langage à adopter pour communiquer avec les jeunes, en particulier dans le domaine de la sexualité. Comment trouver le bon vecteur ? Les interventions en milieu scolaire ayant d'ores et déjà été éprouvées, n'est-ce pas finalement aux jeunes de prendre ce rôle de vecteur ?

Conclusions du groupe de travail :

CHEF DU GROUPE DE TRAVAIL : m. Didier WITCZAK, Directeur technique de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » et Directeur de la Maison Des Adolescents (MDA).

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL : Dr Frédéric OLIVO (Médecin coordonnateur – Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »), Dr Louis JEFFRY (Praticien Gynécologue-Obstétricien du CH LCF), Dr Jérôme RELTIEN (Médecin libéral), Mme Carole BOCQUET (Sage-femme – Association « Maternité Active »), Mme Noémie BORDELAIS (Sage-femme libérale), Mme Marlène TOMA (Sage-femme – PMI), Dr Hélène COUTENS (Médecin scolaire), Dr Charles VANGEENDERHUYSEN (Praticien Gynécologue-Obstétricien) du CH LCF) et un ensemble de 21 jeunes membres du Conseil Territorial des Jeunes, de l'Association « Jeunesse SOUALIGA », du lycée et des collèges de Saint-Martin, dont Mlle Grace BAUGER (Chef du groupe de travail « conduites alimentaires ») et Mlle Shanna ELICE (Chef du groupe de travail « violences ») : m. Michel COULANGES, M. Derrickson GUISTE, Mlle Hélène DURAND, Mlle Leslie SYLVESTRE, M. Jacob SARMIENTO, Mlle Leslie GREMMO, Mlle Daisy MAROUDE, M. Dan BEAUJOUR, M. Cédric PANTHIER, Mlle Dimika PANTHIER, M. Lytha CARINA, M. Allan FELIX, Mlle Melinda JEAN, M. Ismaël DOLNE, M. Jean-David CASTOR, Mlle Abigaëlle SAINT-CYR, Mlle Lénise MICKAEL, Mlle Kelly ISOPHE, M. Andrew ALLAN.

RÉUNIONS ET ENTRETIENS RÉALISÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : 18 mars 2014, 25 mars 2014, 7 mai 2014 et 18 juin 2014.

Quelques constats :

- Précocité des premiers rapports sexuels - 13/14 ans - (cette précocité se trouve confirmée par certains témoignages de filles plus âgées au lycée qui considèrent que les filles plus jeunes ont des comportements plus « graves » avec des rapports multiples dès le collège) ;
- Prévalence des grossesses non désirées bien supérieures à la moyenne nationale ;
- Nombre toujours élevé des IVG ;
- Diagnostic élevé des IST (VIH et Chlamydiae) suite au dépistage proposé au sein de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » ;
- Peu d'éléments statistiques sur la contraception ;
- L'accès à l'information en matière sexuelle et maternelle n'est pas assez efficace et adapté aux jeunes et les « centres ressources » existants sont méconnus des jeunes (les jeunes « ne se connaissent pas bien » et ont majoritairement besoin d'un accompagnement sur les questions autour du corps et de ses transformations, de l'hygiène, de la fécondité, de la contraception, des IST...).

“ PAROLES DE JEUNES ”

Certains n'osent pas aborder les adultes

Parler de la sexualité : Qui ? Comment ? Quoi ?

« Parler de sexualité avec les adolescents reste un exercice compliqué » (en fonction des niveaux d'acquisition des connaissances de chacun, du genre et de l'âge).

Les jeunes ont bien repéré les interlocuteurs :

- L'infirmier scolaire : interlocuteur reconnu mais absence ou insuffisance souvent de confidentialité pour les jeunes ;

- Les parents : pour certains jeunes les parents peuvent être des interlocuteurs en matière sexuelle et maternelle ;
- Les associations : majoritairement reconnues comme des interlocuteurs (« AIDES », « SIDA Les Liaisons Dangereuses/Maison Des Adolescents ») ;
- Le médecin de famille : parfois considéré comme un interlocuteur ;
- L'hôpital : reconnu mais non représentatif comme un lieu où la confidentialité est suffisante.
- Difficulté des parents pour en parler (discours qui les renvoie à leur propre sexualité).

Difficulté de l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire.

La loi du 4 janvier 2001 prévoit qu'une information et une éducation à la sexualité doivent être assurées dans les écoles, collèges et lycées à raison au moins de 3 séances annuelles. Or, les élèves interrogés disent avoir bénéficié de ces interventions mais jugent leur contenu insuffisant. Les professeurs sont-ils les mieux à même d'assurer cette éducation aux élèves ? Ne doit-elle pas être plutôt assurée par des professionnels de santé extérieurs au milieu scolaire ?

Les personnels de santé scolaire sont en effectifs insuffisants pour répondre à l'ensemble des demandes pouvant être formulées par les élèves avec le niveau requis de confidentialité.

A souligner en particulier l'importance de l'initiative relative aux « jeunes relais » dans le but de diffuser des informations auprès des jeunes (action déjà en cours au Lycée Polyvalent des Iles du Nord en partenariat avec l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses ») ; l'approche « pair à pair » se révélant plus souvent pertinente que la relation entre



« entre parents/médecins/professeurs et jeunes ». Le Service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la Collectivité doit être un acteur privilégié. Toutefois, son fonctionnement n'est pas aujourd'hui optimal du fait notamment de l'absence de certains professionnels (médecin référent...).

Si elle assure des actions de prévention médicale, psychologique et sociale en santé sexuelle et d'accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères et propose des mesures de contraception, le constat général révèle un déficit actuel d'information, de prévention et de réduction des risques sur le territoire auprès des jeunes.

Les médecins de ville ne rencontrent les jeunes en consultations que lorsqu'ils sont déjà en difficulté.

Les acteurs associatifs sont généralement reconnus comme de véritables interlocuteurs par les jeunes. Toutefois, l'action actuelle des associations identifiées dans le domaine de la santé (« AIDES », « SIDA Les Liaisons Dangereuses ») ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins des jeunes en matière d'information et de prévention des risques liés à la sexualité.

La Maison Des Adolescents en particulier a cependant développé une image de « lieu d'accueil » pour les jeunes de 11 à 25 ans et leurs parents ainsi que vis-à-vis de l'ensemble des professionnels de santé.

Quels modes de communication peuvent « atteindre » les jeunes ?

Il convient d'utiliser l'ensemble des acteurs notamment associatifs dits « leaders d'opinion ». L'Association « Jeunesse SOUALIGA », très implantée dans le public jeune de Saint-Martin, se propose de développer des actions de sensibilisation et d'éducation à la santé sexuelle.

Par ailleurs, de nouveaux modes de communication doivent être utilisés en lien avec les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication).



La Maison Des Adolescents se propose en particulier de développer des outils innovants en matière de communication à destination des jeunes : messages texto sur le réseau BBM que beaucoup de jeunes utilisent, création d'un site internet par les jeunes et pour les jeunes, selon le principe d'un forum de discussion, en collaboration avec des médecins référents (mise en ligne d'un compte « Facebook » notamment sur la santé sexuelle... Le principe de communication proposé consiste à la diffusion de messages courts, rédigés selon des formes destinées à être comprises par les jeunes (langage inspiré du message publicitaire, utilisation de vidéos...).

Un objectif de « déconstruction » des préjugés, jugements de valeur, représentations et croyances en matière de communication

Au regard des participants au groupe de travail, il apparaît important que le Plan Santé Jeunes puisse participer au traitement des obstacles systémiques que sont le sexisme, le stéréotype de genre, les conditions d'existence et d'évolution des jeunes dans leur environnement (précarité, absences de repères, carences affectives et éducatives, limites des connaissances...). Les jeunes identifient les genres masculin et féminin encore de manière « archaïque ».

“ PAROLES DE JEUNES

Il y a trop de documents

“ PAROLES DE JEUNES

L'information n'est pas toujours fiable

”

Cette catégorisation est à l'origine de la diffusion d'une image stéréotypée des hommes et des femmes et se trouve à l'origine de comportements sociaux pouvant générer des rapports sexuels garçons/filles et hommes/femmes particuliers : dépendance sociale et psychologique de la fille ou de la femme, maltraitance et violence...

Par ailleurs se pose la question de l'orientation sexuelle chez les jeunes. De cette question, dont la discussion et l'échange s'avèrent très difficile (absence de lieux de parole, fortes oppositions culturelles voire religieuses au sein de l'opinion publique), découle la réflexion de l'accompagnement des jeunes homosexuels.

La Maison Des Adolescents comme lieu ressource du type "Espace Santé Jeunes"

Il apparaît que la majorité des thèmes abordés dans le cadre du Plan Santé Jeunes sont des éléments constitutifs du projet structurel de la Maison Des Adolescents (MDA). L'objectif de déterminer un « lieu d'accueil » ou un « lieu ressource » tant vis-à-vis du public jeune que des professionnels de santé pourrait désigner la MDA, en sa qualité de structure ouverte et de dialogue, pour constituer un « Espace santé Jeunes » à l'exemple de ceux existant en France métropolitaine.

Structures pluridisciplinaires et multi partenariales axées sur le principe de l'amélioration de la santé des jeunes, les Espaces Santé Jeunes (ou Centres de Santé Jeunes) s'engagent à :

- Proposer un accueil gratuit, avec ou sans rendez-vous et respectueux de l'anonymat et de la confidentialité ;
- S'interdire tout jugement sur les comportements des adolescents et des jeunes adultes fréquentant l'Espace santé Jeunes ;
- Favoriser l'accompagnement de chaque personne dans la prise en charge de sa santé ;
- Susciter la libre adhésion de la personne pour toute démarche la concernant.

LES CONDUITES ADDICTIVES

Principales réflexions développées :

- Attrait des nouvelles expériences ;
- Qu'est-ce qui relève de la problématique de « l'addiction » et qu'est-ce qui relève de la « problématique de l'adolescence » ?
- Importance et banalisation de l'offre en produits addictifs (alcool, tabac) ;
- L'alcool semble vendu aux mineurs sans difficulté sur le territoire ;
- Des difficultés associées aux conduites addictives : déception sur des projets d'avenir, manque d'emploi, problèmes familiaux ou sentimentaux, absence de conscience sur l'addiction ;
- La consommation de produits addictifs traverse parfois les générations (absence dès lors de repères familiaux) ;
- Educateurs en milieu scolaire : quels interlocuteurs ?
- Absence ou insuffisance des divertissements et installations sportives pour l'occupation des jeunes face aux risques d'addiction ;
- Les jeux vidéos constituent t-ils une addiction ?
- Existence t-il des addictions alimentaires ?

- Identification de chiffres précis sur l'importance et les typologies des addictions présentes sur le territoire ;
- Quelques chiffres sont disponibles au niveau de la file active du CSAPA et du CIDDIST ;
- Peu de jeunes déclarent à la Maison des Ados (MDA) une consommation de type addictif ;

- Au titre du CSAPA, il n'y a pas un nombre très important de consultations au titre de la consommation d'alcool, un peu plus pour le cannabis, mais toujours à la demande d'un tiers (famille, établissement scolaire...);



- La consommation de cannabis, comme l'alcool, semble banalisée sur le territoire (les dangers du cannabis ne sont souvent pas perçus car il s'agit d'une « plante naturelle ») ;
- Conséquences et risques des addictions : grossesses non désirées, rapports sexuels non protégés (IST)... ;
- Quelle conscience les jeunes ont-ils des addictions ? ont-ils une demande ? Qu'elle est-elle ?
- Importance d'identifier l'âge de la première consommation ;
- Proposition de diffusion d'un questionnaire, notamment auprès des jeunes.

Conclusions du groupe de travail :

CHEF DU GROUPE DE TRAVAIL : mme Nathalie CLEMENT, Directrice administrative de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses ».

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL : Dr Frédéric OLIVO (Médecin coordonnateur de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »), M. Steeve TABOR (Assistant social de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »), Mme Véronique FERNANDES (Infirmière du CIDDIST de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »), M. Estéban BOECASSE (lycéen membre du Conseil de la Vie Lycéenne/CVL), M. Jérémy WATT (Président de l'Association « Madtwooz Family ») et M. Denis RICHARDSON (Adulte relais de l'Association « Sandy Ground On The Move »).

RÉUNIONS RÉALISÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : 24 mars 2014 et 9 avril 2014 (réalisation et diffusion d'un questionnaire à destination des jeunes et des professionnels de santé).

Quelques constats :

- Une offre de produits psycho actifs importante et d'un accès facile à Saint-Martin (l'alcool semble vendu aux mineurs sans aucune difficulté) ;
- La consommation d'alcool et particulièrement de cannabis semble relativement banalisée chez les jeunes ;
- Le phénomène de consommation traverse parfois les générations (les jeunes consomment parce que leurs parents consomment ou ont consommé) ;
- La consommation de produits psycho actifs n'est pas déclarée dans la plupart des cas comme une problématique (par les jeunes eux-mêmes et notamment auprès de structures telles que la Maison Des Adolescents ou le Centre Médico-Psychologique/CMP de l'hôpital ; mais certains acteurs locaux signalent une situation beaucoup plus alarmante, tels la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) ou l'Association « SOS Enfants Iles du Nord ».

Questionnaire à l'attention des jeunes et des adultes de Saint-Martin :

Hypothèse et objectif. L'objectif du questionnaire s'inscrit dans le constat initial de la faiblesse des données disponibles en matière de conduites addictives concernant le public jeune. Le groupe de travail a dès lors cherché à collecter au plan local des données ciblées sur les consommations et le comportement des jeunes vis à vis des produits psycho actifs (questionnaire destiné aux jeunes). Il a également tenté d'examiner le regard porté par les adultes sur l'addiction chez les jeunes (questionnaire destiné aux adultes).

“ PAROLES DE JEUNES ”

Le problème vient d'une prise de conscience des jeunes

“ PAROLES DE JEUNES ”

Une envie de s'identifier à son idôle

Méthode (populations ciblées). Deux publics sont ciblés au travers de deux questionnaires : un public jeune (adolescents et jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans) et un public d'adultes, professionnels du secteur sanitaire et social ou non (médecins, infirmiers, volontaires adultes-relais, serveuses en restauration et bar, mères au foyer...).

Concernant les jeunes, un total de 58 questionnaires a été collecté pour un public âgé de 9 à 27 ans (la majorité se situant entre 16 et 19 ans) : 33 adolescents et jeunes hommes et 25 adolescentes et jeunes filles.

Concernant les adultes, 49 questionnaires ont été recueillis (17 hommes et 32 femmes).

Résultats du questionnaire adressé aux jeunes :

- Les jeunes ont mentionné comme types de consommation, l'alcool, le cannabis, le tabac, la cocaïne (1 fois), le sexe (2 fois) et le sport (2 fois) ;
- L'alcool est le produit le plus déclaré : 86 % des personnes déclarent avoir expérimenté au moins une fois, 48 % déclarent une consommation occasionnelle, 31 % déclarent une consommation régulière (au moins une fois par semaine) et 5 % déclarent une consommation quotidienne (il a été souligné le constat au travers de ce questionnaire que pour certains jeunes, surtout des filles, la bière n'était pas considérée comme de l'alcool) ;
- Le cannabis a été expérimenté au moins une fois par 69 % des jeunes interrogés, 14 % des jeunes déclarent une consommation occasionnelle, 33 % déclarent une consommation régulière (au moins une fois par semaine) et 16 %

déclarent une consommation quotidienne (la consommation de cannabis serait moins importante que l'alcool mais serait plus régulière pour les consommateurs adeptes de ce produit) ;

- Le tabac est le produit le moins déclaré par les jeunes interrogés ;
- Une notion de risque chez les jeunes consommateurs interrogés peu ou pas identifiée : si 75 % d'entre eux admettent que l'alcool, le cannabis et le tabac peuvent avoir un impact dangereux sur la santé, aucun déclare avoir de problèmes avec sa propre consommation ;
- A la question si les jeux vidéos et internet pouvaient constituer une addiction, 76 % des jeunes interrogés ont répondu « oui » ;
- A la question enfin « à qui s'adresser pour trouver de l'aide ? », la famille est identifiée pour 50 % des jeunes interrogés, puis le médecin pour 47 % ; les communautés religieuses figurant dans quelques cas (si le CIDDIST de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » est bien identifié dans le domaine de la santé sexuelle, le CSAPA n'est pas identifié par les jeunes interrogés).

Résultats du questionnaire adressé aux adultes :

100 % des adultes interrogés déclarent constater une consommation d'alcool, de cannabis et de tabac chez les jeunes tandis que 50 % jugent cette consommation importante et 69 % la considèrent comme problématique ;

- Le regard porté sur les jeunes par les adultes est-il en corrélation avec la consommation réelle des jeunes ? (alors que 61 % des adultes interrogés estiment que la consommation addictive des

“ PAROLES DE JEUNES

Ce n'est pas une question de pauvreté

”

“ PAROLES DE JEUNES

A cet âge on est curieux et souhaite toucher à tout

”



jeunes n'est pas perçue comme problématique par ceux-ci, une majorité des jeunes interrogés déclare que la consommation de produits addictifs revêt un impact dangereux sur la santé) ;

- A la question « à qui peuvent s'adresser les jeunes pour trouver de l'aide ? », 65 % des adultes interrogés désignent les structures d'accueil au sens large (CMP de l'hôpital, Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses », associations de quartier...), 14 % désignent le médecin généraliste de ville et 10 % désignent enfin l'école et l'infirmière scolaire.

Quelques propositions :

- Favoriser le contact avec les jeunes (aller à la rencontre des jeunes, création d'un « espace santé jeune », développer les groupes de parole sur les consommations) ;
- Développer la prévention et la sensibilisation auprès des jeunes (renforcer les actions en milieu scolaire, développer des actions auprès des jeunes et leurs familles, proposer des animations, clips vidéos..., initier des représentations positives-échanges avec d'anciens consommateurs de produits psycho actifs) ;
- Aller dans le sens de la proximité (solliciter les leaders d'opinion, les associations de quartier...);
- Proposer des alternatives en matière de formation, d'activités et d'insertion sociales ;
- Souligner l'importance du respect auprès des jeunes (confiance, considération) et de la place des jeunes en tant qu'acteurs (responsabilisation des jeunes, dispositif « jeunes relais »).

LA SANTE MENTALE

Principales réflexions développées :

Constats de troubles mentaux et psychologiques associés à la précarité, aux accidents de la vie, aux carences affectives et éducatives, à la violence et à la maltraitance, aux conduites addictives, aux déséquilibres en matière de nutrition et d'hygiène, à l'incidence de facteurs socioculturels, à la circulation des armes... ;

- Carences affectives et éducatives pouvant être liées le plus souvent :
 - à la monoparentalité (familles éclatées et recomposées) ;
 - à la précarité sociale (absence de repères identitaires, difficulté à se situer dans la société, milieu défavorisé et environnement difficile, situations sociales des mariages arrangés...);
 - au multiculturalisme et aux croyances religieuses (parfois réticences et peurs face aux propositions d'accompagnement et de prise en charge en matière de santé mentale) ;
- Réflexion sur les liens pouvant exister entre les carences affectives et éducatives et certains comportements à risque observés :
 - troubles sexuels (viols, prostitution, grossesses précoces et/ou non désirées) ;
 - troubles comportementaux d'ordre civil (actes de violence et de maltraitance, absence de jugement individuel, actes de délinquance, isolement et repli sur soi) ;
 - comportements d'addictions (alcool, toxicomanie) ;

“ PAROLES DE JEUNES ”

Nous demandons plus d'actions au niveau du lycée

”

Comment reconnaître un jeune en isolement

- Observations de difficultés de langage et de compréhension chez un certain nombre de jeunes en milieu scolaire ce qui entraîne des situations de rupture et de déscolarisation, de marginalisation sociale (difficultés liées au bilinguisme, carences éducatives, analphabétisme, difficultés de jugement, de libre arbitre, difficultés d'adaptation et de reconnaissance en milieu scolaire) ;
- L'adolescence n'est pas une maladie mais une période de construction » d'où l'importance de la communication, de l'entourage familial et social ;
- Constat de l'existence de trois fois plus de risques de grossesses chez les jeunes en proie à des troubles sociaux-psychologiques ;
- Constat du rejet de certains jeunes sans aucune possibilité de se confier à quelqu'un ;
- Un « choc culturel » existe parfois entre les parents et leurs enfants ;
- Constat d'une défiance en général chez les jeunes à s'orienter eux-mêmes auprès du Centre Médico-Psychologique (CMP) de l'hôpital et refus parfois des jeunes d'une orientation directe par l'Education Nationale ;
- Nécessité de développer un échange entre le milieu scolaire et l'extérieur (y compris avec les parents d'élèves) ;
- Importance du rôle à jouer par des acteurs intermédiaires auprès des jeunes et de l'existence de lieux d'écoute, de dialogue, d'accompagnement et de suivi personnalisés (instauration d'un dialogue, relais dans les messages d'information en vue de démystifier la santé mentale, dépistage précoce des troubles mentaux, influence sur le renforcement des liens affectifs et éducatifs vis-à-vis de la cellule familiale et du milieu scolaire) :
 - acteurs intermédiaires auprès des jeunes : « école des parents » via les adultes-relais, représentants des communautés (pasteurs) et leaders d'opinion (conseils des quartiers), familles, intervenants scolaires (médecin, infirmières, psychologues, assistantes sociales) ;
 - Lieux d'écoute, de dialogue, d'accompagnement et de suivi personnalisés : maisons de Quartier (espaces d'accueil et de loisirs qui proposent aux habitants des actions sociales, des services de proximité et des activités socioculturelles), Maisons de la Jeunesse et de la Culture (MJC) (actions et œuvres éducatives, culturelles et sportives) ;
- Existe-il un numéro vert « dialogue jeunes, adolescents, parents en difficulté » (via la Cellule de Recueil et d'Informations Préoccupantes – CRIP) ?
- Absence de lieux d'accueil et d'accompagnement des « filles-mères » dans une situation sociale difficile (limitation des capacités de placement en famille d'accueil) ;
- Absence de certaines structures essentielles au travail de thérapie familiale assuré par le Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier de Saint-Martin :
 - un centre d'accueil et de crise pour jeunes et adolescents ;
 - un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) ;
 - un Hôpital de jour et/ou un Centre d'activités thérapeutiques ;



Conclusions du groupe de travail :

CHEF DU GROUPE DE TRAVAIL : m. Guillaume BRYCHE, Infirmier dans l'équipe mobile de psychiatrie du Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming.

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL : Dr Jean-Claude OUALID (Praticien et chef du service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming), Mme Nathalie PATOIS (Psychologue au Centre Hospitalier Louis Constant Fleming), Mme Barbara SELBONNE (Pédopsychiatre du CMP du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming), Mme Alexandra GIBBS (Educatrice spécialisée dans l'équipe mobile de psychiatrie du CMP du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming).

RÉUNIONS RÉALISÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : 18 mars 2014 et 23 mars 2014.

Quelques constats :

- La multiplicité des caractéristiques psycho-socio-culturelles et religieuses liées aux origines et à l'environnement de Saint-Martin contribuent à rendre difficilement classables les conditions de la prise en charge de la santé mentale sur le territoire ;
- L'observation et le traitement des troubles en santé mentale sont délicats, bien souvent imperceptibles au stade de l'enfance (symptomatologie peu visible et difficile à prendre en charge) ;

- Le Plan Santé Jeunes, par sa démarche et sa méthodologie (participation massive des jeunes et interactions entre les diverses thématiques dans leur relation avec la santé mentale, a mis en évidence « un lien d'unicité, un fil d'Ariane autour de la jeunesse » ;
- L'ensemble des échanges tenus par les membres du groupe de travail (professionnels en santé mentale) a confirmé un constat principal de départ : l'importance des carences affectives et éducatives comme source principale des troubles associés à la santé mentale à Saint-Martin.

La source principale des troubles associés à la santé mentale sur Saint-Martin : les carences affectives et éducatives.

A l'origine des carences affectives et éducatives sont liés le plus souvent :

- La monoparentalité (familles éclatées et/ou recomposées) ;
- La précarité sociale (absence de repères identitaires, difficultés à se situer dans la société, milieux défavorisés et environnement difficile, cas sociaux des mariages arrangés) ;
- Le multiculturalisme et les croyances religieuses (blocages et réticences chez les jeunes à accepter un accompagnement dans le cadre du CMP par « peur » ou « absence d'identification »).

“ PAROLES DE JEUNES

C'est la faute aux parents, il y a peu de communication avec les parents

”



Sur le plan scolaire, sont observées des difficultés de langage pas toujours liées au problème du multilinguisme (carences éducatives et scolaires telles que l'analphabétisme, les difficultés de jugement, de libre décision et de libre arbitre, difficultés d'adaptation et de reconnaissance dans le système scolaire du fait de la situation d'inadaptation au sein de la population locale, entraînant un phénomène de rupture sociale et de déscolarisation, de marginalisation et de délinquance.

Augmentation des situations sociales spécifiques aux « filles mères » et aux « mères en difficulté » (problématiques de recherche affective et d'obtention d'un statut social).

Réflexion sur le lien à établir entre les carences affectives et éducatives et les comportements sexuels à risques, grossesses non désirées, IST, viols, prostitution), les troubles comportementaux (violence, actes de délinquance et manifestations d'isolement, de repli sur soi), les comportements addictifs, la maltraitance et les dépendances affectives (relations sociales sous emprise).

Quelques propositions :

- Renforcer le travail de guidance parentale dans les quartiers (« école des parents » via les « adultes relais », lieu d'écoute reconnu par tous pour le développement des activités favorisant l'implication à la vie communautaire, la communication, le dialogue et l'écoute sociales, les interactions et les relations d'aides et de solidarité entre les individus ;
- Mettre en évidence le rôle des Maisons de Quartiers (espaces d'accueil et de loisirs proposant aux habitants des actions sociales, des services de proximité et des activités socioculturelles) et des Maisons de la Jeunesse et de la Culture (MJC) (lieux éducatifs, culturels et sportifs auprès de la jeunesse) pour assurer un lieu d'écoute reconnu par tous ;
- Utiliser et développer le lien auprès des pasteurs et des leaders d'opinion dans les communautés religieuses pour démystifier la santé mentale, instaurer un dialogue et renforcer l'idée de complémentarité en matière de santé (faire passer des messages sur le dépistage précoce des troubles mentaux pour diminuer les risques d'apparition, insister sur l'importance des liens affectifs et éducatifs auprès des familles autour du rôle des parents au sein de la cellule familiale, mieux prévenir et accompagner le phénomène « filles mères » au sein des familles) ;
- Instaurer un numéro vert « écoute, dialogue, jeunes ados, parents en difficultés » via la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ou une autre structure ;
- Mettre en place un centre d'accueil et de crise pour jeunes et adolescents (la situation actuelle à Saint-Martin suscite des difficultés légales et éthiques car cette population, en l'absence d'une telle structure, ne peut être accueillie en service d'hospitalisation adulte) ;
- Mettre en place un CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) pour faire face aux besoins de dépistages et de prise en charge des troubles mentaux ;
- Créer un hôpital de jour et/ou un centre d'activité thérapeutique dans le domaine de la santé mentale.



LE HANDICAP

Principales réflexions développées :

Mise en évidence de la distinction entre les handicaps acquis et les handicaps innés, de l'importance de l'affect (enfance, famille, école) dans les cas de handicap ;

Quelle est la vision des jeunes sur le handicap ? Capacité des jeunes à faire passer des messages (affiches, spectacles, langage...) ;

Importance du principe du signalement à l'égard des situations problématiques dans le domaine du handicap (violences, détresses...) ;

Existence d'une commission territoriale d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite mais insuffisance actuelle pour les autres formes de handicap ;

Insuffisance des chiffres sur le handicap et prudence vis-à-vis des chiffres disponibles en raison de la sous-évaluation actuelle des situations réelles de handicap sur le territoire (complexes socioculturels au sein de la société) ;

Existence de cas de handicaps identifiés auprès de la PJJ (cas non identifiés ou pris en charge tardivement) ;

Insuffisance du diagnostic pouvant être établi par le Centre Médico-Psychologique (CMP) ;

Manque d'information en matière de handicap, notamment auprès des professionnels de santé de ville, mais également pour les parents d'enfants ou de jeunes handicapés ;

Constats de refus de reconnaissance de handicaps par certains parents (motifs socioculturels et religieux) ;

Problème du déni, de la honte des parents et des familles en général face au handicap ;

Problèmes des cas de rupture des liens familiaux (conséquence du handicap, de la non-acceptation ou de la nécessité du départ de l'enfant ou de l'adolescent pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée) ;

Besoin pour les parents de « souffler » ;

Manque de structures adaptées sur le territoire au titre de la prise en charge des handicaps

(seul le SESSAD existe sur le territoire) tant pour l'enfance que pour l'adolescence ;

Sortie des jeunes après l'âge de 16 ans

des structures actuelles de prise en charge à Saint-Martin (SESSAD) ;

Difficultés des parents d'inscrire leurs enfants et jeunes handicapés auprès des établissements et structures de la Guadeloupe (problématique de l'éloignement géographique et de la limitation des places disponibles) ;

Pas de structure de prise en charge des déficients mentaux lourds (désarroi des parents, problématique de la rupture des traitements médicamenteux qui peuvent entraîner pour certains des comportements déviants voire dangereux) ;

Une offre de structures de prise en charge en milieu scolaire encore insuffisante, notamment au fur et à mesure que l'âge augmente :

- Absence d'Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) pour élèves handicapés « autistes » ;
- Un pourcentage d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire encore faible ;
- Insuffisance du nombre des Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) pour l'accueil des enfants en

PAROLES DE JEUNES
Le jeune en situation de handicap a besoin de s'exprimer. Il faut alors l'impliquer davantage dans la société

PAROLES DE JEUNES
Se déplacer en chaise roulante n'est pas chose facile. J'ai tenté de le faire...

classes normales (problématique de la formation adaptée à cet accueil) ;

- Pas de prise en charge scolaire pour les enfants hospitalisés ;
- Manque d'activités sportives, culturelles accessibles aux handicapés ;
- Un tissu local associatif en développement en faveur du handicap ;
- Retard dans le développement local du handisport ;
- Insuffisance des éducateurs spécialisés handisport ;
- Difficulté des parents pour inscrire leurs enfants et jeunes handicapés en clubs sportifs ;
- Faible nombre des entreprises qui acceptent d'embaucher des jeunes travailleurs handicapés ;
- Problème d'accessibilité des jeunes handicapés (comme des adultes) dans les lieux et établissements publics dont les établissements scolaires (accessibilité, respect des places de parking, trottoirs, absence d'ascenseurs...).

“ PAROLES DE JEUNES

Nous sommes tous des handicapés en puissance

”

“ PAROLES DE JEUNES

On ne voit pas les handicapés dans la rue. Il faut mobiliser les jeunes et faire en sorte qu'ils se connaissent entre eux ”

Conclusions du groupe de travail :

CHEF DU GROUPE DE TRAVAIL : mme Josette JEFFRY, Vice-présidente de l'Association « Tournesol ».

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL : mme Bernice BROOKS (Présidente de l'Association « Tournesol » et parent d'enfant en situation de handicap), Mme Nathalie FOHANNO (Parent d'un enfant en situation de handicap), Mme Anita FRANCILLETTE (Psychologue), M Jean-Marc GERVAIS (Président de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »), M Vélaly GUMBS (Agent de la Médiathèque), Mme Wendy GUMBS (Educatrice spécialisée Handisport), Mme Marie-Noëlle JARDON (Animatrice et secrétaire de l'Association « Tournesol »), Mme Linda JEFFRY (Educatrice spécialisée), Mme Meliya LAKE (Association APAJH – Service mandataire judiciaire), Mme Sylvaine LEBOURG (Psychologue scolaire), Mme Merline LEWIS (Pôle Solidarité Famille de la Collectivité), Mme Natacha LIENAFI (Présidente de l'Association « SXM Autisme », Mme Fabienne RAYNALDY (Enseignante spécialisée en CLIS et Trésorière de l'Association « Tournesol »), M Meiddy RENARD (Educateur spécialisé de l'Association « Tournesol »).

RÉUNIONS RÉALISÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : 31 mars 2014, 14 mai 2014, 28 mai 2014, 12 juin 2014 et 17 septembre 2014.



Quelques constats :

- Manque d'information pour les parents (orientation, possibilités après la sortie du système scolaire) ;
- Manque de clarté, de lisibilité des structures existantes et de leur fonctionnement, voire de leur localisation ;
- Existence d'un problème pour établir les diagnostics sur place, le Centre Médico-Psychologique (CMP) de l'hôpital n'est pas suffisant pour réaliser ces diagnostics (certains enfants ou jeunes ne sont pas diagnostiqués) ;
- Manque de structures adaptées aux différents types de handicaps et selon les âges (aucune structure pour les jeunes âgés de plus de 16 ans, déplacement des familles saint-martinoises sur la Guadeloupe avec problèmes de réaménagements et/ou de rupture des liens familiaux du fait des départs des enfants vers des structures adaptées en Guadeloupe ou ailleurs, absence de prise en charge pour les jeunes déficients lourds qui peuvent parfois être confondus dans la rue avec des toxicomanes consommateurs de crack) ;
- Insuffisance de la prise en charge en milieu scolaire (absence d'une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire/ULIS pour autistes, insuffisance numérique des Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap/AESH ex-Auxiliaires de Vie Scolaire/AVS) ;
- Problème du déni, de la honte des parents face au handicap ;
- Besoin pour les parents de « souffler » (absence de structures d'accueil temporaire) ;
- Manque de places en familles d'accueil ;
- Manque d'activités sportives et culturelles pour le public handicapé (développement insuffisant du « handisport ») ;

- Faible nombre des entreprises qui embauchent des travailleurs handicapés ;
- Certains lieux publics, tels certains établissements scolaires, ne sont pas équipés en matière d'accès aux personnes handicapées ;
- Pas de prise en charge scolaire pour les enfants hospitalisés ;
- L'information sur le handicap est insuffisante. Une grande partie de l'à priori et des préjugés provient de l'ignorance. Une société doit tenir compte de toutes ses composantes, le handicap en est une, il faut en reconnaître l'existence et en définir les besoins. Sur la base de ce postulat, un objectif d'information et de communication est nécessaire dans le domaine du handicap, notamment des jeunes et auprès du public jeune. Quelques propositions visent à atteindre cet objectif :

- Création d'une plaquette d'information sur le handicap (en plusieurs langues) ;
- Edition d'un annuaire des partenaires et acteurs sur le champ du handicap ;
- Réalisation de reportages (vidéo, radio, presse écrite...) produits par les jeunes (milieux associatif, scolaire, sportif...)
- Sensibilisation autour des risques de handicaps, notamment en matière de prévention routière (port du casque, conduites à tenir...)
- Développement d'un centre d'information en matière de handicap (à l'exemple de la Maison Des Adolescents) ;
- Diffusion d'une publicité positive autour du handicap auprès de l'opinion publique (mise en évidence de personnalités atteintes d'un handicap notamment locales à l'exemple de Mme Kétama VAN HEINENGEN, valorisation du rôle et des valeurs des personnes en situation de handicap dans la société.

PAROLES DE JEUNES
C'est important de se mettre dans la peau d'un jeune en situation de handicap

LA VIOLENCE

Principales réflexions développées :

- Une étude de la violence, de son impact s'avère nécessaire. « Travailler sur la violence c'est la comprendre » ;
- Existence de violences socioculturelles, de violences psychologiques (notamment en milieu professionnel), de violences intrafamiliales, de violences en milieu scolaire (dès le niveau du primaire) ;
- Nombreuses sont les violences à l'encontre de soi-même (conduites addictives, déséquilibres alimentaires...) ;
- Constat d'une image générale négative associée à la jeunesse (les jeunes se trouvant souvent qualifiés de « délinquants en puissance ») ;
- Influence de la culture américaine laquelle véhicule une image relativement négative des jeunes (culture et esthétique des gangs...)

Conclusions du groupe de travail :

CHEF DU GROUPE DE TRAVAIL : mlle Shanna ELICE, Lycéenne et Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA ».

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL : mme Corinne HELARY-PLANCHON (Directrice Générale Adjointe du Pôle Solidarité et Famille de la Collectivité), Mme Bernice BROOKS (Présidente de l'Association « Tournesol »), Mme Muguette ELICE (Trésorière de l'UPESM), M Benoit LAMOUR (Educateur de la PJJ), M Jean-Michel DUFRENOT (Professeur au Lycée Polyvalent des Iles du Nord) et un ensemble de jeunes membres de l'Association « Jeunesse SOUALIGA » et du Conseil Territorial des Jeunes.

RÉUNION RÉALISÉE PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : 25 mars 2014.

Un questionnaire à l'attention des élèves

(sondage réalisé auprès de la classe de grande section de la Crèche « Les Trois Oursons », des classes de 4 – 5 ans et de 6 ans à l'École maternelle Siméone Trott, des classes de 4^{ème} SEGPA et 6^{ème} 10 du Collège du Mont des Accords et auprès des classes de secondes 1 – 2 – 4 du Lycée Polyvalent des Iles du Nord).

• Qu'est-ce que la violence ?

« Quand on ne se conduit pas bien », « se battre », « mordre », « pousser son camarade » (crèche). « Ce qu'il ne faut pas faire », « la guerre », « blesser un humain », « la prison » (école maternelle). « frapper, faire du mal à quelqu'un », plusieurs formes d'abus, de maltraitance », « se battre », « tuer », « insulter », « menacer », « profiter de quelqu'un » (collège). « Faire quelque chose qui nuit à la personne » (lycée).

• Pourquoi un enfant devient-il violent ?

« Quand on l'embête, parce qu'il a été frappé ou bousculé » (école maternelle).

« Par colère, quand on nous cherche des problèmes », « la musique », « les jeux de violence », « les films », « une mauvaise éducation » (collège). « Colère, jalousie, quand on n'a pas mangé, les drogues, les mensonges, les professeurs, l'alcool, les insultes, les injustices », « reproduire ce que les adultes font, façon de se protéger » (lycée).

• Pourquoi dit-on que Saint-Martin est violent ? pensez-vous que la société est violente ?

« Oui à Saint-Martin, les gens sont méchants » (crèche). « Oui les coups de fusils et les gens qui

PAROLES DE JEUNES

Ce lieu de confiance entre jeune et adulte n'existe pas

PAROLES DE JEUNES

Il y a des médiateurs mais on ne les a jamais vus



meurent » (école maternelle). « L'accès facile aux armes blanches, les gangsters, les fusils, les trafics de drogues, « la surpopulation » (collège). « Oui comme partout », « oui à cause de la drogue, l'alcool, mais pas plus violent qu'ailleurs » (lycée).

Pourquoi de générations en générations les jeunes deviennent de plus en plus violents ?

« Héritaire, influence, la télévision, combats devant les enfants, il y a de la violence dans la vie de tous les jours » (collège). « La télévision, les parents, l'entourage, la musique, les influences, les fréquentations », « manque d'éducation, la violence entre les parents, violence faite par les parents aux enfants, violence faite aux enfants par les enfants » (lycée).

Définition des différents types de violence ?

La violence et le handicap : « Violence envers les handicapés : la peur, la différence, la honte », « peu vont parler aux handicapés » (collège). « Traiter la personne handicapée différemment, penser que celui qui est handicapé est un spécimen, avoir peur ou honte de lui parler » (lycée).

La violence et l'alimentation : « Faire du mal à son corps, mauvaise alimentation, voracité », « refus de se nourrir, manque de sommeil, surpoids » (lycée).

La violence et la sexualité : « Les attouchements, le viol », « action faite par le beau-père qui est attiré par la belle-fille, une envie » (lycée).

La violence et la santé mentale : « Les insultes, rabaisser son/sa conjoint (e) », « harcèlement, manque d'estime de soi, se dévaloriser » (lycée).

PAROLES DE JEUNES

Il ne faut pas généraliser et stigmatiser les professeurs. Certains ne prennent pas en compte nos différences culturelles et notre situation socio-économique

PAROLES DE JEUNES

Face aux professeurs, on aura toujours tort

L'ACCES AUX DROITS

Principales réflexions développées :

- Importance de l'accès aux droits sociaux en matière de santé ;
- Méconnaissance importante des jeunes sur leurs droits et sur les dispositifs proposés par l'Assurance Maladie en matière de santé ;
- Nécessité d'identifier des canaux de communication adaptés à la diffusion de l'information auprès des publics jeunes ;
- Développement d'un accès aux droits pour les jeunes avec la mise en place d'une « consultation santé généraliste » ;
- Mise en place d'une structure de type PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) « Jeunes » ;

PAROLES DE JEUNES

On n'est pas écouté, cela ne va que dans un sens. Cela explique la violence

PAROLES DE JEUNES

C'est une bonne idée de travailler sur la violence. La société elle-même est violente. Les chansons sont violentes...



LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Sollicités au titre des données contextuelles sur Saint-Martin

De manière à compléter l'analyse du contexte territorial de Saint-Martin dans lequel s'inscrivent et s'articulent les différentes problématiques de santé concernant les jeunes, en particulier les problématiques attachées aux conduites addictives, à la santé mentale et à la thématique par nature transversale de la violence, il est apparu utile de solliciter un certain nombre d'acteurs institutionnels en vue de recueillir des données d'ordre contextuel sur le territoire.

Ces données ont été sollicitées auprès du Palais de Justice et de la Gendarmerie Nationale.

LE PALAIS DE JUSTICE

Le Palais de Justice ou Tribunal d'Instance de Saint-Martin est situé rue de la Liberté à Marigot.

A Saint-Martin, une seule juridiction a son siège : le Tribunal d'Instance (TI) de Saint-Martin (Palais de Justice). Le Tribunal de Grande Instance (TGI) de Basse-Terre (Guadeloupe) assure régulièrement des audiences au niveau local.

En matière d'enfance en danger et/ou délinquante, deux magistrats dépendants du TGI de Basse-Terre

sont affectés à Saint-Martin : une Vice-présidente chargée des fonctions de Juge des Enfants (Madame Claudine FOURCADE) et un Vice-procureur de la République (Monsieur Flavien NOAILLES).

Les données chiffrées fournies par Madame FOURCADE attestent du niveau de la délinquance voire de la criminalité qui concerne notamment la jeunesse de l'île : 114 mineurs concernés par une instruction de justice en 2013 (chiffre à confronter avec les données issues de la Gendarmerie Nationale).

La nature des délits enregistrés par le Palais de Justice concernant des mineurs pour l'année 2013 est la suivante :

- 77 atteintes aux biens (vols avec violence, cambriolages) ;
- 22 violences (dont 8 en milieu scolaire et 2 en milieu intrafamilial) ;
- 5 dégradations de biens ;
- 5 accusations de trafic et d'usage de stupéfiants ;
- 3 atteintes à l'autorité publique ;
- 2 agressions sexuelles.

La forte proportion des jeunes (37 % âgés de moins de 20 ans), la densité populationnelle importante (697/km² contre 247/km² pour la Guadeloupe et 115/km² pour la France métropolitaine) s'ajoutent



à la situation de grande précarité sociale (taux de chômage de 26.6 %, logements précaires voire insalubres exploités par des « marchands de sommeil », difficultés scolaires, situations d'illettrisme voire d'analphabétisme) constituent des éléments soulignés par les autorités judiciaires pour présenter le contexte de Saint-Martin (source IEDOM septembre 2013).

Dans le domaine de la santé, le Palais de Justice identifie la difficulté liée à la prise en charge des jeunes atteints de troubles du comportement voire psychiatriques (absence d'Institut Médico-Educatif/IME ou d'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique/Itep, absence d'un service d'Hôpital de Jour pour enfants en psychiatrie à l'hôpital de Saint-Martin).

LA GENDARMERIE NATIONALE

Rattachée au Commandement de la Gendarmerie de la Guadeloupe, la Compagnie de Gendarmerie de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy est représentée par le Commandant Paul BETAÏLLE, Commandant de Compagnie.

La Compagnie de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy s'articule principalement autour de deux Brigades Territoriales (BT) sur Saint-Martin (une à Concordia et une à Quartier d'Orléans) et sur la Brigade Territoriale Autonome (BTA) sur Saint-Barthélemy.

Des unités spécialisées complètent le dispositif : la Brigade de Recherches (BR), le Peloton de surveillance et d'intervention de la Gendarmerie (PSIG), la Brigade Nautique (BN), la Brigade Motorisée (BM) et la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ).

La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) en particulier mène sur la partie française de Saint-Martin des séances d'informations

en milieu scolaire sur des thèmes tels que la justice, les violences, le racket, les drogues, la maltraitance...

La BPDJ prend contact avec les jeunes par une présence quotidienne dans les écoles, les quartiers, les centres sociaux et associations.

Pour rappel, selon les chiffres de la Gendarmerie, pour l'année 2008, la jeunesse de Saint-Martin représente 40 % de la population (3 660 écoliers, 2 370 collégiens et 1 540 lycéens).

La délinquance juvénile représente chaque année 1/3 de la délinquance sur la voie publique.

La BPDJ procède notamment aux auditions filmées des mineurs victimes d'agressions sexuelles ou de violences graves et/ou habituelles.

En collaboration avec le Cabinet de la Préfecture déléguée de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, un certain nombre de données relatives au contexte territorial de Saint-Martin (tableau de bord de la délinquance) ont été fournies par la Compagnie de Gendarmerie dans le cadre des faits de délinquance portés à la connaissance de la Gendarmerie Nationale : délinquance générale, atteintes aux biens, atteintes volontaires à l'intégrité physique, infractions relevées par l'action des services en matière de stupéfiants.

Les chiffres de la délinquance générale à Saint-Martin font état pour l'année 2013 de 3 449 faits délictueux portés à la connaissance de la Gendarmerie (hors Saint-Barthélemy).

Le nombre des faits délictueux était de 3 716 en 2012, soit une hausse de 8.6 % ; par comparaison avec le niveau national (France métropolitaine et outre-mer), l'évolution entre 2012 et 2013 était de + 4.6 %.

Environ ¼ des délits tous confondus constatés sur Saint-Martin sont le fait de personnes d'origine étrangère.

Les atteintes aux biens (vols, recels, cambriolages, atteintes aux véhicules automobiles et aux véhicules à deux roues) **s'élèvent à Saint-Martin pour 2013 à 2 222 faits délictueux** (1 958 en 2012), soit une évolution de + 13.5 % (évolution de + 3.85 % au niveau national).

Au titre des atteintes volontaires à l'intégrité physique (violences physiques non crapuleuses, violences physiques crapuleuses, violences sexuelles, menaces de violences), **l'année 2013 à Saint-Martin atteste un total de 929 faits délictueux** (904 en 2012), soit une hausse de 2.77 % (hausse de 6.3 % au niveau national).

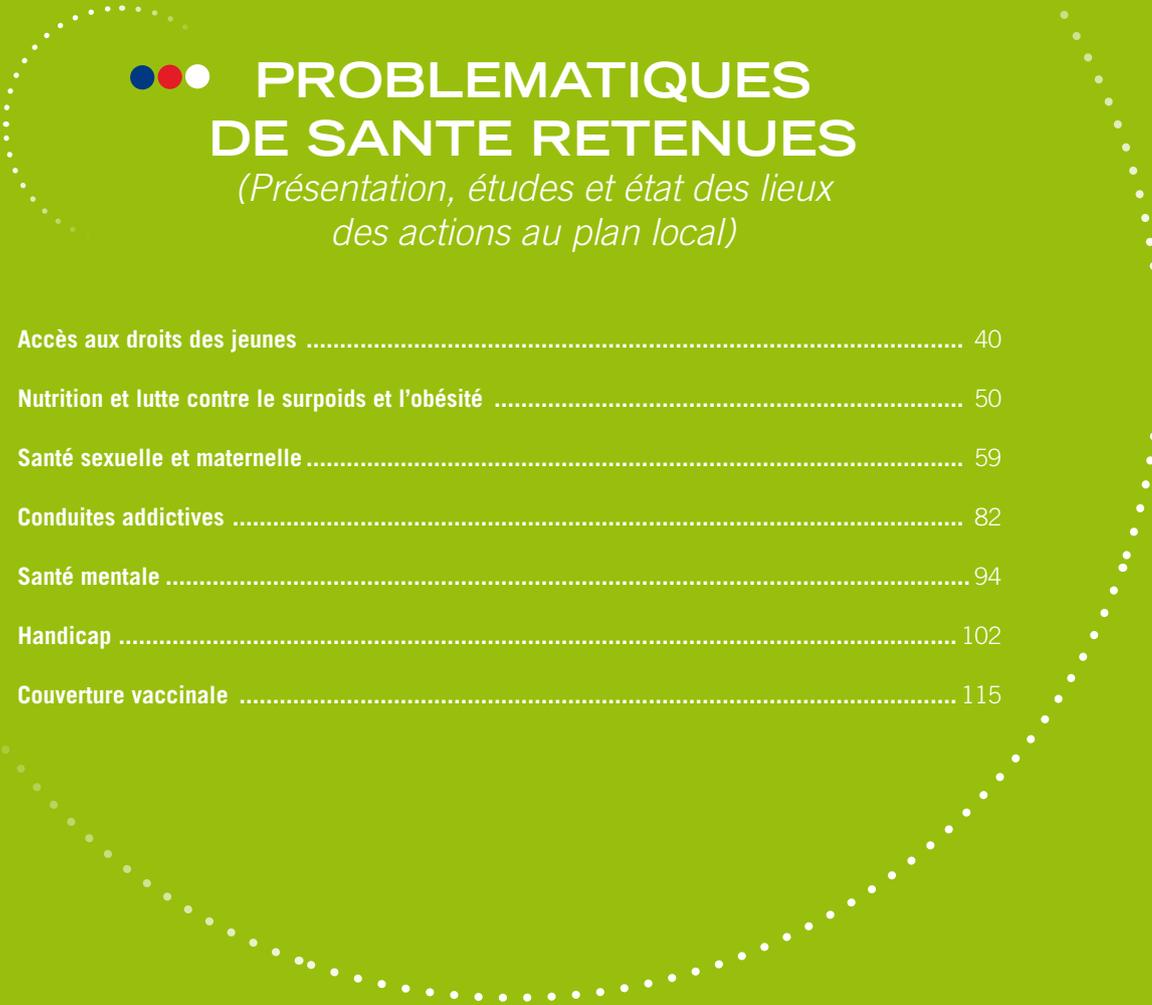
A noter en particulier que sont intégrées dans les violences physiques non crapuleuses les violences intrafamiliales et les violences scolaires, lesquelles représentent à Saint-Martin 55 % des violences non crapuleuses. En 2013 on comptabilisait 497 faits délictueux de ce genre à Saint-Martin (contre 260 en 2012) soit une hausse de 91 % (évolution à hauteur de + 2.5 % au niveau national).

Concernant les violences sexuelles, elles s'élevaient en 2013 à Saint-Martin à 35 faits délictueux (contre 41 en 2012), en baisse de 14.6 % (évolution en hausse de 7.20 % au niveau national).

Les infractions relevées par l'action des services font état pour 2013 dans le domaine des stupéfiants (trafics et consommations) **de 84 faits délictueux** (contre 83 en 2012), soit une hausse de 1.2 % (évolution de + 14.87 % au niveau national).

Au titre de la délinquance en lien avec la jeunesse, il est enfin important de souligner que la part des mineurs à Saint-Martin en tant qu'auteurs s'élève à 17 %, principalement dans les domaines des cambriolages, des violences physiques non crapuleuses et des violences sexuelles. Ces mineurs délinquants à Saint-Martin sont à 85 % de sexe masculin.





PROBLEMATIQUES DE SANTE RETENUES

*(Présentation, études et état des lieux
des actions au plan local)*

Accès aux droits des jeunes	40
Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité	50
Santé sexuelle et maternelle	59
Conduites addictives	82
Santé mentale	94
Handicap	102
Couverture vaccinale	115

Définitions et problématiques associées

Selon l'article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme : « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux, culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ».

En France, la sécurité sociale a été définie par le Conseil National de la Résistance (CNR) à travers l'ordonnance du 4 octobre 1945 dont son article 1^{er} stipule : « il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent ».

Les Saint-Martinois bénéficient de ce droit et la loi organique du 21 février 2007 érigeant Saint-Martin en Collectivité d'Outre-Mer (COM) a permis à la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) d'impulser une nouvelle dynamique visant l'amélioration du service rendu à la population (l'antenne de sécurité sociale de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy est devenue l'agence de sécurité sociale de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy).

Consciente d'améliorer le niveau de couverture sociale de la population de Saint-Martin, la CGSS a commandité une étude auprès de l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG) afin de dresser un état des lieux de la protection sanitaire et sociale à Saint-Martin. Les conclusions du rapport de cette étude (juillet 2012) attestent de certaines particularités propres à Saint-Martin à l'origine de nombreuses difficultés dans les conditions d'accès aux droits en matière d'assurance maladie.

L'île de Saint-Martin, binationale avec Sint Maarten (dont la frontière avec la partie française est symbolique), terre d'immigration et multiculturelle, comptant plus d'un tiers de sa population d'origine étrangère et dont les principales langues sont, outre le français, l'anglais, l'espagnol et divers créoles de la Caraïbe, **compte dès lors une part importante de bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)**, lesquels ne disposent pas du statut d'assurés sociaux et rencontrent, du fait principalement de la langue, des difficultés de compréhension des démarches administratives.

Un important phénomène de « turn-over » existe à Saint-Martin comme en témoigne les arrivées et les départs en matière de population. Alors qu'en 2008 seuls 6 % des Guadeloupéens ne résidaient pas en Guadeloupe, 15 % de la population de l'île ne vivait pas à Saint-Martin cinq ans auparavant. Ce phénomène occasionne dès lors un important travail d'apurement des bases de données pour la CGSS.



La précarité demeure très présente à Saint-Martin (chômage, familles monoparentales, faible niveau d'études) : 21 % des assurés sont en situation de précarité sociale (bénéficiaires de l'AME, de la CMU ou de l'ACS). Le contexte de la précarité s'avère favorable en particulier au cumul et à l'intrication des maladies et des facteurs de risques en matière de santé, ce qui diversifie et multiplie les besoins et les démarches de prise en charge de ces personnes.

Les données de la CGSS indiquent par ailleurs que la couverture des hommes à Saint-Martin est plus faible au regard de la Guadeloupe alors que celle des femmes s'avère plus importante. Ce constat peut s'expliquer par le nombre important de grossesses qui encourage les femmes à demander plus souvent leur rattachement à l'Assurance Maladie. En outre, le taux de couverture sociale augmentant avec l'âge du fait de l'accroissement des besoins en termes de santé, la jeunesse de Saint-Martin (21 % des personnes âgées de 20 à 34 ans contre 17 % en Guadeloupe) explique donc en partie la faiblesse du taux de couverture sociale des hommes.

Toutes les spécialités médicales ne sont pas présentes à Saint-Martin. Si lors de cette étude environ 8 spécialités médicales étaient représentées à Saint-Martin dans le secteur libéral, la Guadeloupe en proposait de son côté pas moins de 28 **d'où la nécessité pour les Saint-Martinois** (du fait également des limites du plateau technique du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming vis-à-vis du CHU de Pointe-à-Pitre et des autres établissements publics et privés guadeloupéens) **de se déplacer à l'extérieur de l'île pour des soins.**

Ces déplacements occasionnent l'achat d'un billet d'avion et la détention d'une pièce d'identité ou pour les personnes d'origine étrangère un titre de séjour (pièces parfois manquantes en particulier pour les personnes d'origine étrangères nombreuses à Saint-Martin).

Divers organismes au plan national œuvrent à favoriser un accès des jeunes à un ensemble de droits autres que celui spécifique à l'Assurance Maladie.

L'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP), établissement public sous tutelle du Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, témoigne par exemple, sous la forme notamment d'un site internet (www.droitsdesjeunes.gouv.fr) de l'initiative nationale développée en faveur de l'accès des droits aux jeunes. De même, le site internet du Centre d'information et de Documentation Jeunesse (CiDJ) est celui d'une association qui accueille et informe gratuitement les jeunes sur tous les sujets qui les intéressent (www.cidj.com) :

- Justice des jeunes, mode d'emploi ;
- Tabac et alcool, les réponses à vos questions ;
- Usage et trafic de drogues : les peines encourues ;
- Vivre sa sexualité sans risques.

Dans le domaine spécifique de la santé s'inscrit **le Guide des Usagers de la santé** (votre santé, vos droits) réalisé en partenariat entre le Ministère des affaires sociales et de la santé (Madame Marisol TOURAINE) et le Défenseur des Droits de la République Française (Monsieur Dominique BAUDIS).



« L'information sur les droits des usagers de la santé constitue une priorité pour l'équilibre des relations soignants/soignés. Or, dix ans après le vote de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients, nos concitoyens ne les connaissent pas suffisamment » (Extrait de l'éditorial de Madame TOURAINE).

Ce guide, composé de 26 fiches pratiques, assure un décryptage des droits des usagers, notamment à l'adresse des jeunes, et a vocation à orienter ceux-ci vers les sources d'information existantes au travers des six thématiques de santé suivantes :

- L'accès aux soins ;
- Le refus de soins par un professionnel de santé ;
- Les soins aux personnes en situation précaire ;
- Les soins aux personnes majeures protégées ;
- Les soins lors d'un séjour à l'étranger ;
- Les soins à domicile.

La Fédération des Espaces Santé jeunes (FESJ)

(www.FESJ.org) a pour mission de mobiliser les réseaux de professionnels du champ sanitaire, psychologique, social, juridique et culturel qui favorisent sous toutes ses formes l'accès à la santé et à la citoyenneté des jeunes. Ce site national vise à améliorer l'accès aux lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes et leur entourage sous la dénomination de « Carto Santé Jeunes »

Le site « Carto santé jeunes » est une cartographie (carte interactive) recensant principalement les Espaces Santé Jeunes (ESJ), les Points Accueil-Ecoute Jeunes (PAEJ), les Maisons Des Adolescents (MDA) qui assurent un accueil généraliste sur toutes les questions liées à la jeunesse. A noter que pour la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, est référencée sur ce site la Maison Des Adolescents (MDA) de Guadeloupe située à Baie Mahault.

Les sites dédiés aux jeunes sont les suivants :

« **Fil Santé jeunes** » : ligne d'écoute, d'information et d'orientation sur les questions de santé avec échange auprès de professionnels de santé ou d'autres jeunes (0 800 235 236).

« **Portail Santé jeunes** » : site à destination des jeunes proposant des conseils pratiques, des adresses utiles et des numéros de téléphone pour échanger avec un professionnel en total anonymat.

« **Jeunes Violences Ecoute** » : site pour aider les jeunes victimes de violences par intimidation et particulièrement de racket à sortir de l'isolement, pour aider les parents et professionnels à aborder les difficultés qu'ils rencontrent face aux violences.

« **Onsexprime.fr** » : site dédié aux jeunes pour toutes les questions liées à la sexualité (vidéos ludiques...).

« **Jeunes.gouv.fr** » : site regroupant les différents sites dédiés à la jeunesse en un site unique concentrant toutes les actions de l'Etat en faveur des 16 – 25 ans et proposant des services en ligne pour les jeunes et les professionnels de la jeunesse.

« **avenir-santé.com** » : site d'une association nationale de prévention et de réduction des risques dans le cadre de la santé des jeunes (consommations d'alcool, de tabac, de cannabis, accidents de la route, risques sexuels et auditifs auprès des 12 – 25 ans).

« **Montetasoirée.com** » : site présentant les 10 étapes incontournables pour organiser une fête en prévenant et en réduisant les risques et en favorisant le respect des réglementations en vigueur.

« **Net Ecoute** » : numéro vert national pour la protection des mineurs sur internet (0 800 200 000).



« Choisir sa contraception » : site sur tout ce qui est utile de savoir sur la contraception.

« info IST » : site pour tout savoir sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

« SIDA info service » : service anonyme et gratuit d'aide à distance pour tout savoir sur le SIDA, les IST, les hépatites et aborder toutes les questions utiles avec des professionnels à l'écoute 7 jours sur 7 par téléphone (0 800 840 800), par mail ou live chat.

« ligne azur » : ligne anonyme et gratuite d'aide à distance (0 810 20 30 40) pour toute personne s'interrogeant sur sa santé sexuelle (orientation, attirance, identité et pratique).

« Drogues info service » : site permettant de s'informer sur les drogues, les soins, les structures spécialisées et proposant des questions/réponses ainsi qu'un dialogue en direct pour aider et conseiller les usagers (0 800 23 13 13).

« Drogues & Dépendances » : site pour s'informer sur les drogues et les dépendances avec une présentation produit par produit des effets et des dangers et recensant également les lieux de prévention et de soins spécialisés ainsi que les lignes téléphoniques pour être aidé (« Drogue info service », « Ecoute Cannabis », « Ecoute alcool »).

« Tabac info service » : site pour tout savoir sur le tabac, aider un proche ou soi-même à l'arrêt du tabac (suivi personnalisé et gratuit par une équipe de tabacologues, coaching par mail...) (39 39).

« Ecoute ton oreille » : site pour tout savoir sur les risques auditifs liés à l'écoute de musique amplifiée et les bons gestes de prévention à adopter.

« Manger – Bouger » : site du Plan National Nutrition Santé (PNNS) apportant toutes les informations en matière d'équilibre alimentaire combiné avec la pratique d'activité physique régulière.

« IVG.gouv.fr » : site de réponse aux questions que se posent les femmes sur l'avortement et fournissant toutes les informations utiles avant, pendant et après l'IVG.

Acteurs institutionnels à Saint-Martin

Dans le domaine de l'Assurance Maladie comme pour l'ensemble des autres droits auxquels doivent avoir accès les jeunes, un ensemble d'acteurs institutionnels participent à assurer une offre à Saint-Martin. Un certain nombre de ces acteurs sont présentés ci-après.

L'Agence de sécurité sociale de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy

L'Agence assure la représentation des missions à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) de la Guadeloupe sous la direction de Madame Marie-Hélène SALOMON.

L'Agence, représentante de la CGSS sur le territoire, assure principalement la gestion des risques maladie, maternité, décès, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles pour l'ensemble des assurés sociaux.

Dans le domaine de l'accès aux droits, notamment à l'égard du public jeune, elle est l'administration référente en vue des démarches d'ouverture des droits liés à la sécurité sociale :

- Les règles d'immatriculation des assurés :

- A quoi sert le n° de sécurité sociale ? ;
- Comment se fait l'immatriculation sociale (si vous êtes né en France, si vous êtes né à l'étranger) ;
- Conditions des droits sociaux lorsqu'on a moins de 20 ans (collégiens, lycéens) ;
- Conditions des droits sociaux lorsqu'on a plus de 20 ans (étudiants, apprentis, stagiaires, sans emploi...) ;
- Conditions des droits sociaux lorsqu'on va avoir un enfant (la grossesse, le congé maternel, les soins postnataux, l'adoption...) ;
- Contraception des jeunes filles mineures (contraception d'urgence) ;
- Difficultés dans l'accès aux soins :
 - Couverture Maladie Universelle (CMU) de base ;
 - CMU complémentaire ;
 - Aide Médicale de l'Etat ;
 - Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

La Caisse d'Allocation Familiale (CAF) de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy

La Caisse d'Allocation Familiale (CAF), sous la direction à Saint-Martin de Madame Monique ALBINA, est l'administration référente en matière de certains droits relatifs à :

- L'enfance et la jeunesse (Allocations Familiales/AF, Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé/AEEH, Allocation Journalière de Présence Parentale/AJPP, allocation de rentrée scolaire/ARS...) ;

- La solidarité et l'insertion (Revenu de Solidarité Active/RSA, Allocation aux Adultes Handicapés, Allocation de Soutien Familial/ASF...) ;
- Le logement et le cadre de vie (aides au logement, action sociale en faveur des familles...).

La Collectivité de Saint-Martin

La Collectivité Territoriale de Saint-Martin, sous la présidence actuelle de Madame Aline HANSON, est dotée de différents services assurant un ensemble de droits et d'aides au plan local.

La Direction Enfance et Famille, au sein du Pôle Solidarité et Famille, regroupe un ensemble d'aides à destination des enfants, des adolescents et des jeunes adultes dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) : consultations prénuptiales, prénatales et postnatales, bilans de santé des enfants, planification familiale, contraception (notamment d'urgence)... dans le cadre de la PMI et mesures de soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à leurs familles, mesures de protection en faveur des mineurs en difficulté (placements)... dans le cadre de l'ASE.

- **Au titre de la lutte contre l'exclusion** avec le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) devenu le Revenu de Solidarité Active (RSA).
- **Dans le cadre des actions en faveur de l'insertion socioprofessionnelle des jeunes** à l'exemple du Fonds d'Aide à l'Insertion des Jeunes (FAIJ) destiné à soutenir les jeunes en difficulté dans l'accès ou le maintien dans un logement (règlement des charges liées à l'énergie...) ou dans le financement d'actions de formation et d'insertion professionnelle.



- **Dans le domaine du handicap**, la Collectivité assure le versement de l'AAH à destination des jeunes adultes.
- **Enfin, en matière de lutte contre la délinquance**, elle développe divers dispositifs tels les adultes relais, le Contrat local de sécurité et de Prévention de la Délinquance (CISPD), le Contrat Urbain de Cohésion sociale (CUCS) ou le Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles (CDDF).

Le schéma territorial d'Aide Sociale et Médico-Sociale de la Collectivité (2011) préconise par ailleurs un certain nombre d'orientations destinées notamment à améliorer l'accès aux droits et la réponse à l'urgence sociale :

- **Renforcer la coordination entre les administrations avec notamment :**
 - La définition de réponses adaptées à la prise en charge des mineurs en situation irrégulière ;
 - L'amélioration de l'adressage et de la signalétique urbaine, en particulier de la CGSS ;
 - L'adaptation de la signalétique pour les personnes en situation de handicap.
- **La clarification et le renforcement de l'aide aux démarches administratives :**
 - Mettre en place un Conseil Départemental d'accès aux droits et un point d'accès aux droits ;
 - Faire un rappel à la loi sur les conditions d'exercice de l'aide aux démarches administratives (avec l'agrément de la Préfecture) et informer le public sur l'existence d'un service public gratuit ;
 - Former les personnels des Maisons de la Solidarité et de la Famille (MSF) de la COM recevant le public à la constitution des dossiers administratifs (ex. CMU, AME, feuilles de soins...) ;

- Mettre en place des permanences COM/CGSS/CAF dans les MSF pour apporter une réponse de proximité et de qualité ;
- Réfléchir à la création d'une ou de plusieurs structures dédiées à l'aide aux démarches administratives ;
- Renforcer la présence des services publics dans les quartiers, dans le cadre de la mise en œuvre du schéma d'aménagement du territoire de Saint-Martin.

L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »

L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses », créée en 1995 (arrêté préfectoral du 4 juillet 1995) sous la forme d'une association loi-1901 et dont la présidence est assurée par Madame Ketty KARAM, a pour but :

- De mettre en œuvre toutes les actions de sensibilisation sur les Infections Sexuellement Transmissibles, dont le VIH/SIDA ;
- D'élaborer des programmes de prévention avec les différents partenaires (Education Nationale, associations, Collectivités, Etablissements sanitaires et sociaux...) ;
- D'apporter assistance et soutien aux personnes en détresse (toxicomanes, personnes démunies, SDF...).

Située à Marigot (6 rue Fichot), l'association SLD est à l'origine de la création de plusieurs structures :

- Un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) en 1995 qui sera complété par habilitation de l'association en 2006 avec la création d'un Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) ;

- Un Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) en 1998 que la loi du 2 janvier 2002 permettra de transformer en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en mars 2010
- Une Maison Des Adolescents (MDA) le 2 mai 2012.

Le service social de l'association s'assure de favoriser l'ouverture des droitss (CMU, RSA...) en prenant en charge pour ses démarches les jeunes rencontrés dans le cadre des actions associatives (que le jeune vienne pour une consultation ou un dépistage en matière de santé sexuelle, qu'il se présente pour un problème d'addiction ou encore qu'il fréquente la Maison Des Adolescents en sa qualité de lieu d'écoute et de parole).

L'association accompagne les jeunes dans la clarification de leur projet en favorisant le lien avec les autres partenaires institutionnels (Collectivité, Education Nationale, Préfecture, Hôpital...).

L'association propose aux jeunes une permanence sociale (dans son volet « exclusion ») ; l'association disposant d'un agrément préfectoral pour l'accompagnement à la CMU.

L'Association « le Manteau de Saint-Martin »

Cette association loi-1901 est un Centre d'Accueil et d'Hébergement d'Urgence (CAHU) créé en décembre 1998 à l'initiative du Père Cornélius CHARLES pour répondre à une progression croissante de l'errance, de la précarité et de l'exclusion. Cette structure est ainsi devenue la référente dans le paysage de Saint-Martin en matière d'accueil et

d'accompagnement des personnes en situation de grande précarité ; situation confortée en 2002 avec la création autorisée d'un accueil de jour et de nuit de 8 places. Travaillant avec le centre téléphonique du 115 en charge des situations d'urgence sociale et fonctionnant 24H/24 et 7 jours sur 7, l'association, dont la présidence est assurée par Madame Hélène MICOT-BRIDE, réalise les missions suivantes :

- Assurer l'accueil avec ou sans hébergement des publics exclus, marginalisés ou en voie de l'être ;
- Assurer un accompagnement social du public par l'organisation d'un réseau d'aide, de solidarité et d'insertion ;
- Assurer une aide alimentaire pour les personnes et familles en difficultés sociales ;
- Assurer les démarches d'accès aux droits et recherche d'un logement ou d'une structure d'insertion adaptée et pérenne.

Pour l'année 2013, un total de 181 personnes a bénéficié de l'aide du CAHU. Même si la moyenne d'âge des personnes accueillies est de 40 ans, un nombre non négligeable (environ 10 %) de jeunes en difficultés bénéficient de l'hébergement, de la laverie et des douches, du téléphone, de l'offre de vêtements et de repas offerts par l'association.

La Délégation de Saint-Martin de la Croix Rouge Française

Située à proximité de l'association « le Manteau de Saint-Martin », route du Fort à Marigot, la Délégation de Saint-Martin de la Croix Rouge assure sur le territoire les missions telles qu'elles découlent des grandes missions de la Croix Rouge française au plan national.



La Délégation, sous la présidence de Madame Nicole DI MEO, exerce sa mission dans les secteurs d'activités suivants :

- L'urgence et le secourisme ;
- L'action sociale (dons, offre de vêtements...) ;
- La santé (accueil et orientation des personnes vers les professionnels de santé) ;
- La formation ;
- La coopération internationale (comme en témoigne la manifestation entre Saint-Martin et Sint Maarten à l'occasion de l'anniversaire des 150 ans de la Croix Rouge le 6 avril 2014 dans le cadre de la Croix Rouge Française (avec la participation des délégations de Saint-Martin, de Saint-Barthélemy, de la Guadeloupe et de la Martinique) et de la red Cross des Iles de saba, Curaçao, Saint-Eustache, Anguilla et Sint Maarten).

La délégation participe également à favoriser une domiciliation (aides aux démarches administratives) vis-à-vis des publics en difficultés sociales et sanitaires dont elle assure l'accueil et l'accompagnement.

L'Unité d'Education en Milieu Ouvert (UEMO) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Aux côtés des intervenants de la justice des mineurs que sont successivement le Juge des Enfants, le Procureur de la république ou le substitut chargé des affaires des mineurs et le corps professionnel des avocats, le service de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) intervient dans le cadre des mesures d'investigation préalables aux décisions de fonds du magistrat ainsi que pour la mise en œuvre des décisions concernant des mineurs délinquants.

Depuis la loi du 5 mars 2007, le Président du Conseil Général est le chef de file de la protection de l'enfance ; si le Conseil Général (ou Conseil Territorial) est en charge des mineurs en danger dans le cadre des décisions judiciaires civiles (aide sociale à l'Enfance/ASE), l'Etat par le biais de la PJJ se trouve en charge des mineurs délinquants (décisions judiciaires d'investigation et mesures pénales).

Le décret du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du Ministère de la justice désigne la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) comme coordonnateur légitime de la justice des mineurs. Dépendant de la Direction Territoriale (DT) de la Guadeloupe (Service Territorial de Milieu Ouvert/STMO de Pointe-à-Pitre), Saint-Martin compte une Unité d'Education de Milieu Ouvert (UEMO).

L'UEMO de Saint-Martin compte une équipe comprenant un responsable d'unité (Monsieur Nicolas CLERET), 4 éducateurs de justice, 1 professionnel technique en matière d'insertion, 1 assistante sociale, 1 psychologue et 1 secrétaire.

L'UEMO est en charge des mesures d'investigation en milieu ouvert et de placements des mineurs. « les mineurs pris en charge le sont majoritairement suite à des actes de violences : braquages, violences sur un tiers, incivilités, dégradations de matériels, infractions multiples au code de la route, vols avec violence, attouchements sexuels et viols. Ils vivent dans des familles matriarcales touchées par le chômage. Ils vivent dans des résidences à caractère sociales. Ils sont pour la plupart consommateurs de produits stupéfiants. Leurs familles disposent de peu de moyens financiers et lorsqu'ils existent proviennent essentiellement d'allocations versées par l'Etat » (source Bilan d'activité 2012/2013 UEMO de Saint-Martin).

A souligner en particulier les actions menées par l'UEMO de Saint-Martin au bénéfice de mineurs sous main de justice et de jeunes majeurs : plongée sous-marine (découverte et formation), ateliers d'arts martiaux avec l'association « shidokan », atelier de découverte du patrimoine avec la Collectivité et l'association « Jeunesse SOUALIGA », stage de parentalité (relations parents – adolescents) avec l'Éducation Nationale et la Collectivité (ASE).

L'UEMO de Saint-Martin travaille en partenariat avec :

- Le Palais de Justice (Tribunal d'instance de Marigot) et la Préfecture ;
- L'Éducation Nationale (collèges et lycée publics) : réunions trimestrielles, expertise PJJ sur les situations problématiques ;
- La Collectivité de Saint-Martin (aide sociale à l'Enfance/ASE et Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes/CRIP) : réunions trimestrielles et suivi des situations individuelles ;
- La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile (BPDJ) : réunions de partage d'informations ;
- La Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) : suivi des situations (accès aux droits, insertion) ;
- Le Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis constant Fleming : réunions d'information et de suivi des situations psychologiques et psychiatriques ;
- Les associations en charge du suivi et de l'accompagnement des jeunes : l'Association Contre l'Exclusion et la Délinquance (ACED), l'association « Jeunesse SOUALIGA », l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (convention de partenariat en matière de prise en charge des addictions) et la Maison Des Adolescents (MDA).

L'association Contre l'Exclusion et la Délinquance (ACED)

Association créée en 2002 sous le statut loi-1901, et dont la présidente actuelle est Madame Audrey CLAXTON, l'ACED conduit, depuis sa création, des chantiers permettant l'insertion par l'activité économique et sociale de personnes, et notamment de jeunes, en difficulté.

Sa coordonnatrice, Madame Magali MASSOLIN et son équipe (comprenant notamment 1 responsable administratif, 1 conseillère familiale, 4 animateurs socioculturels, 2 chefs d'équipe et 17 agents polyvalents) développent des activités telles que la réfection de façades (nettoyage et peinture), l'entretien et le nettoyage des espaces verts, une assistance administrative (démarches auprès des institutions, aide personnalisée, aide à la création d'entreprise) et divers ateliers (accompagnement scolaire, accès à internet, club de volley-ball...). L'association ACED vise à développer son action dans diverses directions :

- Association référente dans la réalisation d'enquêtes civiles et pénales (habilitation en cours auprès du Tribunal de Grande Instance de Basse-Terre) ;
- Médiation sociale en vue d'intervenir auprès des jeunes dans les différents quartiers ;
- Lutte contre le décrochage scolaire (convention avec le Lycée Polyvalent des Iles du Nord) ;
- Relai multimédia en vue d'offrir aux plus démunis un accès à l'internet ;
- Découverte de l'art (thérapie) dans le but de développer chez les jeunes des activités en lien avec la musique, la danse, l'art plastique ;



- Plate forme d'écoute en vue de permettre aux parents et aux jeunes de s'exprimer librement.

L'Association ACED collabore enfin avec de nombreux partenaires institutionnels :

- La Collectivité (Pôle solidarité et Familles) ;
- L'association « le Manteau de Saint-Martin » ;
- L'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (convention de partenariat en matière de prise en charge des addictions) ;
- La Délégation de Saint-Martin de la Croix Rouge ;
- La Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) ;
- La Caisse d'Allocation Familiale (CAF) ;
- Le Pôle Emploi ;
- L'Education Nationale...

L'Association « Action, Accompagnement, Aide, Animation et Accessibilité » (5A)

Association constituée en novembre 2011 dans le but initial d'une représentation de la communauté haïtienne sur Saint-Martin puis plus largement en vue d'une aide, d'un accompagnement de toute personne en difficulté en matière d'accessibilité aux droits par le biais d'une action associative et par l'animation d'initiatives tant sociales que culturelles.

Présidée par Monsieur Joseph DILENORD, l'association développe un ensemble d'initiatives portant successivement sur l'aide à la scolarité, le soutien financier de personnes dans le besoin, un appui aux démarches administratives à l'adresse des personnes en difficultés (maîtrise de la langue...), des aides à la formation...

L'association développe également un ensemble d'actions socioculturelles en lien avec la culture d'origine haïtienne (ex. célébration autour de la Fête du Drapeau Haïtien).

Définitions et problématiques associées

« Le surpoids et l'obésité se définissent, selon l'OMS, comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ».

L'indice de Masse Corporelle (IMC) est la mesure traditionnellement admise selon la taille et l'âge pour estimer le surpoids et l'obésité (le surpoids correspond à un IMC égal ou supérieur à 25 et l'obésité à un IMC égal ou supérieur à 30).

Le terme de « surcharge pondérale » assimile les deux termes (surpoids + obésité).

Le surpoids et l'obésité sont les premiers facteurs de risque de décès au niveau mondial et sont la conséquence de multiples maladies chroniques : maladies cardiovasculaires, diabète, troubles musculo-squelettiques et certains cancers.

La cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées et liée à un double phénomène : une plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisse et une augmentation de la sédentarité physique dans les milieux du travail, des modes de transports et des loisirs en milieu urbanisé.

Le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent sont associés à un risque accru de décès préma-

turé et d'incapacité à l'âge adulte mais se trouvent également associés à diverses problématiques immédiates de santé : difficultés respiratoires, risques accrus de fractures, hypertension artérielle, apparition des premiers signes de maladies cardiovasculaires, une propension au diabète, des problèmes psychologiques.



Un problème de santé et de société

Face à ce problème de santé sociétal qui touche particulièrement la jeunesse, sont parties prenantes les parents (exemple familial et fourniture d'une alimentation saine et équilibrée, possibilités offertes et encouragements vis-à-vis de l'activité physique), **l'école** (dispensation d'une éducation à la santé, restauration scolaire équilibrée, fourniture de distributeurs d'eau et d'aliments sains et interdiction en milieu scolaire des aliments gras et des boissons sucrées, promotion et encadrement des élèves par le personnel de santé) **et le secteur privé** (industrie alimentaire, détaillants, industrie de la restauration, firmes publicitaires et entreprises de loisirs, médias...).



Les problèmes de surpoids et d'obésité chez les jeunes confirmés par des études

Les études financées par l'ARS et menées sur Saint-Martin par l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG) et le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) témoignent de l'importance du problème de l'alimentation sur le territoire sous la forme du développement inquiétant des cas de surpoids et d'obésité en particulier au sein de la population jeune en milieu scolaire :

L'étude de l'ORSAG relative au surpoids et à l'obésité en grande section de maternelle en Guadeloupe et à Saint-Martin (8 établissements et 490 élèves concernés à Saint-Martin) au titre de l'année scolaire 2011 – 2012 démontre que la prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des enfants s'élève à 31 % à Saint-Martin (contre 12.5 % en Guadeloupe et 12.2 % pour la France dont outre-mer).

L'étude de l'ORSAG relative à la surcharge pondérale, au surpoids et à l'obésité à l'entrée au cours préparatoire en Guadeloupe et dans les Iles du Nord (6 établissements sur les Iles du Nord – 247 élèves sur Saint-Martin et 46 élèves sur Saint-Barthélemy) au titre de l'année scolaire 2011 – 2012 démontre que la prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des enfants s'élève à Saint-Martin à plus du quart des enfants scolarisés (26.3 %) avec 16.3 % d'enfants en surpoids et 10.9 % d'enfants obèses (contre 12.6 % en Guadeloupe).

Des études et enquêtes sont également menées afin de mieux identifier les facteurs déterminant certaines pratiques, telle l'Enquête APHYGUAD

« Activité physique, activités sportives et activités sédentaires des enfants en Guadeloupe », organisée de décembre 2008 à mai 2009 par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), avec la participation de l'institut de sondage « Qualistat » et l'ORSAG (sous la coordination scientifique du Dr André ATALLAH, Cardiologue au Centre Hospitalier de Basse-Terre de Guadeloupe, Médecin du sport et Coordinateur du réseau de santé « HTA-GWAD », et du Pr FRANÇOIS CARRE du CHU de Rennes et du laboratoire de physiologie du sport). Réalisée sur un échantillon de 297 enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans, **cette enquête a permis de mettre en évidence un ensemble de constats** tels que :

- **« Le fait qu'une part importante des enfants pratique peu d'activités physiques dans le cadre scolaire par le biais des trajets pour se rendre à l'école ou au cours des récréations** et que la plupart ne font pas de sport en dehors des cours obligatoires d'éducation physique et sportive (EPS) (propositions de renforcer la pratique d'activités physiques dans la cour d'école et de promouvoir des modes de déplacement privilégiant la marche ou le vélo) ;
- **« L'enquête montre que la moitié des enfants ne pratique pas de sport en dehors des cours d'EPS »** alors « que la plupart des enfants ne faisant pas de sport souhaite en pratiquer un » (propositions de favoriser le sport en club et association sportive et de développer les lieux de pratique sportive tels que espaces de jeux, parcours de santé, pistes cyclables...) ;
- **« Le premier motif invoqué par les enfants ou adolescents pour expliquer le fait qu'ils ne pratiquent pas de sport est le manque de temps »** (propositions d'aménagement des temps scolaires, de rendre accessibles les infrastructures scolaires en dehors des cours afin d'optimiser

le temps disponible) « et près du tiers des enfants ne faisant pas de sport donne pour motif le manque d'équipements sportifs à proximité » ;

- « **Le temps consacré aux activités sédentaires (télévision, jeux vidéos sur ordinateur) est important, surtout les jours sans école** » (proposition de limiter le temps passé aux activités sédentaires).

Une situation locale préoccupante relayée par l'article « Favoriser une prise de conscience collective » du journal « Le Pélican » (6 mai 2014), lequel établissait un lien entre le diabète et l'obésité : « si le diabète touche environ 8 % de la population guadeloupéenne et 5 % de la population métropolitaine, à Saint-Martin sa prévalence est de 10 % ». L'article ajoutait que l'étude réalisée en 2012 par le Dr Jean-Michel RICOUR du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming avait établi que la fréquence de la surcharge pondérale était à Saint-Martin de 54 %, celle du surpoids de 28 % et celle de l'obésité de 26 %.

Les actions de communication : L'INPES, l'Assurance Maladie, l'ARS

Découlant des priorités définies notamment par le Plan National Nutrition Santé (PNNS) 2011 – 2015 et le Plan Obésité (PO) 2010 - 2013, tant l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) que l'Assurance Maladie ont pour mission d'organiser au plan national un ensemble d'action d'information et de communication dans le domaine de la nutrition et de la lutte contre le surpoids et l'obésité, tant sur la Guadeloupe que sur Saint-Martin et Saint-Barthélemy, actions relayées au plan local par l'Agences Régionales de Santé (ARS).

Ces mesures d'information et de communication s'inscrivent dans l'objectif à la fois de promouvoir une alimentation équilibrée et de développer la pratique d'une activité physique conformément aux mesures préconisées pour la Guadeloupe (et Saint-Martin et Saint-Barthélemy) par l'instruction ministérielle du 10 février 2012 relative à la mise en œuvre de la déclinaison pour l'outre-Mer du PNNS et du PO par les ARS. Elles se traduisent notamment par la diffusion de campagnes de communication sous la forme de guides, livrets, flyers :

- « Au moins 5 fruits et légumes par jour sans effort », « limiter votre consommation de sucre tout en restant gourmand », « De l'eau sans modération ! », « Bouger chaque jour, c'est bon pour la santé » (Ministère de la santé - INPES) ;
- « La santé vient en bougeant – le guide nutrition pour tous » (Ministère de la santé - Assurance Maladie - INPES) ;
- « Avec M'T dents, on cherche à nous éviter les problèmes dentaires » (Assurance Maladie) ;
- La campagne de communication organisée par l'ARS sur le diabète en Guadeloupe et à Saint-Martin avec la participation de l'agence de communication « intermedia dom » (affiches à l'arrière de bus, banderoles...).

Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité en milieu scolaire

Les actions relatives à l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire s'intègrent dans les programmes scolaires pour le secteur primaire et sont définies dans le cadre d'un Programme d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté au niveau des collèges et des lycées.



A l'éducation nutritionnelle (principe de menus équilibrés, régularité des repas, composition des menus...) s'ajoutent certaines recommandations nationales spécifiques (ex. Installation de fontaines d'eau à l'intérieur des établissements) et l'ensemble des priorités formulées successivement par le Plan National Nutrition Santé (PNNS), le Programme National de l'Alimentation (PNA) et le Plan Obésité (PO).

L'Education nutritionnelle consiste à développer un ensemble d'actions en milieu scolaire destinées successivement à apprendre à bien se nourrir, à organiser une formation relative au goût et à prévenir les situations de surpoids et d'obésité.

Apprendre à bien se nourrir. Les menus équilibrés de la restauration scolaire visent à familiariser les élèves avec de bonnes habitudes alimentaires. Les programmes scolaires abordent en outre des questions telles que la régularité des repas, la composition des menus (de l'école maternelle au CE1) et les actions bénéfiques ou nocives des comportements alimentaires (du CE2 au CM2).

Formation du goût. L'école joue un rôle important dans l'éveil au goût en valorisant le patrimoine culinaire et en promouvant des produits de bonne qualité gustative et nutritionnelle. Des actions de dégustation interviennent lors des cours ou à l'occasion d'activités et de manifestations diverses, notamment avec le concours de partenaires extérieurs (Exemple à Saint-Martin des actions assurées par l'IREPS et des ateliers « cuisine » organisés par la Maison Des Adolescents).

Prévention du surpoids et de l'obésité. Certaines mesures prises en milieu scolaire sont destinées à favoriser la lutte contre les situations de surpoids et d'obésité. Ces mesures sont relatives notamment au

principe de l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants (depuis 2005) et à l'incitation à installer dans les établissements des fontaines à eau réfrigérées.

La prévention du surpoids et de l'obésité implique un apprentissage concernant les apports et les dépenses énergétiques. Les cours d'Education Physique et Sportive (EPS) jouent un rôle essentiel.

Par ailleurs, les actions de mesure du poids de l'indice de masse corporelle des élèves organisées par le service de santé scolaire permettent d'assurer un état des lieux en matière d'état de santé générale des élèves.

Au sein du lycée professionnel des Iles du Nord, le service de santé (l'infirmière scolaire) procède notamment à l'animation d'un atelier santé relatif à l'alimentation et organise annuellement une mesure du poids des élèves (indice de masse corporelle ou IMC).

Pour l'année scolaire 2012-2013, sur un total de 545 élèves (250 garçons et 295 filles), des situations de surpoids/obésité sont constatées chez 14,8 % des garçons et 18 % des filles (avec une propension accrue pour les filières professionnelles).

Pour l'année scolaire 2013-2014, la mesure a touché 374 élèves (173 garçons et 201 filles) et les taux constatés pour garçons et filles sont respectivement de 16 % et de 14 % (avec de même une proportion accrue de surcharge pondérale pour les élèves issus de la filière professionnelle).

L'action des bilans de santé en milieu scolaire complète ce dispositif et permet notamment d'identifier certains problèmes relatifs à l'alimentation.

Par exemple, les bilans de santé organisés au sein du Collège du Mont des Accords attestent, dans le cadre du dépistage infirmier, d'un certain nombre de problématiques telles que des problèmes buccodentaires importants, des situations de surpoids à partir des classes de CM2 et surtout dans les classes de 6^{ème}, des passages d'élèves en infirmerie liés à la faim (absence de temps ou d'argent pour prendre un petit-déjeuner) ainsi que des situations d'alimentation déficientes le midi (alimentation non équilibrée) occasionnant des cas de souspoids et surtout de surpoids.

Les bilans de santé, réalisés par le médecin scolaire, apportent un état des lieux des élèves en surpoids/obésité par exemple dans les classes de 3^{ème} : année 2009 - 2010 (7.4 %), année 2010 - 2011 (8.9 %) et année 2011 - 2012 (5.7 %).

Des actions menées en partenariat entre l'Education Nationale et l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et l'ARS complètent ce dispositif.

Programme « Les Ecoles Carambole » 2012 – 2017

Le Programme « Les Ecoles Carambole », initié à partir de 2012 à la fois sur la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, a pour objectif principal de réduire la prévalence de l'obésité de l'enfant âgé de 6 à 11 ans (et plus précisément les élèves de CM1 et leurs parents). Sont concernés également les professionnels de l'enseignement (enseignants, directeurs, conseillers pédagogiques), les agents territoriaux en charge de l'animation et du service dans les établissements cibles (médecins généralistes, pédiatres, nutritionnistes, autres professionnels paramédicaux tels que diététiciens).

Financé par l'Agences Régionales de Santé (ARS), ce programme a pour principaux partenaires le rectorat, les municipalités (Collectivité pour Saint-Martin), l'ORSAG, le réseau de santé guadeloupéen « Grandir », la Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DAAF)...

Ce programme, dans sa seconde phase pour l'année 2013, a pour finalité la promotion de 3 des 9 repères du PNNS : consommation de fruits et légumes, consommation d'eau et pratique d'activité physique auprès des élèves du primaire comme facteurs nutritionnels protecteurs de santé :

- Impliquer tous les acteurs concernés par l'éducation nutritionnelle : les enfants et leurs parents, les enseignants, les personnels et décideurs municipaux, les médecins et infirmiers du service de santé scolaire ;
- Garantir un socle commun de connaissances en nutrition (alimentation et activité physique) validées scientifiquement (PNNS) chez tous les professionnels ciblés dans le programme ;
- Outiller l'ensemble des professionnels pour qu'ils réalisent des actions d'éducation nutritionnelle avec les enfants ;
- Réaliser un état des lieux sur l'offre en fruits, en eau et en activité physique dans les établissements ;
- Optimiser l'environnement de l'enfant dans le cadre scolaire et périscolaire pour lui permettre d'augmenter sa consommation de fruits, d'eau et sa pratique d'activité physique.

La réalisation de ce programme passe par la mise en œuvre d'actions éducatives auprès des enfants

(mallette pédagogique comprenant un guide, un carnet pour chaque élève, des supports d'activité accompagnés par un développement assuré par les enseignants préalablement formés à cette démarche), des parents d'élèves (rencontres



animées par l'IREPS), des professionnels de l'éducation de la santé, de la restauration collective et de l'animation sportive.

Programme expérimental « Ti Karambol » ou déclinaison maternelle du programme primaire auprès des élèves âgés de 4 à 6 ans et leurs parents.

Programme T'CAPS

La généralisation d'un comportement sédentaire est associée à l'augmentation des maladies chroniques, principales causes de décès en Guadeloupe. Associée à de bonnes habitudes alimentaires, la pratique régulière d'une activité physique est un déterminant essentiel de l'état de santé. Comme l'a démontré l'étude APHYGWAD auprès des enfants âgés de 6 à 14 ans en Guadeloupe, les jeunes pratiquent peu d'activités physiques en dehors des cours d'EPS, et non plus par le biais des trajets et des récréations. **Le Programme T'CAPS** (bénéficiant d'un financement de l'ARS) **a donc pour finalité de contribuer, d'ici 5 ans, à augmenter l'activité physique chez les enfants, les adolescents âgés de 13 à 17 ans** sur la Guadeloupe mais aussi auprès de Saint-Martin avec les objectifs suivants :

- Renforcer la pratique d'activités physiques dans les cours de l'école en aménageant l'emploi du temps scolaire ;
- Offrir de l'activité physique hors temps scolaire et en périscolaire pour les élèves et leurs parents (cours de zumba, de roller, manifestations en famille sur les parcours de santé ou PSSS, accessibilité des infrastructures scolaires en dehors des heures de classes ;
- Inciter les professionnels à promouvoir l'activité physique (mise en œuvre des formations sur la thématique de l'éducation nutritionnelle,

développement des projets axés sur le sport-santé...);

- Encourager les politiques à promouvoir l'activité physique (favoriser l'accès aux équipements sportifs, créer et développer les lieux de pratiques tels qu'espaces de jeux, parcours de santé...).

Un exemple de partenariat local à Saint-Martin entre l'Education Nationale et l'Agences Régionales de Santé (ARS) est illustré par la participation de l'infirmière de la Délégation de l'ARS aux côtés de la diététicienne du Comité Territorial des Œuvres Scolaires (CTOS) auprès de l'Ecole Maternelle de Sandy Ground (janvier 2014) au titre du projet pédagogique de sensibilisation des enfants et de leurs parents aux problèmes liés à l'obésité. Organisée sur l'initiative du Directeur de l'école, cette action était axée sur les notions de bonne alimentation, de l'équilibre alimentaire et sur l'importance du petit-déjeuner le matin.

La collectivité, l'éducation nutritionnelle en milieu périscolaire et les Parcours Sportifs de Santé Sécurisés

La Caisse Territoriale des Œuvres Scolaires (CTOS), établissement public administratif de la Collectivité de Saint-Martin (sous la direction de Madame Elisabeth TABARI), doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, **a pour vocation d'intervenir sur des actions à caractère éducatif, culturel, social et sanitaire en faveur des élèves relevant de l'enseignement des premier et second degrés**, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

La CTOS, dans ses missions auprès des élèves des écoles publiques et privées, assure :

- L'organisation et la gestion de la restauration scolaire pour la Collectivité Territoriale de Saint-Martin ;
- L'organisation et la gestion des centres de vacances ;
- Le développement des échanges inter-écoles ;
- La participation à la réalisation de projets par les écoles et/ou comportant un intérêt pédagogique ;
- L'organisation et la facilitation de l'accès des enfants à des ateliers périscolaires répartis sur le territoire de la Collectivité.

Située sur le site dit de la « Cuisine centrale » à proximité de la zone commerciale de Hope Estate (services administratifs et financiers, service de contrôle qualité et service des commandes), la CTOS dispose également d'un site annexe à Marigot (services périscolaires et des inscriptions, centre de gestion des recettes des tickets). La vente des tickets pour la restauration et les activités périscolaires est organisée par le biais de quatre régies (Marigot, Grand-Case, Quartier d'Orléans, Sandy-Ground).

Totalisant un effectif de 208 agents titulaires et de 23 agents contractuels, la CTOS assure chaque jour la livraison d'environ 3 700 repas à destination des enfants auprès de 6 écoles maternelles, 10 écoles élémentaires, 3 collèges et le lycée professionnel pour le secteur public ; au titre du secteur privé, la livraison des repas concerne 2 garderies, 3 écoles élémentaires et 1 lycée.

Des opérations « petits déjeuners » sont organisées, en collaboration avec l'Education Nationale, auprès des enfants scolarisés (et leurs parents) dans le but de les familiariser avec le goût et la nutrition. Enfin, à compter de l'année 2013, la CTOS, ayant constitué son propre service périscolaire, organise

des centres de loisirs aux périodes de la Toussaint, de Pâques et en période estivale (mois de juillet).

La mise en place de « Parcours Sportifs de Santé Sécurisés (PSSS) » s'inscrit dans la démarche de développement au plan local de lieux d'exercice d'une activité physique et d'une pratique sportive auprès de multiples fractions de la population (jeunes, personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies chroniques...).

Dans le cadre d'une opération de partenariat établie avec l'ARS, la Collectivité de Saint-Martin envisage la mise en place de trois parcours de santé « pour lutter contre les chiffres alarmants du surpoids et de l'obésité, qui touche plus de la moitié de la population » (selon les termes de l'article du Journal « le Pélican » daté du 29 janvier 2014).

L'hôpital : les orientations du Projet Médical d'Etablissement

Face à la problématique du surpoids et de l'obésité sur le territoire de Saint-Martin, le Projet Médical 2014 – 2019 de l'hôpital préconise un projet de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité dans le cadre d'un réseau Ville - Hôpital.

Projet de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité dans le cadre d'un réseau Ville – Hôpital (santé scolaire, associations en charge de la prévention et de la promotion de la santé, professionnels de santé libéraux...). Ce projet consiste à prendre en charge des patients hospitalisés en coordonnant les diverses spécialités (diététique, psychosomatique, psychologie, sexologie, sophrologie, éducation thérapeutique du patient...) dans une approche synergique avec le médecin traitant et il s'attache à développer des actions de prévention et de dépistage précoce, en particulier avec le service de santé scolaire et les associations.



Par ailleurs, la prise en charge à l'hôpital inclura la recherche des complications éventuelles telles que le diabète ou les pathologies vasculaires et pourra intégrer le traitement chirurgical des cas d'obésité sévères.

A noter, dans le cadre du présent projet médical du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming, le projet de parcours de soins « diabète », en complémentarité avec le réseau Ville – Hôpital de prise en charge de l'obésité, et le projet de développement de la chirurgie bariatrique de traitement des cas d'obésité sévères.

Les professionnels de santé de ville

Outre l'ensemble des médecins généralistes de ville (23 médecins omnipraticiens), interviennent dans ce domaine un médecin spécialiste en pédiatrie, environ une vingtaine de médecins dentistes et chirurgiens dentistes (en matière d'hygiène bucco-dentaire) et un diététicien nutritionniste.

Du point de vue de la médecine générale, certains médecins soulignent la problématique locale en matière de surpoids et d'obésité.

Les cas de « malbouffe » sont signalés comme problématiques à Saint-Martin, dès le plus jeune âge (exemple cité d'une fillette de 9 ans pesant 48 kg). Les raisons principalement évoquées par les médecins de ville interrogés résultent du prix élevé des légumes et d'articles de qualité (le poisson étant généralement plus cher à Saint-Martin qu'en Guadeloupe). La majorité des produits alimentaires se trouvant importée (importance de l'approvisionnement nord-américain sur la partie néerlandaise mais aussi sur la partie française du fait de l'absence ef-

fective de frontière), peu de cultures locales existent en matière de fruits et légumes. Le riz et le pain sont donc notamment des aliments fréquemment consommés.

Dans 50 % des cas environ de surpoids et d'obésité constatés en consultations chez les enfants et adolescents, les habitudes familiales sont en cause directe.

Enfin, les habitudes socioculturelles contribuent également, selon l'avis des médecins interrogés, au nombre des cas de surpoids et d'obésité : sentiments de « prospérité », « d'esthétique » physique, de « longévité ».

L'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (Maison Des Adolescents)

L'action de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » dans le cadre de la nutrition et de la lutte contre le surpoids et l'obésité se caractérise à la fois par l'action générale de l'association au plan sportif et par l'action de la Maison Des Adolescents (MDA), structure rattachée au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de l'association.

Avec le soutien de l'association, se déroule au plan local l'édition annuelle du Meeting des jeunes de Saint-Martin organisée par l'association « Avenir Sportif Club de Saint-Martin » (ASCSM) comportant des épreuves d'athlétisme à destination de plusieurs catégories d'âges (minimes, poussins, cadets, benjamins et juniors).

Par ailleurs, sous le parrainage de la Présidente de l'association (Madame Ketty KARAM), s'organise

à Saint-Martin la course « 100 % féminine » « la Saint-Martinoise » (manifestation organisée par l'association ASCSM).

La Maisons Des Adolescents (MDA) ou « Maison des Ados », rattachée au CSAPA de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » est à l'origine de diverses initiatives en faveur de la nutrition et de la lutte contre le surpoids et l'obésité : actions sur des journées spécifiques sur la nutrition, organisation d'un « atelier nutrition », tenue de stands « nutrition » et animation de diverses activités sportives et occupationnelles (randonnées « famille », football, basket...).

L'action «santé Nutrition» ou «Nutri shower» favorise la promotion de la nutrition et l'activité physique adaptée par l'action communautaire. Organisée en partenariat avec l'ARS et l'Education Nationale, **cette action**, bénéficiant de la participation de professionnels de santé (éducateur spécialisé, diététicienne, professeurs de sport et de cuisine), **permet de regrouper un public cible de jeunes volontaires âgés de 13 à 18 ans autour des thèmes de l'équilibre alimentaire et de la pratique sportive.** Organisée sous la forme d'un stand à l'extérieur (front de mer de Marigot), cette action vise en outre à s'ouvrir au public à destination de l'ensemble des visiteurs intéressés par cette manifestation.

Atelier « Cuisine » parmi les activités hebdomadaires mises en place au sein de la MDA. **Cet atelier vise à faire passer auprès des jeunes des notions d'hygiène, et notamment d'hygiène de vie :** équilibre alimentaire, santé par les aliments, lutte contre l'obésité, principe de l'alimentation selon des heures régulières, réduction de la tentation du « grignotage »...

Le rapport d'activité de la MDA témoigne du succès de cet atelier : participation annuelle d'une cinquantaine de jeunes (avec la venue à plusieurs reprises de professeurs de cuisine du lycée Professionnel des Iles du Nord).

L'atelier « Cuisine » consiste à répondre à un objectif de partage, d'échange avec les jeunes dans le but de les familiariser avec les règles d'hygiène, de les sensibiliser à des comportements alimentaires répondant aux normes de santé et de favoriser la socialisation et l'esprit de groupe (développement de la communication et de l'écoute).

Stands « Nutrition » : s'adressant successivement aux jeunes fréquentant la Maison Des Adolescents, aux élèves du Collège du Mont des Accords (convention) et aux jeunes issus d'associations locales (ex. Association « Jeunesse SOUALIGA »), **ces stands consistent principalement à souligner l'importance du petit-déjeuner** (ce premier repas de la journée faisant notamment souvent défaut parmi les collégiens), **à apporter des connaissances sur les apports en sucre dans les aliments** (dans le but de lutter contre les risques de diabète) **et à développer le concept « manger/houger » en lien avec la pratique d'activités sportives.**



Définitions et problématiques associées

Selon la définition de l'OMS (2002) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité, des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence ».

L'éducation sexuelle consiste en particulier à informer sur la sexualité et à transmettre un certain nombre de valeurs et de recommandations. Elle peut également avoir pour objet l'expression et la discussion autour des sentiments amoureux, des pratiques sexuelles et du respect mutuel dans le but d'éviter tout « comportement sexuel à risque ».

! **Beaucoup de jeunes pensent bénéficier d'une « éducation sexuelle » par le biais de revues et de films érotiques voire pornographiques.** Or, le principe de l'éducation sexuelle vise à intégrer avec la pratique physique sexuelle des valeurs telles que la com-

plicité, l'amour, la tendresse, le respect mutuel, qui sont absents de la pornographie.

Par ailleurs, l'éducation sexuelle consiste à informer sur les pratiques sexuelles (règles de la contraception, prévention contre les IST) et à permettre une libre parole sur le sujet, tandis que la pornographie ne vise qu'à provoquer l'excitation sexuelle, sans souci didactique, prophylactique ou de représentativité.

La notion de « comportement sexuel à risque » désigne l'ensemble des comportements sexuels induisant une prise de risque pour la santé individuelle ou publique, que la prise de risque soit délibérée et consciente ou non. Cette notion concerne principalement le principe des « rapports sexuels non protégés » avec **le risque de transmission de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) ou Infections Sexuellement Transmissibles (IST).**

Elle peut également concerner d'autres risques tels que les « **grossesses non désirées** », avec la pratique d'avortement par « **Interruption Volontaire de Grossesse** » (IVG) ou le risque de rapports sexuels non-consentants et/ou avec violence (abus sexuels, viols...).

La plupart des « comportements sexuels à risque » sont conditionnés par un certain nombre de facteurs tels que :

- **L'âge**, principalement en raison de l'absence d'expérience et parfois de difficultés à gérer l'émotion et l'excitation propres aux premières relations sexuelles et/ou amoureuses ;
- **Les croyances en certaines idées reçues**, elles-mêmes conditionnées par le niveau d'information et d'éducation, par les influences familiales, religieuses ;
- **Les conditions de la pratique de la sexualité** (adictions, état mental dépressif, dynamiques de groupe) qui peuvent participer à augmenter le taux d'acceptation du « risque acceptable ».

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) désignent un ensemble de virus et de bactéries qui se transmettent à l'occasion principalement des rapports sexuels mais également par la voie sanguine ou par la voie materno fœtale.

Les IST les plus courantes sont successivement le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la bactérie de la Chlamydiae, la bactérie de la syphilis, la bactérie du Gonocoque, le virus de l'Herpès génital, les virus de l'Hépatite B et de l'Hépatite C, le Virus du Papillomavirus Humain (HPV).

Les IST sont pour la plupart curables lorsqu'elles sont dépistées à temps et prises en charge.

Selon l'OMS, chaque année, 1 adolescente sur 20 contracte une infection bactérienne lors de contacts sexuels et l'âge de survenue de ces infections s'avère de plus en plus précoce. Par ailleurs, à

l'occasion de la grossesse, la syphilis précoce non traitée est à l'origine de 14 % des décès néonataux. Enfin, presque tous les cas de cancer du col de l'utérus (deuxième type de cancer le plus fréquent chez la femme) sont attribués à une infection génitale par le virus du papillomavirus humain (HPV).

La contraception d'urgence et l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Conformément à la Haute Autorité de Santé (HAS), la contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport sexuel non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif).

A noter en particulier que la contraception d'urgence ne se substitue pas par principe à la contraception régulière (à l'exception du stérilet) et qu'elle ne protège pas des Infections Sexuellement Transmissibles.

Deux modes de contraception d'urgence sont utilisables : la contraception d'urgence hormonale et Dispositif Ultra-Utérin (DIU) au cuivre.

Méthode de contraception d'exception, **la contraception d'urgence hormonale** est une méthode de rattrapage qui ne doit pas être utilisée de façon régulière, notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les méthodes de contraceptions régulières. Elle se caractérise par la prise d'un comprimé qui agit principalement en retardant l'ovulation.



Deux types de comprimés sont utilisables :

- **Le « Levonorgestrel » ou « Norlevo »**, à prendre le plus tôt possible (dans les 12 heures) ou au plus tard jusqu'à 72 heures (3 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé ;
- **L'«Ulipristal Acétate» (UPA) ou « EllaOne »**, à prendre jusqu'à 120 heures (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé.

La contraception d'urgence hormonale n'est pas efficace à 100 % mais s'avère d'autant plus efficace qu'elle est appliquée le plus rapidement possible après le rapport sexuel. A noter en particulier que l'efficacité diminue au fur et à mesure que l'IMC augmente (réduction de l'efficacité chez les filles et femmes en surcharge pondérale).

Le « Levonorgestrel » ou « Norlevo » est délivrable, conformément à la loi du 13 décembre 2000 complétée par la loi du 4 juillet 2001, directement sans prescription médicale pour les mineures dans les pharmacies, les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et dans les infirmeries scolaires ; les majeures sans couverture sociale peuvent se voir délivrer ce comprimé par les CPEF tandis que les infirmeries scolaires délivrent celui-ci sans distinction aux jeunes filles mineures et majeures scolarisées.

Quant à l'« Ulipristal Acétate (UPA) ou « EllaOne », il fait l'objet d'une délivrance sur prescription médicale (par un médecin ou par une sage-femme) avec un remboursement par l'Assurance Maladie à hauteur de 65 %.

Le Dispositif Ultra-Utérin (DIU) au cuivre (plus couramment appelé « Stérilet ») est un mode de contraception d'urgence qui peut également être utilisé comme moyen de contraception régulière.

Il s'agit d'un dispositif qui doit être posé au niveau de l'utérus par un médecin ou par une sage-femme lors d'une consultation médicale dans les 120 heures (5 jours) suivant le rapport sexuel non ou mal protégé. Ce dispositif ou « stérilet » peut être conservé par la patiente si tolérance et pourra servir de contraception régulière.

Le DIU ou « stérilet » est délivrable sur prescription médicale (à l'occasion d'une consultation) avec un remboursement par l'Assurance Maladie à hauteur de 65 %.

Traditionnellement, on dénomme « Interruption Volontaire de Grossesse » (IVG) toute méthode d'avortement provoquée et décidée pour des raisons non médicales dans un cadre légal.

Lorsque l'intervention est motivée par des raisons médicales, quand la poursuite de la grossesse est dangereuse pour la santé de la mère ou lorsque le fœtus ou l'embryon est atteint de malformations ou d'une maladie grave et incurable, elle est dénommée « Interruption Thérapeutique de Grossesse » (ITG) ou « Interruption Médicale de Grossesse » (IMG).

Issue de la dépénalisation prévue par la loi du 17 juillet 1975, rendue définitive par la loi du 31 décembre 1979, la pratique de l'IVG se trouve véritablement aménagée à destination des jeunes mineures et majeures à partir de la loi du 4 juillet 2001.

La loi (article L.2212-1 du code de la santé publique) permet à toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui s'estime placée dans une situation de détresse, de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse (seule la femme concernée peut en faire la demande et seul un médecin peut pratiquer l'IVG). Deux méthodes existent pour l'IVG : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale.

L'IVG médicamenteuse est pratiquée jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse (délai maximum jusqu'à 7 semaines de grossesse) soit par un établissement de santé, soit par un médecin (cabinet médical), soit dans un centre de planification familiale, soit dans un centre de santé. Deux types de médicaments sont utilisés et donnés à la patiente en présence du médecin : la mifépristone (MiféGINE) et le misoprostol (Gymiso).

L'IVG chirurgicale est quant à elle pratiquée jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse dans un établissement de santé (hôpital, clinique).

La jeune fille mineure dispose du « droit d'avorter », avec ou sans le consentement de ses parents ou de son représentant légal (la situation des femmes mineures émancipées étant assimilée à la situation des femmes majeures).

Si le consentement du père, de la mère ou du représentant légal demeure la règle, cependant si la jeune fille mineure souhaite garder le secret ou si le consentement n'est pas obtenu (refus ou impossibilité), l'IVG est pratiquée à sa seule demande ; la jeune fille se faisant accompagner par la personne majeure de son choix.

Deux consultations médicales sont obligatoires avant la réalisation d'une IVG. Un entretien psychosocial est proposé de façon facultative pour toute personne majeure (entretien obligatoire pour les jeunes filles mineures).

Une consultation médicale de contrôle est prévue 14 à 21 jours après l'IVG.

À l'issue de l'IVG, la patiente reçoit une information en vue de choisir une méthode de contraception.

Les Centres de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF) peuvent délivrer à titre gratuit des moyens de contraception aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie assurées par un régime légal ou réglementaire et aux jeunes filles mineures désirant garder le secret.

La santé maternelle prend en compte l'ensemble des aspects relatifs à la santé de la femme, de sa grossesse à l'accouchement jusqu'au post-partum (suivi des suites de l'accouchement).

De façon générale, la maternité s'avère une expérience positive et heureuse mais peut également, pour beaucoup de femmes, être synonyme de souffrance, de maladie et de mort.

Selon l'OMS, les principales causes directes de morbidité et de mortalité maternelles sont les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle, la dystocie (ou accouchement qui ne se déroule pas normalement en raison de difficultés pouvant provenir de la mère ou du fœtus, telles que la présentation par le siège ou le cas d'un « gros bébé »).

Sous l'égide du Ministère chargé de la Santé, de l'Assurance Maladie et de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), un ensemble de recommandations accompagne la santé maternelle dans ses différentes étapes.

À l'étape préalable de la grossesse, des facteurs de risques obstétricaux, psychologiques ou sociaux existent et sont variables d'une femme à l'autre, en particulier lorsque la future mère est encore mineure : perte de confiance en soi, en sa capacité à donner la vie, peur d'un échec, appréhension des douleurs de l'accouchement...





L'angoisse d'une grossesse non prévue, la fragilité propre à l'âge de l'adolescence confrontée à la question de la maternité (méconnaissance parfois prolongée de l'existence de la grossesse, difficultés à assumer cette nouvelle responsabilité avec les obligations familiales et scolaires...), le vécu éventuel de précédentes grossesses (dans le cas d'expériences douloureuses dans le déroulement de la grossesse, dans les relations avec le milieu familial...), l'appréhension des premiers mois (crainte d'annoncer la grossesse à ses proches, à sa famille...) nécessitent le dépistage précoce de toutes difficultés psychiques (anxiété avec manifestations somatiques, état dépressif, troubles du sommeil...) par tout intervenant (parents, enseignants et membres du service de santé scolaire...) dans le but d'envisager une orientation adaptée vers un professionnel de santé (médecin, gynécologue-obstétricien, sage-femme, psychologue...).

Lors de l'étape du post-partum, des troubles émotionnels et psychiques peuvent également intervenir à l'occasion des premières difficultés maternelle

(difficultés difficiles à reconnaître et à exprimer car la maternité demeure un « heureux événement » dans les représentations sociales). Ces difficultés peuvent être d'autant plus importantes que la mère se trouve encore à l'âge de l'adolescence et se trouve confrontée à des difficultés familiales, scolaires...

Les principales manifestations de la souffrance psychique des mères en période de post-partum sont successivement :

- **Le « baby blues »** caractérisé par des pleurs et des émotions associées à l'incapacité de faire face (troubles relativement fréquents chez 30 à 70 % des accouchées) ;
- **La dépression du post-partum (DPP)** ou trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent (chez 10 à 15 % des accouchées) associé à des phénomènes de troubles du sommeil, de conduite hyperactive, de difficultés de concentration, de fatigue permanente, et de manifestations d'irritabilité et d'anxiété ;
- **La psychose puerpérale**, apparaissant après l'accouchement dans le cas de 1 à 2 naissances par an et se traduisant par des hallucinations, une perception altérée de la réalité et par des idées délirantes. Généralement centrés sur l'enfant et la naissance, ces troubles psychotiques nécessitent une hospitalisation.

La prévention de ces troubles émotionnels et psychiques (à l'exception de certaines manifestations d'ordre psychiatrique nécessitant une prise en charge adaptée) peut être assurée par une mise en contact précoce avec des associations d'aide et de soutien en partenariat avec la famille, le milieu scolaire, l'hôpital dans le cadre d'un suivi et d'un accompagnement psychologique.

La question du régime alimentaire revêt également une importance non négligeable pour laquelle toute nouvelle mère, notamment lorsqu'elle a moins de 25 ans voire lorsqu'elle est mineure, peut avoir besoin d'une information et d'un accompagnement. Si l'alimentation à recommander pendant la grossesse diffère peu de celle qui est conseillée de manière générale (selon les recommandations du PNNS), quelques précautions sont à prendre dans le but de prévenir certaines déficiences ou

carences alimentaires, de limiter voire de proscrire certaines consommations (café, sucre...) et de surveiller la prise de poids (notamment dans le cas des femmes en surpoids ou en situation d'obésité).

Les effets du surpoids et de l'obésité, lorsqu'ils préexistent à la grossesse ou apparaissent au cours des 9 mois, constituent des facteurs de risques maternels (infertilité, diabète gestationnel, hypertension artérielle, difficultés lors de la délivrance) et fœtaux (macrosomie, mort in utero, fausse couche) ; ces risques augmentent enfin les taux de recours à une césarienne ou d'admission en unité intensive néonatale.

La consommation de substances psycho actives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, opiacés...) voire la prise de certains médicaments (antidépresseurs...) constitue un autre facteur de risque pour les femmes lors de la grossesse, en particulier les jeunes filles mineures, à l'occasion de difficultés d'ordre psychologique (dépression, déficiences mentales...), de difficultés socio-économiques et familiales (situation de précarité, conflits familiaux, absence de domicile fixe, violences conjugales, prostitution...). Selon les recommandations formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS), toute femme enceinte ou désirant le devenir doit être informée sur les risques liés à la consommation de substances psycho actives pendant la grossesse. Cela peut induire la nécessité d'un suivi et d'un accompagnement adaptés selon l'âge et les difficultés rencontrées par la future mère.

Enfin, l'arrivée d'un enfant ou d'un nouvel enfant représente un changement important pour la jeune mère vivant en couple, demeurant hébergée dans sa famille voire se trouvant en situation de précarité sociale.

A ce changement peuvent s'ajouter d'autres difficultés telles que la question du positionnement voire de l'absence du père, des rapports conflictuels avec la famille, les contraintes du rythme scolaire (difficultés éventuelles à suivre les cours, jugement des autres élèves...) et des questions d'ordre matériel (logement, revenus pour subvenir aux besoins de l'enfant...).

Saint-Martin : comportements sexuels et contraceptifs à risque

Etude descriptive sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en Guadeloupe et à Saint-Martin (avril 2010)

Menée par l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG), en collaboration avec les laboratoires d'analyse médicale de la Guadeloupe et de Saint-Martin, le syndicat des Biologistes et la Coordination Régionale de la lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH), une étude descriptive sur les Infections Sexuellement Transmissibles en Guadeloupe et à Saint-Martin a porté sur la période comprise entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009.

Financée par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) et finalisée en avril 2010, cette étude a porté sur un nombre de 351 examens positifs provenant d'un total de 344 patients (114 hommes et 230 femmes), à la fois sur la Guadeloupe (249 personnes, soit 72 % des patients étudiés) et sur Saint-Martin (95 personnes, 27 hommes et 68 femmes, soit 28 % des patients étudiés).

La part globale des patients âgés de moins de 35 ans dans le cadre de cette étude était de 38 % (29 % d'hommes et 42 % de femmes).



A noter, pour cette étude, l'absence de différences significatives dans les infections constatées entre hommes et femmes par type d'IST à l'exception de 3 IST : les hommes sont majoritairement infectés par la bactérie du Gonocoque tandis que les femmes sont plus souvent porteuses de la bactérie de la Chlamydiae et sont exclusivement concernées par le Virus du Papillomavirus Humain (HPV). Enfin, il est constaté que 2 % des patients dépistés positifs l'étaient pour plusieurs IST.

Pour Saint-Martin, le nombre d'examen positifs constatés par type d'IST, par ordre d'importance, est le suivant pour un total de 95 patients :

- Bactérie de la Chlamydiae : 39 personnes (39 %) (% arrondis) ;
- Bactérie de la syphilis : 20 personnes (20 %) ;
- Virus du VIH : 15 personnes (15 %) ;
- Virus du Papillomavirus Humain : 12 personnes (12 %) ;
- Virus de l'Hépatite B : 7 personnes (7 %) ;
- Bactérie du Gonocoque : 4 personnes (4 %) ;
- Virus de l'Hépatite C : 3 personnes (3 %).

L'analyse des caractéristiques des patients positifs, selon le sexe, l'âge et la période de dépistage, n'a pas mis en évidence de différences statistiquement significatives entre les patients résidant à Saint-Martin et ceux résidant en Guadeloupe. Toutefois, un taux supérieur d'infection à certaines IST a été constaté à Saint-Martin.

Parmi les IST diagnostiquées, les infections par le VIH et par le Papillomavirus Humain (HPV) étaient plus importantes à Saint-Martin (respectivement 15 % et 12 %) qu'en Guadeloupe (respectivement 4.6 % et 3.6 %).

Si on rapporte cependant le nombre de patients dépistés positifs entre Saint-Martin et la Guadeloupe au prorata du nombre d'habitants, la situation à Saint-Martin s'avère dès lors beaucoup plus préoccupante que pour la Guadeloupe pourtant classée 2^{ème} région de France la plus touchée par l'infection du VIH SIDA.

Situation de l'infection par le VIH à Saint-Martin et en Guadeloupe (1^{er} décembre 2008)

Sur la base des indicateurs disponibles sur l'infection par le VIH à Saint-Martin et en Guadeloupe, la présente analyse de l'ORSAG apporte un éclairage, vis-à-vis de la France et du contexte caribéen.

Selon cette analyse, **un total de 1 487 personnes vivent en 2007 avec le VIH et bénéficient d'un suivi en Guadeloupe et dans les Iles du Nord** (Saint-Martin et Saint-Barthélemy) : 1 111 de ces personnes (75 %) sont suivies en Guadeloupe (CHU et CHBT) et **378 personnes (25 %) sont suivies à Saint-Martin (CHLCF).**

A Saint-Martin, ces 378 personnes sont majoritairement des femmes (56 %), des hétérosexuels (87 %) et ont une moyenne d'âge de 45 ans (y figurent notamment 7 enfants âgés de moins de 11 ans). Depuis 2002, un total de 74 accouchements de femmes séropositives a eu lieu à Saint-Martin.

A noter en particulier la progression constante du nombre de sujets infectés identifiés, principalement du fait de l'amélioration du dépistage, de la découverte encore très tardive de la séropositivité au VIH (pour 1/3 des nouveaux patients contaminés) et de la persistance des obstacles administratifs à l'accès aux soins.

Si le nombre de sérologies positives pour 1 000 tests est de 2.2 pour la France entière (Métropole et Outremer), il est de 5.2 pour la Guadeloupe. Dans le cadre de l'outre-Mer, ce taux est de 2.2 pour la Martinique et de 0.8 pour la Réunion ; seule la Guyane dépasse la Guadeloupe avec un taux de 13.5.

Enfin, la situation de la Guadeloupe et de Saint-Martin s'inscrit dans un contexte caribéen fortement marqué par la prévalence à l'infection par le VIH. Dans la Caraïbe, 1.1 % de la population âgée de 15 à 49 ans serait concernée par l'infection par le VIH (au moins 1 cas sur 2 vit à Haïti).

Grossesses précoces : des chiffres alarmants

« Qu'elles donnent lieu à une IVG ou à une naissance, l'importance des grossesses précoces à Saint-Martin est symptomatique d'un contexte sociétal préoccupant » (*article du journal Le Pélican du 12 février 2014*).

Par cette phrase, l'article souligne la situation alarmante de Saint-Martin comme en témoignent quelques chiffres :

- « les jeunes filles mineures sont 6 fois plus nombreuses que la moyenne nationale à devenir mères » ;
- « en 2013, sur 823 accouchements dénombrés au centre hospitalier Louis Constant Fleming, 3 % concernaient des adolescentes mineures (la moyenne nationale pour cette tranche d'âge étant de 0.5 %) » ;
- « toujours en 2013, 7 % des accouchements étaient le fait des 18 – 20 ans » ;
- « 3 % des IVG concernent des filles de moins de 18 ans, 9 % des filles de 18 à 20 ans et 27 % des filles de 20 à 25 ans ».

Comme en témoigne le Dr Charles VANGEENDERHUYSEN, Gynécologue-obstétricien au CH Louis Constant Fleming, « les moins de 25 ans ayant donné la vie en 2013 représentent 40 % des accouchements ». Cette tendance viserait à se poursuivre sous la forme de « récidives » : « il n'est pas rare qu'un deuxième voire un troisième enfant arrive à 17/18 ans » précise le Dr VANGEENDERHUYSEN.

Un ensemble de facteurs contribueraient à la multiplication de « filles-mères » : inexistence du dialogue familial, reproduction d'un « schéma maternel », absence d'éducation sexuelle. Selon Didier WITCZAK, Directeur de la Maison Des Adolescents, « beaucoup de jeunes filles de 16/17 ans n'ont jamais vu un gynécologue » (alors que la moyenne d'âge du premier rapport sexuel à Saint-Martin se situerait vers 13/14 ans).

Autre constat de cette manifestation, « la grossesse entretiendrait un sentiment d'existence couplé à celui de la reconnaissance sociale » selon le Dr VANGEENDERHUYSEN.

Insuffisance et inadaptation de l'éducation sexuelle et « manque de travail synergique et d'un réseau établi » (Dr VANGEENDERHUYSEN) seraient ainsi soulignés dans le cadre de cette situation problématique.

« Personnaliser le discours et travailler dans la proximité sont les clefs d'une meilleure approche » selon le Dr Louis JEFFRY, Gynécologue-obstétricien au CH Louis Constant Fleming. « Pour une jeune fille pousser la porte de l'hôpital est une démarche compliquée » (Dr VANGEENDERHUYSEN).

Enfin, la lutte contre la déscolarisation doit constituer une préoccupation majeure pour ces jeunes filles car « la naissance va souvent entériner la rupture avec l'institution scolaire » (Dr JEFFRY).

(*Extrait d'un article du journal Le Pélican du 12 février 2014*) :



Les actions de communication : ministère de la Santé, l'INPES, l'Assurance Maladie

Dans le cadre de leur mission de communication en matière de prévention et de promotion de la santé, **tant le Ministère de la Santé, que l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) que l'Assurance Maladie organisent la diffusion de supports d'informations relatifs à l'éducation à la sexualité et à la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles :**

- « Le Petit livre des Infections Sexuellement Transmissibles » (Ministère de la Santé et de la Solidarité – INPES) ;
- « Choisir sa contraception » (Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – INPES) ;
- « Questions d'ados (amour – sexualité) livret pour les 15 – 18 ans » (Ministère chargé de la Santé – INPES – Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA ou CRIPS d'Île de France) ;
- « Une contraception d'urgence – la pilule du lendemain » (Assurance Maladie – CESPARM ou site de l'ordre National des Pharmaciens).

Santé sexuelle et maternelle en milieu scolaire

En partenariat avec l'association «SIDA Les Liaisons Dangereuses», le Projet Académique Éducatif (PAE) comporte les mesures relatives à la santé sexuelle et maternelle en milieu scolaire. Depuis l'instauration en 1973, par circulaire du Ministère

de l'Éducation Nationale, d'un enseignement de la reproduction humaine intégré aux cours de biologie puis d'une éducation sexuelle dans un but de prévention des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses précoces et des risques contre les abus sexuels et la pornographie, **la loi du 13 décembre 2000 a autorisé la délivrance d'une contraception d'urgence par les infirmières scolaires aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées. Puis la loi du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception, a rendu obligatoire la généralisation de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.**

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire ne constitue pas une nouvelle discipline mais se développe à travers les autres enseignements. **Cette éducation, laquelle n'a pas vocation à se substituer à la responsabilité des parents et des familles, vise :**

- **L'appropriation de connaissances sur les notions de sexualité ;**
- **Une meilleure perception des risques** (grossesses précoces, Infections Sexuellement Transmissibles, dont le SIDA) ;
- **Le développement d'attitudes** telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité.

Au moins 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être mises en place dans les collèges et les lycées. Les temps consacrés à l'éducation à la sexualité au niveau du primaire sont intégrés le plus souvent possible à l'ensemble des autres contenus pédagogiques sous la responsabilité des professeurs des écoles et des personnels de santé scolaires.

Conformément aux préconisations en matière de santé des élèves de l'Éducation Nationale, sont également organisées des mesures visant à la

prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et des grossesses non désirées et à la protection des élèves vis-à-vis des violences sexuelles.

La prévention des IST, notamment le VIH/SIDA, consiste à informer les adolescents sur les risques qu'ils encourent et sur les moyens de se protéger.

L'Ecole facilite dans ce sens l'accès des lycéens aux moyens de protection (mise à disposition d'un distributeur de préservatifs au moins dans chaque lycée). La situation à Saint-Martin telle qu'existante au lycée professionnel des Iles du Nord, ne consiste pas à la mise à disposition d'un distributeur de préservatifs mais à la distribution de préservatifs par l'infirmière de l'établissement.

Au titre de la prévention des grossesses non désirées, l'action scolaire est axée à la fois sur l'information sur les différents modes de contraception et sur la pratique de la contraception d'urgence.

Le protocole national sur la contraception d'urgence (pilule du lendemain du type « Norlevo ») en milieu scolaire détermine les modalités d'administration de la contraception d'urgence, non soumise ni à prescription médicale obligatoire ni à autorisation parentale préalable, précise les dispositions à respecter par les personnels de santé scolaires, notamment le respect de la confidentialité, la conduite d'un entretien avec l'élève, l'accompagnement et le suivi de l'élève.

La protection des élèves vis-à-vis des violences sexuelles consiste au repérage des enfants ou adolescents pouvant être victimes de violences sexuelles et à la diffusion d'informations sur les risques liés à la pédophilie et à la pornographie, notamment sur les sites internet.

Au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée, notamment sur les violences intrafamiliales à caractère sexuel, est inscrite dans l'emploi du temps des écoliers, collégiens et lycéens.

Par déclinaison, **le Projet Académique Educatif pour la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy comprend un certain nombre de fiches-actions destinées à développer l'éducation à la santé sexuelle et la prévention des risques** : « Grossesses précoces », « Prévention des risques sexuels » et « Prévention des comportements à risques ».

- **Grossesses précoces** : réduire le nombre des IVG récidivantes et le nombre de grossesses non désirées chez les élèves mineures, développer les partenariats et garantir les mineures d'un accès sans conditions à la contraception d'urgence auprès de l'infirmière scolaire.

Partenariats : Réseau des sages-femmes, le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) de la Collectivité, le CHU de Pointe-à-Pitre, la plate-forme d'information sur la sexualité et la contraception de l'IREPS.

Actions de référence : former l'élève à avoir une bonne opinion de lui-même, promouvoir la contraception, améliorer l'accessibilité aux préservatifs au collège, régler les difficultés environnementales et socioéconomiques de l'élève (pauvreté sociale et économique de la famille, appartenance à une communauté).

- **Prévention des risques sexuels (IST, SIDA)** : adopter des comportements pour empêcher les accidents liés à une sexualité inconsciente ou débridée, apporter les informations adaptées dès la puberté afin d'éviter les maladies sexuellement transmissibles, améliorer le suivi épidémiologique.

Partenariats : Le CPEF de la Collectivité, la COREVIH de Guadeloupe, les associations « Entr'Aide Guadeloupe » et « SIDA Les Liaisons Dangereuses ».

Actions de référence : Donner des connaissances aux élèves pour adopter des comportements respectueux pour leur santé sexuelle, l'estime de soi, la responsabilité.



- **Prévention des comportements à risques** : apporter les informations adaptées dès la puberté afin d'éviter les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles.

Partenariats : Le Comité de Pilotage Académique, la COREVIH de Guadeloupe, l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses », la Maison Des Adolescents (MDA).

Actions de référence : favoriser la démarche participative des élèves aux actions de prévention telles que la Journée Mondiale de la Contraception, la Journée de lutte contre le SIDA, la Journée Mondiale de la Femme, le principe de la mise en place de distributeurs de préservatifs dans l'enceinte scolaire, le développement des actions d'information.

Par convention de partenariat (5 janvier 2011) avec le rectorat de l'académie de la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » est habilitée à assurer des interventions dans les écoles et établissements scolaires au titre de la vie affective et sexuelle, la contraception, les grossesses précoces, les violences sexuelles et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Une action de partenariat au titre de l'éducation à la santé sexuelle a débuté le 25 février 2014 au Lycée Professionnel des Iles du Nord (année scolaire 2013 – 2014) en collaboration avec la Collectivité Territoriale, le Centre Hospitalier de Saint-Martin et l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses ».

Cette initiative visant à l'éducation à la santé sexuelle a été présentée à 4 classes de seconde (classes de seconde générale, de seconde technologique et de seconde ASSP ou Assistance, Soins et Services aux Personnes).

Appréciée majoritairement par les lycéens ciblés et par les enseignants présents, cette action a permis notamment de démontrer le manque de connaissances des jeunes en général sur les questions de sexualité et du fonctionnement du corps ; « de ce manque

de connaissances découlent des croyances, des fausses idées, de mauvaises pratiques sur la santé sexuelle, la contraception, la grossesse, les Infections Sexuellement Transmissibles » précisent l'infirmière scolaire du lycée, Mme Claire VANGEENDERHUYSEN et Mme Véronique FERNANDES, membre de l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses ».

Participaient également à cette action Mme Marlène TOMA, sage-femme de la PMI de la Collectivité Territoriale, Mme Nadia AGAPE, infirmière du Centre Hospitalier de Saint-Martin et Mme Farah VIOTTY, Psychologue du CSAPA (association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »).

De cette action de partenariat résultent deux initiatives : la désignation de « jeunes relais » et la tenue de réunions d'information sur plusieurs thématiques au sein du lycée.

Sept jeunes filles lycéennes, volontaires, se sont présentées pour assurer le rôle de « jeunes relais », c'est-à-dire de jeunes identifiables parmi les lycéens en vue d'assurer un relais informationnel auprès de leurs pairs (répondre à leurs questions en matière d'éducation à la santé sexuelle, orienter certains d'entre eux vers des interlocuteurs professionnels...). Quatre réunions d'information se sont tenues au lycée par le biais des « jeunes relais » sur quatre sujets : « la première fois » (l'estime de soi, le respect de l'autre) le 25 mars 2014, « les préservatifs féminins et masculins » le 29 avril 2014, « le cycle menstruel » le 20 mai 2014 et « les contraceptifs hormonaux » le 3 juin 2014. Un total de 84 garçons et de 148 filles a participé à ces réunions d'information.

Les conclusions de cette action ont porté sur les souhaits suivants :

- La poursuite de l'action en matière d'éducation à la sexualité auprès d'autres classes de l'établissement (ensemble des classes de seconde et classes de première) ;
- La pérennisation des « jeunes relais » parmi les lycéens, ce qui sous-entend l'aménagement d'un temps scolaire pour les lycéens « jeunes relais » (préparation des réunions d'information) ;
- L'identification d'une salle du lycée pouvant être utilisée pour les réunions d'information en matière d'éducation à la sexualité ;
- La désignation d'un référent administratif au niveau du lycée pour cette action (en complément de l'infirmière scolaire).

La Collectivité : la Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La Collectivité de Saint-Martin témoigne, au travers de son Schéma Territorial d'Action Sociale, d'importantes difficultés dans le domaine de la périnatalité et de l'accueil du jeune enfant :

- Sous-utilisation de la contraception et faible recours à la contraception d'urgence ;
- Taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) très élevé (environ 500 IVG par an, soit 1 IVG pour 1.85 naissances alors que la moyenne nationale est de 1 IVG pour 3.32 naissances) ;
- Nécessité de développer l'éducation à la sexualité auprès des jeunes (absence d'informations, importances des aspects culturels et religieux...) ;
- Importance des foyers sans couverture sociale (40 % des femmes accouchant à l'hôpital de

Saint-Martin n'auraient pas de couverture sociale, un quart des enfants vus en consultations de PMI sont couverts par la sécurité sociale) ;

- Prégnance des violences intrafamiliales notamment sexuelles (viols, incestes).

Intégrée au sein de la Direction de l'Enfance et de la Famille (Directrice Mme Jeanine ARNELL) du Pôle solidarité et Familles, **la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la Collectivité est en charge de la prévention et de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant de moins de 6 ans.**

« Par ses actions médico-sociales, il (le service de PMI) offre un service de proximité pour tous les parents et futurs parents qui peuvent y trouver, outre une offre de soins préventive et de premier recours, une écoute, un accompagnement, une aide à la parentalité. »

« Il est en charge de la gestion administrative des demandes d'agrément des assistants maternels : il intervient dans la délivrance de l'agrément, de son extension éventuelle et de son renouvellement. Par ailleurs, ce service est également en charge de l'agrément et du contrôle des structures d'accueil de la petite enfance » (rapport annuel 2013 de la Direction de l'Enfance et de la Famille).

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un système de protection de la mère et de l'enfant créé en France par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Ayant joué un rôle précurseur dans la distribution de la pilule contraceptive, la PMI est confiée, dans le cadre de la décentralisation, aux départements ou, pour le cas de Saint-Martin, à la collectivité territoriale.

Le service de la PMI de la Collectivité s'appuie sur un ensemble de trois structures locales, les Maisons de la Solidarité et des Familles (MSF) (an-



ciennement « dispensaires ») établies dans les quartiers de Sandy-Ground, de Concordia et de Quartier d'Orléans. Les effectifs dédiés à la PMI comprennent successivement un médecin par intérim (par convention de mise à disposition d'un praticien hospitalier entre la Collectivité et le Centre Hospitalier de Saint-Martin), une infirmière, une puéricultrice, deux sages-femmes complétés par des agents instructeurs et d'accueil.

Par ailleurs, l'action de la PMI se trouve complétée par le rôle dévolu au Centre Médico-social (CMS) de la Collectivité situé à Marigot (Rue du Fort Louis), lequel dispose d'un effectif comprenant trois assistantes sociales, deux éducateurs spécialisés, deux psychologues et une technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

Les missions générales de la PMI consistent à organiser :

- **Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale** en faveur des femmes enceintes ;
- **Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans** ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, notamment en école maternelle (*) ;
- **Des activités de planification et d'éducation familiales** ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) par la voie médicale ;
- **Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes**, notamment si nécessaire des actions d'accompagnement lors d'un entretien psychosocial réalisé au cours du 4^{ème} mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière sur sollicitation parentale et en liaison

avec le médecin traitant ou le service hospitalier concerné (*) ;

- **Des actions médico-sociales préventives et de suivi en période postnatale**, à la maternité ou à domicile, sur demande des parents et en liaison avec le médecin traitant et/ou les services hospitaliers ;
- **Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique ;**
- **L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire** destinés aux futurs conjoints ;
- **Des actions d'informations sur la profession d'assistant maternel.**

(*) le service de la PMI contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage, orientant le cas échéant l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Les activités organisées dans les Maisons de la Solidarité et des Familles (MSF) (ex-dispensaires)

et présentées dans le cadre du rapport 2013 de la Direction de l'Enfance et de la Famille, **comprennent principalement les actions de pesée et de vaccination ainsi que les consultations liées à la grossesse et aux grossesses à risques** (la vaccination et les consultations médicales sont assurées par des médecins hospitaliers dans le cadre de la convention de partenariat établie le 17 juin 2011 entre la Collectivité et le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming).

Au titre des activités de pesée et de vaccination, seules les MSF de Concordia et de Quartier d'Orléans s'avèrent opérationnelles vis-à-vis du public ; la MSF de Sandy-Ground ne pouvant fonctionner faute de poste de puéricultrice.

Le total des enfants reçus en consultations est de 973 entre 0 et 1 an (388 à Concordia et 585 à Quartier d'Orléans), de 371 entre 1 et 2 ans (182 et 219) et de 412 entre 2 et 6 ans (160 et 252).

Les pesées de nouveau-nés (généralement hebdomadaires) ont représenté pour l'année 2013 un total de 106 séances (1 598 pesées).

Des visites à domicile (VAD) sont assurées par les puéricultrices en collaboration avec les sages-femmes : 90 VAD pour Concordia et 172 VAD pour Sandy-Ground et Quartier d'Orléans.

L'activité de vaccination sera abordée dans la partie « Couverture Vaccinale ».

Les activités liées à la maternité ont totalisé en 2013 1 772 consultations de femmes enceintes (845, 244 et 683 consultations concernant respectivement les MSF de Concordia, de Sandy-Ground et de Quartier d'Orléans).

Pour la MSF de Concordia, il est souligné que 50 % des patientes suivies ne disposent pas d'une couverture sociale ; 7 % des patientes sont mal suivies et/ou perdues de vue durant leur grossesse ; 72 % des patientes sont de nationalité étrangère (principalement originaires de Haïti et de la République Dominicaine) ; la principale pathologie constatée pendant la grossesse concerne le surpoids et l'obésité ; l'âge maternel moyen se situe entre 20 et 40 ans.

Au titre des MSF de Sandy-Ground et de Quartier d'Orléans : 30 % des patientes suivies ne disposent pas d'une couverture sociale ; 16 % des patientes sont mal suivies et/ou perdues de vue durant leur grossesse ; 78 % des patientes sont de nationalité étrangère (70 % sur Sandy-Ground et 83 % pour Quartier d'Orléans principalement originaires de la République Dominicaine, de la Jamaïque, de Haïti) ; la principale pathologie constatée pendant la grossesse concerne l'anémie puis le surpoids et l'obésité ; l'âge maternel moyen est de 26.5 ans. Les consultations de gynécologie-obstétrique sont assurées dans le cadre de la mise à disposition par le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming d'un

médecin hospitalier à raison de 4 heures par semaine (consultations pré et post natales, consultations dans le cadre des grossesses à risques).

Pour la MSF de Concordia, 166 consultations gynécologiques ont été effectuées en 2013 ; de même 166 consultations ont été réalisées dans les MSF de Sandy-Ground et de Quartier d'Orléans.

Des visites à domiciles (VAD) complètent les consultations organisées dans les MSF dans le cadre des VAD prénatales, de monitoring et postnatales : 98 VAD pour la MSF de Concordia et 126 VAD pour les MSF de Sandy-Ground et de Quartier d'Orléans (respectivement 45 et 81).

Les principaux motifs de consultations dans le cadre du planning familial (MSF de Concordia) concernent successivement les tests de grossesses, les demandes d'IVG, la contraception (notamment la contraception d'urgence au titre du « Norlevo »).

Au titre des accouchements suivis de difficultés psycho-sociales, les données issues des MSF de Sandy-Ground et de Quartier d'Orléans permettent d'identifier que 9 % des patientes ont été adressées au CMP de l'hôpital et 10 % vers un psychologue tandis que 6 % faisaient l'objet d'un signalement auprès de la CRIP.

Pour l'année 2013, un total de 845 naissances a été enregistré au sein du Centre Hospitalier de Saint-Martin.

Une action de dépistage infirmier est organisée par le Service de la PMI dans les écoles maternelles.

Les séances de dépistage infirmier des enfants âgés de 3 à 5 ans dans les écoles maternelles (une demi-journée par semaine) concernent successivement l'ophtalmologie, la vaccination, les soins dentaires, la mesure du poids.



Des visites de contrôle sont assurées auprès des structures d'accueil de la petite enfance et dans le cadre de l'activité des assistantes maternelles.

Un total de 6 structures d'accueil de la petite enfance existe sur le territoire de Saint-Martin. L'activité de délivrance et de renouvellement des agréments au titre de la profession d'assistante maternelle porte sur un total de 24 dossiers pour Saint-Martin.

L'hôpital : niveau de prise en charge et orientations du Projet Médical d'Etablissement

L'offre de soins au Centre Hospitalier Louis Constant Fleming s'articule autour de ses actions de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie-néonatalogie, médecine polyvalente et infectiologie.

- **Service de Gynécologie – Obstétrique** (Chef du service : Dr Louis JEFFRY) : 17 lits d'hospitalisation (taux d'occupation de 79 %) avec un effectif de 4 praticiens hospitaliers.

Le nombre des naissances réalisées par le service se stabilise chaque année autour de 800 à 900. Les consultations de gynécologie se déroulent à la fois au niveau du service et au sein des Maisons de la Solidarité et des Familles (MSF) ex-dispensaires de la Collectivité (Convention du 17 juin 2011 entre le CH Louis Constant Fleming et la Collectivité). A noter que le nombre d'accouchements chez les parturientes de moins de 18 ans n'a que très légèrement diminué au cours de la dernière décennie : pour l'année 2013, 26 accouchements chez les jeunes filles de moins de 18 ans ont été enregistrés (6 accouchements concernaient des patientes âgées de moins de 16 ans et 20 des patientes âgées de 16 ou 17 ans).

En 2013, les accouchements de jeunes filles de moins de 18 ans représentaient 3.1 % du nombre des naissances totales à Saint-Martin. Par comparaison avec la France métropolitaine, la part d'accouchement chez les mineures représentait en 2010 0.5 % du total des naissances. On assiste ainsi à Saint-Martin à un taux d'accouchement concernant des mineures 6 fois supérieur à la moyenne nationale.

Les IVG chirurgicales sont pratiquées dans le service ; leur nombre est stable depuis plusieurs années autour de 150 à 180 par an. Il est constaté par le service l'inadaptation des conditions de réalisation de ces IVG au regard de l'âge gestationnel des patientes.

Le nombre des IVG chirurgicales demeure stable au cours des treize dernières années à Saint-Martin.

Un total de 24 IVG chirurgicales a concerné des jeunes filles mineures en 2012 (15.5 % des cas). Sur les 24 cas observés, 11 concernaient des jeunes filles de moins de 16 ans (10 à 15 % des IVG concernent chaque année des mineures). Le taux des IVG chirurgicales à Saint-Martin est 3 fois supérieur au niveau national.

Les IVG médicamenteuses sont quant à elles majoritairement pratiquées en ville (conventionnement de 3 médecins généralistes et d'un médecin spécialiste gynécologue avec le CH de Saint-Martin). Aucune IVG médicamenteuse n'est actuellement réalisé au sein des Maisons de la Solidarité et des Familles (MSF) ex-dispensaires de la Collectivité dans le cadre du planning familial.

Il est constaté par le service Gynécologie de l'hôpital un accroissement considérable du nombre des IVG médicamenteuses réalisées en ville au cours des dernières années (environ 80 % des IVG pratiquées à Saint-Martin). Selon l'analyse de l'hôpital, les polémiques récentes autour des con-

traceptifs oraux de dernière génération ont semblé l'entraîner l'arrêt de la pilule chez de nombreuses patientes, y compris chez les filles mineures.

Pour rappel en 2009, si 69 IVG médicamenteuses étaient réalisées à l'hôpital, 285 IVG par voie médicamenteuse étaient réalisées en dehors de l'hôpital. A signaler en particulier sur Saint-Martin un phénomène de pratique d'IVG médicamenteuses clandestines : un marché occulte existerait localement par le biais d'un médicament détourné de sa fonction officielle, prescrit dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodéal (« Cytotec »), lequel produit se trouve dans la composition du médicament administré dans le cadre de l'IVG médicamenteuse, le « Misoprostol ». Ce marché occulte existerait en particulier sur la partie hollandaise.

Aucune statistique n'est disponible sur cette problématique mais le service Gynécologique – Obstétrique de l'hôpital signale des cas de complications hémorragiques ou infectieuses faisant suite à cette médication « sauvage ».

- **Service de Pédiatrie – Néonatalogie** (Chef du service : Dr François CAZASSUS) : 14 lits d'hospitalisation (8 lits de pédiatrie et 6 lits de néonatalogie dont 2 lits de soins intensifs) avec un effectif de 2 praticiens hospitaliers (un 3^{ème} poste vacant). Assurant le classement de la maternité de l'hôpital en niveau II B, le service de Néonatalogie assure la prise en charge des nouveau-nés présentant une pathologie (hypotrophie, mère diabétique, souffrance fœtale, infection materno-fœtale) ainsi que les nouveau-nés prématurés à partir de 32 semaines d'aménorrhée. Le service de Pédiatrie réalise des consultations et le suivi des nouveau-nés (examens maternels)

et des enfants hospitalisés, l'éducation des jeunes mères et la vaccination BCG de presque tous les nouveau-nés domiciliés sur l'île de Saint-Martin.

- **Service de Médecine Polyvalente et Infectiologie** (Chef du service : Dr Stéphane PAUCOD) : 16 lits d'hospitalisation complète, 3 lits d'hôpital de jour et une unité d'infectiologie (CIDDIST, CLAT et vaccination adulte) avec un effectif de 4.5 ETP de praticiens hospitaliers comprenant un praticien en médecine polyvalente, un praticien endocrinologue, deux praticiens infectiologues et un attaché en gastro-entérologie.

L'activité d'infectiologie assure en particulier la prise en charge d'une importante file active de patients séropositifs (VIH) provenant des deux parties de l'île, l'organisation du dépistage des maladies infectieuses (dont VIH et IST)...

Dans le domaine de la santé sexuelle et maternelle, le projet médical 2014-2019 du Centre Hospitalier Louis Constat Fleming préconise un certain nombre d'orientations.

- **La création d'un centre d'orthogénie (Service Gynécologie – Obstétrique).** Cette création vise à renforcer le réseau de prise en charge des patientes enceintes, notamment mineures, entre la ville et l'hôpital et assurer un rôle de référence en matière de prévention et de planification familiale (en partenariat avec la PMI de la Collectivité). Ce centre aurait pour vocation d'améliorer les conditions d'admission des patientes, notamment mineures (environ 15 % des patientes) dans le cadre des IVG chirurgicales (dans la pratique, un certain nombre d'IVG chirurgicales ne répondent pas aux besoins et aux demandes des patientes).



- **Le projet de prise en charge globale de la femme enceinte (Service Gynécologie - Obstétrique)** autour d'une approche plus humaine et plus emphatique de la grossesse et de l'accouchement. Ce projet, qui s'adresse notamment aux patientes jeunes et en situation de fragilité, intègre notamment la visite au cours du 4^{ème} mois (définition et conseils de la sage-femme dans le cadre du « plan accouchement »), la préparation à l'accouchement et le suivi en post-partum avec possibilité de rééducation périnéale.
- **Parentalité – Préparation à la sortie de néonatalogie (Service de Pédiatrie – Néonatalogie).** Ce projet vise à assurer une mise en pratique plus approfondie de l'aide à la parentalité auprès des mères vulnérables (mères isolées et mineures) comprenant la prise en compte des aspects pathologiques dans la relation mère-enfant (environ 15 à 20 % des hospitalisations en pédiatrie sont motivées par des causes sociales). Ce projet vise à diminuer l'angoisse des parents dès le retour au domicile et à améliorer leurs connaissances des risques liés à la maternité (dynamique interne qualitative et réseau avec la PMI et les médecins de ville).
- **Création d'une unité d'infectiologie (Service de Médecine Polyvalente et Infectiologie).** Sur la base des indicateurs issus de l'ONUSIDA, Saint-Martin serait classé en « zone d'épidémie généralisée » vis-à-vis de la contamination par le virus du VIH (la prévalence du VIH dépassant 1 % de la population adulte). En effet, avec une cohorte de 471 patients en 2012 à Saint-Martin (majoritairement de nationalité étrangère et en situation de précarité sociale), 1.2 % des naissances réalisées au Centre Hospitalier Louis Constant Fleming sont issues de mères séropositives tandis que la prévalence estimée chez les plus de 15 ans est de 1.8 %, soit 4 à 5 fois supérieure à la prévalence nationale (0.4 % selon ONUSIDA).

Cette unité, qui permettrait l'officialisation de l'unité existant actuellement de manière informelle, engloberait notamment le CIDDIST et le CLAT (tuberculose) constitués à l'hôpital en 2007.

- **Réseau de santé Ville-Hôpital.** Constat en matière de santé génésique relativement défavorable à Saint-Martin : nombreuses grossesses non désirées (en particulier chez les adolescentes), faible pratique de la contraception, pathologies obstétricales lourdes, suivi obstétrical tardif et de mauvaise qualité, mortalité maternelle et périnatale importantes, nombre important des IVG (notamment chez les mineures)...

Le Projet Médical de l'hôpital vise donc à reprendre une réflexion antérieurement entreprise en 2010 en vue de mettre en place un « réseau de santé maternelle » entre la ville et l'hôpital.

Quelques pistes issues de la réflexion engagée par le groupe de travail sous l'égide de l'hôpital telles que faciliter l'accessibilité culturelle à la planification familiale (sensibiliser les leaders communautaires, établir un partenariat et des animations avec les conseils de quartier, améliorer l'information des jeunes (accueil téléphonique, sites internet), améliorer l'offre de soins (formation des professionnels, notamment les médecins généralistes, organiser des consultations « jeunes » en ville, obtenir la gratuité des bilans, offrir des contraceptifs gratuitement), améliorer la prise en charge des IVG (formation des médecins), améliorer la surveillance de la grossesse et du post-partum (formation des professionnels, enquêtes sur les grossesses mal suivies, suivi à domicile en partenariat avec la PMI et les sages-femmes libérales), améliorer les conditions d'accès aux droits (près de 50 % des patientes accouchant à l'hôpital ne sont pas socialement couvertes selon un constat au 16 juin 2010).

Un groupe de réflexion est à mettre en œuvre en liaison avec le projet de centre d'orthogénie à l'hôpital en vue de développer un réseau ville – hôpital en matière de prévention des IST, de grossesses précoces, de contraception, d'éducation à la santé des jeunes. Projet de mise en place d'un **carnet de santé « adolescent »** retraçant le suivi de l'état de santé de chaque jeune (indice de Masse Corporelle/IMC, vaccinations, grossesses et accouchements, IVG, mode de contraception, traitements pour addictions...).

Les professionnels de santé en ville

A Saint-Martin, interviennent dans le domaine de la santé sexuelle et maternelle l'ensemble des médecins omnipraticiens (23 médecins libéraux), les médecins spécialistes en gynécologie (3 médecins spécialistes), les sages-femmes (2 sages-femmes libérales) et 1 médecin pédiatre libéral.

Un total de 5 médecins généralistes et de 2 médecins spécialistes en gynécologie est habilité à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (par convention avec le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming).

Les médecins généralistes interrogés soulignent l'inconscience des jeunes en matière de sexualité et de maternité et la précocité des rapports sexuels. Une absence de compréhension des conséquences et des enjeux, notamment en matière de maternité, est constatée : le but avoué d'une grossesse par une jeune fille consistant à « faire un cadeau à celui que l'on aime ».

Un refus de la plupart des moyens de contraception est également identifié : la pilule étant qualifiée par certains de « poison chimique » tandis que le préservatif est assimilé à un « corps étranger ». Un problème d'éducation sexuelle se trouve dès lors confirmé sur la base de ces témoignages.

Enfin, il est constaté une certaine banalisation du risque lié au VIH/SIDA du fait de la performance affichée au niveau des traitements médicaux.

Le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin s'assure des conditions des IVG pratiquées en ville en dehors du milieu hospitalier par le biais de conventions signées avec les médecins habilités.

Une information, destinée à actualiser l'ensemble des connaissances requises par les médecins, est prévue dans ce conventionnement.

Les médecins habilités transmettent à l'hôpital, après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG, une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles au dossier médical de la patiente (l'hôpital s'engageant quant à lui à accueillir la patiente à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications éventuelles). Le médecin adresse à l'hôpital les déclarations anonymisées des IVG qu'il a pratiquées. Le CH Louis Constant Fleming doit réaliser chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'IVG par voie médicamenteuse réalisée dans le cadre des conventions établies avec l'ensemble des médecins (synthèse transmise au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique (les conventions signées sont datées de 2005 et de 2006 avant la mise en place de l'ARS au 1^{er} avril 2010).

L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (CIDDIST et Maison Des Adolescents)

Habilité comme CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles), le Centre de Santé géré par l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » offre un accueil à la population dans le centre ville de Marigot (du lundi au vendredi de 8H00 à 17H00).



Sont proposés principalement par le CIDDIST des tests de dépistages anonymes et gratuits des Infections Sexuellement Transmissibles (VIH – SIDA, hépatites B et C, autres IST), une consultation médicale et des informations à destination du public (en particulier les jeunes) relatives à la santé sexuelle, aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Diverses documentations, brochures, plaquettes d'information en plusieurs langues, des préservatifs masculins et féminins sont mis gratuitement à la disposition des visiteurs ou remis à tous organismes représentant des publics (associations, personnels de santé scolaire...).

L'effectif du CIDDIST comprend 1 directrice administrative, 1 médecin coordonnateur (commun au CIDDIST et au CSAPA), 1 temps de médecin (libéral), 2 infirmières et 1 technicienne qualifiée.

Le CIDDIST travaille en partenariat au plan local avec l'Education Nationale, l'association AIDES, le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming et, sur la partie néerlandaise, avec l'association « AIDS Foundation » ; le CIDDIST participe également à des rencontres en Guadeloupe avec d'autres associations dont la COREVIH, l'association « Entraide Guadeloupe », le réseau Ville-Hôpital...

Au cours de l'année 2013, un total de 8 179 passages a été enregistré (contre 6 452 en 2012), soit une activité globale en hausse de 27 %.

L'activité du Centre de santé/CIDDIST comprend en 2013 1 638 actions en matière de dépistages (y compris TROD) (contre 1 463 en 2012), auxquelles s'ajoutent un total de 2 536 consultations médicales (contre 2 737 en 2012) et 4 412 actions d'information, notamment auprès des publics scolaires (contre 2 334 en 2012).

L'activité de dépistage du CIDDIST pour l'année 2013 comprend les résultats suivants :

- VIH (test ELISA) : 1 048 (dont 7 positifs, soit 0.7 %) ;
- VIH (test TROD) : 377 (dont 2 positifs, soit 0.5 %) ;
- Syphilis : 980 (dont 7 positifs, soit 0.7 %) ;
- Hépatite B : 749 (dont 10 positifs, soit 1.3 %) ;
- Gonocoque : 976 (dont 30 positifs, soit 3 %) ;
- Chlamydiae : 976 (dont 119 positifs, soit 12 %).

Le CIDDIST est habilité (conventions avec l'ARS du 28 mars 2012 et avec la CGSS du 30 juillet 2012) **à pratiquer les Tests Rapides à Orientation Diagnostique (TROD)** en vue de favoriser l'accès à la prévention et à la connaissance du statut sérologique de l'infection au VIH aux personnes les plus exposées et/ou ayant le plus de difficulté à accéder à l'offre de dépistage traditionnel : consommateurs de produits psycho actifs, public en situation de vulnérabilité sociale et/ou psychologique, public en situation d'isolement.

L'accueil et la réalisation du dépistage (TROD personnalisés) se déroule au local du CIDDIST tandis que sont organisées des actions d'information et d'orientation au TROD à l'extérieur, en milieu scolaire (lycée), à la Maison Des Adolescents , dans le cadre de stands...

Un questionnaire anonyme et gratuit a été proposé aux visiteurs du CIDDIST dont l'analyse a permis d'identifier les éléments suivants :

- **La fréquentation par sexe en 2013 fait apparaître toujours une fréquentation majoritairement féminine (54 %) mais avec une remontée de la fréquentation masculine de 40 à 46 % ;**
- **Les visiteurs sont âgés de moins de 20 ans pour 20 % d'entre eux tandis que 44 % sont dans la tranche d'âge des 20 à 29 ans ;**
- **41 % des visiteurs résident sur Saint-Martin** tandis que 21 % proviennent de Sint Maarten (10 % sont originaires de la France métropolitaine, 10 % de la République Dominicaine et 8 % de Haïti) ;

- **33 % des visiteurs déclarent ne pas avoir de couverture sociale ;**
- **Un quota de 14 % de personnes font un test pour la première fois** (19 % en 2012) et le motif principal de la venue découle d'un rapport sexuel non protégé ;
- **Le nombre des rapports sexuels non protégés continuent à augmenter** (25 % en 2011, 40 % en 2012 et 42 % en 2013) ce qui démontre le phénomène de banalisation des prises de risques (le VIH/SIDA étant considéré comme une maladie chronique) ;
- **L'utilisation du préservatif est déclarée irrégulière dans 52 % des cas** (21 % avouent ne jamais utiliser de préservatifs et 27 % en utilisent toujours) ;
- **Les taux de positivité constatés par le CIDDIST** (activité de dépistage ci-dessus) **confirment l'importance des taux d'infection au VIH et aux IST à Saint-Martin.**

La Maison Des Adolescents de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses », rattachée à la structure du CSAPA, est à l'origine de diverses actions permettant de susciter auprès des jeunes des débats, ateliers, activités propres à promouvoir l'information en vue d'une meilleure connaissance des questions autour de la sexualité : groupe de discussion sur la sexualité, les relations amoureuses, activité pédagogique autour du « roman photo » autour des thématiques de la sexualité, la contraception et les Infections Sexuellement Transmissibles, organisation et préparation de journées thématiques telles que la Journée « Choisir sa contraception », la « Journée Mondiale de la lutte contre le SIDA » ou encore la manifestation saint-martinoise intitulée « Forum de la Jeunesse ».

Projet de « roman Photo » autour des thématiques de la sexualité, de la contraception et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Ce projet, auquel ont participé les élèves du Collège du Mont des Accords, s'adresse aux jeunes âgés de 11 à 20 ans sur la question globale des comportements sexuels à risques : il s'agit dans ce projet de l'ensemble des actes sexuels qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque, celui de contracter une IST dont le VIH. Trois dimensions des comportements sexuels à risques sont visées dans ce travail : la précocité des premiers rapports sexuels, le multi-partenariat et la non-utilisation du préservatif.

Le « roman photo » consiste en une histoire, généralement sous une forme proche de la bande dessinée, composée de photos agrémentées de textes disposés dans des bulles. Croisement entre le cinéma et la BD, ce projet est axé sur la mise en scène de protagonistes réels auxquels peuvent s'identifier les lecteurs.

Cette action réalisée en partenariat avec l'Education Nationale (Dispositif de Prévention du Décrochage scolaire et de Re-scolarisation des élèves décrocheurs) a pour objectif global d'informer les adolescents sur les conduites sexuelles à risques et d'utiliser un projet technique participatif pour travailler avec eux les savoirs associés.

Journée « Choisir sa contraception » du 26 septembre 2013

Cette action, réalisée en collaboration avec le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming et l'association « Maternité active », a consisté en la tenue d'un stand sur la contraception à l'adresse



de plus de 350 élèves de 4^{ème} et de 3^{ème} du Collège du Mont des Accords.

Plusieurs stands ont ainsi permis de présenter les différentes formes de contraception, d'apporter des informations et des renseignements sur les difficultés liées à la contraception, sur les problématiques des IST ou VIH en particulier, de réaliser des démonstrations sur la pose de préservatifs masculins et féminins et de transmettre des rappels sur les droits des jeunes en matière de contraception.

Journée Mondiale de la lutte contre le Sida du 1^{er} décembre 2013

A l'occasion de la commémoration de cette journée mondiale de la lutte contre le SIDA, un groupe de 8 jeunes, encadrés par la Maison Des Adolescents , a participé à la réalisation de l'affiche commémorant cette journée à Saint-Martin intitulée «No contamination», conformément au crédo de l'ONU SIDA dont le leitmotiv proclame « zéro nouvelle contamination au VIH », « zéro discrimination » et « zéro décès dû au SIDA ».

Initialement présentée au Collège du Mont des Accords et dans le secteur de Quartier d'Orléans, cette affiche a été diffusée sur l'ensemble du territoire de Saint-Martin en tant que support des actions de la Maison Des Adolescents .

L'Association « AIDES »

L'association AIDES oeuvre pour la réduction des risques et dépistage des IST, l'accueil des personnes vivant avec le VIH et la création de places d'appartements de Coordination Thérapeutique. Connue à l'origine sous le nom de l'association « Blue Moon », autorisée à créer 2 places (arrêté

préfectoral du 2 septembre 2005) puis 8 places d'appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) à Saint-Martin (arrêté préfectoral du 4 septembre 2007), **l'Association « AIDES », créée par la fusion et l'absorption de la précédente association par arrêté préfectoral du 6 février 2008, est finalement autorisée à faire fonctionner 9 places d'ACT à Saint-Martin** (arrêté préfectoral du 4 juillet 2011).

L'association tient son siège à la Maison bleue, 142 Howell Center à Concordia (Délégation de «AIDES» à Saint-Martin).

L'association, présidée par le Dr François CAZASUS, Praticien hospitalier en pédiatrie au Centre Hospitalier Louis Constant Fleming, compte une déléguée locale en la personne de Madame Angéline POTTIER et une équipe comprenant notamment une chargée de mission, 2 animateurs d'actions et une médiatrice sur les ACT. L'association regroupe également un total de 21 volontaires et de 10 militants. L'association AIDES s'identifie avant tout comme une association de soutien des personnes vivant avec le VIH et une hépatite. La prévention et le soutien représentent les deux principaux axes de son action. La lutte contre les discriminations s'ajoute en complément à ces deux axes.

Pour rappel les objectifs de l'Association « AIDES » à Saint-Martin sont les suivants :

- **Permettre aux populations** fortement exposées au VIH et/ou aux Hépatites (HSH ou Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres Hommes, migrants, travailleurs du sexe, CPP ou Consommateurs de Produits Psycho actifs) **de faire des choix favorables pour leur santé sexuelle, individuelle et collective**, par l'introduction d'une offre de dépistage rapide et communautaire et l'orientation vers le système de santé ;

- **Améliorer la qualité de vie des personnes concernées par le VIH**, les hépatites et/ou les IST ;
- **Développer l'accès à l'information** sur les enjeux de la lutte contre le VIH et les hépatites ;
- **Promouvoir auprès du grand public et des partenaires de Saint-Martin et de la Guadeloupe, l'identification de « AIDES » comme un lieu ressource et d'information sur le VIH**, les hépatites et IST, comme un partenaire pour les actions, comme acteurs dans la défense des droits et de lutte contre les discriminations.

Le total des personnes rencontrées en 2013 s'élève à 7 094 (3 896 hommes et 3 197 femmes). Un total de 15 004 préservatifs a été distribué (13 322 préservatifs masculins et 1 682 préservatifs féminins).

L'année 2013 s'est caractérisée par une meilleure identification de l'association auprès des publics ciblés par son action, en particulier du fait de l'acquisition d'un bus lui permettant de développer ses interventions en dehors de son local, et par les actions réalisées en concertation avec l'association « AIDS Foundation » sur le territoire de Sint Maarten. L'épidémie liée au VIH est estimée à plus de 1 % sur l'île de Saint-Martin (situation d'épidémie généralisée) avec deux populations cibles : les migrants et les personnes homosexuelles.

Les actions de soutien se réalisent en individuel, essentiellement lors des permanences d'accueil au local de l'association ou à domicile. La dimension collective est par ailleurs prépondérante dans l'action de l'association car elle permet aux personnes séropositives de se retrouver, de se soutenir, d'échanger sur des problématiques communes avec l'objectif d'améliorer son mode de vie, sa santé et de sortir de l'isolement (groupes de parole). Le bus acquis par l'association permet par ailleurs d'assurer des actions de dépistage dans les

différents quartiers de Saint-Martin et auprès des divers endroits festifs de l'île (plus de 80 % des interventions associatives en matière de dépistage et de prévention se déroulent ainsi en dehors des locaux de l'association).

Les thématiques abordées lors des actions de soutien sont principalement les questions d'ordre social, juridique et d'accès aux droits (44 %), le suivi médical et thérapeutique (24 %) et la santé mentale (22 %).

Il est souligné une augmentation en 2013 du nombre de personnes vivant avec une hépatite. Le public rencontré reste en majorité féminin, migrant (Haïti, saint-Domingue...) et connaît des conditions de vie extrêmement précaires. A noter que le public homosexuel est très difficile à approcher du fait de l'existence d'une forte discrimination à leur égard au plan local.

L'année 2013 est la première année pleine au titre de l'activité liée aux TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique). L'objectif initial de 1 150 tests a été atteint à hauteur de 99.5 % avec 1 145 tests réalisés (687 tests hommes et 458 tests femmes). 10 personnes ont été déclarées positives à l'issue de ces tests (5 hommes et 5 femmes). 28.9 % des personnes n'avaient jamais effectué de test auparavant.

Il résulte le constat que comme en 2012, près d'un tiers des personnes ayant fait un test de dépistage n'en avait jamais fait avant. Par ailleurs, une majorité des personnes dépistées ont fait leur test il y a plus de 2 ans.

Les objectifs associés au fonctionnement des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) consistent à mettre à disposition un logement tem-



poraire, stable et adapté (3 mois à un an), à permettre une prise de traitement et une observance, à assurer un soutien et un accompagnement psychologique, médical et social des personnes.

En majorité, les résidents sont des femmes célibataires, avec ou sans enfant en situation d'exclusion sociale face à la séropositivité au VIH et aux droits médicaux et sociaux et nécessitant un accompagnement psychologique et social.

La moyenne d'âge des résidents est de 43 ans en 2013 (accompagnement d'une jeune femme dominicaine de 24 ans pendant 9 mois et d'un enfant de 3 ans d'origine guyanienne durant près d'un mois).

L'Association « Maternité Active »

« **Maternité Active** » est une association à but non lucratif, sous la présidence du Dr Louis JEFFRY, composée d'une quarantaine de membres bénévoles, employés la plupart au Centre Hospitalier Louis Constant Fleming, **qui se fixe pour objectif d'améliorer la santé et le confort des mères et des nouveau-nés, l'humanisation de la maternité et la formation continue des professionnels de santé.**

L'association propose et organise un ensemble d'activités telles que :

- Le Noël des Enfants (21 décembre 2013) destiné aux enfants hospitalisés de façon régulière (exemple des enfants drépanocytaires) ;
- La Journée de Santé Préventive (17 janvier 2014) destinée à la population latine de l'île à l'occasion de laquelle sont réalisées des actions de dépistage des cas d'hypertension, d'obésité sévère et des cas de séropositivité au VIH ;

- La « Fit Night » (27 mars 2014) ou soirée sportive en collaboration avec des professeurs de fitness et de danse ;
- « L'après-Midi Bien-Etre » (17 mai 2014) au cours duquel les patientes en maternité bénéficient de soins esthétiques et de massages ;
- La Fête des mères (25 mai 2014) ou Fêtes des Mamans hospitalisées avec remise de présents à l'hôpital ;
- L'atelier Massage-Bébé (25 juin 2014) ou apprentissage du massage par les mères de leurs enfants sous l'égide d'un sophrologue.

Par ailleurs, l'association « Maternité active » participe à un ensemble de manifestations sur Saint-Martin telle que la Journée Nationale du Diabète (14 novembre 2014) ou la semaine Mondiale de la Promotion de l'allaitement Maternel (du 13 au 19 octobre 2014).

Définitions et problématiques associées

Le terme « d'addictions » est aujourd'hui couramment employé, remplaçant sémantiquement dans son domaine de signification les termes plus anciens de « dépendance » et de « toxicomanie » ; **le terme « addictions » au sens large regroupe ainsi les toxicomanies, l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique voire les troubles liés aux conduites alimentaires, sexuelles et/ou amoureuses.**



Selon l'étymologie latine « addictus », signifiant en bas latin « adonné à », ce terme était utilisé en droit romain pour désigner la situation du débiteur qui, incapable de payer ses dettes, se trouvait « adonné » à son créancier ; ce dernier avait alors le droit de disposer de sa personne comme d'un esclave (équivalent de « contrainte par corps »). Cette terminologie, reprise au cours du Moyen Age, s'est transformée sous la forme de la langue anglaise au XVI^{ème} siècle en un « anglicisme » pouvant désigner peu à peu le sens moderne de « dépendance ».

Dans le cadre de la définition du terme « d'addictions », il convient de souligner que le produit a beaucoup moins d'importance que la conduite même du sujet. En effet, l'addiction désigne l'état de dépendance d'un sujet à un produit psycho actif licite (tabac, alcool, médicaments) ou

illicite (cannabis, cocaïne, héroïne, ecstasy) ou encore à une activité (jeux), d'où le terme de « conduite addictive ».

Les « conduites addictives » se définissent ainsi par l'impossibilité pour un sujet de résister à des impulsions de répéter une consommation (produits psycho actifs licites ou illicites) ou une activité (jeu, comportement) sous l'effet psychologique d'un état de dépendance.

Si la notion « d'addictions » en relation avec une activité (jeux, comportement) peut prendre la forme notamment de la « cyberdépendance », le terme pris dans le sens de la consommation de produits fait alors référence à la notion de « substances psycho actives » ou de « psychotropes ».

L'article L.5132-1 du code de la santé publique classe de la façon suivante les « substances et préparations vénéneuses » :

- Les substances stupéfiantes ;
- Les substances psychotropes ;

Les substances inscrites sur la liste I et la liste II définies à l'article L.5132-6 (certaines substances classées dangereuses pour la santé, médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé, médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale, tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects).



Selon la classification opérée par le Département Hospitalo-Universitaire de Pharmacologie du CHU de Bordeaux et de l'Université Victor Segalen, structure de référence, d'expertise et de formation en pharmacologie, **les substances psycho actives se présentent de la façon suivante :**

- **Sédatifs** (substances ayant des propriétés calmantes ou pouvant favoriser le sommeil) : barbituriques, benzodiazépine, opiacés (dont l'héroïne, la méthadone, la morphine, l'opium...) et autres (dont l'alcool...);
- **Hallucinogènes** (substances pouvant entraîner des hallucinations) : indoles (dont l'acide lysergique ou LSD...), phénylcoylamines (dont la mescaline...) et autres (dont le cannabis...);
- **Excitants** (substances ayant des propriétés stimulantes) ou apparentés (dont l'amphétamine, la cocaïne, la méthcathinone et autres (dont l'éphédrine, la nicotine, la caféine, la noix de bétel...)).

Le terme de conduites addictives rejoint également le concept de « conduites à risques », également utilisé en matière de santé sexuelle, en ce qu'elles désignent un répertoire de comportements occasionnant une mise en danger obsessionnelle et répétée plus ou moins volontaire de soi (consommations de substances psycho actives, anorexie, boulimie, sports extrêmes, rapports sexuels non protégés, violence et délinquance, jeux dangereux, automutilation, suicide...).



A noter que le terme « assuétude » est également utilisé pour désigner tout attachement nocif à une substance ou à une activité. Toutefois, peu utilisé et pouvant revêtir un sens similaire à celui « d'addiction », ce terme prend un sens beaucoup moins négatif du point de la vue de la santé humaine, en particulier pour la santé des jeunes (« assuétude au chocolat ou au coca cola » et « addiction à la cocaïne »).

Les principaux facteurs associés aux conduites addictives chez les adolescents (rapport INSERM – 2014) sont les suivants :

- **Les facteurs psychologiques** : défauts d'assertivité, mauvaise estime de soi/manque de confiance en soi, impulsivité, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles et déficit de l'attention, hyperactivité ;
- **Les facteurs socio-économiques et scolaires** : les jeunes ayant un parcours scolaire perturbé (redoublement, décrochage scolaire, déscolarisation) ou dont les familles ont un faible niveau socio-économique (faibles revenus, professions peu qualifiées) ont des niveaux plus élevés d'usage problématique ou d'abus des substances psycho actives ou de pratiques problématiques/pathologiques ;
- **Les facteurs familiaux** : un climat familial favorable est associé à une probabilité plus faible d'usage problématique de produits psycho actifs ou de pratiques problématiques/pathologiques tandis que le phénomène de transmission intergénérationnelle des conduites addictives s'avère important dans le cas inverse (les enfants de parents consommateurs de produits psycho actifs ou sujets à des pratiques problématiques/pathologiques sont deux fois plus souvent eux-mêmes sujets à ces consommations et comportements) ;
- **Le facteur relationnel** : les jeunes dont les amis sont consommateurs de produits psycho actifs présentent des niveaux de consommation plus élevés tandis que l'influence du facteur relationnel sera d'autant plus manifeste que les parents ne pourront pas assurer une surveillance et garantir un attachement de qualité ;

- **Le facteur lié au marketing et à la communication publicitaire** : la littérature internationale a mis en évidence l'influence des actions marketing et de communication publicitaire déployée par les industriels (alcool, tabac, jeux) sur les comportements des jeunes consommateurs.

Ce rapport de l'INSERM sur les conduites addictives chez les adolescents, répondant à la demande de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) dans le contexte de l'élaboration du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 – 2017, apporte un bilan actualisé des connaissances scientifiques sur la consommation de substances et certaines pratiques dont l'usage est notable chez les jeunes et pour lesquelles un risque de comportement addictif est avéré (mettant en évidence sensibilités et dommages correspondants auprès des jeunes).

Par ailleurs, **les dommages individuels et sociaux chez les adolescents, s'ils se caractérisent par la nature du produit concerné, par la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation, ces dommages seront proportionnels tant vis-à-vis des sensibilités précédemment soulignées que par la durée de cette consommation** dont les effets seront d'autant plus significatifs à l'époque de l'âge adulte.

- **Consommation et dommages associés au tabac** : dommages sanitaires à long terme très bien documentés (risques de cancers, en particulier des voies aérodigestives supérieures et des poumons, bronchites chroniques, pathologies cardiovasculaires).

En France, le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée avec plus de 70 000 décès par an et 1000 à 5 000 décès liés au tabagisme passif.

Le tabac est le premier produit psycho actif consommé quotidiennement à l'adolescence : des usages quotidiens sont observés dès le collège (8 % parmi les élèves de 4^{ème} et 16 % parmi ceux de 3^{ème} tandis qu'à l'âge de 17 ans, 30 % des filles et 33 % des garçons sont fumeurs quotidiens.

En 2011, en France, plus de 2 jeunes sur 3 âgés de 17 ans (68 %) ont expérimenté le tabac (70 % des filles et 67 % des garçons).

- **Consommation et dommages associés à l'alcool** : « l'addiction à l'alcool » « entraîne de nombreuses complications hépatiques, cardiovasculaires et neuropsychiatriques ainsi que des cancers ».

L'alcool est en France responsable d'une mortalité prématurée élevée, de l'ordre de 49 000 décès par an. En France il est la première substance psycho active en termes de niveau d'expérimentation, d'usage occasionnel et de précocité d'expérimentation (en 2011 si à la fin de l'adolescence, l'expérimentation concerne 91 % des garçons et 58 % des filles, des élèves âgés de 11 ans ont déclaré en 2010 avoir déjà expérimenté une boisson alcoolisée).

Les premiers usages réguliers d'alcool apparaissent dès la fin de l'adolescence (en 2011 environ 15 % des garçons et 6 % des filles âgés de 17 ans). Toutefois, l'ivresse alcoolique est une expérience vécue par certains dès le collège (34 % d'élèves de 3^{ème} ayant déclaré avoir connu ce type d'ivresse).

- **Consommation et dommages associés au cannabis** : corrélation significative mise en évidence entre l'usage et divers « passages à l'acte » (tentatives de suicides, boulimie, comportements sexuels à risque...). Des troubles cognitifs sont observés dans les heures suivant l'usage favorisant les risques d'accident de la route.

L'usage de cannabis peut également précipiter la survenue de troubles psychiatriques (anxiété, dé-



pression, symptômes psychotiques et schizophrénie) tandis que des études indiquent que l'exposition d'enfants au cannabis durant la grossesse peut susciter la survenue de troubles importants avec, dès l'âge de 6 ans, des perturbations au niveau des apprentissages scolaires.

Enfin, la consommation chronique de cannabis fumé a des conséquences sanitaires à long terme comparables à celles du tabagisme (risques accrus de maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, cancers) ».

Le cannabis est le premier produit psycho actif illicite consommé à l'adolescence.

Les premières expérimentations sont observées dès les dernières années du collège (11 % des élèves de 4^{ème} et 24 % des élèves de 3^{ème} puis 41 % des lycéens de 2^{nde} ont déclaré une expérimentation au cannabis en 2011).

Les usages réguliers de cannabis (au moins 10 fois dans le mois) concernaient en 2010 2 % des élèves de 3^{ème}, en 2011, 6 % des élèves de 2^{ème} et 7 % des élèves de terminale. En 2011, environ 5 % des adolescents âgés de 17 ans présentaient un risque élevé d'usage problématique voire de dépendance au cannabis (7 % des garçons et 3 % des filles).

- **Consommation et dommages associés aux médicaments psychotropes** : « Concernant les médicaments psychotropes, il existe une association statistique entre mésusage et conduites suicidaires ».

Hors prescription, les mésusages de certains médicaments psychotropes peuvent avoir des effets délétères sur les plans psychiques et somatique, y compris être associés à des troubles du comportement alimentaire, des comportements antisociaux et un risque accru d'arrêt de la scolarité ».

En 2011, 41 % des jeunes âgés de 17 ans déclaraient avoir pris au moins un médicament psychotrope. Les

médicaments psychotropes les plus fréquemment expérimentés sont les anxiolytiques (15 %), les somnifères (11 %) et les antidépresseurs (6 %).

- **Consommation et dommages associés aux boissons énergisantes** : boissons énergisantes comportant généralement une grande variété de produits (dont la caféine) et surtout beaucoup de sucres et/ou d'édulcorants (leur goût sucré les rend très populaires auprès des adolescents et des jeunes adultes). Ces boissons sont consommées seules ou mélangées à de l'alcool, à l'instar des prémix (mélange d'alcools forts et de sodas) ».

Les recommandations faites par l'INVS et l'AFSSA, si elles ont porté sur l'interdiction de consommer des boissons énergisantes dans les établissements scolaires depuis 2008, demeurent réservées quant à l'incidence d'effets indésirables autres que ceux induits par la caféine et le taux de sucre (des symptômes de type neurologique observés n'ont pu être clairement établis avec ce type de boissons).

A tous les âges de l'adolescence, les garçons sont plus souvent consommateurs que les filles tandis que cette consommation concernait 20 % des élèves de 6^{ème} et 36 % des élèves de 2^{nde}. En France en 2005, les prémix étaient au second rang des boissons alcoolisées les plus consommées chez les filles âgées de 17 ans, nettement plus consommatrices que les garçons.

- **Dommages causés par les jeux vidéos** : problèmes d'ordre psychiques et somatiques en cas d'usage excessif (troubles du sommeil, irritabilité, anxiété, isolement, baisse des performances scolaires) avec potentialisation possible d'autres substances addictives telles que le tabac, le cannabis, l'alcool, les boissons énergisantes (risques de sédentarité et de surpoids).

Environ 5 % des jeunes âgés de 17 ans joueraient à des jeux vidéo entre 5 et 10 heures par jour en 2011. Les garçons sont plus concernés que les filles.

- **Dommages causés par les jeux de hasard et d'argent** : Concernant la pratique des jeux de hasard et d'argent (principalement jeux de grattage et de tirage), si elle n'entraîne pas directement de dommages physiques, la dérive addictive peut avoir certaines conséquences négatives durant la tranche d'âge de l'adolescence : usage de substances psycho actives, symptômes dépressifs et anxieux, risques suicidaires, pertes financières, problèmes scolaires, activités délictueuses... ».

En France, si la pratique de ces jeux est interdite avant l'âge de 18 ans, une étude a démontré que si 44 % d'adolescents ont déjà joué au cours de leur vie, seuls 10 % interrogés avaient joué au cours de la semaine écoulée (15 % des garçons et 7 % des filles).

La prise en charge des addictions et la consommation de cannabis chez les adolescents

Dans le cadre de l'élaboration du Schéma Régional d'Addictologie (SRA) prévu par le Plan régional de prise en charge et de prévention des addictions 2007 – 2011, l'ORSAG a été sollicité par l'Agence de Santé (ARS) de la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy dans le but de décrire, de façon homogène et selon un point de vue épidémiologique, les indicateurs relatifs à la prise en charge des addictions en Guadeloupe et à Saint-Martin.

Cette étude de l'ORSAG réalisée sur la Guadeloupe et Saint-Martin en 2009 a ciblé la population figurant dans la file active des différentes structures assurant la prise en charge des addictions en milieu hospitalier et ambulatoire.

Parmi les structures hospitalières et ambulatoires sollicitées dans le cadre de cette étude, seul figurait pour Saint-Martin le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (ex Centre de Soins spécialisés pour Toxicomanes – CSST de Saint-Martin). Aucune structure hospitalière (CH Louis Constant Fleming) n'est intégrée dans cette étude au titre de Saint-Martin.

Une première analyse souligne tout d'abord la tendance à l'augmentation de la fréquentation dans la plupart des structures sur la Guadeloupe et saint-Martin puis le constat de files actives de patients majoritairement masculines.

La fréquentation au sein du CSAPA de Saint-Martin, entre 2008 et 2009, passe ainsi de 66 à 105 personnes prises en charge, soit une évolution de 59 % de l'activité.

De même qu'en Guadeloupe, la file active comporte majoritairement des hommes selon un sexratio variant globalement entre 3 à 7.

L'alcool est le principal produit à l'origine des demandes de prise en charge dans la plupart des structures hospitalières et ambulatoires, avec pour le CSAPA de Saint-Martin une prise en charge particulière des problèmes liés à la consommation de cannabis.

La proportion de personnes prises en charge en ambulatoire à Saint-Martin correspond majoritairement à la prise en charge de la consommation de cannabis (26.7 %) et de l'alcool (25.7 %) ; la prise en charge des consommations liées à la cocaïne (14.3 %) et au crack (12.4 %) se situant en seconde position.



Concernant les tranches d'âges des personnes accueillies au CSAPA à Saint-Martin, les moins de 20 ans représentent 29 % du total tandis que la tranche d'âge des 20 à 29 ans représente 22 % de ce total. L'origine de la demande de prise en charge découle d'une initiative personnelle (68 %), de mesures judiciaires ou administratives (11 %) ou de l'orientation par une autre structure (équipe de liaison, urgence, psychiatre...).

La consommation de cannabis revêt à Saint-Martin un impact certain que tendent à démontrer les données et les chiffres recueillis au plan local (Etude ORSAG de 2009 en référence). **Dans le cadre de son mémoire de fin d'étude infirmier au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de la Guadeloupe (promotion 2011 – 2014), Madame Lucia COMMINGES a consacré son étude sur le thème de la consommation de cannabis chez les adolescents à Saint-Martin et plus particulièrement sur la problématique suivante : « La banalisation de l'usage du cannabis chez les adolescents de Saint-Martin ».**

Ce mémoire, avec l'aimable autorisation de son auteure, a été adressé à la Délégation Territoriale de l'ARS par Madame Nadia WEINUM, en sa qualité de référente de guidance sur ce mémoire et d'infirmière coordonnatrice des soins infirmiers de l'IFSI.

Stage professionnel réalisé à Saint-Martin auprès de l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » et du Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming (rencontre avec divers professionnels, dont l'infirmière scolaire du lycée des Iles du Nord, et avec des adolescents consommateurs de cannabis).

Rappel de l'origine ancienne du « cannabis », nom scientifique donné au « chanvre indien » et dont l'apparence physique, selon le processus de fabrication du produit psycho actif, peut prendre diverses formes :

- **Herbe** (dénommée « marijuana » ou « kif » au Maroc, « ganja » en Jamaïque, « zamal » dans l'océan indien ou « zeb » en créole aux Antilles) intégrée sous forme de décoction ou mêlée à des gâteaux dits « space cake » mais beaucoup plus souvent fumée (cigarette ou pipe) ;
- **Résine** (appelée « haschich », « hasch » ou « shit ») sous la forme de plaquette ou barrettes de couleur verte, brune ou jaune dont la consommation s'effectue par ingestion (avec des aliments cuits) ou fumée (cigarette, pipe ou bang) ;
- **Huile** ou préparation plus concentrée et dont la consommation s'effectue au moyen d'une cigarette ou d'une pipe (cette forme est plus réservée aux très gros consommateurs et suscite des effets et des dégâts organiques plus importants que l'herbe et la résine).

« La grande majorité des jeunes consommateurs connaissent l'existence d'un danger associé à l'usage du cannabis mais ils préfèrent le nier par rapport aux bénéfices/risques que la consommation de cette substance leur procure (plaisir et détente) ». (Professeur Roger NORDMANN – « Désamorcer le cannabis dès l'école » - 2006).

« C'est la drogue (le cannabis) la plus anciennement connue mais la plus mal connue ». (Professeur Aimé CHARLES NICOLAS – « Crack et cannabis dans la Caraïbe » – 1997).

Expérimentation et consommation régulière de cannabis

Les adolescents consommateurs de cannabis rencontrés représentent un échantillon de 175 adolescents (82 garçons et 93 filles) dont 72 collégiens (34 garçons et 38 filles) et 103 lycéens (48 garçons et 55 filles).

Au collège, 11 filles sur 38 (29 %) ont déjà expérimentées le cannabis contre 12 garçons sur 34 (35 %). Au lycée, l'expérimentation touche 23 filles sur 55 (42 %) et 20 garçons sur 48 (42 %).

L'expérimentation du cannabis s'avère très précoce à Saint-Martin (à l'exemple du niveau national) : 16 % des adolescents de l'enquête ont fumé leur premier joint dès l'âge de 10 ans, 30 % dès l'âge de 13 ans et 35 % dès l'âge de 15 ans.

Concernant la consommation quotidienne de cannabis, elle est globalement très faible au collège (4 % des élèves de l'échantillon) comparativement aux élèves du lycée (19 % des élèves de l'échantillon).

Conditions et contexte de la consommation de cannabis

Les conditions de la consommation sont très majoritairement collectives (77 % des adolescents interrogés fument en groupe) mais le fait de fumer seul est plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

92 % des adolescents consommateurs déclarent avoir des personnes de leur entourage qui fument du cannabis.

Principaux motifs de la consommation de cannabis

Les motifs de consommation de cannabis consistent à « obtenir du plaisir », « oublier les problèmes » et « lutter contre le stress ».

Perceptions et opinion des adolescents sur leur propre consommation de cannabis

A la question « pour vous le cannabis, c'est quoi ? », les réponses les plus citées désignent une drogue (59 %), puis une plante et enfin de l'herbe. Pour

43 % des adolescents, le cannabis n'est considéré comme dangereux que lorsqu'il est consommé régulièrement. Certains (13 %) pensent que sa consommation (sous sa forme d'herbe) n'est pas dangereuse (par opposition à la résine et à l'huile) ; le cannabis étant assimilé sous cette forme à un produit naturel, non transformé.

Les adolescents classent globalement le cannabis en 3^{ème} position en termes de dangerosité bien après l'alcool (59 %) et le tabac (25 %).

Synthèse et conclusions

A Saint-Martin, selon l'analyse développée dans cette étude, la forme la plus courante est celle de l'herbe tandis que les secteurs géographiques les plus touchés se situent à Sandy-Ground et à Quartier d'Orléans.

Le postulat de banalisation de la consommation du cannabis chez les adolescents repose sur le constat que le cannabis bénéficie d'une image plutôt positive auprès des jeunes.

Cette image positive découle tout d'abord de considérations selon lesquelles le cannabis serait « un produit peu dangereux pour la santé car non transformé et ne comportant pas de composants chimiques », « de l'herbe », « une drogue douce », « un produit qui serait même bénéfique contre l'asthme et qu'on utilise aussi en décoction médicinale ».

Elle provient également de la comparaison faite avec des produits addictifs considérés comme beaucoup plus nocifs et dangereux, l'alcool et le tabac.

Par ailleurs, la banalisation du produit serait enfin culturelle car à Saint-Martin, île anglophone où les jeunes sont pour beaucoup inspirés par la culture « rasta » et par le personnage emblématique de Bob MARLEY, la consommation de cannabis participe d'un style de vie et d'un ensemble de valeurs.



«Les jeunes ignorent les effets de leur consommation sur l'organisme et de ce fait banalise l'usage du cannabis par ce que cet usage est toujours en comparaison avec celui de l'alcool et du tabac jugé plus dangereux que le cannabis notamment par les médias » (Bernard GALLIZIA – « Cannabis : les jeunes méritent la vérité » - 2006).

Conduites addictives en milieu scolaire : Orientations nationales et Projet Académique Educatif

Les orientations nationales relatives à la prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'inscrivent dans une démarche globale d'éducation à la citoyenneté et à la santé à l'Ecole : approche éducative et mise en œuvre des mesures de prévention. La prévention par l'approche éducative vise à aider chaque élève à s'approprier les moyens d'opérer des choix et à adopter des comportements responsables, tant vis-à-vis de lui-même que vis-à-vis d'autrui.

La prévention par l'approche éducative consiste à transmettre aux élèves :

- **Des connaissances relatives à leur santé et leur bien-être**, notamment vis-à-vis du domaine des addictions ;
- **Des connaissances sur les produits, leurs effets et sur la législation** en vigueur ;
- **Une mise à distance critique à l'égard des stéréotypes** et des pressions sociales poussant à la consommation ;
- **Les moyens pour demander de l'aide**, dans et hors des établissements scolaires.

La mise en œuvre des mesures de prévention des conduites addictives en milieu scolaire consistent

à faire appliquer, sous la responsabilité des chefs d'établissements et de leurs personnels, l'ensemble des interdictions précisées par les textes législatifs et réglementaires relatifs aux conduites addictives.

Cette politique de prévention s'inscrit dans la continuité éducative de l'école jusqu'au lycée et s'appuie sur un certain nombre de règles :

- **L'interdiction de fumer en tout lieu d'un établissement scolaire** (dans l'enceinte des établissements, y compris les cours de récréation, vis-à-vis des élèves et des personnels) ;
- **L'interdiction de la vente de boissons alcoolisées comme l'offre gratuite d'alcool à l'intérieur d'un établissement scolaire ;**
- **L'interdiction de la consommation des boissons dites énergisantes dans les établissements scolaires** (depuis 2008) ;
- **L'interdiction de la consommation de tous produits psycho actifs.**

Par ailleurs la lutte engagée en milieu scolaire contre les jeux dangereux, pouvant être pratiqués par des élèves dans les enceintes scolaires ou à l'extérieur, s'inscrit dans une démarche analogue de lutte contre les « addictions » relatives à certains comportements. Dans ce cadre, les mesures visent l'éradication de toutes les pratiques rassemblées sous ce vocable, qu'il s'agisse de pratiques de non oxygénation, de strangulation, de suffocation...

Le Projet Académique Educatif, établi sous l'autorité administrative du Rectorat de la Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, développe des préconisations dans le domaine de la lutte contre les addictions sous la forme de fiches-actions :

« prévention des conduites addictives », « prévention des comportements à risques » et « addictions aux technologies (télévision, téléphones portables, internet et réseaux sociaux ».

- **Prévention des conduites addictives** : éviter, voire retarder la première consommation d'alcool en explicitant le phénomène de consommation et de dépendance, prévenir les effets de la dépendance aux produits psycho actifs et favoriser l'accès à la Consultation des Jeunes Consommateurs (CJC).

Partenariats : infirmiers scolaires, réseau GL-PRASPEG de Guadeloupe, IREPS, association « SIDA Les Liaisons Dangereuses ».

Actions de référence : mobiliser les enseignants en intégrant la prévention et la santé au nombre des acquisitions en niveau primaire, inciter le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) à coordonner et à stimuler la communauté scolaire sur la question du « binge drinking » pour encourager l'accompagnement de l'élève et de son entourage.

- **Prévention des comportements à risques** : favoriser le choix de non consommation d'alcool ou de produits illicites, mieux faire connaître la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC).

Partenaires : Comité de Pilotage Académique, association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (CSAPA), Maison Des Adolescents (MDA).

Actions de référence : favoriser la démarche participative des élèves aux actions de prévention, faciliter l'accès au dispositif CJC.

- **Addictions aux technologies (télévision, téléphones portables, internet et réseaux sociaux)** : promouvoir les conduites favorables pour éviter la dépendance aux nouvelles technologies de la communication et amener les élèves à faire une consommation raisonnée des écrans.

Partenariats : infirmiers scolaires, Agences Régionales de Santé (ARS), association de « la Croix Rouge » de Saint-Martin.

Activités de référence : former le personnel scolaire aux outils dits NTIC (Nouvelles Technologies liées à l'Information et à la Communication) comme méthode pour aborder les élèves et attirer leur attention sur les questions de santé qui les concernent, apprendre à identifier les élèves présentant une instabilité ou une perturbation, distribuer un auto-questionnaire avec mesure du retentissement sur la vie des élèves.

L'hôpital : niveau de prise en charge et orientations du Projet Médical d'Etablissement

Conformément au Projet de Santé, **la prise en charge des patients, notamment des jeunes en situation d'addictions, s'organise principalement au sein du Service Psychiatrie du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming** : Centre Médico-Psychologique (CMP), service d'hospitalisation infanto-juvénile, consultations de psychiatrie de liaison, visites et consultations à domicile et urgences psychiatriques.

Aucunes données chiffrées ne sont disponibles pour identifier la spécificité de la prise en charge de patients issus du public jeune en situation de conduites addictives.

Liée au domaine de la santé mentale, la prise en charge des conduites addictives au sein de l'hôpital s'inscrit également dans le cadre du développement de l'accueil de la population précaire préconisé dans le Projet Médical de l'Etablissement 2014 - 2017.

Le projet de création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) permettra de favoriser



l'accueil, la prise en charge et le suivi de la frange importante dans la population en situation de précarité et souvent confrontée, outre à des problématiques de santé mentale, à des conduites addictives (alcoolémie, toxicomanies).

L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (CSAPA et la Maison Des Adolescents)

L'ex CSST (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes) de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses », assurant depuis 1998 sur Saint-Martin la prise en charge des toxicomanies, est devenue, par l'arrêté préfectoral du 10 mai 2010, un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Le lieu de résidence et d'accueil du CSAPA se situe 6, rue Fichot à Marigot (ouvert du lundi au vendredi de 8H00 à 17H00).

Rattachée au CSAPA, s'articule notamment l'action de la Maison Des Adolescents (MDA) ou « Maison des Ados » située à Concordia.

Cette structure médico-sociale, bénéficiant d'une dotation financière de l'ARS, assure des prestations ambulatoires gratuites « pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psycho actives licites ou non, y compris le tabac et les médicaments détournés de leur usage, ainsi que pour leur entourage proche ». **Ses principales actions sont les suivantes :**

- **L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation** de la personne et de son entourage ;
- **La réduction des risques** associés à la consommation de substances psycho actives ;

- **La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative** (diagnostic, soins, accès aux droits, aide à l'insertion ou à la réinsertion).

L'effectif du CSAPA comprend 1 directeur technique et 1 médecin coordonnateur (communs au CSAPA et à la Maison Des Adolescents), 1 temps de médecin psychiatre (praticien hospitalier), 1 temps de médecin (libéral), 1 assistante sociale, 1 psychologue, 1 éducatrice spécialisée et 1 technicienne qualifiée (ces trois derniers postes sont communs au CSAPA et à la MDA).

L'activité du CSAPA se caractérise par une fréquentation majoritairement masculine avec en 2013 un total de 142 visiteurs (96 hommes et 46 femmes).

La part des visiteurs âgés de moins de 20 ans comptent pour 9 % tandis que ceux âgés entre 20 et 30 ans représente 22 % de l'ensemble.

La situation sociale des visiteurs désigne principalement des personnes vivant seules (22 %) ou vivant chez des parents (21 %).

Pour 15 % d'entre elles, ces personnes vivent avec un conjoint et des enfants (14 % vivent seules avec enfants tandis que 10 % vivent avec un conjoint et des enfants).

A noter l'identification de 8 personnes sans domicile fixe (SDF).

29 % des personnes disposent d'une activité rémunérée tandis que 21 % sont au chômage, 9 % sont étudiants, 9 % disposent d'une activité rémunérée non déclarée et 17 % ne précisent pas leur activité.

461 consultations médicales ont été réalisées en 2013 (contre 569 en 2012), ainsi que 363 passages par le service social (contre 132 en 2012). L'alcool représente la principale addiction (35 %), suivie par la consommation de cannabis (21 %).

Le CSAPA travaille avec de nombreux partenaires, par le biais notamment de conventions relatives à la prise en charge des addictions et à une collaboration d'échanges réciproques sur les publics rencontrés (rencontres, échanges d'informations et formation des agents), tels que l'association « Le Manteau de Saint-Martin », l'association d'insertion sociale « Sandy-Ground on The Move », l'Unité Educative en Milieu Ouvert (UEMO) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), la Délégation Territoriale de la Croix Rouge Française de Saint-Martin, l'association « AIDES », l'« Association Contre l'Exclusion et la Délinquance » (ACED).

Le CSAPA souligne dans son rapport d'activité 2013 :

- **La survenue de la fermeture des lits du Centre d'Accueil et d'Hébergement d'Urgence (CAHU) au sein de l'Association « Le Manteau de Saint-Martin »** (l'absence de lits occasionnant un problème d'insertion sociale par le logement pour les publics en situation de précarité sociale en lien avec des conduites addictives s'adressant au CSAPA et en dépit de la redynamisation du réseau de Veille sociale Guadeloupe sur le territoire de Saint-Martin) ;
- **L'absence de toute structure de type Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) ou Lits Halte Soins Santé (LHSS) ;**
- **L'absence de structure permettant d'assurer un sevrage sur place** (le CSAPA étant à même de traiter en ambulatoire certains niveaux d'addictions tandis que les sevrages plus importants nécessitent le transfert du patient sur la Guadeloupe ou vers la Guyane) ;
- **L'objectif de la formalisation du dispositif « Consommations Jeunes Consommateurs » sur le site de la Maison Des Adolescents .**

Différentes actions se sont déroulées, notamment durant l'année 2013, sous l'égide du CSAPA associé à la Maison Des Adolescents dans le domaine des conduites addictives. Parmi les principales actions figurent successivement : une Journée de sensibilisation à la prévention de l'alcool chez les jeunes (20 septembre 2013), la conférence du 7 novembre 2013 sur les pratiques numériques des adolescents à Saint-Martin, les journées de repérage précoce en alcoologie auprès des professionnels du champ médical et social (20 et 21 novembre 2013).

Journée de sensibilisation « Prévention de l'alcool chez les jeunes ».

Cette action organisée le 20 septembre 2013 à la Maison Des Adolescents a consisté à aborder diverses questions autour de l'alcool auprès des adolescents : tels que la définition de l'alcool, les effets de l'alcoolisation, les risques liés à l'alcool, le rappel de la loi.

Une évaluation a complété cette action au moyen d'un quizz sur l'alcool (Quizz « ou en êtes-vous avec l'alcool ? »).

Conférence sur les pratiques numériques des adolescents à Saint-Martin le 7 novembre 2013.

« L'utilisation des ordinateurs, smartphones, tablettes, ipod, ipad, consoles de jeux et autres, est omniprésente dans la vie quotidienne des jeunes. Quels sont les risques ? Quelles sont les opportunités de ses outils pour le développement de nos enfants ? les parents devraient-ils définir des règles pour leurs enfants ? » Tel était l'article du Journal « Vie locale » de Saint-Martin commentant l'organisation le 7 novembre 2013 d'une conférence sur ces thèmes par le CSAPA et la Maison Des Adolescents (MDA) de l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses ».

Animaient cette conférence autour de Monsieur Didier WITCZAK, Directeur du CSAPA et de la



MDA, Madame Martine ABRAHAM (Professeur documentaliste du lycée des Iles du Nord), Madame Farah VIOTTY (Psychologue clinicienne de l'association) et Monsieur Fred GALVA (Psychologue hospitalier venu de la Martinique). Ayant rassemblé une cinquantaine de personnes (notamment des parents et des jeunes), cette conférence, dans le local de la Maison Des Adolescents , a notamment souligné quelques constats : les outils ne constituent pas le problème mais l'utilisation que l'on en fait et ce phénomène d'addiction touchant aussi les adultes n'est pas propre à la jeunesse.

Madame Farah VIOTTY, Psychologue clinicienne de l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » est à l'origine d'une étude réalisée auprès d'un échantillon de 104 jeunes de Saint-Martin (63 garçons et 41 filles), âgés de 10 à 18 ans sur le thème « les pratiques numériques des adolescents ».

Téléphone portable

83 % des jeunes interrogés possèdent un téléphone portable (smartphone dans 58 % des cas). L'usage du téléphone portable débute chez certains dès l'âge de 5 ans et à l'âge de 15 ans pour les plus tardifs ; 50 % ont eu accès à un téléphone portable pour la première fois entre 10 et 12 ans.

77 % utilisent les systèmes de messageries instantanées gratuites (« Whatsapp », « Viber », « BBM »...). 85 % des jeunes utilisent leur téléphone pour naviguer sur internet.

L'utilisation du téléphone portable se classe ainsi par ordre d'importance : navigation sur le net, utilisation des messages sms, fonctions d'appels téléphoniques et fonction d'appareil photo.

Ordinateur

81 % des jeunes disposent d'un ordinateur à domicile et 41 % possèdent une tablette. La navigation sur internet représente l'utilisation

principale sur l'ordinateur (91 %) suivie par la consultation des sites de réseaux sociaux (80 % possèdent leurs propres comptes, majoritairement sur le site « Facebook ») et par les divertissements sous la forme de jeux.

Beaucoup consultent les sites musicaux (notamment « You tube »).

50 % des jeunes indiquent passer plus de 10 heures par jour devant leur ordinateur.

Jeux vidéos

86 % des jeunes interrogés possèdent une console de jeux (55 % des jeunes jouent seuls et 72 % jouent avec des amis ou en famille).

Les jeux d'aventure comptent pour 56 % mais les jeux de guerre ou de combat pour 73 % ; les jeux de sport comptent pour 62 % tandis que les jeux plus éducatifs sont privilégiés dans 19 % des cas. 36 % des jeunes estiment leur utilisation entre 1 heure et 5 heures tandis que 28 % indiquent une utilisation supérieure à 10 heures.

L'analyse développée dans cette étude souligne notamment le risque d'addiction ou « addiction technologique » selon Mark GRIFFITHS (1998) : « les jeux favorisent cette dépendance en proposant des récompenses psychologiques participant ainsi à l'émergence du comportement addictif ».

Des risques pour la santé sont de même mentionnés : risques d'épilepsies et risques indéterminés liés à l'utilisation du WiFi.

En conclusion, l'étude préconise un contrôle de l'utilisation des outils numériques par les parents et par l'Etat. Elle souligne l'importance de l'éducation des jeunes à l'utilisation de ces outils dans le but de leur permettre de se distancier de ces outils par la consolidation de leur capacité d'analyse.

Définitions et problématiques associées

Qu'est-ce que la santé mentale ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale en tant qu' « état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté ».

S'il n'existe aucune définition officielle de la santé mentale, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011 – 2015 du Ministère de la santé précise que la santé mentale comporte trois dimensions : la santé mentale positive (discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel), la détresse psychologique ou maladies/troubles psychosomatiques (ensemble des troubles, syndromes ou symptômes ayant une base psychologique tels que le stress, le surmenage, l'anxiété, la dépression, l'insomnie ou l'extrême fatigue...) et les troubles psychiatriques (classifications diagnostiques renvoyant à des notions thérapeutiques ciblées correspondant à des troubles de durées variables plus ou moins sévères et handicapantes).

Qu'est-ce que l'adolescence ?

Selon le site internet de la « Brochure du Psychom Santé mentale et jeunes », l'adolescence est un passage, une transition entre l'enfance et l'âge adulte. C'est aussi une construction sociale, com-

prise et envisagée différemment selon les lieux, les époques et les cultures. C'est un âge capital pour la construction de soi qui passe par des étapes essentielles et suscite des problèmes qui peuvent sembler insurmontables à cet âge de la vie :

- S'adapter « dans sa tête » aux transformations de son corps ;
- Construire son identité propre vis-à-vis notamment de sa famille ;
- Assumer les obligations scolaires en dépit de toutes les contraintes sociales éventuelles ;
- Construire des relations sociales et découvrir une sexualité ;
- Décider de son orientation (sociale/professionnelle) dans la vie.

Est-ce que cela se passe forcément mal ?

Un ensemble de troubles peuvent concerner un certain nombre de jeunes (certaines études citent qu'environ 20 à 30 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans seraient concernés par des troubles d'ordre psychique) :

- **des troubles du comportement alimentaire** : situations d'anorexie (symptôme correspondant à une perte de l'appétit souvent désignée sous le terme d'anorexie mentale ou trouble psychopathologique correspondant à une lutte active contre la faim et l'absorption d'aliments) et de boulimie (conduite pathologique se manifestant par des ingestions excessives d'aliments de façon répétitive et durable) ;



- **des troubles addictifs ou consommations abusives et dangereuses de produits psycho actifs** (tabac, alcool, certains médicaments), de produits illégaux (cannabis, cocaïne...) ou à certaines activités (jeux vidéos) ;
- **des troubles anxieux** (phobies, manies, peurs et angoisses) ;
- **des troubles engendrant des actes de violence contre les autres** (vols, agressions physiques ou morales, harcèlements) ou contre soi-même (actes ou tentatives de suicide, prises de risques irrationnelles sur la route ou dans le cadre de sports extrêmes...) ;
- **des troubles d'ordre psychiatrique** (schizophrénie, troubles bipolaires...).

Santé mentale et suicide

L'ORSAG a mené une étude relative au suicide à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. **Le suicide constitue selon cette étude un réel problème de santé publique ; il se situe au 2^{ème} rang des causes de mortalité prématurée évitable après** le cancer et occasionnerait chaque année en France le décès de près de 10 600 personnes.

Une sous-évaluation caractériserait cette problématique de santé car le suicide demeure un sujet tabou : condamnations religieuses, problème des assurances, souci de ménager la douleur des familles pourraient en partie expliquer cette sous-estimation. Seconde cause de mortalité chez les jeunes de 15 – 24 ans après les accidents de la route, le suicide serait exceptionnel avant l'âge de 10 ans mais représenterait une cause de mortalité plus marquée à partir de l'âge de 15 ans.

Phénomène multifactoriel complexe, les risques de suicide seraient accrus par des troubles psy-

chologiques et/ou psychiatriques (la dépression représentant la première cause). La dépendance à l'alcool est en cause dans 30 % des cas (auquel s'ajoute la consommation de produits psychotropes). L'étude, réalisée par l'ORSAG et financée par l'ARS sur les trois territoires de santé et finalisée en octobre 2011, dénombre sur les Iles du Nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy) une moyenne de 4 suicides par an contre un total de 37 suicides par an pour la Guadeloupe (avec un taux comparatif pour 100 000 habitants respectivement de 8.3 % et de 9.5 % et par comparaison avec la France métropolitaine qui compte un taux de 16.5 %). Toutefois, si l'on complète l'analyse de cette étude et que l'on compare le nombre de suicides par an avec la population locale (population municipale), on obtient pour Saint-Martin un taux de suicide de 1.1 % (4 suicides par an pour une population de 36 286 habitants) et de 0.9 % pour la Guadeloupe (37 suicides par an pour une population de 404 635 habitants).

La santé mentale en milieu scolaire : mal-être à l'école, Projet Académique Educatif et prise en charge des élèves décrocheurs

La prévention du mal-être à l'école fait l'objet de mesures applicables en milieu scolaire dans le cadre de la santé des élèves (Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche).

Les manifestations de souffrance psychique peuvent prendre différentes formes et peuvent ne pas être comprises, en milieu scolaire particulièrement.

Le développement de la collaboration entre les établissements scolaires et les équipes des Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) est ainsi préconisé par la mise en place de « dispositifs-contacts ».

Le Projet Académique Educatif (Rectorat de la Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy) comprend dans le domaine de la santé mentale une fiche action intitulée « Organiser la prévention de la santé mentale » dont l'application est confiée aux services de santé dans les établissements scolaires.

Organiser la prévention de la santé mentale : faciliter l'accès aux soins des élèves en souffrance, prendre en charge les tentatives de suicide (TS).

Partenariats : pôle « Enfant » du CMP et Dr SCHEIDER, Psychiatre du CHU de Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), Maison Des Adolescents (MDA).

Actions de référence : lutte contre les toxicomanies, développement de l'estime de soi et de la motivation scolaire, formation des personnels au repérage des signes de mal-être.

A noter en particulier le projet relatif à la prise en charge des élèves décrocheurs dans le cadre d'une cellule de veille concernant le Lycée Polyvalent des Iles du Nord et le Collège du Mont des Accords sous l'égide de la coordination assurée par la Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS) (Coordonnatrice Madame Patricia LAQUITAINE).

Selon le contexte général diagnostiqué, les élèves reçus par la MLDS relèvent d'une prise en charge orthophonique pour le dépistage de troubles « dys » ; trop de jeunes arrivent ainsi dans le second cycle en n'ayant pas été dépistés au niveau du premier cycle (primaire).

On regroupe sous le vocable de « troubles dys » les troubles cognitifs spécifiques (développement de l'enfant et déséquilibres psychoaffectifs) et les troubles de l'apprentissage (langage, gestes, calcul...).

Par ailleurs, certains jeunes présentent des troubles et des difficultés relevant de la prise en charge psychologique. La situation des familles ne permet pas souvent un suivi suffisant des jeunes, tandis que les organismes spécialisés (CMP) peuvent se trouver engorgés. Le personnel psychologue des établissements (conseillères d'orientation psychologique) ont une charge de travail quotidienne ne favorisant pas une prise en charge suffisante.

Enfin, la collaboration avec un intervenant externe permet souvent une plus-value en matière de prise en charge.

Ainsi, au sein du Collège du Mont des Accords en janvier 2014, plus de 150 élèves étaient recensés comme étant en situation de détresse psychologique.

Le projet vise ainsi à organiser, sur la base des élèves recensés par la cellule de veille, le diagnostic des difficultés et des mesures d'accompagnement adaptées sur la base d'une implication des équipes pédagogiques et des professeurs (réunions, fiches de repérage et d'information), d'une information aux parents et de l'établissement d'un bilan d'accompagnement individualisé.

Cette organisation comprendrait l'intervention spécifique de personnels extérieurs sous la forme de temps de psychologue, d'orthophoniste et d'arthérapeute (déplacement du professionnel dans les établissements avec prévision d'une salle et de matériels audio vidéo).

La Collectivité : Cellule de Recueil et d'Informations Préoccupantes et actions psychologiques de la PMI et de l'ASE

Le contexte sociodémographique de l'île apparaît comme difficile : familles nombreuses confrontées à la précarité sociale et à la sur-occupation des



logements, manque de cadre familial (monoparentalité et recomposition familiale) et manque de repères identitaires (du fait de l'importance de la population immigrée).

Les parents se trouvent particulièrement fragilisés dans leur fonction éducative. Un nombre important de parents, ne maîtrisant pas le français et ne connaissant pas le fonctionnement du système éducatif, ne sont pas en mesure d'accompagner leurs enfants dans leur scolarité.

En particulier, du fait du multilinguisme (l'anglais étant la langue vernaculaire mais aussi l'espagnol), un bon nombre d'enfants sont scolarisés sans maîtriser les rudiments de la langue française. En outre, les primo-arrivants, notamment en situation irrégulière se heurtent à des difficultés administratives pour inscrire leurs enfants à l'école. Cette absence de maîtrise du français entraîne des difficultés d'apprentissage (situations d'échec scolaire et de repli par rapport à l'institution scolaire). Chez les adolescents, la déscolarisation et la désertion professionnelle se trouvent encouragées par le travail clandestin (le jeune contribue à subvenir aux besoins de sa famille).

La vie des jeunes est également marquée par la banalisation des conduites à risque (addictions) et par un niveau important de la violence et de la délinquance.

(Source : Schéma Territorial d'Action Sociale de la Collectivité).

Au regard de l'état des lieux des difficultés présentes sur le territoire, la Collectivité constate, au niveau de ses services, la prégnance de diverses problématiques liées au domaine de la santé mentale (carences éducatives, maltraitements, troubles du comportement ou conduites à risques, troubles d'ordre psychiatrique...).

La Collectivité dispose d'une Cellule de Recueil et d'Informations Préoccupantes (CRIP), inaugurée

officiellement le 8 novembre 2013, et fonctionnant selon un protocole de recueil et de traitement des informations préoccupantes entre les partenaires signataires (Préfecture, Education Nationale, Justice, Caisse d'Allocation Familiale, Centre Hospitalier).

Un total de 198 informations préoccupantes a été reçu pour l'année 2013. Les problématiques rencontrées par ordre d'importance sont les suivantes : carences éducatives, négligences lourdes, conflits parents – enfants, échecs scolaires, maltraitements, problèmes d'ordre psychologique, cas de mineures enceintes, problèmes conjugaux, violences conjugales.

En lien avec la CRIP, des actions de suivi et d'accompagnement sont organisées avec les services de la Collectivité (PMI, ASE, CMS), le CMP de l'hôpital, la prise en charge alimentaire et/ou l'hébergement d'urgence (association « le Manteau de Saint-Martin » et la Délégation de Saint-Martin de la Croix Rouge)...

Les cas de situations d'urgence et présentant un danger imminent sont transmis au Parquet (Palais de Justice).

Les actions psychologiques réalisées par les services de la Collectivité s'inscrivent principalement dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), missions pour lesquelles la Direction de l'Enfance et de la Famille (au sein du Pôle solidarité et Familles) dispose d'un effectif de 2 psychologues.

Dans le cadre de la PMI, l'arrivée d'un nouvel enfant représente un bouleversement familial qui nécessite parfois un accompagnement à la fois psychologique et matériel à destination de familles présentant des fragilités psychologiques.

Cet accompagnement s'effectue sous la forme d'entretiens mensuels par une psychologue au sein d'une des trois Maisons Sociales et Familiales (MSF) sur les quartiers de Concordia, Sandy Ground et Quartier d'Orléans. A noter cependant que sur un total de 77 femmes orientées par les sages-femmes, seules 29 ont participé au premier entretien et seulement 6 au second.

Au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), les actions psychologiques assurent principalement le soutien de la parentalité et des relations parents-enfants, l'appui psychologique des assistantes familiales concernant les comportements de mineurs en situation de placement et le suivi psychologique des enfants et adolescents, les procédures d'agrément des assistantes familiales...

Par convention établie entre le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming et la Collectivité (17 juin 2011), un praticien psychiatre est mis à disposition de la Collectivité en vue d'assurer une mission d'évaluation en santé mentale d'usagers demandeurs de prestations d'autonomie ou de compensation de leur handicap. Ces consultations se déroulant dans les MSF de la Collectivité ou au centre hospitalier.

L'hôpital : niveau de prise en charge et orientations du Projet Médical d'Etablissement

L'offre en matière de prise en charge de la santé mentale est principalement assurée par le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming (Chef du service Psychiatrie, le Dr Jean-Claude OUALID).

Sur la base d'un effectif médical de 2 psychiatres (effectif théorique de 4 praticiens), l'offre hospitalière se partage entre diverses structures et actions :

- **Le service d'hospitalisation de 12 lits** (adultes et infanto-juvénile) (ouverture du service en mars 2013 avec 3 chambres d'isolement) ;
- **Le Centre Médico-Psychologique (CMP)** dont la file active en interventions de secteur s'élève à 900 patients adultes et à 340 patients enfants et adolescents ;
- **Les consultations de psychiatrie de liaison auprès des dispensaires** de la Collectivité de Saint-Martin (et sur Saint-Barthélemy) ;
- **Les visites et consultations à domicile** ;
- **L'accueil des urgences psychiatriques** (astreintes opérationnelles 24h/24).

Quelques données d'activités au titre de l'année 2012 permettent d'apporter un certain nombre d'éléments d'analyse (en fonction des données disponibles au sein de l'activité hospitalière en santé mentale).

Le total des diagnostics réalisés en 2012 par l'unité de soins en santé mentale (1595 actes de diagnostic) se répartit de la façon suivante en termes de problématiques :

- carences affectives/éducatives (47 %) ;
- troubles anxieux (24 %) ;
- retards mentaux (15 %) ;
- Troubles Envahissants du Développement (TED) (7 %) ;
- autres (7 %).

Les listes d'attente constatées en termes de structures par l'hôpital apportent des indications utiles pour assurer un ciblage des besoins par type de structures et d'activités (données 2012 en pourcentages de besoins) :

- Centre d'accueil Thérapeutique A Temps
- Partiel (CATT) (50 %) ;
- Institut Médico-Educatif (IME) (30 %) ;
- Hôpital de Jour (HJ) (14 %) ;
- Autres (6 %).



La répartition par âges des patients sur le secteur de pédopsychiatrie pour l'année 2012 est la suivante :

- De 0 à 3 ans (7 %) ;
- De 4 à 7 ans (37 %) ;
- De 8 à 12 ans (30 %) ;
- De 13 à 16 ans (24 %) ;
- De 17 à 18 ans (2 %).

Dans le domaine de la santé mentale, le Projet Médical 2014 – 2019 du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming préconise un ensemble d'orientations visant à compléter et améliorer l'offre de soins en santé mentale :

- **Mise en place d'un relais centre de référence pour maladies « dys » (pédiatrie – néonatalogie)**

Les troubles du langage concernent environ 5 % d'une classe d'âge, aussi pour un total de 800 naissances, environ une quarantaine d'enfants seraient concernés sur Saint-Martin chaque année par ces troubles. Or, le seul centre de référence identifié pour l'ensemble de l'outre-mer est situé à saint-Denis de la réunion.

De manière à faire face à cette problématique, identifiée auprès de l'hôpital en lien avec l'Education Nationale (troubles de l'apprentissage), un projet de mutualisation de moyens est envisagé auprès du CHU de la Martinique.

Par ailleurs, le CH Louis Constant Fleming souligne la difficulté résultant d'un manque de temps de praticien sur la spécialité de l'orl (temps de praticien posant problème également pour le dépistage de la surdité chez les nouveau-nés).

- **Création d'un hôpital de jour de 15 places (psychiatrie) pour enfants** (l'hôpital de jour pour enfant étant déjà prévu dans le Projet d'Etablissement 2007 – 2011).

L'HJ infanto-juvénile assurera des soins polyvalents, individualisés et intensifs en journée et le cas échéant à temps partiel avec des activités d'évaluation,

de diagnostic, de traitement d'enfants ayant des problèmes d'ordre psychique. Ce sera également un centre de prise en charge d'enfants souffrant de troubles psychiatriques sérieux (autisme, carences éducatives, psychose infantile, déficiences et inadaptations graves en milieu scolaire). L'HJ, en tant qu'alternative à l'hospitalisation, pourra accueillir environ 15 enfants (de 4 à 12 ans) par jour sur orientation du CMP infanto-juvénile.

- **Développement d'un accueil familial et thérapeutique**

Sous la forme de placements intermittents, temporaires ou permanents, cet accueil s'adressera notamment à des enfants susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge en milieu familial avec une continuité des soins, lorsque le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas souhaitable ou possible.

Cet accueil familial thérapeutique, piloté par le CMP infanto-juvénile et organisé sur la base de familles sélectionnées et employés par l'hôpital, vise ainsi deux objectifs : offrir une alternative à l'hospitalisation pour des enfants ne nécessitant plus une hospitalisation à temps complet en psychiatrie et apporter à ceux-ci une prise en charge adaptée (accompagnement et réapprentissage relationnel).

- **Création d'un Centre d'Accueil Thérapeutique A Temps Partiel (CATTP)**

Face aux besoins à Saint-Martin d'alternatives à l'hospitalisation, cette structure, comprenant une équipe pluridisciplinaire, sera destinée à des patients (enfants et adolescents notamment) souffrant de troubles psychiques et orientés par le CMP dans le but de leur apporter une resocialisation et de développer leurs relations avec les autres au travers d'ateliers (cuisine, musique, arts graphiques, groupes de parole, sorties culturelles). Ce projet prévoit la prise en charge d'une vingtaine de patients.

- **Création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)**

Face à la fraction importante de la population qui connaît à Saint-Martin une situation sociale précaire, notamment une partie de la population jeune, cette PASS aura pour objectif d'organiser un accueil à la fois social, économique et administratif. Sur le constat de l'existence de moyens financiers d'ores et déjà alloués par l'ARS à l'hôpital pour une telle création depuis plusieurs années, un groupe de réflexion vise à faire aboutir ce projet dans le cadre du présent projet médical.

Les professionnels de santé en ville

Dans le domaine de la psychiatrie, il n'existe à Saint-Martin aucune offre de soins privée (absence de spécialiste libéral en psychiatrie).

L'offre de soins de ville comprend 5 psychologues dans le secteur libéral. A cette offre s'ajoute, dans le cadre de la prise en charge des problématiques de l'enfance, 1 pédiatre libéral et 10 orthophonistes libéraux.

L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (CSAPA et Maison Des Adolescents)

Dans le domaine de la santé mentale des jeunes, le CSAPA assure une fonction d'accueil, d'écoute, d'orientation et de prévention de même qu'un suivi psychologique et une prise en charge sociale. La Maison Des Adolescents (MDA), rattachée au CSAPA, a pour objectif général de favoriser l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation et la prise en

charge des problématiques de santé. Ce qui passe tout d'abord par un échange avec tout adolescent ou jeune adulte se présentant à la MDA. D'accès facile, la MDA se veut un lieu ouvert où le jeune peut faire part de ses difficultés en toute discrétion. De même, les parents peuvent également recevoir des informations et des réponses à leurs propres difficultés parentales.

La psychologue clinicienne de l'association, travaillant à mi-temps entre le CSAPA et la MDA, représente le professionnel principal au niveau de l'association dans le domaine de la santé mentale. Pour autant, l'action de l'éducatrice spécialisée, au niveau du CSAPA et de la MDA, constitue dans ce domaine un renfort complémentaire.

Psychologue du CSAPA et de la Maison Des Adolescents

Sur le CSAPA, la psychologue reçoit toute personne se présentant spontanément ou adressée par un organisme partenaire, accompagnée ou non. Au sein de la MDA, elle assure deux missions principales : repérer et orienter les usagers et assurer leur prise en charge.

Concernant plus particulièrement son action au sein de la MDA, la psychologue reçoit le plus souvent des jeunes, pouvant se présenter de leur propre initiative, de celle de leurs parents ou adressés par l'école ou par un autre organisme partenaire. Les principaux problèmes abordés consistent en des demandes d'aide à l'orientation dans leur projet de vie scolaire, sociale ou professionnel. D'autres entretiens, notamment dans le cadre des demandes parentales, concernent des situations de conflits familiaux, des difficultés scolaires, des



problématiques d'addictions (souvent le cannabis). Un soutien psychologique est apporté à ces demandes avec orientation adaptée en lien avec un partenaire institutionnel de l'association.

Les groupes de discussions, les activités d'expression (écriture, mime, jeux de rôles, activités manuelles), les ateliers, organisés au sein de la MDA, participent de cette action de prise en charge psychologique.

La psychologue participe au réseau organisé entre les partenaires institutionnels autour de la santé des jeunes comprenant notamment le Centre Médico-Psychologique (CMP) et le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming, les services de la Collectivité (PMI, ASE...), la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ), l'Education Nationale, les professionnels libéraux (médecins, psychologues, orthophonistes...), le service de la Jeunesse et des Sports...

Educatrice spécialisée du CSAPA

L'action de l'éducatrice spécialisée, notamment dans le cadre de la Maison Des Adolescents , s'inscrit dans le cadre de l'écoute et de l'animation d'actions auprès des jeunes de 11 à 20 ans, scolarisés ou non, rencontrant des difficultés au niveau social, pédagogique, éducatif, médical, judiciaire et psychologique ; son positionnement professionnel s'inscrit également à destination des familles et des professionnels intervenant indirectement auprès des jeunes.

Définitions et problématiques associées

Il n'y a pas une mais plusieurs définitions admissibles du handicap selon les diverses sources de référence.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne la définition suivante du handicap :



« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

La définition du handicap selon l'OMS se caractérise par trois dimensions qui révèlent autant de composantes de la notion de handicap. Ces concepts sont la déficience, l'incapacité et le désavantage.

Déficience : « Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique ».

Incapacité : « Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

Désavantage : « Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels ».

La définition du handicap selon le code du travail fait référence quant à elle aux catégories principales de personnes pouvant justifier du statut de personne handicapée.

Conformément à l'article L.323-3 du code du travail, le statut de personne handicapée (travailleur handicapé) est reconnu par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH, ex COTOREP). Ainsi les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente de la sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale.

D'autres catégories de personnes peuvent prétendre à ce statut : les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité, les veuves de guerre non remariées titulaires d'une pension, les orphelins de guerre âgés de moins de 21 ans, les veuves de guerre remariées ayant au moins 1 enfant à charge issu du mariage



avec le militaire décédé, les épouses d'invalides internés pour aliénation mentale imputable à un service de guerre, les sapeurs pompiers volontaires en cas d'accident ou de maladie contractée dans l'exercice de leurs fonctions, les titulaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et les titulaires de la carte d'invalidité.

Selon le Ministère de la santé, on dénombrait en 2010 5 millions de personnes handicapées en France, dont 2 millions de personnes à mobilité réduite. **Le handicap des enfants et des adolescents dénombre 135 000 enfants handicapés accueillis dans des établissements scolaires du milieu ordinaire et 110 000 enfants accueillis en établissements spécialisés.**

Les principales typologies du handicap sont les suivantes :

- **Le handicap physique**, lequel recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité (Paraplégie, Tétraplégie, Accidents Vasculaires Cérébraux ou AVC, Myopathies) ;
- **Le handicap sensoriel**, qui regroupe les difficultés liées aux organes sensoriels (principalement déficiences auditives, déficiences visuelles) ;
- **Le handicap mental ou intellectuel**, ou difficulté à comprendre et limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances et de la cognition. Handicap qui comprend en particulier la maladie génétique dite de la Trisomie 21 qui concerne 1 naissance sur 800, le syndrome de l'X Fragile (1 garçon sur 4 000 et 1 fille sur 8 000). Sont intégrés à ce type de handicap les déficiences

psychiques telles que l'autisme, la schizophrénie, les Troubles Obsessionnels Compulsifs.

Par ailleurs, les handicaps peuvent se différencier en fonction de la date de survenue : handicap d'origine prénatale (chromosomique ou génétique) dans 20 à 35 % des cas, **handicap de l'enfant d'origine périnatale** (entre 22 semaines d'aménorrhée et 8 jours post-nataux) dans 30 à 60 % des cas et **handicap d'origine post-natale** (infection, tumeur, traumatisme) dans 5 à 10 % des cas (INSERM).

Sur la base du constat national que 30 à 60 % des cas de handicaps sont d'origine périnatale, un groupe d'experts a été réuni par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) dans le cadre de l'investigation organisée par l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) concernant les déficiences et handicaps d'origine périnatale (étude réalisée sur les données scientifiques disponibles au 1^{er} semestre 2004).

Cette étude met en évidence les principaux facteurs de risques liés à l'apparition de déficiences et de handicaps d'origine prénatale tels que les Menaces d'Accouchements Prématurés (MAP) qui constituent la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse en France (retards de croissance intra-utérin, hémorragies intra ventriculaires et leuco malacies, infections maternelles et fœtales), les intoxications fœtales occasionnées par certains facteurs délétères tels que l'alcool, le tabac et les produits psycho actifs (cocaïne, cannabis...) ou le diabète maternel ou encore d'autres facteurs de risques tels que les déficits nutritionnels et autres incidences sociales et environnementales défavorables.

L'alcool par exemple traverse la barrière placentale, passant ainsi de la mère à l'enfant ; les concentrations d'éthanol dans le liquide amniotique et chez le fœtus atteignent alors des valeurs comparables à celles mesurées dans le sang maternel (de plus le taux en éthanol dans le lait maternel est de 10 % plus élevé que dans le sang – étude 2001 de l'INSERM). Les manifestations les plus graves de l'exposition prénatale à l'alcool sous le nom de « syndrome d'alcoolisation fœtale » sont estimées entre 0.5 et 3 pour 1 000 naissances et se caractérisent pour l'enfant par des malformations physiques, des retards de la croissance et des handicaps comportementaux et cognitifs.

Dans un groupe de femmes ayant consommé au moins 2 à 3 verres d'alcool par jour pendant leur grossesse, il a été constaté une diminution du quotient intellectuel de 5 à 7 points chez leurs enfants en âge préscolaire ou scolaire (INSERM 2001).

La plupart des intervenants impliqués dans la prise en charge des déficiences des fonctions cognitives sont les mêmes que ceux qui sont impliqués dans la prise en charge des handicaps moteurs. Mais le repérage des perturbations des fonctions cognitives est, en règle générale, plus tardif que celui des déficiences motrices, et peut intervenir après 3 ans.

En effet, si le développement moteur est normal, l'entourage et, en particulier, les parents ne s'inquiètent pas nécessairement des déficits cognitifs avant la confrontation de l'enfant avec les activités proposées dans des institutions extérieures (crèche, école maternelle).

Au titre de l'assistance éducative, qui consiste à offrir aux parents un espace de rencontre, de soutien et de conseils, s'inscrit la fonction du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

Créés par la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, les CAMSP

détiennent trois missions générales en application du décret du 15 avril 1976 : prévention, dépistage et prise en charge précoce (cette dernière mission s'effectuant en milieu ambulatoire par une équipe pluridisciplinaire).

La structure du CAMSP se positionne en pivot dans le dispositif de la petite enfance (de 0 à 6 ans). En amont du CAMSP se situent successivement les services hospitaliers de maternité et de pédiatrie, la PMI ainsi que les crèches, jardins d'enfants, garderies, les inter-secteurs de pédopsychiatrie, les Centres Médico-Psychologiques, les écoles maternelles et l'ensemble des professionnels de santé de ville (médecins généralistes, pédiatres, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes...).

En aval du CAMSP interviennent les services d'aide du type SESSAD et les Instituts Médico-Educatifs (IME) mais aussi les dispositifs d'accueil dans le cadre scolaire (CLIS, Auxiliaires de Vie scolaire).

L'autisme pose des problèmes difficiles en matière de classification, selon que l'on considère prioritairement comme un handicap stabilisé ou comme une maladie mentale susceptible d'évolution.

Dans les troubles sévères du développement, connus désormais sous le terme générique de Troubles Envahissants du Développement (TED), la forme principale est l'autisme infantile, bien que les TED englobent parfois des syndromes voisins de l'autisme qui s'en distinguent par des profils de développement ou une sévérité globale différents. L'autisme implique des troubles qualitatifs dans trois domaines majeurs du développement que sont le langage et la communication, les relations sociales et les activités de jeu et d'intérêt. L'importance de la précocité du diagnostic et des premières interventions est soulignée par divers travaux montrant des gains substantiels pour l'enfant sur les plans du développement cognitif et du langage.



La formation des professionnels de santé et de l'accompagnement des enfants au dépistage des manifestations précoces des TED constitue une recommandation.

Les recommandations du groupe d'experts de l'INSERM sont les suivantes :

- **L'information des professionnels et des parents** sur les situations à risques de déficiences et handicaps d'origine périnatale ;
- **La formation des professionnels de santé** qui entourent la naissance et le jeune enfant, en particulier pour un meilleur dépistage des troubles neuro-développementaux ;
- **L'amélioration du dépistage** aux cours des deux premières années en population générale et du dépistage précoce dans les populations d'enfants à risques ;
- **Promouvoir la coordination en réseau des services et professionnels** intervenant dans la prise en charge des enfants.

La représentation sociale de la notion du handicap constitue également une notion caractérisant tant la définition du handicap dans l'esprit des gens en général que la réalité de la situation et de la place de la personne handicapée dans la société.

Selon certaines analyses (Madame Aurore CHANVION – Formation d'Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) 2006) **un certain nombre de notions caractérise la définition du handicap dans la société d'aujourd'hui :**

Au sens social, être handicapé, être différent, c'est être « anormal ». Chez certains esprits, le handicap est une étiquette comparativement à la norme qui se reflète dans la moyenne des capacités des individus dans la société (normalement on

voit, on parle, on marche normalement...). Or, la normalité, dans le sens commun, c'est aussi la « bonne santé ». Donc on a tendance à considérer que si être handicapé c'est être « anormal », c'est aussi être « en mauvaise santé ».

La notion de handicap renvoie par ailleurs à une nouvelle définition de la santé. Aujourd'hui, la santé ne représente plus simplement l'absence de maladie mais, dépassant le simple fait organique, englobe aussi l'aspect psychologique avec la notion de « qualité de vie » et de « santé psychique » ainsi que l'aspect social avec la notion de « participation à la vie de la cité », de « rôle social ». Dans la mesure où l'on prend en compte toute la dimension subjective de la santé, s'intéresser à la santé d'une personne, c'est s'intéresser à tout ce qui peut faciliter son bien-être, son mieux-être dans la société et non seulement son seul état biologique. La notion de handicap, ne renvoyant donc plus à la seule notion biologique, la différence propre au déficit occasionné par le handicap n'empêche dès lors plus systématiquement d'être « bien-portant » et d'aspirer au « bien-être » voire au « mieux-être ».

Plutôt « qu'être porteur d'un handicap », « être en situation de handicap ». On parle aujourd'hui de « situation de handicap » qui met en avant l'importance de l'environnement dans la création du handicap et le fait que si certaines activités sont restreintes, d'autres peuvent être envisageables. Dès lors, il est possible de considérer qu'une personne est « handicapée pour » faire quelque chose, ce qui est plus révélateur du fonctionnement de la personne en société que le fait d'être « handicapé par » tel ou tel déficit. Cette approche, beaucoup plus intéressante quand on vit au quotidien avec une personne déficiente, est importante dans la mesure où elle induit l'idée de comment faire pour communiquer avec un enfant déficient auditif, dans quelles conditions cela est le plus facile, plutôt que

de savoir pourquoi il n'entend pas. Or, rares encore sont les personnes à qui la question s'impose en ces termes ; la plupart cherchent beaucoup plus spontanément à savoir « pourquoi » alors qu'il faut dépasser ce questionnement pour s'attacher au « comment ».

Une autre étude (Madame Isabelle VILLE, psychosociologue – INSERM) traite des représentations sociales et de la notion d'identité liées au handicap.

Psychologie populaire et représentation des personnes handicapées

Chaque culture génère un ensemble de représentations, croyances, conventions qui permettent à ses membres d'interpréter les événements qu'ils observent et de communiquer avec leurs semblables. Ce système de « significations » constitue une psychologie que certains qualifient de « populaire ». La psychologie populaire nous fournit donc un ensemble de « connaissances » sur ce qu'est une personne. L'expérience d'un handicap n'échappe pas à la psychologie populaire qui l'interprète, en envisage les conséquences sur l'individu, sa vie, sa personnalité, ainsi que les différentes façons d'y réagir. A ces représentations « populaires » peuvent s'ajouter d'autres représentations, notamment auprès des professionnels de la réadaptation (médecins, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes), pour décrire cette fois « les personnes handicapées qui ont surmonté leur handicap et celles qui n'ont pas réussi à surmonter celui-ci ». Toutes ces notions militent en faveur de la « théorie de l'étiquetage » ; « étiqueter une personne comme handicapée, ce n'est pas seulement décrire un type de déficience, c'est aussi lui attribuer un ensemble de caractéristiques qui sont culturellement associées à cette déficience ».

C'est la personne entière, sa personnalité, qui sera dès lors interprétée à la lumière de son handicap. Dans cette perspective, la stigmatisation souvent reliée à l'institutionnalisation contribue à renforcer les stéréotypes. La démarche dite « intégrationniste » dans un sens de lutte contre l'exclusion sociale vient se substituer aux préoccupations traditionnelles de la formation professionnelle et de l'emploi.

Identité et handicap

Dans le nouveau contexte qui s'impose au début des années 1980, l'alternative à « faire comme les autres » s'impose et une nouvelle forme de reconnaissance sociale, par d'autres voies que celle de la normalisation sociale, fait son apparition. Ce changement contribue dès lors à la production de « nouvelles images », notamment celle du handicap contribuant à la diversité physiologique et psychologique d'une culture, d'une société plus riche (à l'exemple de l'homosexualité à cette époque), offrant ainsi de nouveaux modèles d'identification aux personnes handicapées et enrichissant d'autant la psychologie populaire.

Plusieurs œuvres ont dépeint des personnes en situation de handicap.

! Société, culture et handicap

La littérature a constitué un des principaux vecteurs des représentations sociales sur le handicap : « Notre-Dame de Paris » (Victor HUGO – 1831), « Des souris et des hommes » (John STEINBECK – 1937), « La pitié dangereuse » (Stefan ZWEIG – 1939), « Des fleurs pour Algernon » (Daniel KEYES – 1960), « Le bizarre incident du chien pendant la nuit » (Mark HADDON – 2003), « La solitude des nombres premiers » (Paolo GIORDANO – 2008) ou encore « Némésis » (Philip ROTH- 2012).



.....

Le cinéma a également favorisé de façon magistrale la remise en question des représentations sociales et surtout une nouvelle interprétation de la notion de handicap.

Si le premier film connu consacré à des personnes handicapées est « La Monstrueuse Parade » ou « Freak », film américain de Todd BROWNING (1932), de nombreux autres films témoignent de l'attachement du cinéma à traiter cette question de société : « Eléphant Man » film américano-britannique de David LYNCH avec John HURT (1980), « Rain Man » film américain de Barry LEVINSON (1988) avec Dustin HOFFMAN et Tom CRUISE, « My left foot » film britannique de Jim SHERIDAN avec Daniel DAY LEWIS (1989), « Né un 4 juillet » film américain d'Oliver STONE avec Tom CRUISE (1989), « Forrest Gump » film américain de Robert ZEMECKIS avec Tom HANKS (1994), « Ray » (basé sur la vie de Ray CHARLES), film américain de Taylor HACKFORD avec Jamie FOXX, « Intouchables » film français d'Olivier NAKACHE et Eric TOLEDANO avec François CLUZET et Omar SY (2011), « De rouille et d'os » film franco-belge de Jacques AUDIARD avec Marion COTILLARD et Matthias SCHOENAERTS (2012), « TED » film américain de Seth MACFARLANE avec Mark WAHLBERG et Mila KUNIS (2012).

●.....

Saint Martin : une étude des besoins de prise en charge en établissement des personnes handicapées

S'inscrivant dans le cadre du schéma territorial de l'aide sociale de la Collectivité et du Projet Régional de Santé (PRS) pour les Iles du Nord de l'Agence

Régionale de Santé (ARS), cette étude, réalisée à la fin de l'année 2012 en partenariat avec la Collectivité de Saint-Martin et l'ARS, a consisté à déterminer le plus précisément possible la connaissance des types de handicap au sein de la population ; dans le but d'identifier la configuration des besoins et donc les types de structures les plus propres à répondre à ceux-ci.

Un premier constat, dans le cadre de cette étude, consiste à souligner la forte proportion d'orientations, dans le cadre de la CDAPH, tant à destination du SESSAD, unique établissement assurant actuellement la prise en charge d'enfants en situation de handicap, que de structures du type « Institut Médico-Educatif » (IME) ou Institut Médico-Professionnel » (IMPRO).

A noter que la dynamique qui consiste pour les parents désireux de faire admettre leurs enfants dans ces deux derniers établissements, situés sur la Guadeloupe à défaut d'être présent sur Saint-Martin, s'associe à l'obligation pour eux, soit de déménager et de retrouver sur place un emploi, soit de se séparer géographiquement de leurs enfants. Sauf à considérer le coût financier et social de ces solutions, toute orientation de la CDAPH ne peut dès lors s'envisager que vers la Guadeloupe pour ces prises en charge.

Une file active engorgée caractérise la structure actuelle du SESSAD avec une majorité d'enfants pris en charge pour des déficiences intellectuelles ou déficiences psychiques.

D'une capacité totale de 47 places, fonctionnant sur Saint-Martin et sur Saint-Barthélemy, le SESSAD ne peut accueillir la totalité des enfants qui lui sont adressés par la CDAPH : au mois de novembre 2012, 12 enfants étaient en liste d'attente (sans omettre que 23 autres enfants étaient bénéficiaires d'une orientation vers le SESSAD mais pour lesquels leurs parents ne se sont pas présentés au service pour entamer la démarche d'admission).

Pour 68 % des enfants accueillis, la prise en charge concerne des déficiences intellectuelles et psychiques tandis que la tranche d'âge la plus fréquente est celles des 7 – 16 ans.

Concernant le profil des personnes handicapées sur le territoire de Saint-Martin (hors SESSAD), un questionnaire a été diffusé auprès des médecins généralistes (11 médecins ont répondu à l'enquête sur un total d'une vingtaine de médecins sur le territoire). **Il ressort que les déficiences intellectuelles (30 %) et psychiques (16.5 %) ainsi que les infirmités motrices cérébrales (16.5 %) sont les principaux handicaps constatés.** A noter également la présence de cas de polyhandicaps (14 %).

Enfin, l'enquête fait apparaître que les enfants et les jeunes handicapés souhaitent majoritairement bénéficier d'une prise en charge médico-sociale et éducative dans un établissement, au contraire des adultes handicapés qui préfèrent, dans leur grande majorité bénéficier d'un accompagnement médicosocial à domicile.

La conclusion de l'enquête indique que « la Collectivité de Saint-Martin devrait s'orienter vers la création d'un établissement expérimental ayant des services et des équipements de nature à répondre aux besoins des 7 – 21 ans ».

Handicap en milieu scolaire

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté (Projet Personnalisé de Scolarisation – PPS) en association étroite avec les parents.

C'est à partir des besoins identifiés pour chaque élève et des souhaits des parents, que l'équipe pluridisciplinaire élabore le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) qui définit les modalités de déroulement de la scolarité (qualité et nature des accompagnants nécessaires, recours à une aide individuelle ou mutualisée, recours à du matériel pédagogique adapté, aménagements pédagogiques).

Dès l'âge de 2 ans, si leurs parents en font la demande, les enfants handicapés peuvent être scolarisés à l'école maternelle ; chaque école a vocation à accueillir les enfants relevant de son secteur de recrutement.

La scolarisation de l'élève handicapé pourra être individuelle ou collective, en milieu ordinaire ou en établissement médico-social.

Les conditions de la scolarisation individuelle dans une école élémentaire ou dans un établissement scolaire du second degré varient selon la nature et la gravité du handicap.

Le recours à l'accompagnement par une **Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)** pour l'aide individuelle ou par une **Auxiliaire de Vie Sociale** pour l'aide mutualisée et à des matériels pédagogiques adaptés permettent de rendre possible l'accomplissement de la scolarité.

Dans les écoles élémentaires, les **Classes pour l'Inclusion Scolaire (CLIS)** accueillent des enfants présentant un handicap et pouvant tirer profit d'une scolarisation en milieu scolaire ordinaire ; les élèves reçoivent un enseignement adapté et partagent des activités avec les autres écoliers.

Dans le secondaire, les élèves présentant un handicap peuvent être scolarisés dans une **Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)**, avec le bénéfice d'un encadrement par les soins d'un enseignant spécialisé.



A Saint-Martin, l'application de la loi du 11 février 2005 se décline dans le secteur élémentaire comme dans celui du secondaire (source article du Journal le Pélican du 19 mars 2014).

« La Classe pour l'inclusion sociale (CLIS) oriente à partir de la fin du cycle 1 (fin d'école maternelle) et parfois même dès l'âge préscolaire (de 3 à 5 ans), les enfants en situation de handicap vers des classes comprenant douze élèves au maximum. Elles sont ici au nombre de 6 et accueillent 50 élèves ».

A noter en particulier que l'Ecole primaire Nina Duverly, « la CLIS est profilée pour les troubles envahissants du développement » (TED) « comme l'autisme ».

« Notre objectif est de faire en sorte que ces élèves puissent aller en ULIS labellisée troubles envahissants du développement, mais la classe n'existe pas encore regrette Jean-Marie JESPERE (le représentant du recteur de l'académie de Guadeloupe dans les Iles du Nord).

« Il existe 4 ULIS à Saint-Martin, 3 en collège et 1 au lycée. Il y a 2 ULIS à Soualiga qui accueillent 27 élèves en tout, 1 à Quartier d'Orléans avec 16 élèves. Au sein de celle du lycée, on dénombre 8 élèves. »

Par conventionnement avec le milieu scolaire, intervient également en support et en accompagnement le Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) de l'association « Coralita » apportant notamment des soins en ergothérapie, en psychomotricité et en psychologie.

« Une prise en charge individuelle est possible pour l'élève handicapé à Saint-Martin. L'enfant, alors scolarisé dans une classe dite normale, se fait accompagner d'un auxiliaire de vie scolaire.

Il y a 33 scolarisations individuelles à Saint-Martin dont 24 élèves accompagnés d'auxiliaires de vie scolaire, 11 notifiés SESSAD et 8 suivis SESSAD. Les AVSI Education sont au nombre de 13, les AVSI CUI (Contrat Unique d'Insertion) sont 6 et les AVSCO (Collectif employés par la COM) sont 5. »

La Collectivité : projets de création de structures médico-sociales pour enfants et jeunes adultes

Dans le domaine du handicap, la Collectivité de Saint-Martin, sur la base notamment de l'étude réalisé sur le territoire en 2013 en partenariat avec l'Agence de Santé (ARS) considère que la prise en charge des enfants porteurs de handicap est loin d'être satisfaisante ; les seules structures existantes étant le Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) et le Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming dans le domaine de la santé mentale.

Dans le cadre de l'identification des besoins pour le territoire, la Collectivité précise que si quelques associations participent à œuvrer dans le but d'assurer la meilleure prise en charge possible du public handicapé, il n'en demeure pas moins que les structures actuelles sont insuffisantes tant en matière de nombre de places disponibles (la Direction de l'autonomie des Personnes de la Collectivité a dénombré quelques 152 enfants porteurs d'un handicap alors que la capacité totale du SESSAD n'est que de 47 places) qu'en matière de typologie dans la prise en charge (le SESSAD assure de fait une prise en charge ne correspondant pas toujours à sa spécificité car d'autres types de structures sont requis).

Par ailleurs, la Collectivité souligne également que « le contexte médico-social d'une part et les carences en termes d'offre d'autre part, rendent particulièrement difficile le dépistage précoce de troubles ou handicaps chez l'enfant ».

« les familles sont souvent peu sensibilisées au handicap et à la santé de manière générale, du fait de leur forte précarité rendant difficile l'accès aux soins, ou de l'existence d'une barrière culturelle ou linguistique. Les situations d'irrégularité des parents représentent un frein supplémentaire à la scolarisation et à l'admission des enfants handicapés par les services d'accompagnement (SESSAD, CMP).

Absence de structures dédiées, de type Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) qui a pour mission le dépistage des déficits ou handicaps, la prévention de leur aggravation, la rééducation par cure ambulatoire, l'accompagnement des familles et le lien avec les structures d'accueil de la petite enfance ou entre les écoles.

« Saint-Martin compte un Centre Médico-Psychologique pour enfant (CMP) qui intervient dans le repérage de certains types de troubles ou handicaps. La santé scolaire est dotée de moyens insuffisants : on compte un seul médecin de PMI (médecin mis à disposition par le CH Louis Constant Fleming) et un seul médecin scolaire. »

Le dépistage des déficiences auditives, visuelles et des retards psychomoteurs des enfants scolarisés, rendu obligatoire par la réforme de la protection de l'enfance, ne peut donc pas être mis en place de manière satisfaisante ».

« La création d'un IME (Institut Médico-Educatif) est un pas important dans la prise en charge du handicap, mais la Collectivité de Saint-Martin ne saurait se contenter de ce seul projet. A la sortie de l'IME,

la vie de la personne handicapée doit être facilitée. C'est pour cela que nous prévoyons la création d'un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) et d'une MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) ».

Le Schéma Territorial de la Collectivité dans le domaine médico-social préconise la création d'une instance d'accueil, d'information et d'orientation des personnes handicapées (jeunes comme adultes) de type « Maison de l'Autonomie » sous la forme d'une Maison Territoriale des Personnes Handicapées (MTPH).

L'Association « Coralita » (SESSAD)

L'Association « Coralita », déclarée le 31 juillet 2002 comme association loi-1901 et dont la présidence est assurée par Madame Rose NICOLAS, **est à l'origine de la création du Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD)** de Saint-Martin (création par l'arrêté préfectoral du 12 février 2007). Les locaux du SESSAD sont situés dans le centre ville de Marigot.

Titulaire d'un agrément d'une capacité actuelle de 47 jeunes de 0 à 20 ans, le SESSAD (Directeur M Fernand SEMEDO) intervient dans le champ médico-social conformément aux dispositions prévues par la loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Bénéficiaire d'une dotation financière de l'ARS, le SESSAD développe sa mission dans le cadre d'actions éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptée aux besoins des jeunes, à leur développement, à leurs potentialités, à l'évolution de leur état et à leur âge.

Le SESSAD des Iles du Nord (source Rapport d'Activité annuel) se doit de :



- **Contribuer au développement global des enfants ou adolescents** et s'assurer pour cela qu'ils bénéficient des soutiens et éveils éducatifs, des soins et rééducations qui leur sont nécessaires ou les mettre en œuvre ;
- **Contribuer à la socialisation des enfants et adolescents ;**
- **Préparer, aider, accompagner la scolarisation ;**
- **Créer les conditions permettant le maintien dans un milieu de vie commun** aux autres citoyens ;
- **Lutter contre l'isolement des familles** et les aider à assurer leur rôle parental ;
- **Mettre en œuvre des actions auprès des partenaires** qui constituent l'environnement habituel de l'enfant pour qu'ils le comprennent mieux, l'accueillent et lui assurent un accès dans de bonnes conditions.

Dans le cadre de l'autorisation du SESSAD d'accueillir un total de 47 enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, cette population se répartit entre Saint-Martin (41 enfants et adolescents) et Saint-Barthélemy (6 enfants et adolescents). Au titre de l'année 2011, la population se composait de 32 garçons et de 15 filles. Sont concernées différentes tranches d'âges : de 0 à 6 ans (4), de 6 à 11 ans (22), de 12 à 16 ans (16) et de 16 à 20 ans (5). Le SESSAD compte dans son effectif un directeur du service, une secrétaire et agent d'accueil, une équipe socio-éducative (5 éducateurs spécialisés et 1 assistante sociale), une équipe paramédicale (2 psychologues, 2 psychomotriciens et 1 ergothérapeute).

Un partenariat établi par convention assure au SESSAD les services de professionnels de santé de ville tels qu'un médecin généraliste (vacations hebdomadaires), des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes libéraux (séances hebdomadaires) ; récemment des séances hebdomadaires d'une psychologue libérale s'ajoutent à ces presta-

tions ; seul un temps de médecin psychiatre (auparavant assuré par une mise à disposition par l'hôpital), demeure absent à ce jour.

Enfin, s'ajoutent les services de deux enseignants spécialisés auprès du SESSAD mis à disposition par l'Education Nationale.

Outre des actions en matière d'accompagnement scolaire, le SESSAD organise également des ateliers d'activités.

Travaillant de concert avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire du SESSAD, les deux enseignants spécialisés de l'Education Nationale participent au suivi et à l'accompagnement des enfants et adolescents en milieu scolaire (écoles élémentaires, collèges et lycée) ; les conditions concrètes de l'accompagnement à l'école étant définies et négociées avec les enseignants des classes où sont scolarisés les enfants et adolescents.

Ainsi pour l'année 2013 la répartition des 47 enfants pris en charge par le SESSAD était la suivante :

- 6 enfants scolarisés en classes ordinaires (maternelles et écoles élémentaires) ;
- 7 enfants scolarisés en classes ordinaires (collèges et lycée) ;
- 9 enfants scolarisés en CLIS (écoles et collèges) ;
- 12 enfants scolarisés en ULIS (collèges et lycée) ;
- 6 enfants scolarisés à Saint-Barthélemy ;
- 1 enfant scolarisé à domicile par l'intermédiaire du CNED (Centre National d'Etude à Distance) ;
- 6 enfants non scolarisés.

Plusieurs ateliers ont été mis en place au cours de l'année 2013, auxquels participent l'équipe pluridisciplinaire du SESSAD, tels que : des ateliers « cuisine » (un au Collège Soualiga de Saint-Martin et un au SESSAD), un atelier « bricolage », un

atelier « sport », un atelier « aquagym », un atelier « théâtre », un atelier « expression créative », un atelier « journal », un atelier « parents – enfants » et des ateliers « conte » et « comptine ».

A noter en particulier que l'atelier « sport » est favorable aux enfants et adolescents présentant des troubles de la coordination motrice, de l'organisation spatio-temporelle et de l'organisation praxique. L'atelier « aquagym » quant à lui est issu du besoin pour des enfants lourdement handicapés de pratiquer une activité physique sans les difficultés des traumatismes de certaines autres activités telles que la marche à pied.

L'atelier « expression créative », qui n'est pas un atelier « d'art thérapie » a une visée thérapeutique utilisant l'art et la production artistique comme support d'expression, tant sur le plan symbolique qu'émotionnel devant permettre aux enfants d'exprimer plus librement des problématiques personnelles qu'ils ne peuvent expliquer et dont ils n'ont pas clairement conscience.

Au titre de la prise en charge spécifique des troubles autistiques, le SESSAD ne dispose pas de places proprement dédiées à cette problématique mais entretient un partenariat avec le SESSAD « René HALTEBOURG » en Guadeloupe et dispose d'un psychologue formé à la détection des signes autistiques.

L'Association « Tournesol » des Parents et Amis d'Enfants en situation de handicap

L'association « Tournesol » a été créée à Saint-Martin le 27 octobre 2007 sous le statut d'association loi 1901. Présidée par Madame Bernice BROOKS. Cette association est le fruit de la volonté de parents d'enfants en situation de handicap confrontés aux

difficultés de prise en charge sur un territoire où il n'existe aucune structure d'accueil, à l'exception d'un SESSAD.

Le siège de l'association se situe dans le quartier de Concordia.

L'objet social de l'association vise à assurer un accueil et une animation compatible avec le handicap des enfants, adolescents et jeunes adultes dans un but d'intégration sociale, de valorisation sociale et d'autonomie.

L'association a pour objet social :

- **Soutenir les parents** dans l'établissement de dossiers administratifs destinés aux organismes publics ;
- **Informers les parents d'enfants handicapés sur leurs droits** en matière d'intégration scolaire, de thérapie et de vie ;
- **Favoriser la création d'un centre de gestion pour les personnes handicapées et de structures adaptées aux besoins spécifiques** des enfants en situation de handicap ;
- **Défendre les intérêts moraux, matériels et financiers de ces personnes en situation de handicap** auprès des élus de la collectivité, des pouvoirs publics, des commissions ad hoc, des autorités de tutelle... ;
- **Inciter l'accueil et l'écoute des nouveaux parents**, assurer la pleine participation des familles et des personnes en situation de handicap ;
- **Informers les médias pour une plus large diffusion des initiatives de l'association et une sensibilisation de l'opinion publique** sur les enfants en situation de handicap ;
- **Coordonner les initiatives avec d'autres associations, les enseignants, la collectivité, les professionnels de la santé et autres secteurs socioculturels** ;



- **Assurer toute forme de prestations de services** ayant trait à cet objet social.

L'Association « Tournesol » accompagne et aide une quarantaine d'enfants et de jeunes adultes ainsi que leurs parents. Cet accompagnement est assuré par une équipe de 23 membres bénévoles, souvent des parents d'enfants en situation de handicap.

En complément de ses objectifs sociaux, l'association organise un ensemble d'activités telles que des sorties et festivités à l'attention des enfants et leurs parents (randonnées, sorties à la plage ou en bateau, Carnaval des enfants, arbre de Noël...) et participe à l'organisation de manifestations annuelles dans le domaine du handicap (semaine du Handicap, Journée internationale du Handicap).

Par ailleurs, l'association assure la tenue régulière de groupes de paroles destinés à faire bénéficier aux parents de temps d'écoute par l'intermédiaire du groupe avec l'accompagnement d'un psychologue. Diverses thématiques sont abordées telles que l'hygiène, la sexualité, le sommeil, la violence...

Handicap et autisme : le projet de l'Association « SXM Autisme »

L'Association « SXM Autisme », créée le 22 juin 2013 à Saint-Martin, de type association loi-1901 (Présidente : madame Natacha LIENAF), regroupe des parents, des professionnels et des amis à l'égard des personnes atteintes de Troubles du Spectre Autistique (TSA).

L'autisme est un trouble neuro-développemental apparaissant dès l'âge de 3 ans. Ces manifestations varient d'une personne à l'autre, sous la forme de Troubles du Spectre Autistique (TSA). Les TSA revêtent trois symptômes spécifiques qui affectent successivement la communication (retard de langage, langage stéréotypé et répétitif...), l'interaction sociale (manque de réciprocité émotionnelle et sociale...) et le comportement (routine et rituels spécifiques, stéréotypies motrices, préoccupations sur des sujets et objets restreints...).

1 naissance sur 100 serait concernée par des TSA selon l'Institut Pasteur. L'INSERM précise quant à elle un phénomène d'augmentation considérable de la prévalence de l'autisme dans le monde. La création de l'association « SXM Autisme » découle de la situation territoriale de Saint-Martin qui suscite un certain nombre de problèmes quant à la prise en charge de l'autisme :

- **Il existe à Saint-Martin en matière de scolarisation une Classe pour l'Inclusion Scolaire (CLIS) Autiste à l'Ecole primaire Nina Duverly, qui accueille 7 à 8 enfants âgés de 6 à 12 ans, mais il n'existe pas d'Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) dans les collèges et le lycée, d'où l'obligation pour les enfants de quitter l'île à la fin du niveau primaire ;**
- **Aucunes statistiques de recensement des personnes autistes n'existent sur Saint-Martin ;**
- **Existence d'une détresse, d'un isolement et d'une anxiété des parents d'enfants autistes à Saint-Martin du fait de l'absence de toute structure permettant d'assurer la prise en charge de ces enfants et d'apporter un soutien aux familles.**

L'objectif de l'association vise un accompagnement éducatif et comportemental précoce des enfants autistes, afin de les aider à progresser et à leur offrir une véritable perspective d'avenir.

La démarche de l'association vise également la socialisation et la scolarisation des enfants en milieu ordinaire en s'appuyant sur des professionnels (psychologues, orthophonistes, éducateurs, pédo-psychiatres, enseignants...) formés au suivi et à l'accompagnement de l'autisme.

Les objectifs de l'association reposent sur plusieurs axes :

- **La prise en charge des enfants autistes de Saint-Martin** (mise en place de méthodes éducatives, comportementalistes et développementales, actions d'intégration sociale, scolaire et professionnelle, réduction du coût financier pour les familles) ;
- **Le soutien aux familles** (guidance parentale au quotidien, lutte contre l'éloignement et l'éclatement des familles liés à l'absence de structures dédiées à l'autisme sur Saint-Martin) ;

- **L'information de tous sur l'autisme** (proposition de formations sur différents thèmes concernant l'autisme à destination des parents, des professionnels de la santé et du milieu scolaire, des aidants par le biais de l'intervention de professionnels spécialistes travaillant en réseau avec l'association, actions de sensibilisation de l'opinion publique) ;
- **Le développement du partenariat** (apport de l'association aux structures institutionnelles de Saint-Martin dans les domaines du diagnostic, du dépistage, du suivi de l'autisme).



Définitions et problématiques associées

Développé depuis la fin du XIX^{ème} siècle par les travaux notamment du britannique Edward JENNER et du français Louis PASTEUR, **le principe de la vaccination consiste à mettre en contact l'organisme avec de très faibles doses de virus ou de bactéries de manière à le protéger contre toute attaque future de ces agents pathogènes.**



Le principe de la vaccination fait appel, selon le site internet spécialisé « Doctissimo » à la mémoire de notre système immunitaire : lorsque celui-ci est confronté pour la première fois à un agent pathogène, c'est-à-dire à un virus ou à une bactérie, l'organisme réagit en spécialisant certaines cellules pour produire des anticorps spécifiques contre cet agent. Ces « cellules mémoires » seront stockées pendant des années dans l'organisme et réactivées rapidement au moindre contact avec cet agent pathogène. L'accélération et le renforcement de mécanismes de défense spécifiques permet ainsi à l'organisme d'éliminer tout intrus pathogène avant que puisse se développer la maladie associée à cet intrus.

La couverture vaccinale correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné.

Le code de la santé publique (article L-3111-1) prévoit que la politique de vaccination soit élaborée par le Ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

Rattaché au HCSP, le Comité Technique des Vaccinations (CTV) a pour mission d'assurer la veille scientifique sur les évolutions et les perspectives en matière de vaccins, d'élaborer la stratégie vaccinale sur la base des données épidémiologiques et des études « bénéfice-risque » et médico-économiques et proposer des adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales pour la mise à jour du calendrier vaccinal (publication dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH).

Rappel des principales maladies en liaison avec la couverture vaccinale

Diphtérie : toxi-infection bactérienne hautement contagieuse, responsable jusque dans les années 1930 d'une mortalité infantile très élevée mais qui a pratiquement disparue grâce à la couverture vac-

cinale (elle peut réapparaître rapidement lorsque le taux de couverture vaccinale se réduit, comme en témoigne la recrudescence survenue dans l'Europe de l'Est dans les années 1990).

Tétanos : toxi-infection aiguë grave, non contagieuse due à une bactérie présente dans la terre dont la contamination peut s'effectuer par le biais d'une blessure ou d'une plaie. La vaccination antitétanique ayant été rendue obligatoire en 1940 pour les enfants de moins de 18 mois, le tétanos demeure une maladie grave et mortelle que la généralisation de la vaccination n'a pas fait complètement disparaître.

Poliomyélite : infection virale se transmettant principalement par la voie digestive. Grâce à la vaccination, la poliomyélite est en voie de pouvoir être éradiquée dans le monde.

Hépatite B : virus de l'Hépatite B (VHB) se transmettant par le sang et par les autres liquides organiques (salive, sécrétions vaginales et sperme). Le traitement de l'hépatite B n'entraîne pas actuellement la guérison mais peut permettre de réduire le risque de survenue des complications chroniques liées à la maladie (cirrhose et cancer du foie) ; lorsque la maladie est transmise au nouveau-né par sa mère infectée, ce passage à la chronicité se fait dans 90 % des cas. Le vaccin offre une protection efficace fortement recommandé dès les premiers mois de la vie.

Rougeole : maladie virale extrêmement contagieuse et à forme grave et reste dans le monde, malgré la vaccination, l'une des causes importantes de décès du jeune enfant (la lutte efficace contre la maladie nécessite en effet une couverture vaccinale dans une population à hauteur de 95 % sous peine de réapparaître, comme en témoigne l'épidémie de rougeole en France de 2008).

Oreillons : maladie infectieuse très contagieuse et première cause des cas de méningite virale chez l'enfant avant la vaccination.

Rubéole : maladie virale éruptive, généralement bénigne mais pouvant prendre une forme très grave chez la femme enceinte avec le risque d'occasionner chez le fœtus de multiples malformations et des dommages du système nerveux (la gravité de ces lésions justifie le recours à l'interruption médicale de grossesse lors de la contamination de femmes enceintes).

Infections à Méningocoque : bactérie transmissible par voie aérienne et par contacts proches et répétés pouvant survenir de manière sporadique ou sous une forme épidémique dont la contamination peut générer chez les enfants à partir de 6 ans, chez les adolescents et les jeunes adultes des infections graves (méningites, septicémies).

Infections à Pneumocoque : bactérie dont la contamination se fait par la voie aérienne et pouvant entraîner des infections graves (septicémies, méningites) ; le pneumocoque est la première cause en France de méningite chez les nourrissons et l'enfant de moins de 2 ans.

Coqueluche : maladie bactérienne infectieuse respiratoire très contagieuse, fréquente chez le jeune adulte et susceptible de contaminer les nourrissons.

Infections à Papillomavirus : virus dont la transmission s'effectue par la voie sexuelle ; à l'origine de nombreux cas de cancer du col de l'utérus, deuxième cancer le plus fréquent chez la femme.

Le Calendrier Vaccinal 2014 (Centre Technique des Vaccinations – CTV), rendu public le 24 avril



2014, présente les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations « vaccinations générales » et « vaccinations particulières ».

Rappel des recommandations en matière de schéma vaccinal

Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP) : schéma vaccinal prévoyant 2 injections aux âges de 2 et 4 mois, suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois. Les rappels ultérieurs sont recommandés à l'âge de 6 ans puis entre 11 et 13 ans ; les rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la Poliomyélite.

Vaccin contre l'Hépatite B : schéma vaccinal prévu à 2 mois et à 4 mois (rappel avancé à l'âge de 11 mois). Pour les nouveau-nés de mères porteuses du virus, la vaccination doit être pratiquée impérativement à la naissance selon un schéma à 3 injections. Pour les adolescents âgés de 11 à 15 ans révolus, non antérieurement vaccinés, un schéma vaccinal est prévu selon 3 ou 2 doses.

Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR) : schéma vaccinal prévoyant l'administration de la première dose pour tous les enfants dès l'âge de 12 mois (co-administration possible avec le vaccin contre les infections à Méningocoque C) et rappel recommandé entre 16 et 18 mois.

Vaccin contre les Infections Invasives à Méningocoque (IIM) : schéma vaccinal recommandé à l'âge de 12 mois (co-administration avec le ROR possible).

Vaccin contre les Infections Invasives à Pneumocoque (IIP) : schéma vaccinal recommandé chez les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans. Des schémas de vaccination spécifiques peuvent concerner les nour-

rissons prématurés et à risque élevé et les enfants à risque élevé entre 2 et 5 ans et de 5 ans et plus.

Vaccin contre les Infections Invasives à Haemophilus Influenzae de type B : primo-vaccination dès l'âge de 2 mois et 4 mois avec rattrapage pour les enfants non vaccinés entre 6 ans et 12 ans et au-delà de 12 mois jusqu'à 5 ans.

Vaccin contre les Infections à Papillomavirus Humains (HPV) : schéma vaccinal dit « quadrivalent » (« Cervarix ») prévu selon 2 doses à 6 mois d'intervalle, entre 11 et 13 ans ou selon 3 doses administrées selon l'intervalle 0, 2 et 6 mois entre 14 et 19 ans ou schéma vaccinal dit « bivalent » (« Gardasil ») prévu selon 2 doses espacées de 6 mois entre 11 ans à 14 ans ou selon 3 doses administrées selon l'intervalle de 0, 1 et 6 mois entre 15 et 19 ans.

La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, en particulier lorsqu'elles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV. Co-administration possible de cette vaccination avec le rappel DTP.

Vaccin contre la Coqueluche : primo vaccination des nourrissons à l'âge de 2 mois et à l'âge de 4 mois suivie d'une dose de rappel à l'âge de 11 mois. Rappels ultérieurs à l'âge de 6 ans puis entre 11 et 13 ans. Chez le jeune adulte n'ayant pas reçu de vaccination au cours des cinq dernières années, un rappel est prévu à l'âge de 25 ans.

La vaccination contre la Coqueluche est également recommandée dans le cadre de la stratégie dite de Cocooning : chez les adultes ayant un projet parental, au cours de la grossesse (enfants de la fratrie, conjoint et personnes susceptibles d'être en contact avec le nourrisson), en période de post-partum (mère et personnes susceptibles d'être en contact avec le nourrisson).

Vaccin contre la Tuberculose (BCG) : la vaccination par le BCG n'est plus obligatoire mais fait l'objet d'une recommandation forte pour les enfants à risque élevé de tuberculose (schéma vaccinal prévu dès l'âge de 2 mois, entre 3 mois et 11 mois et à partir de l'âge de 12 mois).

Vaccin contre la Varicelle : la vaccination généralisée contre la Varicelle des enfants à partir de l'âge de 2 ans n'est pas recommandée dans une perspective de santé publique. Cette vaccination n'est recommandée que dans un certain nombre de situations spécifiques.

Vaccin contre la Grippe saisonnière : schéma vaccinal d'administration sur les périodes de 6 mois à 35 mois, de 3 ans à 8 ans et à partir de 9 ans.

Saint Martin enquête sur la couverture vaccinale (enfants de moins de 6 ans et collégiens)

Cette enquête, réalisée par l'ORSAG, en Guadeloupe et à Saint-Martin, s'inscrit dans l'objectif d'évaluation de la couverture vaccinale de ces deux territoires sur la base du principe selon lequel le contrôle des maladies infectieuses à prévention vaccinale est lié en partie à l'obtention ou au maintien (selon les maladies) d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (objectif préconisé par la loi de santé publique du 9 août 2004).

Sur la base de trois séries d'enquêtes réalisées en 2007 et en 2009 auprès de différentes cohortes d'enfants, les résultats relatifs à l'évolution de la couverture vaccinale sont rapportés au nombre de 4 cohortes enquêtées.

Pour Saint-Martin, les résultats d'enquêtes 2009 portent sur les 2 cohortes suivantes : 87 collégiens de classe de 4^{ème} (âge moyen : 14.5 ans) et 107 élèves issus des petites sections et jardins d'enfants (âge moyen : 4 ans).

Les résultats globaux de l'enquête sur la couverture vaccinale des collégiens apportent les appréciations suivantes :

- « **Basse** » pour la vaccination contre la **Coqueluche, la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP)** ;
- « **Insuffisante** » pour la vaccination contre la **Rougeole, les oreillons et la Rubéole (ROR)** ;
- « **Encourageante** » pour la vaccination contre l'**Hépatite B** ;
- « **Bonne** » pour la vaccination contre la **Tuberculose (BCG)**.

Les résultats globaux de l'enquête sur la couverture vaccinale pour les enfants nés entre 2004 et 2006 apportent les appréciations suivantes :

- « **Insuffisante** » pour la vaccination contre la **Coqueluche, la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP) et contre la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole (ROR)** ;
- « **Bonne** » pour la vaccination contre l'**Hépatite B, les Infections Invasives à Haemophilus Influenzae B et la Tuberculose** ;
- « **Amorcée** » pour la vaccination contre les **Infections Invasives à Pneumocoque (IIP)**.

Les conclusions de cette enquête attestent en particulier pour Saint-Martin un bon rattrapage de la vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP) et contre la Coqueluche pour les collégiens.



Pour les enfants nés entre 2004 et 2006, les conclusions attestent (Guadeloupe et Saint-Martin) la progression de la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) comparativement aux collégiens.

Les priorités formulées pour améliorer la couverture vaccinale des enfants et des adolescents sont les suivantes :

- Augmenter la pratique de rappel de la vaccination contre la Coqueluche et celle de la seconde dose du vaccin contre la ROR ;
- Relancer la vaccination contre l'Hépatite B ;
- Encourager le respect du calendrier vaccinal aux âges appropriés.

Les actions de communication : Ministère de la Santé, INVS, INPES, Assurance Maladie et au plan local de IREPS, URPS et ARS

Déoulant des orientations définies à la fois par les directives du Ministère des affaires sociales et de la santé en matière de vaccination et par le Calendrier Vaccinal défini par le Centre Technique de Vaccination (CTV) du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), **des actions de communication sont assurées tant par les niveaux national et local en matière de promotion de la couverture vaccinale :**

- « **Vaccination : êtes-vous à jour ?** » ou carte d'information diffusée publiquement en vue d'informer sur les lieux de vaccination dans les territoires de la Guadeloupe et de Saint-Martin (Agence Régionale de Santé/ARS – Instance Régionale d'Édu-

cation et de Promotion de la Santé/ IREPS – Union Régionale des Professionnels de Santé/URPS) ;

- « **Planète Vaccination** » ou livret d'information concernant les généralités sur les vaccinations (Institut National de Veille Sanitaire/INVS – Direction Générale de la Santé/DGS du Ministère des affaires sociales et de la santé – Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé/INPES) ;
- « **Questions de vaccination** » ou livret d'information (Ministère des affaires sociales et de la santé – Assurance Maladie – Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé/INPES) ;
- « **Vaccination : Rougeole – Oreillons – Rubéole – Pour en finir avec ces maladies, faites vacciner votre enfant** » ou livret d'information (Ministère des affaires sociales et de la santé – Assurance Maladie – Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé/INPES).

Couverture vaccinale en milieu scolaire : orientations nationales et bilans de santé

En matière de vaccinations, les préconisations issues du Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche sont conformes aux recommandations du Calendrier des Vaccinations établi par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

Conformément à ces préconisations nationales, les enfants scolarisés doivent obligatoirement être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) (souvent associés à la vaccination contre La coqueluche) pour être inscrits dans une école. La vaccination contre la rougeole, les oreillons et

la rubéole (ROR) ainsi que la vaccination contre l'hépatite B sont quant à elles vivement recommandées. Les vaccinations, et dans certains cas les rappels, sont vérifiés régulièrement tout au long de la scolarité. Les préconisations ministérielles mettent en évidence auprès des services scolaires le principe de la vigilance à l'égard des dates de rappel de vaccination (la consultation du calendrier vaccinal disponible sur le site du Ministère chargé de la Santé est recommandée). Enfin, dans le secteur de l'enseignement professionnel, tout élève exposé à des risques de contamination dans le cadre de ses stages et de ses études doit faire l'objet d'une couverture vaccinale appropriée.

Sont considérés comme référents les acteurs suivants : le médecin scolaire, le médecin de ville traitant de l'élève, le service de PMI au plan local.

A Saint-Martin sont réalisés des bilans de santé dont le suivi est assuré par le service de la Médecine scolaire (Dr Hélène COUTENS) en liaison avec les services d'infirmier scolaire.

Les bilans de santé réalisés auprès des écoles maternelles de Quartier d'Orléans 1 et 2, la grande section de l'École primaire de Cul-de-sac, les écoles maternelles de Grand-Case et de Morne Oreilly ont permis d'identifier les élèves qui n'étaient pas en règle avec leurs rappels de vaccins : année 2011 – 2012 (23 %), année 2012 – 2013 (17 %) et année 2013 – 2014 (3,4 %).

Quant aux bilans de santé réalisés au Lycée Polyvalent des Iles du Nord, ils font état pour l'année scolaire 2012 – 2013 (effectif de 1 432 élèves) d'un taux de vaccination à hauteur de 66 % et pour l'année scolaire 2013 – 2014 (effectif de 1 461 élèves) d'un taux de vaccination de 72 %.

La Collectivité : protection Maternelle et Infantile (PMI) et couverture vaccinale de 0 à 6 ans

La vaccination des enfants âgés de moins de 6 ans est assurée par la Collectivité de Saint-Martin dans le cadre de sa mission liée à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et s'organise au sein des différentes Maisons de la Solidarité et de la Famille (MSF) de Concordia, de Sandy-Ground et de Quartier d'Orléans.

La couverture vaccinale s'organise dans le cadre de la convention de partenariat établie entre la Collectivité de Saint-Martin et le Centre Hospitalier Louis Constant Fleming avec la mise à disposition auprès de la PMI de la Collectivité du Dr Monique RAKOTOMALALA en vue d'assurer la vaccination des enfants de moins de 6 ans dans le cadre de consultations de suivi en rapport avec le calendrier vaccinal (vacation de 2 ½ journées par semaine), et ce dans les différents centres médico-sociaux de la Collectivité (convention du 17 juin 2011 établie pour 2 ans, renouvelable par reconduction expresse).

Si le Dr Monique RAKOTOMALALA intervient en particulier au sein de la MSF de Concordia, un second praticien hospitalier, le Dr Ricardo CASANOVA, intervient également pour la pratique de la vaccination auprès des MSF de Sandy-Ground et de Quartier d'Orléans (1 vacation par semaine pour les 2 MSF) (absence de version actualisée disponible de la convention entre la Collectivité et le Centre Hospitalier lors de la présente rédaction).

Un logiciel dénommé IPGVAX, propriété de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe et financé par



l'ARS, permet d'assurer le suivi de la couverture vaccinale.

Pour l'année 2013, au sein de la Maison de la Solidarité et de la Famille (MSF) de Concordia ont été dispensés les vaccins suivants (données rapport d'activité 2013 de la Direction Enfance et Famille du Pôle Solidarité et Famille de la Collectivité) :

- 106 infanrix Hexa (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) ;
- 115 Pentavac (idem) ;
- 102 ROR (rougeole, oreillons, rubéole) ;
- 98 Prevenar (pneumocoque) ;
- 78 Engérix (hépatite a et/ou B) ;
- 4 autres.

Pour l'année 2014 (de janvier à août 2014), selon les données communiquées par le Dr RAKOTOMALALA, le nombre des vaccins dispensés est le suivant :

- 154 infanrix Hexa (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) ;
 - 12 Pentavac (idem) ;
 - 109 Priorix (rougeole, oreillons, rubéole) ;
 - 126 Prevenar (pneumocoque) ;
 - 132 Engerix (hépatite a et/ou B).
- **Pour la MSF de Quartier d'Orléans**, les données sont les suivantes (rapport d'activité 2013 de la Direction Enfance et Famille) :
- 14 infanrix Hexa (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) ;
 - 180 Pentavac (idem) ;
 - 78 ROR (rougeole, oreillons, rubéole) ;
 - 3 Prevenar (pneumocoque) ;
 - 131 Engerix (hépatite a et/ou B).

Pour l'année 2014, les données communiquées par le Dr CASANOVA sont les suivantes :

- 137 infanrix Hexa (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) ;
- 6 Pentavac (idem) ;
- 50 Priorix (rougeole, oreillons, rubéole) ;
- 13 Prevenar (pneumocoque) ;
- 4 Engerix (hépatite a et/ou B).

A noter que les données concernant la MSF de Sandy-Ground ne sont pas disponibles.

Le docteur RAKOTOMALALA souligne l'adhésion satisfaisante des mères de famille à la vaccination relative au pneumocoque et précise que la couverture vaccinale relative à la rougeole, oreillon et rubéole s'est considérablement améliorée sur le territoire.

Elle souligne également que seule la MSF de Concordia bénéficie du suivi au moyen du logiciel IPGVAX et recommande son installation sur les autres MSF. Une action décentralisée sur le secteur de Grand-Case permettrait de toucher une population supplémentaire selon elle.

L'hôpital : la couverture vaccinale des enfants après 6 ans

Au titre de la vaccination pour le public âgé de plus de 6 ans, l'activité du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming en matière de couverture vaccinale de la population découle de la convention établie entre l'hôpital et l'Agence Régionale de Santé (ARS) en date du 19 mars 2014 (dernière version).

Cette convention pluriannuelle a pour objet de régir la participation financière attribuée par l'ARS pour contribuer à la recentralisation des actions de santé publique relatives à la lutte contre la tuberculose, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et l'activité vaccinale.

En matière d'activité vaccinale, l'objectif fixé par l'ARS vise à atteindre un taux de couverture vaccinale de 90 % pour toutes les vaccinations et de 95 % pour les deux doses de vaccination anti-rougeoleuse. Il vise également à développer une offre de vaccination permettant d'atteindre les populations les plus vulnérables.

Enfin, cet objectif prévoit que l'hôpital assure à titre gratuit des actions d'information et de conseil, de prévention primaire, de dépistage, de suivi médical, de traitement de formation et de développement de partenariat avec les professionnels, établissements et organismes qui interviennent dans ces domaines.

Les modalités d'exécution consistent en 5 demi-journées par semaine (4 demi-journées pour Saint-Martin) concernant un public âgé général de 6 à 77 ans et un public particulier en situation de précarité. Le logiciel IPGVAX assurant le suivi et l'évaluation de l'activité vaccinale de l'hôpital.

Au sein de l'hôpital, Madame le Dr RAKOTOMALALA assure la réalisation de l'activité vaccinale à raison de 2 ½ journées par semaine (Saint-Martin). Pour l'année 2014, un total de 338 patients a été vacciné (68 % d'hommes et 32 % de femmes) concernant les tranches d'âges suivantes : 6 à 9 ans (11 %), 10 à 14 ans (16 %), 15 à 44 ans (39 %), 45 à 64 ans (22 %) et 65 à ? (12 %).

Les candidats à l'immigration sont les principaux patients vaccinés chez les adultes et les enfants. Le nouveau calendrier vaccinal a été appliqué cette année (nombre décroissant des doses administrées par rapport à l'année 2013).

Les données relatives aux vaccins dispensés sont les suivantes pour l'année 2014 :

- 82 Repevax (idem) ;
- 71 Tetravac (idem) ;
- 53 MMR pro/ROR (rougeole, oreillons, rubéole) ;
- 13 Prevenar (pneumocoque) ;
- 168 Engerix (hépatite a et/ou B) ;
- 64 Genhevac (idem) ;
- 9 Gardasil (papillomavirus).

A noter l'incidence négative de la campagne de communication relative au vaccin Gardasil dans la dispensation en 2014.

L'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » (Maison Des Adolescents)

Sur la question de la vaccination des jeunes à Saint-Martin, l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses », par le biais de la Maison Des Adolescents (MDA), a organisé notamment en 2013 des actions de sensibilisation (mai et septembre 2013).

Les thèmes abordés sont les suivants : la vaccination, comment ça marche ? La vaccination comporte t-elle des risques ? Pourquoi se faire vacciner ? La vaccination à l'âge adulte, le calendrier des vaccinations et ses changements.



●●● RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROJET DE SANTE ET ORIENTATIONS DU PLAN SANTE JEUNES

Accès aux droits des jeunes	124
Nutrition et lutte contre le surpoids et l'obésité	125
Santé sexuelle et maternelle	127
Conduites addictives	128
Santé mentale	130
Handicap	133
Couverture vaccinale	134

Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin

Le respect du droit des usagers implique le développement de l'information et de la formation des usagers.

L'accès aux soins et l'ouverture des droits restent des enjeux de santé publique pour lutter contre les inégalités et l'éloignement géographique.

Les orientations du Plan Santé Jeunes

L'accès aux droits des jeunes est un enjeu important sur le territoire, tant pour être en mesure d'accéder aux soins (couverture sociale) que pour s'informer sur les questions de santé (sexualité, consommation de produits psycho actifs, sentiment de mal-être...).

Or, **le principe de l'accès aux droits des jeunes à Saint-Martin se caractérise par un ensemble d'insuffisances :**

- **Une méconnaissance importante et générale des jeunes tant vis-à-vis de leurs droits à l'assurance maladie que vis-à-vis de leurs droits d'accès à l'information** concernant leur santé de manière générale (les jeunes ne savent pas toujours où s'adresser pour l'ouverture de leurs droits et ne

connaissent pas les sites auprès desquels s'informer sur leur santé en matière de sexualité, de nutrition, de risques d'addictions...);

- **Une absence d'identification des acteurs institutionnels au plan local par les jeunes** (la plupart des acteurs tels que la PMI, le CSAPA, le CIDDIST ou le CMP ne sont pas clairement identifiés par les jeunes en fonction de leurs besoins de santé);
- **Les moyens d'information déployés à destination des jeunes demeurent globalement inefficaces** (les jeunes ne consultent pas dans leur grande majorité les affiches, les flyers ou autres supports papier);
- **Les jeunes ne disposent pas d'un lieu unique sur le territoire vers lequel s'orienter** pour recevoir toutes les questions utiles sur leur état de santé (et pour être orientés vers les structures pouvant répondre à leurs besoins et à leurs difficultés).

Par ailleurs, de nombreux acteurs institutionnels interviennent sur le territoire de Saint-Martin : l'agence de la CGSS, la CAF, la Collectivité, la Délégation de la Croix Rouge, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les associations « SIDA Les Liaisons Dangereuses », « le Manteau de Saint-Martin », « l'Association Contre l'Exclusion et la Délinquance »...).

Il existe de nombreuses sources d'informations (associations nationales, sites internet...) pour s'informer et recevoir toutes les réponses aux questions que l'on peut se poser sur sa santé.



ORIENTATIONS DU PLAN SANTÉ JEUNES :

- **Instituer un « Espace Santé Jeunes »** sur la base d'une structure locale existante et issue de la démarche Plan Santé Jeunes initiée en 2008 : la Maison Des Adolescents (MDA) rattachée à l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » ; avec pour mission, en plus d'être d'ores et déjà un lieu de dialogue et d'écoute, d'assurer le rôle de « guichet unique et reconnu » pour l'accueil des jeunes sur tous les sujets de santé, d'assurer l'orientation des jeunes vers les administrations et les structures compétentes dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement du type « parcours de santé jeunes » (présence au sein de l'association d'un médecin coordonnateur, d'une infirmière et d'une psychologue) ;
- **Développer des modes de communication plus adaptés à l'écoute des jeunes pour la diffusion de messages d'information et de sensibilisation** (outils issus des NTIC de type

réseau BBM, Smart phone, Sms, Facebook...) **et mobiliser également les leaders d'opinion socioculturels et religieux au plan local pour le relai des messages délivrés** (Associations « Jeunesse SOUALIGA », « Sandy Ground On The Move », « Madtwooz Family », congrégations religieuses...);

- **Favoriser le développement des « Jeunes Relais » en milieu scolaire** (au titre de l'ensemble des problématiques de santé) de manière à améliorer l'écoute auprès des jeunes au moyen d'un rapport « jeunes à jeunes » ;
- **Mettre en place un « Passeport Santé Jeunes »** ou fichier/document confidentiel relatif à l'identification et au suivi des problématiques de santé individuelles pour chaque jeune (IMC, sexualité ou cycle menstruel pour les filles, contraception, IVG, consommations addictives, consultations, vaccinations...).

NUTRITION ET LUTTE *contre le surpoids et l'obésité*

Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin

La promotion des recommandations en matière de nutrition et la lutte contre le surpoids et l'obésité s'inscrivent, concernant la santé des jeunes, dans le processus de prévention des maladies chroniques susceptibles de survenir à l'âge adulte (diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle...).

L'ensemble des actions mises en œuvre, notamment par l'ARS au plan local en partenariat avec d'autres

acteurs institutionnels en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité (nutrition et développement de l'activité physique), **tant sur la Guadeloupe que sur Saint-Martin, s'inscrit dans le cadre interministériel du domaine de l'alimentation et de la promotion de l'activité physique** ; où se combinent les priorités définies par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001 – 2015, le Programme National pour l'Alimentation (PNA), le Programme National Santé Environnement (PNSE), le Plan National Alimentation Insertion (PAI), le Plan Santé à l'École (PSE) et le Plan Obésité (PO) 2010 - 2013.

Les orientations du Plan Santé Jeunes

Tant les réflexions et conclusions du groupe de travail sur les conduites alimentaires que les études réalisées par l'ORSAG et le GRSP témoignent de l'importance du problème existant à Saint-Martin en matière de surpoids et d'obésité chez les jeunes (et parfois très jeunes). De ce constat découle dès lors la prévision d'une évolution importante du nombre des maladies chroniques liées aux cas de surcharge pondérale parmi la population saintmartinoise : diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle...

Toutefois, un nombre important d'actions existe au plan local en matière d'information et de sensibilisation : actions de communication de l'INPES, de l'Assurance Maladie et de l'ARS, actions en milieu scolaire (éducation nutritionnelle, EPS, bilans de santé, partenariats avec l'IREPS et l'ARS), éducation nutritionnelle et projets de PSSS au niveau de la Collectivité, actions de la Maison Des Adolescents (« santé nutrition », atelier « cuisine », stand « nutrition »).

L'analyse et la comparaison des études et enquêtes réalisées (ORSAG, GRSP, sondage réalisé en milieu scolaire par le groupe de travail sur les conduites alimentaires) traduisent un certain nombre de contradictions entre la réalité des chiffres : 88 % des élèves interrogés dans le sondage du groupe de travail déclarent qu'il est important de consommer des fruits et des légumes, or leurs aliments préférés identifiés dans ce même sondage ne traduisent pas ces déclarations. Le même constat peut être observé au titre de la réalité de l'activité physique chez les jeunes.

Les constats observés soulignent la prépondérance des mauvaises habitudes alimentaires (fréquence des repas, nutrition déséquilibrée à base majoritairement de glucides et de lipides, boissons très majoritairement sucrées...) et l'influence importante des facteurs familiaux et socioculturels.

ORIENTATIONS DU PLAN SANTÉ JEUNES :

- **Poursuivre et développer les actions d'information et de sensibilisation auprès des jeunes et de leurs parents** (éducation nutritionnelle et activité physique) : campagnes et actions en cours (IREPS...), Espace Santé Jeunes, leaders d'opinion culturels et religieux, Jeunes Relais, modes de communication NTIC ;
- **Recommander le déploiement de distributeurs d'eau dans les établissements scolaires** ;
- **Favoriser tous les espaces susceptibles d'inciter les jeunes à une activité physique et sportive** : activités associatives et sportives, Parcours Sportifs de Santé Sécurisés (PSSS), mise en œuvre des recommandations de l'enquête APHYGUAD sur Saint-Martin... ;
- **Organiser une étude d'état des lieux sur les comportements alimentaires des jeunes à Saint-Martin** (aliments et boissons, fréquence des repas...).



Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin

Le Projet de Santé pour Saint-Martin fait état, dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance d'un certain nombre de problématiques :

- **Santé maternelle** : nombre élevé d'IVG, de grossesses à risques et de césariennes ;
- **Santé périnatale** : taux de mortalité élevé de nouveau-nés, dépistage et prise en charge des handicaps tardifs ;
- **Santé infantile** : nombre important d'enfants obèses.

Les enjeux préconisés par le Projet de Santé visent à améliorer le réseau des opérateurs de santé autour de la périnatalité dans le but successivement de :

- **Réduire la mortalité infantile** (identifier et mieux orienter les femmes enceintes, mieux surveiller les grossesses pathologiques) ;
- Réduire la mortalité infantile (mieux surveiller la grossesse) ;
- **Améliorer le dépistage précoce des handicaps ;**
- **Mieux prendre en charge l'obésité.**

Ils visent également à améliorer le suivi et le recueil de l'information sur les questions périnatales.

La qualité de la prise en charge passe également par une meilleure information des usagers du dispositif existant, par la formation continue des professionnels de santé.

La réduction des inégalités passe quant à elle par un meilleur accès aux droits des personnes face à un public majoritairement en situation de précarité.

Il est souligné en particulier la préconisation faite dans le schéma territorial de la Collectivité d'un développement d'un réseau ville-hôpital sur la périnatalité au sein duquel la médecine de ville serait un partenaire incontournable.

Les orientations du Plan Santé Jeunes

Un ensemble de caractéristiques est constaté à Saint-Martin en matière de santé sexuelle et maternelle :

- **La précocité des rapports sexuels ;**
- **La dévalorisation voire la défiance envers les moyens de contraception** (préservatifs, pilule...) ;
- **La forte prévalence sur le territoire des grossesses précoces/non désirées, des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;**
- **L'importance de l'influence familiale et des acteurs culturels et religieux ;**
- **La difficulté du dialogue** entre les jeunes et les adultes (enseignants, professionnels de santé, acteurs institutionnels) **sur les questions de sexualité ;**

- **L'insuffisance voire le manque de connaissances des jeunes sur la sexualité et la maternité ainsi que vis-à-vis de l'évolution et du fonctionnement de leur propre corps ;**
- **L'importance d'un « espace de confiance », d'un « lieu de parole » pour les jeunes ;**
- **L'inadaptation de l'information auprès des jeunes** et l'importance de nouveaux modes et de canaux de communication plus adaptés (NTIC, approche « jeunes à jeunes ») ;
- **Le rôle central** mais actuellement insuffisant et/ou inadapté **de la PMI, de l'hôpital...**

ORIENTATIONS DU PLAN SANTÉ JEUNES :

- **Poursuivre et développer les actions d'information et de sensibilisation à destination des jeunes, notamment en milieu scolaire, et de leurs parents** (éducation à la sexualité, contraception, responsabilisation en matière de maternité, IST, IVG) : Espace Santé Jeunes, Jeunes Relais, modes de communication NTIC, leaders d'opinion culturels et religieux ... ;
- **Mettre en place une coordination ville – hôpital autour de l'Espace Santé Jeunes** : CH LCF (Gynécologie-Obstétrique, Néonatalogie et Pédiatrie, Infectiologie), Collectivité (PMI dont MSF, CRIP), Education Nationale (santé scolaire), professionnels de santé de ville, acteurs associatifs (CSST de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses », « AIDES », « Maternité Active »...).

CONDUITES ADDICTIVES

Les objectifs du Projet de Santé de St Martin

Dans le domaine des addictions, le Projet de Santé de Saint-Martin rappelle un certain nombre de données retraçant le contexte local saint-martinois :

- **2 principaux acteurs dans la prise en charge** : le service de Psychiatrie du CH Louis Constant Fleming et le CSAPA de l'association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » ;

- **Un ensemble d'autres acteurs est identifié** : le service de la PJJ, le Ministère de la Justice, l'Education Nationale, les associations « le Man-teau », la « Croix rouge » et des quartiers ;
- **Une file active de patients dont 17 % sont issus de la tranche d'âge des moins de 20 ans.**

La principale difficulté identifiée dans le cadre de la prise en charge des patients réside dans la problématique de l'accueil en cure de sevrage sur Saint-Martin et en postcure sur la Guadeloupe, en vue d'assurer le suivi et la continuité des soins.



Les orientations du Plan Santé Jeunes

A Saint-Martin comme sur d'autres territoires il existe une offre abondante de produits psycho actifs ou addictifs et une population de jeunes favorables à leur consommation (envie de faire la fête ou de nouvelles expériences, situations de stress ou de mal-être, addiction associée à un style de vie et de fréquentation notamment communautaire et culturel (musique et mouvement rasta).

Toutefois, « le problème vient d'une prise de conscience des jeunes » et se concrétise par un phénomène assez répandu de banalisation de certaines addictions : l'alcool (« boire une bière cela n'est pas boire de l'alcool », ou « le cannabis n'est pas dangereux car c'est une plante naturelle »).

Par ailleurs, l'influence des conduites addictives est importante vis-à-vis de certaines problématiques telles que les conduites sexuelles à risques, les problèmes de santé mentale et de handicap.

Un certain nombre de constats généraux a pu être établi :

- Le faible impact du tabac dans la consommation des jeunes à Saint-Martin ;
- L'importance de la consommation d'alcool (fréquence des débits de boissons et offre généralisée auprès des mineurs) et notamment de cannabis : la consommation y est très précoce à Saint-Martin (dès l'âge de 10 ans) et se développe particulièrement au niveau du lycée ;
- La consommation de cannabis en particulier se caractérise à Saint-Martin par une importante banalisation (image prétendument naturelle attachée au produit, influences socioculturelles...) ;
- L'absence de toute structure permettant d'assurer sur place un sevrage sur place du type CAARUD ;

- L'impact des technologies en matière de conduites addictives se trouve analysé à Saint-Martin comme ailleurs de manière nuancée (existence d'avantages et d'inconvénients, nécessité d'un contrôle de l'utilisation des outils numériques).

ORIENTATIONS DU PLAN SANTÉ JEUNES :

- **Poursuivre et développer les actions de communication et de sensibilisation à destination des jeunes, notamment en milieu scolaire, et de leurs parents** en matière de conduites addictives (en particulier face à la banalisation de certaines addictions) : Espace Santé Jeunes, Jeunes Relais, leaders d'opinion culturels et religieux, modes de communication NTIC, témoignages d'anciens consommateurs... ;
- **Renforcer le rôle du CSAPA en lien étroit avec le nouveau dispositif de l'« Espace Santé Jeunes »** confié à la Maison Des Adolescents : poursuite des actions en cours, développement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ;
- **Mettre en place une coordination ville-hôpital autour de l'Espace Santé Jeunes** : collectivité (MSF, CRIP), Éducation Nationale (établissements et médecines scolaires), Centre Hospitalier Louis Constant Fleming, professionnels de santé de ville, associations (dont le CSAPA de "Sida Liaisons Dangereuses", "AIDES", Croix Rouge, "Jeunesse SOUALIGA"...);
- **Réfléchir à la mise en place d'une prise en charge en matière de sevrage et/ou de type CAARUD.**

Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin

La thématique de la santé mentale, associée aux addictions et à la santé des jeunes, s'inscrit dans le contexte local (état de l'offre de soins et problématiques constatées sur le territoire).

Il apparaît en particulier dans le projet de santé de Saint-Martin que les acteurs locaux font face à des situations de plus en plus difficiles, généralement auprès des populations jeunes. Ces problèmes d'ordre sociétal étant en partie causés par l'absence ou la déficience de la structure parentale.

Les conduites dites « à risque » sont déclarées en augmentation sur le territoire.

L'objectif général affiché vise à adapter l'offre de santé mentale à la réalité de l'île de Saint-Martin.

A noter en particulier le lien dans le projet de santé entre la santé mentale et le handicap (dont les services et établissements relevant de ce secteur participent activement dans le domaine de la santé mentale – voir la partie relative au handicap dans le présent plan).

Le Plan Psychiatrie Santé Mentale pour la Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin (2013–2017) regroupe un ensemble d'orientations stratégiques découlant tant du plan national (2011 – 2015) que du contexte et des analyses territoriales au plan local.

Ce plan développe en particulier la santé mentale (dans ses différentes dimensions), la psychiatrie (en

tant que discipline médicale), l'ensemble aidants/entourage/accompagnement, la prévention et la promotion de la santé, les soins et le rétablissement, la réhabilitation psycho-sociale et le handicap psychique.

Dans le cadre du développement de la psychiatrie et de la santé mentale en situation de double insularité (principe notamment du conventionnement entre Saint-Martin et la Guadeloupe (avec le CHU et le CHM), **les orientations du plan pouvant concerner principalement Saint-Martin et le public des jeunes (moins de 25 ans) sont les suivantes :**

- **Le soutien aux usagers et aux familles** (qualité et coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants, soutien aux associations, actions de déstigmatisation et de démystification, mise en place du principe d'une permanence téléphonique professionnelle, mise en œuvre de solutions de répit) ;
- **Les urgences psychiatriques** (rapprocher les CMP des populations, améliorer l'accessibilité et l'activité à domicile des CMP, réduire les délais de rendez-vous...)
- **La prise en charge des adolescents et des jeunes adultes** : développement de l'accueil familial thérapeutique, formation des personnels sur la spécificité de certaines prises en charge (psychopathologie de l'adolescent, addictions, entretiens familiaux), le développement de coopérations : équipes addictologie, maison des adolescents, PJJ, ITPE, IME/IMPro, ASE, Rectorat...)



- **La prise en charge des addictions** : développer les compétences des professionnels de la psychiatrie et l'offre de soins en matière de post-cure, formation et information des parents des consommateurs, coopération équipe mobile adolescents, création et renforcement de consultations femmes enceintes, création et développement de consultations de proximité (hôpital, CMP, CCAS, associations), développement et renforcement des consultations jeunes consommateurs en intégrant les addictions sans substances, développement des consultations d'addictologie comportementale, création de places d'hospitalisation de jour.

A noter enfin les travaux issus du groupe de travail « santé mentale, santé des jeunes, addictions » autour du Projet de Santé pour Saint-Martin, qui avaient mis en évidence un certain nombre d'orientations.

Besoins relevés par le groupe de travail au titre de la santé mentale (réunions les 5 et 13 avril 2011) :

- Construction d'un hôpital de jour pour enfant de 10 places ;
- Création d'un CATTP couplé avec le CMP de l'hôpital ;
- Amélioration de la post-hospitalisation en lien avec la création d'un SAMSAH et d'un SAVS de 10 places chacun ;
- Renforcement du placement familial ;
- Création d'un CAMSP, d'un IME et d'un ITPE ;
- Création d'antennes de repérage des sujets à risque.

Les orientations du Plan Santé Jeunes

Parmi les principales causes constatées à l'origine des troubles de la santé mentale à Saint-Martin figurent successivement les carences affectives et

éducatives associées à la précarité sociale et au multiculturalisme des familles (difficulté de la compréhension du français, déscolarisation, marginalisation, illettrisme et/ou analphabétisme...).

Importance des liens et des influences entre les troubles socio-psychologiques avec les conduites addictives et les conduites sexuelles à risques.

Mise en évidence de l'importance d'un lieu d'accueil, d'écoute, d'accompagnement des jeunes en difficultés psychologiques (MJC, Maisons de Quartiers, adultes relais...) et de l'absence de certains dispositifs de prise en charge propres à compléter l'action du CMP de l'hôpital auprès des enfants et des adolescents (centre d'accueil et de crise pour jeunes et adolescents, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce/CAMSP, hôpital de jour et/ou centre d'activité thérapeutique).

ORIENTATIONS DU PLAN SANTÉ JEUNES :

- **Poursuivre et développer les actions de communication et de sensibilisation sur les troubles socio-psychologiques auprès de la population et notamment auprès des jeunes et de leurs parents** : campagnes à développer, Espace Santé Jeunes, Jeunes Relais, leaders d'opinion culturels et religieux, modes de communication NTIC ;
- **Mettre en place une coordination ville – hôpital autour de l'Espace Santé Jeunes** : CH LCF (Psychiatrie et CMP), Collectivité (CRIP, PMI, ASE), PJJ, Education Nationale (santé scolaire dont projet de cellule de veille, de diagnostic et d'accompagnement des élèves décrocheurs), acteurs associatifs (dont CSAPA), professionnels de santé de ville ;
- **Favoriser les projets du CH LCF (Projet Médical 2014 – 2019) : Centre d'Accueil Thérapeutique A Temps Partiel (CATTP), Hôpital de Jour pour enfants et adolescents, accueil familial et thérapeutique en coordination avec le CMP.**

Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin

L'objectif général vise à améliorer l'offre de proximité à Saint-Martin en matière de prise en charge du handicap : un seul établissement présent sur Saint-Martin (SESSAD) de 47 places occasionnant une liste d'attente importante, un accès à l'offre médico-sociale fortement limité du fait de la présence d'un seul SESSAD et de l'absence de toutes autres structures permettant la prise en charge des différents types de handicaps et selon les âges des enfants et adolescents.

L'amélioration de l'offre de proximité passe par le schéma territorial de la Collectivité dans le domaine médico-social (au travers de l'état des lieux des besoins sur le territoire et de ses priorités). Une amélioration de l'offre qui comprendra le principe d'une coopération avec le secteur hospitalier, (Centre Hospitalier Louis Constant Fleming), et notamment de son service de Psychiatrie, et d'une mutualisation à établir avec le secteur libéral (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues...).

Dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance, la prise en charge du handicap consiste à améliorer le dépistage précoce des handicaps chez les enfants (le schéma territorial de la Collectivité préconisant dans ce domaine la création d'un réseau Ville-Hôpital au titre de la périnatalité).

A l'exemple de l'étude réalisée en Guadeloupe (2013/2014) au titre du dépistage néonatal de la surdité (repérage des troubles de l'audition dans les maternités et services de néonatalogie), la situation sur le territoire de Saint-Martin milite pour une telle orientation, notamment au regard du contexte légal relatif à l'organisation de la surdité permanente néonatale.

Pour rappel, les dispositions réglementaires de l'arrêté du 23 avril 2012 prévoient successivement le principe du dépistage précoce selon un cahier des charges national avec mise en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS). **Ce dépistage comprend :**

- 1°) **Un examen de repérage des troubles de l'audition**, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;
- 2°) **des examens réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant** lorsque l'examen de repérage n'a pas pu avoir lieu ou n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant ;
- 3°) **Une information des détenteurs de l'autorité parentale**, le cas échéant, sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue des signes française.



Les orientations du Plan Santé Jeunes

Un déficit tant d'image que d'informations caractérise la place du handicap à Saint-Martin, auprès de l'opinion qu'en ont les jeunes mais aussi l'ensemble de la population. En outre, tabous et dénis persistent dans l'opinion des familles au sujet même des situations de handicap intrafamiliales. Un important travail demeure donc à réaliser par le biais à la fois de la mise en place d'un centre d'information et de sensibilisation et de campagnes de communication autour de la place de la personne handicapée dans la société.

Un autre constat important est le manque de structures adaptées sur le territoire : un seul SESSAD et quelques associations qui œuvrent sur le champ du handicap. Tant l'étude réalisée fin 2012 en partenariat par la Collectivité et l'ARS que les analyses ultérieures ont d'ores et déjà évoqué certains besoins en structures : iME/ITPE, ESAT, MAS, CAMSP.

Un manque de connaissances est également souligné à propos des troubles autistiques. Ce manque de connaissance est remarqué tant au sein de l'opinion publique (notamment les familles) qu'auprès des professionnels (enseignants) notamment dans le secteur social et sanitaire (hôpital, médecins de ville, associations...). Certaines associations se sont mobilisées au plan local, en particulier l'association « SXM Autisme ».

ORIENTATIONS DU PLAN SANTÉ JEUNES :

- **Favoriser une action de communication et de sensibilisation auprès de la population sur la place du jeune handicapé (et de la personne handicapée) dans la société notamment saint-martinoise** : campagnes de communication, Espace Santé Jeunes, Jeunes Relais, leaders d'opinion culturels et religieux, modes de communication NTIC, mise en valeur de personnalités locales touchées par le handicap, utilisation de supports tels que le cinéma, la musique ou le théâtre... ;
- **Créer une coordination ville – hôpital en matière de dépistage des déficiences et handicaps dès la petite enfance** (en lien avec le projet de création de CAMSP) : CH LCF, Collectivité (PMI dont MSF), familles, professionnels de santé de ville ;
- **Créer à Saint-Martin les structures médico-sociales identifiées comme répondant aux besoins en matière de handicap sur le territoire** : institut Médico-Educatif (IME) et/ou Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP), Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ;
- **Valoriser la prise en charge des troubles autistiques sur le territoire dans le cadre d'un réseau ville – hôpital** (Associations « SXM Autisme », « Coralita », « Tournesol », l'Hôpital, la Collectivité, l'Education Nationale, professionnels de santé de ville...) ;
- **Recommander la mise en place en milieu scolaire d'une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) labellisée « Troubles Envahissants du Développement » (TED).**

Les objectifs du Projet de Santé de Saint-Martin

Le Projet de Santé de Saint-Martin relève en matière de santé infantile « une couverture vaccinale insuffisante ».

Les enjeux qu'il préconise, dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance, visent à améliorer notamment le taux de vaccination.

Les orientations du Plan Santé Jeunes

Les conclusions de l'enquête sur la couverture vaccinale chez les enfants de moins de 6 ans et les collégiens à Saint-Martin (enquête ORSAG 2007 - 2009) attestaient un bon niveau de couverture au titre de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite (rappels vaccinaux obligatoires jusqu'à l'âge de 13 ans) de même que pour la coqueluche (collégiens). **Toutefois, la couverture vaccinale au titre de la rougeole, des oreillons et de la rubéole demeurait insuffisante. Les préconisations étaient pour rappel les suivantes :**

- Augmenter la pratique de rappel de la vaccination contre la coqueluche et celle de la seconde dose du vaccin contre la ROR (Rougeole, Oreillons, rubéole) ;
- Relancer la vaccination contre l'Hépatite B ;
- Encourager le respect du calendrier vaccinal aux âges appropriés.

ORIENTATIONS DU PLAN SANTÉ JEUNES :

- **Organiser une nouvelle enquête relative à la couverture vaccinale à Saint-Martin des enfants de moins de 6 ans et des collégiens** (actualisation de l'enquête ORSAG de 2007 - 2009) ;
- **Favoriser le déploiement du logiciel IPGVAX auprès des trois MSF de la Collectivité et de l'ensemble des professionnels de santé** (Hôpital, médecins de ville) en vue d'un meilleur suivi de la couverture vaccinale sur le territoire.



AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
ACED : Association Contre l'Exclusion et la Délinquance
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
AME : Aide Médicale de l'Etat
APHYGUAD : Activité Physique, activités sportives et activités sédentaires des enfants en Guadeloupe
ARS : Agence de Santé
ASCSM : Avenir Sportif Club de Saint-Martin
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

BBM : BlackBerry Messenger
BCG : Vaccin contre la Tuberculose
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
BM : Brigade Motorisée
BN : Brigade Nautique
BPDJ : Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile
BR : Brigade de Recherche
BT : Brigade Territoriale

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CAHU : Centre d'Accueil et d'Hébergement d'Urgence
CAMSP : Centre d'Accueil Médico-Sociale Précoce
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique A Temps Partiel
CCAS : Centre Communale d'Action Sociale
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDAPH : Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDDF : Conseil pour les Droits et Devoirs des Familles
CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale
CH : Centre Hospitalier
CHBT : Centre Hospitalier de Basse-Terre (Guadeloupe)
CH LCF : Centre Hospitalier Louis Constant Fleming
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculose
CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire
CLSPD : Contrat Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMS : Centre Médico-Social
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNR : Conseil National de la Résistance
COM : Collectivité d'Outre-Mer
COREVIH : Coordination Régionale de la lutte contre le Virus de l'Immuno-Déficience Humaine (COREVIH)
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CRIP : Cellule de Recueil et d'Informations Préoccupantes
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
CTJ : Conseil Territorial des Jeunes
CTOS : Caisse Territoriale des Œuvres Scolaires
CTV : Comité Technique des Vaccinations
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CUI : Contrat Unique d'Insertion
CVL : Conseil de la Vie Lycéenne

DAAF : Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DIU : Dispositif Ultra-Utérin
DPP : Dépression du Post-Partum
DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (Vaccin)

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

FAJ : fonds d'Aide à l'Insertion des Jeunes
FESJ : fédération des Espaces Santé Jeunes

GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HIV : Human Immunodeficiency Virus (équivalent anglo-saxon de VIH)
HJ : Hôpital de Jour
HPV : Virus de Papillomavirus Humain

IFSI : institut de Formation en Soins Infirmiers
IIM : Vaccin contre les Infections Invasives à Méningocoque
IIP : Vaccin contre les Infections Invasives à Pneumocoque
IMC : indice de Masse Corporelle
IME : institut Médico-Educatif
IMG : interruption Médicale de Grossesse
IMPRO : institut Médico-Professionnel
INJEP : institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire
INPES : institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
INVS : institut National de Veille Sanitaire
IREPS : instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
INSERM : institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST : infections Sexuellement Transmissibles
ITEP : institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
ITG : interruption Thérapeutique de Grossesse
IVG : interruption Volontaire de Grossesse

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAS : maison d'Accueil Spécialisé
MDA : maison Des Adolescents
MILDT : mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MJC : maison de la Jeunesse et de la Culture
MLDS : mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire
MSF : maisons de la Solidarité et de la Famille
MST : maladies Sexuellement Transmissibles
MTPH : maison Territoriale des Personnes Handicapées

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPEPS : Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé
ORSAG : Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe

PAE : projet Académique Educatif
PAEJ : points Accueil Ecoute Jeunes
PASS : permanence d'Accueil aux Soins de Santé
PJJ : protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : protection Maternelle et Infantile
PNNS : plan National Nutrition Santé
PO : plan Obésité
PPS : projet Personnalisé de Scolarité
PRS : projet Régional de Santé
PSIG : peloton de Surveillance et d'Intervention de la Gendarmerie
PSSS : parcours Sportifs de Santé Sécurisés

ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole (Vaccin)
RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Aide à la Vie Sociale
SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile
SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SRA : Schéma Régional d'Addictologie
STMO : Service Territorial de Milieu Ouvert

TED : Troubles Envahissants du Développement
TGI : Tribunal de Grande Instance
TI : Tribunal d'Instance
TISF : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale
TROD : Tests Rapides à Orientation Diagnostique
TSA : Troubles du Spectre Autistique

UEMO : Unité Educative en Milieu Ouvert
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UPESM : Union des Parents d'Elèves de Saint-Martin
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VAD : Visites A Domicile
VHB : Virus de l'Hépatite B
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine





●●● TABLE DES ANNEXES

- **Annexe 1 :**
Liste des participants aux réunions du Plan Santé Jeunes 138
- **Annexe 2 :**
Liste des personnes rencontrées dans le cadre d'entretiens au titre du Plan Santé Jeunes.. 141
- **Annexe 3 :**
Convention entre le rectorat et l'Agences Régionales de Santé (ARS) du 14 mars 2013 143



ANNEXE 1 Liste des participants aux réunions du Plan Santé Jeunes

Mme BADE Friscillia,	Responsable du Service Jeunesse de la Collectivité de Saint-Martin
Mlle BAUGER Grace,	Conseillère puis Présidente du Conseil Territorial des Jeunes (CTJ) et membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mlle BENJAMIN Tricella,	membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mme BERNARD Soizic,	Psychologue de l'Unité Educative en Milieu Ouvert (UEMO) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
Mme BILLY Ghilaine,	Educatrice spécialisée de l'Unité Educative en Milieu Ouvert (UEMO) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
Mme BORDELAIS Noémie,	Sage-femme libérale
Mme BOUCAU Séverine,	Infirmière de la Délégation Territoriale de l'ARS
Mlle BRUNO Maryline,	Conseillère au Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
M. BRYCHE Guillaume,	Infirmier du Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming
Mme CANTIE Françoise,	Commandant de la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile (BPDJ)
Mme CIMIA Kathana,	Membre de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »
M. CLARKE Denzel,	Membre de l'Association Jeunesse SOUALIGA
Mme CLEMENT Nathalie,	Directrice Administrative de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »
Mlle CLERMONT Bétina,	Conseillère au Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
M. CONGRE Gilbert,	Directeur Général des Services de l'Association APAJH
Mme CONNOR Ramona,	2 ^{ème} Vice-présidente de la Collectivité de Saint-Martin et chargée du Pôle Solidarité et Familles
Mme le Dr COUTENS Hélène,	Médecin scolaire de l'Education Nationale
M. DABADIE – SAUJOT Jérémy,	Pédopsychiatre du Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming
Mme DAUFOUR Yaminah,	Membre de l'Association « AIDES »
M. Le Dr DE POLO Yves,	Médecin généraliste libéral (Marigot)
Mme DESSEIN Stéphanie,	Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile (BPDJ)
M. DOICE Marc,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mlle DORVILLE Marcy,	Conseiller au Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
Mlle DOUYON Dounipher,	Vice-présidente « Environnement » du Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
Mlle DURAND Hélène,	Conseillère au Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
M. DURUO Shantel,	Conseiller au Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
M. DUZANT Jeovanny,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
M. DUZANT Rahim,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
M. EDUARDO PENA James,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mlle ELICE Shanna,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mme FAROUIL Rose-Adrienne,	Chargée de mission à la Mission des Interventions Locales de la Collectivité de Saint-Martin
Mme FONROSE Valérie,	Conseillère Territoriale de la Collectivité de Saint-Martin
Mme FRANCOIS Yrlande,	Médecin ARS en charge de la santé des jeunes (siège de l'ARS en Guadeloupe)
Mme FRENCH Sandra,	Chef de Service – Association APAJH
M. GERVAIS Jean-Marc,	Président de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
M. GHAMELKA Thomas,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »

M GODEFROY Pascal,	Directeur de la Délégation Territoriale de l'ARS à Saint-Martin et Saint-Barthélemy (ARS de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy)
Mlle GREMMO Leslie,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
M. GUISTE Derrickson,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mlle HATCHI Lorely,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mme HELARY-PLANCHON Corinne,	Directrice Générale Adjointe du Pôle Solidarité Famille de la Collectivité de Saint-Martin
Mlle JEAN Melinda,	Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mlle JEANNE Shanelle,	Conseillère au Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
Mme JEFFRY Josette,	Vice-présidente de l'Association « Tournesol »
M. Le Dr JEFFRY Louis,	Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CH Louis Constant Fleming et Chef du Service Gynécologie-Obstétrique
M. JESPERE Jean-Marie,	Inspecteur d'Académie et Représentant du Recteur d'Académie
Mme JOUANNET Martine,	Responsable du Bureau des entrées/Admissions du CH Louis Constant Fleming
Mme KARAM FISCHER Ketty,	Présidente de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »
Mme LAGRANDCOURT Roselyne,	Assistante sociale au CH Louis Constant Fleming
Mme LAKE Heliya,	Mandataire judiciaire du Service Mandataire de l'Association APAJHM.
LAKE Jahmarlly,	Conseiller au Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
M. LAMOUR Benoît,	Educateur de l'Unité Educative en Milieu Ouvert (UEMO) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
Mme LE BERRE Manon,	Psychologue à l'UEMO de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
Mlle LUCE Lacricha,	1 ^{ère} Vice-présidente « Communication » du Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
Mlle MAROUDE Daisy,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mme NICOLAS Rose,	Présidente de l'Association « Coralita »
M. NOEL Cyril,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
M. Le Dr QUALID Jean-Claude,	Chef du Service de Psychiatrie du CH Louis Constant Fleming
Mlle PANTHIER Dimika,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mlle PINARD Karla,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mme POTTIER Angéline,	Déléguée de l'Association « AIDES » à Saint-Martin
Mme RABOANARY Sarina,	Secrétaire de l'Association « AIDES »
Mme RAYNALDY Fabienne,	Trésorière de l'Association « Tournesol »
Mme RICHARDSON ERMIne,	Représentante du Quartier n°2 « Terre de Culture » de Saint-Martin
M. ROGERS Matthias,	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
Mme SALOMON Marie-Hélène,	Directrice de l'Agence de Sécurité Sociale de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy (CGSS de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy)
M. SANTOS PAULINO Antero de Jésus,	Conseiller Territorial auprès du Pôle Solidarité et Familles
M. SEMEDO Fernand,	Directeur du Service d'Education Spécialisée et de Soins A domicile (SESSAD)
M. TAYLOR Howard,	Vice-président du Conseil Territorial des Jeunes (CTJ)
Mme THIBAUT Chantale,	Infirmière du Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming et sous convention auprès de l'ARSM.
Le Dr VANGEENDERHUYSEN Charles,	ex Président de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME) du CH Louis Constant Fleming et Praticien hospitalier en Gynécologie-Obstétrique
M. VIGNAL Alex,	Directeur par intérim du Pôle Solidarité et Famille de la Collectivité de Saint-Martin
M. VILLIER José,	Conseiller Territorial de la Collectivité de Saint-Martin auprès du Pôle Solidarité et Familles
M. WITCZAK Didier,	Directeur de la Maison Des Adolescents (MDA) de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »



ANNEXE 2 Liste des personnes rencontrés dans le cadre d'entretiens et/ou fournisseurs de données au titre du Plan Santé Jeunes

Mme ARNELL Jeanine	Directrice de l'Enfance et de la Famille (Pôle Solidarité et Familles) de la Collectivité de Saint-Martin
Mlle BAUGER Grace	Présidente du Conseil Territorial des Jeunes (CTJ), Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA » et Chef du Groupe de travail au titre des conduites alimentaires
Mme BELDOR Martine	Secrétaire de l'Association « Action, Accompagnement, Aide, Animation, Accessibilité » (5 A)
M. Paul BETAILE	Commandant de Compagnie de la Gendarmerie Nationale de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy
Mme BORDELAIS Noémie	Sage-femme libérale
Mme BROOKS Bernice	Présidente de l'Association « Tournesol »
M. BRYCHE Guillaume	Infirmier de l'équipe mobile de psychiatrie du Centre Médico-Psychologique (CMP) du CH Louis Constant Fleming et Chef du Groupe de travail au titre de la santé mentale
Mme CLEMENT Nathalie	Directrice Administrative de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » et Chef du Groupe au titre des conduites addictives
M. CLERET Nicolas	Responsable de l'Unité Educative en Milieu Ouvert (UEMO) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
Mme COMMINGES Lucia	Elève à l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI) à Saint-Martin
Mme CONFIAC Aline	Principale du Collège du Mont des Accords
M. DILENORD Joseph	Président de l'Association « Action, Accompagnement, Aide, Animation, Accessibilité » (5 A)M.
Dr DE POLO Yves	Médecin généraliste libéral (Marigot)
Mme le Dr COUTENS Hélène	Médecin scolaire de l'Education Nationale
Mlle ELICE Shanna	Membre de l'Association « Jeunesse SOUALIGA » et Chef du Groupe de travail au titre de la violence
Mme FOURCADE Claudine	Juge des Enfants et Juge des libertés et de la Détention au Palais de Justice ou Tribunal d'Instance de Saint-Martin)
M. GERVAIS Jean-Marc	Président de l'Association « Jeunesse SOUALIGA »
M. GUMBZ Frantz	Principal du Lycée Polyvalent des Iles du Nord
Mme JEFFRY Josette	Vice-présidente de l'Association « Tournesol » et Chef du Groupe de travail au titre du handicap
M. Le Dr JEFFRY Louis	Président de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME) du CH Louis Constant Fleming et Chef du Service Gynécologie-Obstétrique



Mme KARAM FISCHER Ketty	Présidente de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses »
Mme LAQUITAINE Patricia	Coordonnatrice de la Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS) de l'Education Nationale sur le Bassin des Iles du Nord
Mme LIENAFI Natacha	Présidente de l'Association « SXM Autisme »
M. MILLET Alexandre	Infirmier scolaire du Collège du Mont des Accords
Mme NICOLAS Rose	Présidente de l'Association « Coralita »
M. Le Dr OUALID Jean-Claude	Chef du Service de Psychiatrie du CH Louis Constant Fleming
Mme POTTIER Angéline	Déléguée locale de l'Association « AIDES »
Mme le Dr RAKOTOMALALA Monique	Praticien hospitalier du CH Louis Constant Fleming en Médecine Polyvalente et Infectiologie
Mme RAYNALDY Fabienne	Trésorière de l'Association « Tournesol » et intérimaire sur la chefferie du Groupe de travail au titre du handicap
M. ROBELOT Patrick	Infirmier Conseiller technique auprès de Monsieur le Recteur d'Académie de la Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy
Mme SALOMON Marie-Hélène	Directrice de l'Agence de Sécurité Sociale de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy
M. SEMEDO Fernand	Directeur du Service de Soins Spécialisés et de Soins A Domicile (SESSAD)
Mme TABARI Elisabeth	Directrice de la Caisse Territoriale des Œuvres Scolaires (CTOS)
M. Le Dr THIBAUT Marc	Médecin généraliste libéral (Quartier d'Orléans)
M. Le Dr VANGEENDERHUYSEN Charles	Ex Président de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME) du CH Louis Constant Fleming et Praticien hospitalier en Gynécologie-Obstétrique
Mme VANGEENDERHUYSEN Claire	Infirmière scolaire du Lycée Polyvalent des Iles du Nord
Mme WEINUM Nadia	Coordonnatrice des soins de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) à Saint-Martin
M. WITCZAK Didier	Directeur de la Maison Des Adolescents (MDA) et Directeur Technique de l'Association « SIDA Les Liaisons Dangereuses » et Chef du Groupe de travail au titre de la santé sexuelle et maternelle

ANNEXE 3

Convention entre le Rectorat et l'Agence Régionale de Santé (ARS) du 14 mars 2013



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Entre les soussignés

L'Académie de la Guadeloupe, représenté par Stephan MARTENS, Recteur
D'une part

Et,

L'Agence régionale de santé de Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy, représentée par
Mme Mireille WILLAUME, Directrice générale, d'autre part
D'autre part,

Vu le code de l'éducation,

Vu la loi de santé publique n°2004 – 806 du 9 août 2004,

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la
santé et aux territoires,

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,

Vu les orientations nationales dans le domaine de la santé publique, notamment les plans
nationaux nutrition santé 2011-15, surpoids /obésité 2010-13, VIH-Sida -IST 2010- 14, suicide
2011-2014, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies,

Vu la circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les
territoires académiques,

Vu les orientations stratégiques du projet régional de santé de Guadeloupe, Saint Martin et Saint
Barthélemy,

2/5



Préambule

Le Recteur conduit la politique éducative de santé et de prévention en faveur des élèves de l'Académie. Cette politique s'inscrit dans le projet académique lequel vise à contribuer aux côtés des familles à la construction individuelle et sociale de l'enfant, l'adolescent et le jeune scolarisé, en tant que personne et citoyen dans le double objectif du respect de soi et de l'autre.

Cette politique intégrée aux projets d'école et d'établissements prend appui en permanence sur les orientations nationales de santé et les différents documents de programmation élaborés par l'Agence régionale de santé (ARS) dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS). L'enjeu pour l'institution scolaire est de contribuer avec l'ARS à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le développement de la promotion de la santé à l'école et de l'éducation pour la santé à tous les âges de la vie scolaire est nécessaire pour aider les élèves à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix éclairés, à adopter des comportements responsables pour eux-mêmes comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement et pour exercer leur citoyenneté.

L'Agence régionale de santé, dans le cadre du projet régional de santé s'est fixée pour mission de développer la prévention et la promotion de la santé. Avec ses organes, elle a vocation à accompagner, suivre, animer, orienter, évaluer les déclinaisons dans les domaines de la prévention et de la veille sanitaire.

La nécessité d'une organisation des acteurs dans la complémentarité est la garantie d'une cohérence de la politique régionale, dans un souci d'identification des compétences, de leur respect et de leur mutualisation au service de l'efficacité.

La convergence des missions de ces deux institutions légitime la formalisation d'un partenariat sur le thème de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

Cette convention concerne la Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy.

Le Rectorat et l'Agence de Santé partagent la volonté commune de mettre en place une démarche de collaboration structurée et coordonnée au bénéfice de l'ensemble des élèves et plus particulièrement de ceux qui ont le moins accès aux modes de prévention et aux soins (du 1^{er} et du 2nd degrés).

Le Rectorat et l'Agence de Santé partagent la volonté commune de mettre en place une réponse adaptée aux signalements sanitaires et aux situations d'urgence sanitaire.

La présente convention a pour objectif :

- 1) de fixer des orientations stratégiques communes entre le Rectorat et l'Agence de Santé.
- 2) de déterminer les modalités et les outils d'une collaboration structurante et pérenne entre les services.
- 3) de prévoir des déclinaisons spécifiques, en cohérence avec le Plan régional de santé, le Schéma régional de prévention et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et les circulaires émanant de l'éducation nationale fixant le cadre des actions du rectorat.

2/5

Article 2 : champ de la convention

Les pistes de collaboration et d'intervention communes privilégiées, visent à garantir la cohérence et la convergence des actions (repérage, dépistage et orientation) menées en direction des élèves, pour une prise en charge coordonnée contribuant à leur construction en tant qu'individu et citoyen.

- **Axe 1 : Prévenir et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** par la production et la collecte de données caractérisant les publics scolaires pour apporter des réponses pertinentes et cohérentes dans les territoires.
 - Le Rectorat s'engage à participer au recueil des données utiles à la réduction des inégalités de santé
 - L'ARS s'engage, dans le cadre de sa convention annuelle avec l'ORSaG, à faciliter et à financer la valorisation des données collectées.

- **Axe 2 : Développer des outils et des formations** dans une logique de promotion de la santé qui associe les divers professionnels intervenant au sein des écoles et des établissements et tout particulièrement le corps enseignant.
 - L'ARS s'engage à participer financièrement ou en missionnant des agents en interne pour permettre la formation des acteurs du système éducatif dans le cadre de leur discipline et des programmes scolaires sur des thématiques ayant un lien avec la santé.
 - Le Rectorat met en œuvre ce contrat au sein des établissements scolaires, des écoles et des personnels.
 - Le Rectorat s'engage à :
 - favoriser la formation continue des personnels de l'Education Nationale acteurs de la promotion de la santé autour des thématiques indiquées ci-dessous.
 - Communiquer à l'ARS les actions menées dans les établissements scolaires
 - L'ARS s'engage à proposer des outils pédagogiques utiles à la diffusion de la promotion et l'éducation pour la santé pour accompagner les cours.

- **Axe 3 : Accompagner les thématiques** développées dans les 3 projets académiques ainsi que les priorités du PRS concernant les élèves du 1^{er} et du 2nd degrés.
 - Projet académique et priorité du PRS : l'éducation nutritionnelle et prévention du surpoids et de l'obésité, promotion d'une activité physique régulière, santé et hygiène bucco-dentaire,
 - Projet académique, PRS et plan VIH Dom : éducation à la sexualité dont l'accès à la contraception, la prévention du SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST),
 - Projet académique et PRS: prévention des conduites addictives et lutte contre les pratiques dangereuses,
 - Projet régional de santé : Promotion à la santé environnementale dont la lutte anti-vectorielle
 - Projet régional de santé : Promotion de la vaccination.

- **Axe 4 : Répondre aux situations d'urgence sanitaires :**
 - Gérer en collaboration avec le service médical et infirmier de l'Education nationale les signalements sanitaires et les situations épidémiques,
 - Favoriser la mise en place des actions des plans d'urgence sur le volet sanitaire.

3/5



Article 3 : Modalités de collaboration

Le recteur est membre de droit des différentes instances décisionnelles de l'ARS :

- le Conseil de surveillance de l'Agence de santé,
- la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, collaboration à l'élaboration du schéma de prévention,
- la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), instance de concertation.

Le programme annuel de mise en oeuvre de cette convention, proposé par le comité de pilotage, sera discuté et arrêté dans le cadre de ces instances.

Les conférences de territoire qui assurent la concertation locale et la cohérence des actions territoriales avec le Projet Régional de Santé associeront les représentants du rectorat.

Article 4 : Modalités de pilotage

Un comité de pilotage sera constitué, comprenant :

- Pour le rectorat :
 - Le Proviseur de vie scolaire
 - Le service de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves
 - Le DAASEN, directeur académique adjoint des services de l'éducation nationale (en fonction des thématiques abordées, les IPR pourront être sollicités).
- Pour l'ARS :
 - Le service de promotion et éducation pour la santé
 - Le service santé environnement
 - Le service lutte anti-vectorielle
 - Le service veille et sécurité sanitaire

Ses missions seront de :

- Définir le programme annuel de travail
- Suivre la mise en œuvre du programme
- Préparer les outils de suivis et de présentation aux deux institutions

Trois réunions annuelles de bilan seront programmées en partenariat entre les deux parties.

Article 5 : Durée de la convention et modalités de révision

Cette convention est conclue pour une durée de 4 ans.

Elle sera déclinée annuellement selon un programme conjointement arrêté tel que précisé article 3.

Article 6 :

Toute modification de la présente convention pourra faire l'objet d'un avenant en dehors de l'avenant annuel.

La présente convention, renouvelable de façon expresse, sera révisée, en tant que de besoin, en fonction de l'évolution du contexte universitaire et académique au cours de cette période.

Elle peut, néanmoins être dénoncée à l'initiative de l'une ou l'autre contractantes ou une partie peut demander son retrait de la convention par lettre recommandée avec accusé de réception 2 mois avant le terme prévu. Dès lors, la résiliation prendra effet à la fin de l'année.

Fait à...*Abyes*.....

le...*14/03/2012*.....

En deux exemplaires originaux.

Le Recteur de l'académie de la Guadeloupe,


M. STEPHAN MARTEN



La Directrice Générale de l'ARS,


Mme MIREILLE WILLAUME



sb





ARS Guadeloupe, Saint - Martin et Saint - Barthélemy
Rue des Archives - Bisdary • 97113 GOURBEYRE
Téléphone : 05 90 80 94 94 • Fax : 05 90 99 49 49