

N° 246

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1999-2000

Annexe au procès verbal de la séance du 1^{er} mars 2000.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 23 au 30 juillet 1999 par une délégation chargée d'étudier la situation sanitaire et sociale en Guyane,

Par MM. Jean DELANEAU, Jacques BIMBENET, Louis BOYER, Bernard CAZEAU, Guy FISCHER, Francis GIRAUD, Alain GOURNAC, Jean-Louis LORRAIN et Philippe NOGRIX,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Delaneau, *président* ; Jacques Bimbenet, Louis Boyer, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Jean-Louis Lorrain, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Annick Bocandé, MM. Charles Descours, Alain Gournac, Roland Huguet, *secrétaires* ; Henri d'Attilio, François Autain, Jean-Yves Autexier, Paul Blanc, Mme Nicole Borvo, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Gilbert Chabroux, Jean Chérioux, Philippe Darniche, Christian Demuynck, Claude Domeizel, Jacques Dominati, Michel Esneu, Alfred Foy, Serge Franchis, Francis Giraud, Claude Huriet, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, Dominique Larifla, Henri Le Breton, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Jacques Machet, Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Philippe Nogrrix, Mme Nelly Olin, MM. Lylian Payet, André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Bernard Seillier, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vezinhet, Jean-Pierre Vial, Guy Vissac.

Départements et territoires d'outre-mer - Santé publique.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	5
AVANT-PROPOS.....	9
I. UNE SITUATION SANITAIRE DÉGRADÉE.....	12
A. L'ÉTAT DE SANTÉ PRÉCAIRE DE LA POPULATION.....	12
1. <i>Une espérance de vie écourtée.....</i>	<i>14</i>
a) Une surmortalité relative.....	14
b) Des pathologies spécifiques.....	15
2. <i>Des fragilités inquiétantes.....</i>	<i>16</i>
a) La persistance durable de certaines pathologies.....	16
b) L'apparition de nouveaux problèmes sanitaires.....	18
c) L'existence de facteurs aggravants.....	19
B. DES STRUCTURES SANITAIRES FRAGILISÉES.....	19
1. <i>Un paysage sanitaire éclaté.....</i>	<i>20</i>
a) Le secteur hospitalier.....	20
b) Les centres de santé.....	21
c) La médecine de ville.....	22
d) Les autres structures sanitaires.....	22
2. <i>Une offre sanitaire insatisfaisante.....</i>	<i>23</i>
a) Une insuffisance quantitative.....	23
b) Une inadaptation qualitative.....	25
3. <i>Des spécificités handicapantes.....</i>	<i>28</i>
a) L'impact de l'immigration.....	28
b) L'incidence du contexte financier.....	29
c) Le rôle des contraintes réglementaires.....	30
II. LES GRAVES DIFFICULTÉS DE LA POLITIQUE DE L'EMPLOI.....	31
A. UN MARCHÉ DU TRAVAIL EXTRÊMEMENT DÉSÉQUILIBRÉ.....	31
1. <i>Des évolutions préoccupantes.....</i>	<i>31</i>
a) La croissance continue du chômage.....	31
b) Une montée de l'exclusion.....	32
2. <i>De sombres perspectives.....</i>	<i>32</i>
a) Le poids du facteur démographique.....	33
b) La faiblesse de la formation et des qualifications.....	33
c) Les conséquences néfastes d'une dépendance économique.....	34
B. DES MOYENS DE LUTTE CONTRE LE CHÔMAGE LARGEMENT INADAPTÉS.....	36
1. <i>Les faibles résultats de la politique de l'emploi.....</i>	<i>36</i>
a) La politique de l'emploi en Guyane.....	36
b) Un bilan décevant.....	39
2. <i>Des moyens inadaptés.....</i>	<i>40</i>
a) L'organisation déficiente du service public de l'emploi.....	40
b) Une politique de l'emploi trop orientée vers le secteur non marchand.....	43
c) Les carences de l'offre de formation.....	44
d) Les risques du RMI.....	46

CONCLUSION.....48

**ANNEXE - PROGRAMME DE LA MISSION D'INFORMATION DE LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES EN GUYANE.....54**

TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Le mercredi 27 octobre 1999, sous la présidence de M. Jean Delaneau, président, la commission a entendu une **communication de M. Jean Delaneau**, sur la **mission d'information** qui s'est déroulée en **Guyane** du 23 au 30 juillet 1999 en vue de dresser un bilan de la situation sanitaire et sociale de ce département.*

M. Jean Delaneau a précisé qu'il avait jugé utile de faire un bref compte rendu de cette mission avant que la commission n'examine le budget de l'outre-mer le mercredi 10 novembre prochain.

Revenant sur l'objectif de la mission, il a précisé qu'elle s'inscrivait dans le cadre de la préparation de l'examen, par le Parlement, du projet de loi d'orientation sur les départements d'outre-mer annoncé par le Gouvernement. Il a indiqué à ce propos que la commission ne manquerait pas de se saisir pour avis de ce texte, rappelant qu'elle avait toujours été très attentive à la situation de l'outre-mer, où les difficultés sociales sont tout particulièrement exacerbées.

M. Jean Delaneau a souligné qu'au terme d'un programme de travail particulièrement dense et varié, la délégation était en mesure de dresser un état des lieux de la situation sanitaire et sociale de la Guyane. Il a ainsi observé qu'en dépit de nombreux atouts, la Guyane connaissait actuellement une crise de développement tout particulièrement sensible sur le plan sanitaire et social.

Abordant la question démographique, il a insisté sur la croissance particulièrement rapide de la population. Il a constaté que le dernier recensement évaluait la population à 157.000 personnes, soit une croissance de 37 % entre 1990 et 1999. Mais il a précisé que beaucoup des interlocuteurs de la délégation avaient estimé ce chiffre à 200.000 habitants. Il a rappelé que, pendant trois siècles et jusqu'en 1946, la population guyanaise avait stagné autour de 25.000 habitants.

Il a observé que deux causes principales étaient à l'origine de cette augmentation : une forte natalité et une immigration très importante, la population immigrée atteignant 70.000 personnes, soit près de 40 % de la population.

Mais il a également insisté sur les deux particularités de cette population, à savoir sa jeunesse, 45 % des habitants ayant moins de 20 ans, et sa diversité ethnique.

*Sur le plan sanitaire, **M. Jean Delaneau** a estimé que la situation était préoccupante comme en témoignaient certains indicateurs : un taux de mortalité périnatale qui atteint 26 %, la persistance du paludisme, la propagation du virus du Sida, les ravages de la toxicomanie, les menaces pesant sur la chaîne alimentaire.*

Sur le plan de l'emploi et de l'insertion, il a rappelé que le chômage touchait 13.000 personnes, soit environ le quart de la population active. Constatant qu'il faudrait créer 25.000 emplois d'ici 2006 pour seulement stabiliser le taux de chômage du fait des évolutions démographiques, et observant que le nombre d'emplois avait diminué en 1998, il s'est inquiété du risque d'une dégradation de la situation de l'emploi. Il a également insisté sur la structure particulière de l'emploi dans ce département, où 56 % des emplois salariés relèvent du secteur public.

Il a jugé d'autant plus inquiétante la situation de l'emploi que le niveau de formation était faible. A cet égard, il a indiqué que 60 % des demandeurs d'emploi avaient un niveau de formation inférieur ou égal au niveau V bis.

Observant une croissance du nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI), il a souligné que celui-ci concernait directement ou indirectement 10 % de la population du département.

*Face à ce constat d'une situation sanitaire et sociale très dégradée, **M. Jean Delaneau** a estimé que l'action publique restait très en retrait.*

Il a ainsi observé que les structures sanitaires locales étaient saturées du fait d'un nombre insuffisant de lits et de personnels médicaux.

Il a également estimé que les résultats de la politique d'insertion étaient faibles. Soulignant l'absence de formation en alternance, il a indiqué que l'organisation du service public de l'emploi connaissait un certain retard avec l'absence de mission locale et d'entreprises d'insertion. Il s'est étonné de l'orientation de la politique de l'emploi dans ce département où l'on demande aux entreprises d'embaucher des personnes non qualifiées et où le secteur public et parapublic se réserve les personnes les plus qualifiées, notamment par l'intermédiaire des emplois-jeunes.

*Au regard de ce bilan qu'il a qualifié de sombre, **M. Jean Delaneau** a considéré que la mission d'information avait d'ores et déjà permis de dégager deux enseignements principaux.*

En premier lieu, il a insisté sur la nécessité de mettre en œuvre un plan de rattrapage pour la Guyane, notamment en matière sanitaire et sociale. Il a indiqué que ce plan devait avoir trois objectifs prioritaires : mise à niveau de certaines infrastructures car il existe toujours des communes sans eau potable, électricité et téléphone, mise à niveau des structures sanitaires par une augmentation des moyens matériels et humains, effort très important en matière de formation face au risque d'une explosion du chômage.

En second lieu, il a estimé nécessaire d'adapter la réglementation applicable en Guyane aux spécificités locales pour pouvoir résoudre les problèmes avec souplesse. Il a jugé qu'une application automatique des normes métropolitaines ne pouvait apporter des réponses efficaces et pouvait même avoir des effets pervers.

A cet égard, il a cité quatre exemples d'inadaptation des normes métropolitaines dans le domaine de la santé : le non-remboursement des anti-paludéens qui sont considérés comme des « médicaments de confort » en métropole, le regroupement des activités de maternité alors que, dans certains cas, il est préférable de garder cette activité dans les centres de santé, l'application de la couverture maladie universelle dans un département où plus de 20 % de la population relève de l'aide médicale, le passage aux 35 heures dans le secteur sanitaire et social où il existe des difficultés de recrutement alors que les aides financières ne prennent pas en considération les spécificités des DOM.

Il a alors proposé d'inscrire, dans le budget du secrétariat d'Etat à l'outre-mer, les crédits relatifs à l'action sanitaire et sociale, figurant pour l'instant au budget du ministère de l'emploi et de la solidarité. Il a observé que cette opération permettrait une plus grande adaptation des politiques publiques aux besoins, soulignant qu'un tel transfert avait déjà eu lieu en matière d'emploi et de logement.

***M. Alain Gournac** a déclaré partager le souci d'adaptation de la réglementation. Il a cité l'exemple du statut de l'hôpital de Saint Laurent du Maroni, où plus de la moitié des naissances étaient le fait de mères étrangères. Il a alors proposé de doter l'hôpital d'un statut international pour prendre en compte cette spécificité. De la même manière, il a souligné l'inadaptation des règles de remboursement des médicaments.*

***M. Philippe Nogrix** a estimé que l'on avait sans doute péché par orgueil en voulant faire de la Guyane l'image de la métropole. Il a rappelé les spécificités de ce département, plus proche du continent sud-américain que des Caraïbes avec lesquelles il est trop souvent assimilé.*

Il a observé que la situation guyanaise exigeait la mise en place de structures de formation de base, notamment en matière de lutte contre

l'illettrisme. Il a indiqué que l'expérience des H'mongs prouvait qu'une politique ambitieuse de développement pouvait réussir.

Il s'est néanmoins inquiété des conséquences de la politique actuelle, estimant que les aides budgétaires à la personne, et notamment le RMI, risquaient de pousser les Guyanais à perdre leurs traditions.

*En conclusion, **M. Jean Delaneau** a indiqué qu'il souhaitait que chaque membre de la délégation puisse lui adresser ses observations pour la préparation du rapport d'information. Il a insisté, une nouvelle fois, sur la nécessité de prendre en compte les spécificités guyanaises, et notamment l'appartenance au continent amérindien, pour l'application des politiques publiques.*

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Lors de la dernière session parlementaire, la commission des Affaires sociales du Sénat a décidé d'organiser une **mission d'information destinée à dresser le bilan de la situation sanitaire et sociale de la Guyane.**

Votre commission a, en effet, toujours été très attentive à la situation de l'outre-mer où les difficultés sociales sont tout particulièrement exacerbées. Ainsi, a-t-elle déjà effectué deux missions d'information en outre-mer ces dernières années, l'une en 1992 à la Réunion, l'autre en 1993 en Guadeloupe et en Martinique, afin d'étudier les questions de l'emploi et du RMI. Cette nouvelle mission s'inscrit donc dans la continuité de ces missions précédentes, même si son champ a, dans le cas présent, été élargi aux questions sanitaires.

Votre commission a, cette fois, choisi la Guyane.

L'image de la Guyane est en effet celle d'un département en crise. Comme l'écrit M. Jean-François Merle dans son récent rapport sur la Guyane¹, la crise guyanaise, « *c'est d'abord la crise de développement d'une région qui subit de plein fouet les contrecoups d'un marché trop étroit, où la concurrence est inexistante, d'une dépendance extrême à l'égard des financements publics et des transferts, d'une pression démographique accentuée par les effets de l'immigration, légale ou clandestine* ».

Cette crise de développement est particulièrement sensible sur le plan sanitaire et social. C'est le constat qu'a pu dresser sur place la délégation. Si cette crise s'explique avant tout par les spécificités démographiques et géographiques du département, elle est également alimentée par l'inadaptation croissante des politiques publiques au contexte local.

¹ « *Guyane 1997 : état des lieux et propositions* », Rapport au secrétariat d'Etat à l'outre-mer, 1998.

Mais cette mission est également apparue nécessaire dans le contexte législatif actuel. Lors de l'examen du projet de loi de finances pour 1999, M. Jean-Jack Queyranne, secrétaire d'Etat à l'outre-mer, a annoncé, le 23 octobre 1998, que « *le Gouvernement déposerait, à l'automne 1999, un projet de loi d'orientation axé en priorité sur le développement économique et social des départements d'outre-mer* ». Aussi, dans la perspective de l'examen par le Parlement de ce projet de loi d'orientation qui comprendra un important volet social, il a semblé souhaitable à votre commission d'organiser un déplacement sur place afin de préparer dans les meilleures conditions l'examen de ce projet dont elle ne manquera pas de se saisir pour avis.

C'est la raison pour laquelle, au-delà du simple diagnostic d'ailleurs déjà largement connu, la délégation a souhaité également dégager les orientations qu'elle estime nécessaires pour préparer l'avenir de ce département. Il s'agit donc moins de rédiger un « énième » rapport que d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les aspects les plus préoccupants du contexte sanitaire et social guyanais et d'apporter une contribution concrète aux efforts et aux réflexions déjà largement entrepris sur place.

La mission s'est déroulée du 23 au 29 juillet 1999.

Composition de la délégation

- *M. Jean Delaneau, président, RI, sénateur d'Indre-et-Loire,*
- *M. Jacques Bimbenet, RDSE, sénateur du Loir-et-Cher,*
- *M. Louis Boyer, RI, sénateur du Loiret,*
- *M. Bernard Cazeau, Soc, sénateur de Dordogne,*
- *M. Guy Fischer, CRC, sénateur du Rhône,*
- *M. Francis Giraud, RPR, sénateur des Bouches-du-Rhône,*
- *M. Alain Gournac, RPR, sénateur des Yvelines,*
- *M. Jean-Louis Lorrain, UC, sénateur du Haut-Rhin,*
- *M. Philippe Nogrix, UC, sénateur d'Ille-et-Vilaine.*

Pendant la durée de son séjour, la délégation a participé à plus d'une vingtaine d'entretiens approfondis, sans compter de nombreux échanges plus informels, mais elle a privilégié les visites « sur le terrain », notamment dans le secteur sanitaire, au plus près des réalités quotidiennes, qui lui ont permis de dresser un état des lieux aussi précis et aussi objectif que possible de la situation sanitaire et sociale de la Guyane.

Toutefois, si, à l'occasion de cette mission, la délégation a tenu à examiner l'ensemble de la situation sanitaire et sociale de ce département, elle a choisi, face à l'ampleur des domaines concernés, de concentrer son travail sur deux thèmes plus précis, qui sont vite apparus comme les plus préoccupants : la situation sanitaire d'une part et l'emploi et l'insertion professionnelle d'autre part.

La délégation tient à remercier vivement l'ensemble des personnalités qui l'ont reçue (voir programme de la mission *in fine*) pour la qualité et la chaleur de leur accueil et pour leur précieuse collaboration au bon déroulement de cette mission.

I. UNE SITUATION SANITAIRE DÉGRADÉE

A. L'ÉTAT DE SANTÉ PRÉCAIRE DE LA POPULATION

L'état de santé de la population guyanaise est difficile à apprécier de manière fine. Le document de préparation du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) établi en janvier 1999 par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) précise ainsi : « *l'identification des besoins de santé de la population guyanaise se heurte d'emblée à l'insuffisance des systèmes d'information. En effet, très peu de données de morbidité sont disponibles en routine et leur finesse est insuffisante. La faiblesse et l'hétérogénéité des données disponibles, en particulier des recueils d'informations médicales hospitalières, rendent très difficile l'appréciation qualitative et quantitative de la morbidité de la population guyanaise. D'autre part, les caractéristiques démographiques de la population et leur évolution prévisible sont très dépendantes des informations disponibles sur l'immigration, très importante en Guyane et difficile à estimer.* »

La situation démographique apparaît en effet, dans le cas guyanais, comme l'un des déterminants majeurs de l'état de santé de la population.

Une situation démographique très particulière

Si les spécificités guyanaises sont d'abord de nature géographique (il s'agit du plus vaste département français avec un territoire de 91.000 km²), elles sont également démographiques. C'est ce que viennent de confirmer les résultats du dernier recensement général de la population effectué en 1999.

• Une forte croissance démographique

La croissance de la population reste particulièrement rapide même si elle a tendance à légèrement ralentir. Ainsi, la population a plus que doublé depuis 1982 et atteindrait 157.000 habitants en 1999.

	1982	1990	1999
Population totale au recensement	73.012	114.678	157.277

Source : INSEE

Cette croissance est d'autant plus impressionnante que, pendant trois siècles et jusqu'en 1946, la population avait stagné autour de 25.000 habitants.

En réalité, il n'est pas exclu que le recensement de 1999 ait sous-estimé le chiffre réel de la population. Ainsi, les estimations intercensitaires de l'INSEE évaluait la population à 171.000 habitants en 1997. Beaucoup des interlocuteurs de la délégation ont alors estimé que la population totale atteignait en fait 200.000 habitants.

Deux causes principales sont à l'origine de cette croissance rapide.

► D'une part, la natalité reste très forte. Le taux de natalité guyanais est le plus élevé des départements français (29,8 naissances pour 1.000 habitants en 1997 contre 12,6 en métropole). Cela s'explique par un taux de fécondité qui reste élevé (3,2 contre 1,7 en métropole) et par la forte proportion de femmes en âge de procréer.

► D'autre part, l'immigration est importante.

• Un solde migratoire important

La population guyanaise est traditionnellement très diversifiée. Si les créoles représentent l'essentiel de la population (45 % au total), ils restent minoritaires par rapport à d'autres populations : métropolitains, amérindiens, noirs marrons, asiatiques (chinois et H'mongs).

A cette population française s'ajoute une population immigrée de plus en plus importante. Elle atteindrait 70.000 personnes, soit près de 40 % de la population totale du département⁽¹⁾. La moitié de ces immigrés serait en situation irrégulière.

Le solde migratoire est d'ailleurs plus important que le solde naturel. Il l'a ainsi dépassé de 50 % entre 1982 et 1990.

Ces nouveaux immigrés, attirés par l'attractivité économique du département ou chassés par des troubles politiques dans des pays voisins, viennent principalement d'Haïti, du Brésil, du Surinam ou de Guyana.

• Une population jeune

Plus du tiers de la population a moins de 15 ans et plus de la moitié a moins de 25 ans.

La structure par âge de la population est donc très différente de celle de la métropole.

En 1997	Guyane	Métropole
Part des moins de 15 ans	35,5 %	19,4 %
Par des plus de 65 ans	3,6 %	15,2 %

Source : INSEE

• Une répartition très inégale de la population

Si la densité moyenne est faible (2 habitants au km²), la population est en revanche très inégalement répartie sur le territoire départemental : 82 % de la population est regroupée sur le territoire des 5 communes urbaines du littoral.

(1) Estimation de l'IEDOM, rapport « La Guyane en 1998 ».

Néanmoins la délégation considère que cet état de santé reste précaire, certains indicateurs étant à ses yeux particulièrement préoccupants¹.

1. Une espérance de vie écourtée

L'état de santé d'une population ne peut se résumer au seul indicateur de l'espérance de vie à la naissance.

Certes, celle-ci a sensiblement augmenté ces dernières années, tendant à se rapprocher de la moyenne nationale.

Espérance de vie à la naissance

	Guyane			Métropole		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Hommes	65,5	70,2	ND	72,8	73,9	74,9
Femmes	73,9	77,9	ND	81,0	81,9	82,3

Source : INSEE

Cette progression s'explique par la baisse de la mortalité infantile depuis les années 1970. Toutefois, on constate dans les années 1990 une stabilisation, voire une légère régression de cet indicateur. Les gains les plus récents en terme d'espérance de vie proviennent alors de l'amélioration de l'état de santé à d'autres âges de la vie.

Il n'en reste pas moins que l'espérance de vie reste significativement inférieure -de l'ordre de quatre ans- à celle de la métropole.

Cette analyse rend alors nécessaire une approche comparative en termes de mortalité et de morbidité pour identifier les principales causes tendant à fragiliser l'état de santé des guyanais.

a) Une surmortalité relative

Alors que la mortalité semble faible en apparence (3,8 ‰ contre 9,2 ‰ en métropole), une surmortalité globale est constatée lorsque l'effet de structure par âge est éliminé.

¹ La délégation s'appuie notamment, pour formuler ce diagnostic, sur les travaux des conférences régionales de santé de 1997 et 1998 et de l'observatoire régional de santé.

Taux comparatifs de mortalité

Causes	Guyane	Métropole	Différence
Maladies de l'appareil circulatoire	363,30	311,50	+ 51,80
Tumeurs	210,20	251,70	- 41,50
Causes extérieures de traumatismes	100,30	83,80	+ 16,50
Maladies infectieuses et parasitaires	77,80	17,00	+ 60,80
Symptômes et états mal définis	56,60	56,00	+ 0,60
Maladies endocrines, troubles immunitaires	48,90	23,00	+ 25,90
Maladies de l'appareil respiratoire	48,10	63,90	- 15,80
Maladies de l'appareil digestif	42,60	48,00	- 5,40
Autres maladies	40,60	18,30	+ 22,30
Troubles mentaux	25,80	22,20	+ 3,60
Maladies du système nerveux	22,60	19,50	+ 3,10
Maladies des organes génito-urinaires	14,80	12,70	+ 2,10
Total toutes causes	1 051,60	927,60	+ 124,00

Source : INSERM-ARH

Trois causes principales de surmortalité peuvent alors être identifiées : les affections cardio-vasculaires, les causes extérieures de traumatismes (violences, suicides, accidents de la circulation...) et les pathologies infectieuses.

La Guyane cumule donc des causes de mortalité propres aux pays développés (maladies cardio-vasculaires principalement) et des causes de surmortalité spécifiques aux pays en développement (traumatismes, pathologies infectieuses, mortalité périnatale).

b) Des pathologies spécifiques

Au-delà des seuls indicateurs de mortalité, les indicateurs de morbidité permettent sans doute d'apprécier plus finement les caractéristiques particulières de l'état de santé de la population.

**Répartition des séjours annuels dans les établissements hospitaliers
selon les pathologies traitées**

Causes	Guyane	Métropole	Différence
Accouchements anormaux et complications de grossesse et d'accouchement	24,30 %	7,70 %	16,6
Lésions traumatiques, empoisonnements	15,30 %	9,70 %	5,6
Appareil digestif	9,00 %	12,00 %	- 3,0
Maladies infectieuses et parasitaires	6,40 %	1,60 %	4,8
Symptômes signes et états morbides mal définis	6,00 %	8,80 %	- 2,8
Appareil circulatoire	5,60 %	9,80 %	- 4,2
Maladies des organes génito-urinaires	5,20 %	6,00 %	- 0,8
Appareil respiratoire	4,40 %	6,40 %	- 2,0
Maladies du système nerveux et des organes des sens	4,10 %	7,50 %	- 3,4
Système ostéoarticulaire, muscles et tissus conjonctifs	3,60 %	5,60 %	- 2,0
Tumeurs	3,10 %	8,40 %	- 5,3
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	2,50 %	0,70 %	1,8
Peau et tissus sous-cutanés	2,40 %	1,70 %	0,7
Maladies endocriniennes nutrition et troubles immunitaires	2,20 %	2,10 %	0,1
Troubles mentaux	1,80 %	2,30 %	- 0,5
Autres	4,70 %	9,70 %	- 5,0

Source : INSERM-ARH

Trois types de morbidité sont donc sur-représentés en Guyane : celles liées à la naissance et à la périnatalité, aux traumatismes et aux maladies infectieuses.

2. Des fragilités inquiétantes

Plusieurs fragilités de l'état de santé de la population guyanaise ont tout particulièrement préoccupé la délégation.

a) La persistance durable de certaines pathologies

Les premières concernent certaines pathologies auxquelles la population guyanaise est directement et traditionnellement exposée. La délégation a toutefois observé que ces pathologies se révèlent persistantes, voire en augmentation.

La délégation s'est tout d'abord inquiétée de la **persistance de la mortalité périnatale et infantile.**

Taux de mortalité infantile et périnatale

	Guyane		Métropole	
	1985	1995	1985	1995
Mortalité infantile ⁽¹⁾	21,4	17,8	8,3	5,0
Mortalité périnatale ⁽²⁾	31,0	28,3	10,7	7,6

⁽¹⁾ pour 1.000 naissances vivantes

Source : INSEE

⁽²⁾ Nombre de mort-nés et de décès de moins de 7 jours pour 1.000 naissances totales

Les taux de mortalité infantile et périnatale mettent en évidence deux problèmes :

- ils sont plus de trois fois plus élevés qu'en métropole ;
- ils ne diminuent plus que très faiblement. Le taux de mortalité périnatale n'a ainsi diminué que de 10 % entre 1985 et 1995. Il est aujourd'hui de 26 ou 27 ‰, selon les estimations de la DDASS.

La **traumatologie** est également préoccupante. La sur-représentation des lésions traumatiques en Guyane s'explique part :

- la violence, le taux d'homicide étant par exemple quatre fois plus élevé en Guyane qu'en métropole en 1995 ;
- l'importance des accidents de la circulation en dépit de la très faible densité du réseau routier ;
- le nombre élevé de suicides et de tentatives de suicides.

L'existence endémique de **maladies infectieuses** constitue aussi un important problème de santé publique. L'incidence du **paludisme** en Guyane reste élevée où 3.209 cas confirmés ont été enregistrés en 1997. La **lèpre** reste présente, même si la prévalence décroît régulièrement. Mais 10 à 15 nouveaux cas sont détectés chaque année. Le virus de la **dengue**, qui sévit à l'état endémique, est d'autant plus préoccupant qu'un nouveau virus est apparu qui peut évoluer vers des formes graves de fièvres hémorragiques.

L'importance de l'**alcoolisme** est tout aussi préoccupante, notamment du fait des psychoses alcooliques nécessitant un traitement psychiatrique et des conséquences en termes de morts par traumatismes (accidents de la circulation en particulier). L'alcoolisme est d'autant plus inquiétant qu'il n'existe aujourd'hui aucune structure spécifique de prise en charge en Guyane, même si un projet de création d'un centre de cure ambulatoire en alcoologie pourrait voir le jour cette année.

b) *L'apparition de nouveaux problèmes sanitaires*

A ces pathologies traditionnelles, mais hélas persistantes, s'ajoute l'apparition de nouveaux problèmes sanitaires. La délégation a ainsi été tout particulièrement sensibilisée à trois d'entre eux.

La Guyane est très fortement touchée par le **Sida**. En 1997, le taux de victimes du Sida par million d'habitants atteignait 4.390 contre 782 en moyenne nationale. Au total, depuis le début de l'épidémie jusqu'en 1998, 672 cas de Sida domiciliés en Guyane ont été déclarés. L'épidémie présente une particularité en Guyane : sa transmission se fait très majoritairement par relations hétérosexuelles.

La **toxicomanie** mérite également une attention particulière. Une enquête de l'observatoire régional de santé d'avril 1998 chiffre à 20 % la proportion de jeunes consommateurs de drogue. Cette situation est d'autant plus inquiétante qu'il semble que le nombre de toxicomanes augmente (on assiste en effet à une progression du nombre de patients hospitalisés pour toxicomanie) et qu'elle prend principalement la forme de consommation de « crack », drogue spécialement nocive à effet de dépendance quasi-immédiate.

La délégation s'est aussi inquiétée de la **qualité de l'eau**. Deux problèmes distincts peuvent ici être identifiés.

D'une part, la pollution des fleuves Maroni et Oyapock rend l'eau impropre à la consommation dans les communes de l'intérieur. La direction de l'action sanitaire et sociale (DDASS) considère que « *la qualité de l'eau distribuée en Guyane ne s'est pas améliorée et s'est même détériorée depuis quatre ans* ». Au total, 20 % de la population ne serait pas desservie par une eau de bonne qualité.

D'autre part, la pollution des fleuves se traduit par la présence de mercure dans la chaîne alimentaire. Les activités d'orpaillage sont en effet responsables de rejets importants de mercure dans les fleuves, notamment dans le Maroni. Ces rejets provoquent une contamination des poissons qui constituent une des bases de l'alimentation des populations amérindiennes. Ces populations sont alors exposées à de graves risques neurotoxiques. Deux études réalisées par l'Institut de veille sanitaire et par l'INSERM en avril et juin 1999 ont montré que la norme maximale de 10 µg/g de mercure dans les cheveux, tolérée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), était dépassée pour la moitié de la population amérindienne étudiée.

c) L'existence de facteurs aggravants

Mais au-delà de ce diagnostic strictement sanitaire, la délégation a observé que cette situation sanitaire inquiétante souffrait de deux facteurs aggravants.

En premier lieu, **la montée de la précarité** n'est pas sans incidence sur l'état de santé de la population. Certes, il est difficile d'évaluer la montée de la précarité tant cette notion semble parfois en inadéquation avec le contexte spécifique guyanais.

Ainsi, l'INSEE a considéré que les ménages précaires étaient ceux logés dans des habitations de fortune, ne disposant pas d'eau dans ou près du logement, et ceux dont le chef de famille est chômeur. Se fondant sur cette définition, l'institut a estimé que 30 % de la population vivait en situation de précarité (contre 22 % en Guadeloupe et 18 % en Martinique) sur la base du recensement de 1990. Cette analyse doit cependant être accueillie avec prudence, car il n'intègre qu'imparfaitement certaines traditions guyanaises : l'habitat traditionnel sur les fleuves est considéré comme un habitat précaire et le rapport au travail des amérindiens et des noirs marrons ne peut être pris en compte de manière classique.

Il n'en reste pas moins que la précarité s'accroît comme en témoigne l'évolution du nombre d'allocataires du RMI : ceux-ci sont passés de 2.321 en décembre 1989 à 8.251 en juin 1999.

En second lieu, la **géographie humaine** constitue un obstacle à l'amélioration de l'accès aux soins. Les communes de l'intérieur, qui regroupent 20 % de la population, restent isolées, n'étant souvent accessibles que par pirogues, au prix de trajets souvent longs et difficiles. Les dessertes aériennes sont en effet loin de couvrir l'ensemble du territoire, restent soumises aux aléas climatiques et sont d'un coût conséquent.

B. DES STRUCTURES SANITAIRES FRAGILISÉES

Face à cette situation sanitaire inquiétante et à la croissance rapide de la population, la délégation a cherché à apprécier l'adaptation des structures sanitaires à ces enjeux cruciaux en terme de santé publique.

Si la situation des structures sanitaires est contrastée, il apparaît toutefois qu'elles sont globalement fragilisées.

1. Un paysage sanitaire éclaté

Les structures sanitaires s'organisent autour de quatre pôles.

a) Le secteur hospitalier

Il est composé de six établissements.

Trois sont des établissements publics ou assimilés :

- le centre hospitalier de Cayenne

Cet hôpital comprend 326 lits en court séjour, 53 lits en moyen séjour et 105 lits en psychiatrie. Il gère également 40 lits de long séjour, 60 lits en maison de retraite, 30 places dans un centre médico-éducatif pour jeunes handicapés profonds ainsi qu'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes. Il emploie 1.026 personnes, dont 113 comme personnel médical. Son budget global était de 554 millions de francs en 1999.

- le centre hospitalier André Bouron à Saint-Laurent-du-Maroni

Il comprend 74 lits en court séjour et 80 lits en maison de retraite. Il emploie 298 personnes, dont 34 médecins. Son budget global était de 143 millions de francs en 1999.

- le centre médico-chirurgical de Kourou

Il s'agit d'un établissement privé participant au service public hospitalier. Il comprend 65 lits de court et moyen séjours et emploie 139 personnes (en équivalent temps plein) dont 15 médecins. Son budget atteignait 94 millions de francs en 1999.

A ces établissements s'ajoutent trois cliniques privées, toutes situées à Cayenne : la clinique des Hibiscus, la clinique Saint-Paul et la clinique Véronique. Il existe également une maison de convalescence à Montsinéry.

Ces établissements privés proposent 216 lits en court séjour et 30 en moyen séjour. Ils emploient 297 personnes dont 97 médecins.

Au total, le nombre total de lits installés dans le secteur hospitalier s'élève à 737. Il a évolué comme suit :

Nombre de lits dans les établissements hospitaliers

	1993	1994	1995	1996	1997
Ensemble établissements publics et privés	782	774	729	730	737
<i>dont : - établissements privés</i>	212	212	242	246	246
Médecine	274	272	272	267	278
Chirurgie	215	209	204	210	194
Gynécologie	97	97	97	102	133
Psychiatrie	90	90	90	85	80
Moyen séjour	90	90	66	66	52

Source : INSEE

L'activité globale du secteur hospitalier a représenté un peu plus de 25.000 entrées en 1996 en court séjour.

Activité du court séjour hospitalier Entrées totales en hospitalisation complète en 1996

Rubriques	Guyane
Secteur public :	
Médecine	6.959
Chirurgie	4.744
Gynécologie-obstétrique	4.518
Secteur privé :	
Médecine	3.307
Chirurgie	8.546
Gynécologie-obstétrique	6.639
Ensemble secteurs public et privé	25.181
Nombre total d'accouchements	4.089
Nombre total d'IVG	1.216

Source : DRASS - SAE 96

b) Les centres de santé

Les centres de médecine collective, ou centres de santé, successeurs des anciens dispensaires, constituent un maillon essentiel du système sanitaire en Guyane, comme a pu le constater la délégation qui a visité les centres de santé de Manipasoula, d'Iracouba et les postes de santé de Cacao.

Institués par le décret du 16 décembre 1955 fixant les conditions de création et de fonctionnement des centres de médecine collective des départements d'outre-mer, ces centres de santé ont vocation à « répondre aux besoins dans des régions où les conditions normales d'exercice de la médecine sont absentes ».

Il existe actuellement neuf centres de santé et dix-sept postes de santé, implantés dans les communes isolées de la Guyane. Ces centres jouent un rôle prépondérant en matière sanitaire dans les zones où ils sont implantés. Ils effectuent des soins curatifs, des soins infirmiers, des accouchements, mais aussi des activités de prévention et de protection maternelle et infantile (pour 20 % de leur activité). Les centres disposent d'une quarantaine de lits d'hospitalisation. La gratuité des soins et des médicaments est la règle.

Pour les centres de santé, les équipes sont composées d'au moins un médecin, d'infirmières, d'aides soignantes, rarement de sages-femmes. Les postes sont tenus le plus souvent par des agents de santé ou des aides-soignantes, parfois par des infirmières. Des permanences organisées par un médecin sont organisées périodiquement, à un rythme hebdomadaire, voire mensuel.

Ces centres de médecine collective sont gérés depuis 1984 par le conseil général.

c) La médecine de ville

La médecine de ville n'est que faiblement représentée en Guyane, comme en témoigne le tableau ci-dessous.

Nombre de professionnels de santé libéraux en 1997

Médecins	108
<i>dont généralistes</i>	70
<i>dont spécialistes</i>	38
Chirurgiens-dentistes	44
Sages-femmes	1
Infirmiers	50
Masseurs-kinésithérapeutes	29
Orthophonistes	4
Orthoptistes	2

Source : DRASS

d) Les autres structures sanitaires

Il existe également sept centres de prévention et de vaccination, tous situés sur la bande littorale, ainsi qu'un centre de prévention spécialisé basé à Cayenne.

Tous ces centres sont gérés par le conseil général, en application de la loi du 22 juillet 1983 qui confie, en matière d'organisation sanitaire, une compétence générale de prévention sanitaire au département.

2. Une offre sanitaire insatisfaisante

Lors de sa mission d'information, la délégation a constaté que l'offre de soins actuellement disponible en Guyane n'était pas satisfaisante. En dépit de la forte implication des professionnels de santé, les structures sanitaires restent en effet en grande partie inadaptées aux besoins des patients.

a) Une insuffisance quantitative

Qu'il s'agisse des équipements de santé ou des professionnels de santé, leur densité reste faible, voire insuffisante, sur le territoire guyanais. On constate en effet un retard évident de la Guyane par rapport à la métropole, mais aussi par rapport aux départements voisins des Antilles françaises, alors que la situation sanitaire de la Guyane exigerait un effort conséquent.

Cette insuffisance quantitative des structures concerne d'abord les équipements hospitaliers. A titre d'exemple, on s'en tiendra au seul nombre de lits hospitaliers de court séjour.

Taux d'équipement en lits hospitaliers en 1997 pour 1.000 habitants

Discipline	Guyane	Antilles	Métropole
Médecine	1,70	2,45	2,11
Chirurgie	1,19	1,60	1,89
Gynécologie-obstétrique	0,81	0,61	0,45

Source : ministère de la Santé

Ainsi, en médecine et en chirurgie, le taux d'équipement est très sensiblement inférieur à celui de métropole, mais aussi à celui des Antilles dont la structure de la population est pourtant proche de celle rencontrée en Guyane.

De même, le « sur-équipement » en gynéco-obstétrique n'est qu'apparent. Le nombre de lits installés est proportionnellement moins de deux fois celui constaté en métropole. Or, la natalité en Guyane est près de trois fois supérieure à celle de métropole (29,8 ‰ en Guyane, contre 12,6 ‰ en métropole en 1997).

Au-delà de ces comparaisons statistiques un peu abstraites, la visite des établissements hospitaliers permet d'apprécier la saturation des hôpitaux et des cliniques.

Au moment de la visite de la délégation, le centre hospitalier de Cayenne offrait 15 lits dans son service de pédiatrie, alors que le nombre d'enfants accueillis était de 17. De la même manière, alors que le service de maternité est théoriquement limité à 55 lits, 65 lits étaient effectivement installés, dans des conditions de fortune, pour faire face à la demande.

La situation est identique au centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni. Pour une capacité théorique de 10 lits en pédiatrie, le service accueille pourtant 19 enfants. Le service de maternité est tout aussi submergé, le nombre d'accouchements réalisé dans l'hôpital étant passé de 300 en 1980 à 1.400 en 1998.

L'engorgement croissant des services impose alors une rotation plus rapide des patients. Cette baisse constante de la durée moyenne de séjour n'est pas toujours sans risque sanitaire. Ainsi, à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, cette durée moyenne de séjour a été ramenée à 3,7 jours en maternité, avec des sorties qui peuvent intervenir le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement.

Mais cette insuffisance quantitative concerne aussi le nombre de professionnels de santé installés en Guyane.

Densité des professionnels de santé en 1997

<i>(pour 100.000 habitants)</i>	Guyane	Guadeloupe	Martinique	Métropole
Généralistes	81	93	103	149
Généralistes libéraux	43	64	75	114
Spécialistes	53	76	85	146
Spécialistes libéraux	23	43	41	87
Dentistes	23	29	34	68
Sages-femmes	110	121	143	88
Infirmiers	310	374	500	588
Kinésithérapeutes	24	37	40	81

Source : service statistique Région sanitaire Antilles-Guyane

Le déficit de professionnels de santé concerne aussi bien le secteur hospitalier que le secteur libéral. Il est sans doute accentué dans le secteur libéral où la densité médicale est inférieure en moyenne des deux tiers par rapport à la métropole. A cet égard, il est à noter que la gratuité des soins

assurée dans les centres de santé ou aux urgences hospitalières peut contribuer à expliquer le faible développement du secteur libéral.

Ce déficit est patent, quelle que soit la profession concernée. Seules les sages-femmes sont en apparence sur-représentées en Guyane. En réalité, si on rapporte le nombre de sages-femmes au nombre de naissances, force est également de conclure à un encadrement insuffisant pour les sages-femmes.

Nombre de sages-femmes pour 1.000 naissances

Guyane	Guadeloupe	Martinique	Métropole
10,4	19,3	26,6	17

Source : DRASS

Cette insuffisance de sages-femmes atteint parfois des dimensions préoccupantes. Ainsi, la délégation a pu constater par exemple qu'à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, seules sept sages-femmes étaient effectivement employées alors que quatorze postes étaient pourtant créés.

Si ce manque de professionnels a diverses origines, la délégation considère cependant que les **imperfections du système de formation** l'expliquent en grande partie.

Les possibilités régionales de formation des professionnels de santé sont en effet très réduites. En Guyane, il n'existe qu'une école de formation d'infirmières et d'aides-soignantes rattachée au centre hospitalier de Cayenne. Elle ne forme chaque année que quinze infirmières dont une part ne souhaite pas exercer sur place et part pour la métropole.

Il n'existe aucune offre de formation régionale pour les médecins et les sages-femmes. L'UER de médecine de la région Antilles-Guyane, pourtant annoncée depuis longtemps, n'est toujours pas mise en place.

b) Une inadaptation qualitative

A cette insuffisance générale d'équipement et de professionnels de santé s'ajoute une inadaptation qualitative des structures sanitaires, que la délégation a jugé tout particulièrement inquiétante.

• **La situation préoccupante des centres de santé**

Alors que ces centres pourraient jouer un rôle fondamental de pivot dans l'organisation du système de santé, en limitant le recours aux urgences hospitalières et en favorisant une médecine de proximité dans des zones isolées et difficiles d'accès, la délégation n'a pu que constater leurs immenses difficultés.

Ce diagnostic ne fait que confirmer d'autres analyses antérieures.

Les contrôles sanitaires effectués par la DDASS en 1996 et 1997 avaient déjà fait le constat d'une situation catastrophique : manque de matériel, pénurie de personnel qualifié.

Le rapport de M Jean-François Merle précité, constatait également, en 1998, que « *ces structures sont pour certaines dans un état déplorable, à la fois au plan des conditions d'accueil des patients et de travail des personnels et quant à leurs moyens de fonctionnement* ».

En avril 1998, une mission de l'IGAS affirmait qu'un « *fonctionnement normal de ces centres n'est pas assuré actuellement* ».

La délégation a pu visiter trois de ces centres. Si leur situation est bien entendu très diverse, les centres de l'intérieur connaissent effectivement une situation très délicate.

L'organisation logistique des centres est excessivement précaire. Tous les centres ne disposent pas du téléphone. L'alimentation en eau et en énergie est irrégulière. Les approvisionnements en matériels courants, matériels médicaux ou médicaments sont erratiques. Certains appareils sont ainsi en panne depuis longtemps faute de réparation ou de pièces de rechange. En outre, les bâtiments se dégradent très rapidement faute d'un entretien suffisant.

Sur le plan médical, la situation est pire encore, en dépit de la forte implication des personnels qu'a pu observer la délégation. L'hygiène est ainsi parfois douteuse, ce qui ne fait que renforcer les difficultés de stérilisation des instruments médicaux. La pénurie de personnels est évidente. En l'absence d'un nombre suffisant de médecins, les infirmières, les sages-femmes et les aides soignantes sont appelées à compenser ces carences sans avoir pourtant accès à une formation continue. L'organisation des consultations laisse souvent à désirer, les visites de médecins étant trop peu fréquentes (notamment pour les gynécologues, les dentistes et les psychiatres). Les conditions de travail sont déplorables, les relations avec les patients étant souvent très difficiles et les rythmes de travail étant très soutenus.

Face à ce sombre constat, la délégation ne peut que soutenir la démarche actuelle consistant à transférer la responsabilité de ces centres du conseil général vers l'hôpital de Cayenne.

Elle observe en effet que la dégradation de la situation des centres de santé s'explique avant tout par l'absence de moyens financiers pouvant garantir leur bon fonctionnement. Les graves difficultés financières rencontrées par le conseil général ne lui permettraient pas à l'évidence d'assurer un financement optimum de ces centres.

La délégation estime cependant que le rattachement des centres à l'hôpital de Cayenne devra s'inscrire dans une démarche permettant une réelle réhabilitation de l'activité de ces centres. Cela suppose alors le respect de deux conditions.

D'une part, la restructuration annoncée des centres, qui pourrait prendre la forme d'une suppression des centres du littoral et d'une réorganisation en 4 ou 5 pôles des centres restants, ne devra pas remettre en cause le maillage qu'assurent ces structures sanitaires dans des régions isolées. L'isolement, mais aussi la saturation des centres hospitaliers justifient en effet le maintien durable des centres qui offrent une réelle alternative à l'hospitalisation.

D'autre part, la remise à niveau des centres exige un effort financier conséquent. Le coût de fonctionnement des centres est actuellement évalué à 34 millions de francs. L'effort supplémentaire de mise à niveau prévu par l'Etat serait de 3,5 millions de francs. Il est à craindre que cette enveloppe soit insuffisante pour réhabiliter les bâtiments, renouveler les équipements et améliorer les conditions de travail des personnels, autant de conditions préalables à une réelle remise à flot des centres.

- **Une offre de soins lacunaire**

Si les structures sanitaires guyanaise ne proposent qu'une offre quantitativement limitée, la situation est parfois plus grave. A l'insuffisance se substituent parfois des carences en termes d'offre.

Ainsi certaines spécialités médicales ne sont pas représentées en Guyane. C'est le cas de la neurologie. D'autres spécialités sont très peu présentes : la cancérologie, la pédiatrie avancée, l'ophtalmologie notamment.

Cela oblige alors les patients à aller se faire soigner soit aux Antilles, soit principalement en métropole. Si l'objectif pertinent n'est sans doute pas de réaliser une « autosuffisance » sanitaire pour toutes les spécialités dans le département, il n'en reste pas moins que le « taux de fuite » des patients obligés de recourir à une hospitalisation hors du département est très élevé. Ces migrations sanitaires sont en effet évaluées, par l'Observatoire régional de santé, à 15 % des séjours hospitaliers réalisés en Guyane.

Ces carences se vérifient également dans d'autres domaines. Ainsi, la psychiatrie est très en retard. Seul le centre hospitalier de Cayenne dispose de lits dans ce secteur avec 100 lits, alors même que les besoins sont en forte croissance en raison des ravages de la toxicomanie et de l'alcoolisme notamment.

Aux frontières du sanitaire et du médico-social, la délégation s'est également préoccupée de la situation de deux secteurs.

La prise en charge des personnes handicapées est encore balbutiante. La première structure d'hébergement n'a vu le jour qu'en 1994. Dès lors, l'insuffisance des structures adaptées oblige les handicapés à s'expatrier aux Antilles ou en métropole avec de très faibles perspectives de retour en Guyane.

La prise en charge des toxicomanes est également très imparfaite. Les places de soins disponibles sont très peu nombreuses et il n'existe pas de centre de postcure susceptible de prévenir les récurrences.

Ces carences générales sont encore renforcées par les inégalités infra-régionales pour l'accès aux soins. L'intérieur et la région des fleuves sont en effet nettement défavorisées. Ces zones se caractérisent en effet par une plus faible densité en sages-femmes, médecins et infirmières, par la quasi-absence de kinésithérapeutes, de dentistes et de psychologues et par l'absence de médecins spécialistes libéraux. Les graves difficultés rencontrées par les centres de santé ne permettent alors pas de compenser ces inégalités.

3. Des spécificités handicapantes

Alors que l'offre sanitaire apparaît insuffisamment organisée en Guyane, sa fragilité est encore accentuée par certaines spécificités du département qui apparaissent comme autant d'handicaps supplémentaires.

a) L'impact de l'immigration

Le premier handicap est à l'évidence l'immigration. **Alors que les structures hospitalières sont déjà saturées, l'immigration contribue à alimenter des demandes supplémentaires.** Ainsi, au centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni, les étrangers -essentiellement surinamiens- représentent 54 % de l'activité de l'hôpital tous services confondus et 71 % pour la seule maternité. Au centre hospitalier de Cayenne, 37 % des patients accueillis sont étrangers, principalement en provenance d'Haïti (à 52 %) ou du Brésil (à 20 %). Il s'agit le plus souvent d'étrangers en situation irrégulière.

Ce flux migratoire sanitaire répond à l'évidence à trois types de comportements. D'une part, le système sanitaire guyanais est plus performant que celui des pays limitrophes. D'autre part, l'accès aux soins est plus facile et moins coûteux car l'aide médicale assure la couverture complète des frais d'hospitalisation. Enfin, pour les maternités, la naissance dans un hôpital

français permet d'acquérir immédiatement ou à terme la nationalité française et d'accéder ainsi aux prestations sociales.

Cette attractivité des hôpitaux guyanais est d'autant plus préoccupante qu'il existe des hôpitaux aux performances très satisfaisantes dans les pays voisins. Ainsi, l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni accueille de très nombreux étrangers, alors que, de l'autre côté du fleuve, au Surinam, l'hôpital d'Albina est pourtant opérationnel et a, qui plus est, été en partie financé par des capitaux publics français.

b) L'incidence du contexte financier

Le deuxième handicap est lié au poids tout particulier de la contrainte financière en Guyane. Celle-ci pèse tout particulièrement sur le système sanitaire. La crise financière du conseil général ne lui a pas permis de financer les centres de santé dans des conditions satisfaisantes.

En outre, la part des personnes hospitalisées relevant de l'aide médicale est très élevée. Elle atteint ainsi 23 % au centre médico-chirurgical de Kourou, environ 25 % au centre hospitalier de Cayenne et 45 % au centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni. Or cette situation pose de graves problèmes de trésorerie aux hôpitaux qui ne recouvrent l'aide médicale qu'avec retard.

Enfin, les établissements hospitaliers supportent un surcoût spécifique : charges liées aux sursalaires dans la fonction publique, charges liées à l'éloignement, octroi de mer, détérioration plus rapide des locaux et des équipements...

Or, il est à craindre que la contrainte financière pesant sur les structures sanitaires ne s'accroisse du fait du retard d'équipement, de la rapide dégradation des locaux et de la pression de la demande.

Certes, les dotations régionales des dépenses hospitalières augmentent plus vite en Guyane qu'en métropole.

Taux d'évolution des dotations régionalisées de dépenses hospitalières
(en soins de longue durée)

	1998	1999	2000
Guyane	+ 3,06 %	+ 3,53 %	+ 3,87 %
Métropole	+ 1,41 %	+ 2,04 %	+ 2,20 %

Source : ministère de la santé

Ces taux de progression restent néanmoins très faibles et ne sont pas en mesure d'assurer un réel rattrapage des établissements hospitaliers guyanais.

c) Le rôle des contraintes réglementaires

Le troisième handicap tient aux conditions d'application de la réglementation nationale. Département français, la Guyane se voit appliquer, suivant le principe de l'assimilation législative, l'ensemble de la réglementation française, même si la Constitution prévoit, dans son article 73, que les lois peuvent faire l'objet de mesures d'adaptation nécessitées par la situation particulière des départements d'outre-mer.

Or, en matière sanitaire, ces adaptations sont rares. La Guyane est donc soumise à la même réglementation que la métropole alors que le contexte est profondément différent.

La délégation a ainsi pu observer certains effets pervers de ce régime d'assimilation législative. Deux exemples sont à cet égard particulièrement révélateurs.

Alors que **l'endémie palustre** touche environ 10 % de la population et que les hôpitaux sont surchargés, les médicaments nécessaires en prophylaxie et en thérapeutique palustres ne peuvent être prescrits que par ces hôpitaux pour bénéficier d'un remboursement. Considérés comme des « médicaments de confort » en métropole, ils ne sont pas inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en ville aux assurés sociaux.

La nouvelle réglementation légale du **temps de travail** prévoit une réduction à 35 heures de la durée du travail au 1^{er} février 2000. Elle s'applique au centre médico-chirurgical de Kourou qui est un établissement privé. Or celui-ci garantit à ses agents la même rémunération que celle des agents de la fonction publique hospitalière en application de la convention collective de la Croix Rouge.

Dans ce cas d'espèce, le passage aux 35 heures va se traduire par une hausse sensible de frais de personnel et des problèmes d'organisation. Les difficultés de recrutement sont en effet telles que l'hôpital ne pourra pas embaucher faute de personnels qualifiés. En outre, les aides de l'Etat ne permettront pas de limiter sensiblement le coût supplémentaire dans la mesure où elles n'intègrent pas le surcoût de 36 % lié à la surrémunération des fonctionnaires applicable dans l'hôpital.

II. LES GRAVES DIFFICULTÉS DE LA POLITIQUE DE L'EMPLOI

A. UN MARCHÉ DU TRAVAIL EXTRÊMEMENT DÉSÉQUILIBRÉ

1. Des évolutions préoccupantes

a) La croissance continue du chômage

Depuis 1991, la situation de l'emploi se dégrade de manière continue. Le taux de chômage est ainsi passé de 9,7 % en décembre 1991 à 21,6 % en août 1999 contre 11,3 % à la même date en métropole.

Après avoir souvent fait figure d'exception, l'état du marché du travail guyanais se rapproche progressivement de celui des autres départements d'outre-mer, même si le taux de chômage reste encore inférieur à celui des DOM (38,1 %). Le « boom de l'activité spatiale » ne suffit plus à cacher cette profonde dégradation.

Evolution du chômage

	Déc. 95	Déc. 96	Déc. 97	Déc. 98	Août 99
Nombre de demandeurs d'emplois en fin de mois	9.757	10.782	12.555	13.073	13.296
dont jeunes de moins de 25 ans	1.638	2.290	2.530	2.357	2.026
dont chômeurs de longue durée	3.716	3.813	5.064	5.793	4.629
Indicateur de chômage ⁽¹⁾	20,0 %	19,2 %	21,4 %	21,4 %	21,6 %

(1) Taux de chômage estimé se fondant sur une évaluation de la population active

Source : secrétariat d'Etat à la l'outre-mer

Le taux de chômage des jeunes atteignait 56 % en mars 1998, selon l'enquête emploi de l'INSEE.

Cette aggravation continue du chômage est d'autant plus inquiétante que l'économie guyanaise crée pourtant des emplois, même si les créations d'emplois privés ont tendance à stagner depuis 1997.

Evolution des effectifs salariés du secteur privé

1993	1994	1995	1996	1997	1998
13.176	14.450	15.303	16.352	16.266	16.574

Source : secrétariat d'Etat à l'outre-mer

Il importe cependant de considérer ces statistiques avec prudence.

Elles ne présentent en effet que le marché « légal » du travail tel qu'il est suivi par la direction départementale de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP). Or, il existe parallèlement un marché clandestin, alimenté notamment par la forte immigration dont l'importance est très difficile à apprécier. Il échappe par définition à tout suivi statistique. Une enquête de l'INSEE des Antilles-Guyane avance par exemple que 30 % des allocataires du RMI exerceraient une activité informelle.

Le nombre de chômeurs indemnisés reste faible cependant et progresse moins rapidement que le nombre de chômeurs. Ainsi, en août 1999, seuls 35,3 % des chômeurs bénéficiaient de l'assurance-chômage.

Nombre d'allocataires de l'assurance chômage

Décembre 95	Décembre 96	Décembre 97	Décembre 98	Août 99
4.609	5.257	5.557	5.621	4.697

Source : ASSEDIC

b) Une montée de l'exclusion

Dès lors, la montée en charge régulière du RMI ne peut surprendre dans un contexte où le taux d'indemnisation du chômage diminue et où le nombre de chômeurs de longue durée est important.

Bilan du RMI*

	1991	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre d'allocataires	4.188	7.304	7.674	7.910	8.195	8.251
Versements effectués (en MF)	97,0	148,3	157,0	165,9	176,6	ND
Allocation mensuelle moyenne	ND	1.686 F	1.672 F	1.703 F	1.768 F	ND

* au 31 décembre sauf pour 1999 au 30 juin

Source : CAF

Ainsi plus de 10 % de la population guyanaise vit actuellement, directement ou indirectement, grâce au RMI. Cela représente près de 18.000 personnes.

2. De sombres perspectives

L'analyse des causes du chômage suggère que celui-ci ne pourra pas naturellement diminuer.

a) *Le poids du facteur démographique*

La progression du chômage est tout d'abord liée à la forte croissance de la population active que ne compense pas un trop faible nombre de créations d'emplois.

Du fait de la structure démographique, la population active a augmenté de 63 % depuis 1986.

Evolution de la population active

1986	1993	1995	1996	1997	1998
37,5	46,3	53,8	56,1	58,8	61

(en milliers)

Source : INSEE

Mais la population active occupée n'a augmenté que plus faiblement : 48 % entre 1986 et 1998.

Evolution de la population occupée

1986	1993	1995	1996	1997	1998
30,2	35,1	41,4	43,6	43,8	44,9

(en milliers)

Source : INSEE

Ces dernières années, la part de la population active occupée a même tendance à diminuer, celle-ci passant de 76,9 % de la population active en 1995 à 73,5 % en 1998.

Or, l'arrivée massive de jeunes sur le marché du travail dans les prochaines années va contribuer à augmenter la population active. **Il faudrait alors créer environ 20.000 emplois d'ici 2006 pour seulement stabiliser le taux de chômage.** Cela équivaut alors au doublement des effectifs salariés du secteur privé.

b) *La faiblesse de la formation et des qualifications*

L'employabilité dépend du niveau de formation. Or, celui-ci est particulièrement faible en Guyane.

On estime que l'illettrisme touche environ 40 % de la population. Moins de 15 % de la population possède un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat et 60 % n'a aucun diplôme déclaré (contre respectivement 30 % et 37 % en métropole).

Cette faiblesse est encore plus évidente parmi les demandeurs d'emplois. Environ 60 % d'entre eux ont un niveau inférieur ou égal au niveau

V bis¹, cette proportion n'étant toutefois que de 42 % pour les jeunes de moins de 26 ans.

Dans ce contexte, les perspectives d'une amélioration rapide et significative du niveau de formation susceptible de contrecarrer la progression du chômage est faible. Ainsi, s'agissant de la formation initiale, l'explosion de la population scolarisée risque de ralentir l'amélioration des performances du système éducatif. Entre 1995 et 2003, les effectifs des collèges doivent progresser de 60 %, ceux des lycées professionnels de 30 % et ceux des lycées généraux et technologiques de 270 %.

c) Les conséquences néfastes d'une dépendance économique

La Guyane souffre actuellement d'une triple dépendance économique :

- vis-à-vis de la métropole, le taux de couverture des importations par les exportations (hors activités spatiales) diminue régulièrement pour ne plus représenter que 17,3 % en 1998 ;

- vis-à-vis du secteur spatial, qui représentait en 1998 30 % du produit intérieur brut guyanais (voire 50 % en 1999) et près de 25 % de la population active (12.000 emplois lui étant directement rattachés) ;

- vis-à-vis du secteur public, lequel représentait en 1997 56 % du total des emplois salariés.

La structure de l'emploi reflète globalement cette dépendance économique : **un quart de la population active travaille dans le secteur spatial, un quart dans la fonction publique, un quart est au chômage, le quart restant travaillant dans le secteur privé.**

Cette structure de l'activité, liée à cette dépendance, n'est alors pas sans conséquence sur l'avenir de l'emploi local.

L'emploi public ne constitue pas un gisement d'emploi pour l'avenir. Déjà considérés comme « pléthoriques », les effectifs du secteur public ne peuvent continuer à se développer indéfiniment. Les collectivités locales qui sont les principaux employeurs sont confrontées à une grave crise financière et ne pourront pas, à l'évidence, supporter durablement une charge supplémentaire à moins d'augmenter la fiscalité qui est déjà élevée. Le risque d'éviction sur le secteur marchand serait alors important.

¹ On rappellera que les niveaux VI et V bis correspondent aux personnes non qualifiées, sortant du système éducatif sans avoir atteint la dernière année d'un CAP ou BEP ou sortant d'une classe de premier cycle du secondaire.

De la même manière, la dépendance extrême vis-à-vis du secteur spatial n'est pas saine. M. Michel Mignot, ancien directeur du centre spatial guyanais (CSG) estime déjà que le spatial a déjà beaucoup trop d'importance dans le paysage économique guyanais. « *Représenter 50 % de l'économie, et près de deux tiers des emplois avec la fonction publique, est même dangereux. L'idéal serait de réduire ce poids de moitié pour que le spatial soit considéré comme une filière économique comme une autre et pas seulement comme celui qui distribue les chèques* »¹.

La délégation partage cette analyse et estime que le développement de la Guyane passe désormais par l'essor de nouveaux secteurs d'activité. Elle observe d'ailleurs que l'impact du spatial sur l'emploi local semble avoir aujourd'hui atteint un seuil, que le niveau général de la formation des Guyanais ne permettra que difficilement de dépasser. A l'heure actuelle, la moitié des emplois de la base et une forte proportion des emplois des entreprises de sous-traitance sont d'ores et déjà occupés par des Guyanais.

Mais l'extrême dépendance vis-à-vis de la métropole rend aujourd'hui délicate l'émergence de ces nouveaux secteurs d'activité. Ainsi, les grands projets économiques ne sont pas actuellement maîtrisés par les Guyanais et sont de fait montés depuis la métropole. Aussi, en ne se fondant pas sur l'initiative locale, il n'est pas sûr qu'ils permettent une réelle diversification de l'activité économique, ni surtout d'importantes créations d'emplois locales.

Trois exemples de « grands projets » sont à cet égard éclairants.

Le « **projet sucrier** » est sans doute le plus symptomatique. Depuis 1995, est étudiée la faisabilité d'un projet d'investissement de plus de 900 millions de francs visant à produire quelque 60.000 tonnes d'équivalent sucre blanc. Ce projet permettrait de créer 200 emplois permanents et 450 emplois saisonniers.

Il est néanmoins actuellement bloqué, sa faisabilité définitive dépendant de critères sur lesquels les investisseurs n'ont pas de prise : l'octroi d'un quota sucrier permettant l'écoulement de la production vers l'Europe, l'attribution d'aides publiques et le maintien du système européen de prix garantis afin d'assurer la rentabilité économique du projet dans un contexte de marasme des cours mondiaux.

L'exploitation industrielle aurifère pourrait également se développer. L'or constitue en effet la première ressource d'exportation guyanaise, après le spatial, avec une production de 2.440 kg en 1998. La production aurifère reste cependant une activité largement artisanale, voire

¹ Interview de M. Michel Mignot au Monde, 24 janvier 2000.

clandestine. A l'issue d'une campagne exhaustive d'inventaire du potentiel minier de la Guyane, une compagnie minière internationale vient de déposer une demande de concession pour développer une activité industrielle de production.

Mais, là encore, les perspectives en termes d'emplois restent faibles d'autant plus que la baisse continue du cours mondial de l'or depuis plusieurs années fragilise la rentabilité économique du projet.

Le développement de la **pêche crevette** offre également des perspectives. Deuxième poste d'exportation, cette activité pourrait constituer un important gisement d'emploi car un emploi en mer induit cinq emplois à terre.

Mais la pêche crevette souligne également les paradoxes de la situation de l'emploi en Guyane. D'une part, son développement est encadré par des quotas de pêche de 4.000 tonnes par an qui ne permettent pas de faire de cette activité ni un pôle de développement, ni un réel gisement d'emplois. D'autre part, il s'avère que les emplois créés ne profitent pas aux Guyanais, 90 % des emplois embarqués étant pourvus par des étrangers (Surinamiens et Brésiliens essentiellement).

B. DES MOYENS DE LUTTE CONTRE LE CHÔMAGE LARGEMENT INADAPTÉS

1. Les faibles résultats de la politique de l'emploi

a) La politique de l'emploi en Guyane

En Guyane, comme dans les autres départements d'outre-mer, la politique de l'emploi se fonde principalement sur les dispositifs du FEDOM, issu de la loi du 25 juillet 1994.

Le FEDOM

La loi du 25 juillet 1994 a créé un fonds pour l'emploi dans les départements d'outre-mer et Saint-Pierre-et-Miquelon, appelé FEDOM. Géré directement par le secrétariat d'Etat à l'outre-mer, ce fonds est souple d'utilisation et adapté aux spécificités économiques et sociales des DOM.

Le comité directeur du FEDOM, composé de parlementaires des départements d'outre-mer, se prononce sur la répartition des crédits entre les différentes solutions d'insertion : contrat d'accès à l'emploi (CAE), contrat d'insertion par l'emploi (CIA), contrat emploi solidarité (CES), primes à la création d'emplois ainsi que les emplois-jeunes.

Le contrat d'accès à l'emploi (CAE)

Il est proposé aux demandeurs d'emploi de longue durée, aux bénéficiaires du RMI, aux travailleurs handicapés et aux jeunes en grande difficulté. L'employeur privé bénéficie pour chaque recrutement en contrat à durée indéterminée ou déterminée d'au moins 12 mois, d'une prime modulable en fonction de l'ancienneté du chômage de 1.000 à 2.000 francs par mois et de l'exonération des charges sociales patronales. Ce type de contrat est réservé au secteur privé. Il correspond à l'adaptation du contrat de retour à l'emploi (CRE) dans les DOM.

Le contrat d'insertion par l'activité (CIA)

Ce dispositif consiste à remettre en activité, par l'exécution de tâches d'utilité sociale, des bénéficiaires du RMI exclusivement, au moyen d'un véritable contrat de travail. Les titulaires de CIA ont un employeur unique, l'agence d'insertion, établissement public créé dans chaque département, qui les met par voie de convention à la disposition des collectivités et des associations. Comme pour les CES, l'activité est exercée à mi-temps. Elle est rémunérée sur la base du SMIC horaire.

Le contrat d'emploi solidarité (CES) ou le contrat emploi consolidé (CEC)

Ce dispositif est le même qu'en métropole. Il s'agit d'offrir à des publics en difficulté d'insertion un emploi à mi-temps, rémunéré au SMIC horaire, pour satisfaire, dans le secteur associatif ou auprès de collectivités, des besoins d'utilité collective.

Les primes à la création d'emplois

Elles sont attribuées sur agrément préfectoral aux entreprises dont l'activité est principalement orientée vers des débouchés commerciaux à l'extérieur des départements d'outre-mer et qui augmentent leurs effectifs.

Source : secrétariat d'Etat à l'outre-mer

Depuis 1996, le FEDOM permet chaque année de proposer un contrat à quelque 4.500 demandeurs d'emplois.

Action du FEDOM en Guyane

	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000*
CES-CEC	2.595	3.147	3.229	2.376	2.529	2.725	3.000
CIA	-	-	944	1.050	1.050	1.050	1.050
CAE	-	431	628	729	434	444	444
CRE	533	18	-	-	-	-	-
Emplois-jeunes	-	-	-	-	209	250	195
Total	3.128	3.596	4.801	4.155	4.222	4.469	4.681

* Prévisions

Source : secrétariat d'Etat à l'outre-mer

A ce dispositif spécifique s'ajoutent les actions de droit commun de la politique de l'emploi, telles qu'elles peuvent être menées en métropole.

Au total, en 1998, 6.320 demandeurs d'emploi ont bénéficié d'une des mesures de la politique de l'emploi, qu'il s'agisse d'un contrat ou d'une action de formation.

**Actions de la politique de l'emploi en 1998
Mesures en faveur des jeunes**

<u>Emplois jeunes</u>	
Nbre de projets déposés	194
Nbre de postes prévus	498
Nbre de conventions conclues	142
Nbre de postes prévus	318
<u>Contrats en alternance</u>	
<i>Contrats d'apprentissage</i>	
Contrats visés	175
<i>Contrats de qualification</i>	
Contrats visés	109
Contrats d'adaptation	20
Contrats d'orientation	48

Créations d'emploi

<u>CES</u>	
Conventions conclues	1.135
Avenants reconduction	1.324
Total	2.459
Avenants formation	266
<u>CEC</u>	
Conventions conclues	140
Avenants reconduction	282
Total	422
<u>CEV</u>	
Avenants reconduction	27
Avenants formation	1
<u>Exonération à l'embauche</u>	
Exonération 1 ^{er} salarié	271
Temps partiel (30 % abat.)	99
Nbre déclarations reçues URSAFF	95
Nbre transformations	4
<u>ACCRE</u>	
Nbre de bénéficiaires de l'aide	18
Nbre d'entreprises créées	8

**Mesures en faveur des chômeurs de longue durée
et les allocataires du RMI**

<u>SIFE/COLLECTIF</u>	
------------------------------	--

Conventions signées	48
Entrées en stage	460
<u>SIFE/individuel</u>	
Conventions signées	95
<u>SAE</u>	
Conventions signées	83
<u>CAE</u>	
Conventions signées	434
Jeunes	142
CIA	
Contrats signés	1.229

Mesure dans le cadre de l'O.M.I.

Contrats de réinsertion dans le pays d'origine	42
Total	6.320

Source : DDTEFP

b) Un bilan décevant

Face à la progression du chômage, la politique de l'emploi s'est fixée un objectif qui peut paraître modeste : le maintien du taux actuel de chômage.

Pour autant, même au regard de cet objectif, le bilan de la politique de l'emploi est médiocre.

Force est d'abord de constater l'inadéquation quantitative entre le nombre de mesures pour l'emploi et le nombre de demandeurs d'emplois.

En 1998, alors qu'il existait 13.000 demandeurs d'emplois en fin d'année, seules 6.320 actions avaient été mises en place, certaines pour des durées inférieures à l'année.

Il semble donc que la politique de l'emploi accumule un retard certain par rapport à la croissance du chômage. Ainsi, de 1996 à 1998, alors que le nombre de chômeurs déclarés a augmenté de 21,2 %, le nombre d'actions d'insertion financées par le FEDOM (qui représentent les deux tiers du total des actions de la politique de l'emploi) a diminué de 12 %.

Cette situation est tout particulièrement préoccupante s'agissant des jeunes arrivant sur le marché du travail. Ainsi, en 1998, seul un tiers environ des jeunes quittant l'école sont allés s'inscrire à la Permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), alors même que la moitié de

ces jeunes n'a aucune qualification. On peut donc en conclure que les deux tiers des jeunes devant entrer sur le marché du travail échappent à tout suivi.

La situation des allocataires du RMI est aussi très inquiétante. Depuis la mise en place du RMI, 10.000 personnes ont été bénéficiaires de cette allocation, mais seules 1.500 sont sorties du dispositif. Cela signifie alors que les dispositifs du retour à l'emploi sont très imparfaits.

En 1998, le taux d'accès des bénéficiaires du RMI aux mesures pour l'emploi s'établissait à seulement 8 % en Guyane alors que ce taux atteignait en moyenne 15,9 % pour les quatre départements d'outre-mer et 20,2 % en métropole.

2. Des moyens inadaptés

a) L'organisation déficiente du service public de l'emploi

Selon les observations de la délégation, le service public de l'emploi souffre actuellement de certains dysfonctionnements qui ne lui permettent pas de remplir sa mission avec l'efficacité voulue.

Le service public de l'emploi en Guyane

Il s'articule autour de cinq organismes.

• L'ANPE

Trois agences locales pour l'emploi ont été créées en Guyane : Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni.

L'ANPE emploie 47 salariés.

Elle reçoit environ 400 offres d'emplois par mois.

• L'AFPA-Guyane

Créée en 1968, l'AFPA-Guyane compte trois centres : un centre régional de psychologie du travail à Cayenne et deux centres de formation à Cayenne et à Kourou.

Elle emploie 60 salariés.

En 1998, elle a réalisé 4.203 entretiens d'évaluation ou d'orientation et a assuré 570.000 heures de formation.

• L'Agence départementale d'insertion (ADI)

Etablissement public local depuis la loi du 25 juillet 1998, l'ADI, qui reçoit les crédits d'insertion de la créance de proratisation du RMI, a pour rôle d'élaborer et de mettre en œuvre le programme départemental d'insertion.

Elle est présente sur le territoire guyanais à travers trois antennes locales : Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni.

• **La PAIO**

Mise en place en 1982 et gérée par l'AFPA-Guyane, la PAIO est chargée d'assurer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans.

Elle comprend trois antennes : Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni.

• **Le service militaire adapté (SMA)**

Il s'agit d'une forme de service militaire propre à l'outre-mer qui combine la formation militaire et civique, la formation professionnelle et la participation au développement local.

Il est présent en Guyane à :

- Cayenne avec le 3^{ème} régiment du SMA de la Guyane
- Saint-Jean-du-Maroni avec le groupement du SMA de la Guyane.

Ces dysfonctionnements peuvent être regroupés en trois catégories.

• **Des incohérences générales**

La délégation a tout d'abord constaté une coordination insuffisante entre les différents organismes du service public de l'emploi. Elle rappelle à ce propos que le rapport Merle précité préconisait la création « *d'un véritable pôle de compétence en matière d'emploi et de formation, associant notamment l'Etat (DDTE, ANPE, AFPA, délégation régionale de l'OMI, rectorat, SMA), les services de la région et les organismes consulaires* », pour permettre une meilleure régulation du marché du travail en assurant notamment l'adéquation entre l'offre et la demande en particulier en termes de formation.

L'implantation des antennes du service public de l'emploi ne permet pas non plus une véritable action de proximité envers les populations de l'intérieur, toutes les antennes étant situées sur le littoral.

Enfin, le « *turn-over* » rapide des responsables des différentes structures (ils restent souvent en poste moins d'un an) ne fait que désorganiser plus encore le service public de l'emploi.

• **Des lacunes évidentes**

L'organisation actuelle du service public de l'emploi souffre de deux lacunes :

- L'absence de mission locale

Il n'existe actuellement qu'une PAIO régionale. Cette structure ne dispose pas des moyens suffisants pour faciliter l'insertion professionnelle des

jeunes alors que ceux-ci rencontrent d'extrêmes difficultés. Un récent rapport¹ observait les limites actuelles de la PAIO : « *d'une manière générale, les acteurs constatent les moyens insuffisants de la PAIO en personnel et en lieux d'accueil, ainsi qu'en moyens matériels : la technologie de l'information y est encore peu développée et peu structurée. De plus, même si un effort important de formation des correspondants a été réalisé, ils manquent de formation sur les réalités économiques et la connaissance des entreprises existant sur le territoire. De toutes façons, leur travail est difficile : ils ne sont que six pour l'ensemble de la région* ».

La mise en place d'une mission locale pourrait pallier ces carences en permettant notamment un maillage plus efficace du territoire avec la constitution de pôles locaux. Envisagée depuis plusieurs années, mais sans cesse reportée, la création d'une mission locale pourrait d'ailleurs intervenir cette année.

- L'absence de structures d'insertion par l'économique

L'insertion par l'économique vise l'insertion des personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières, par un contrat de travail, avec la mise en œuvre de modalités spécifiques d'accompagnement.

A l'évidence, de telles structures seraient très adaptées au contexte guyanais où les difficultés d'insertion sont particulièrement accentuées du fait de la faiblesse des qualifications et des problèmes sociaux des demandeurs d'emploi.

Il n'existe pourtant dans le département ni entreprise d'insertion, ni association intermédiaire.

• Des difficultés propres à certains organismes

Le fonctionnement de l'ADI n'est pas satisfaisant. Certes, le problème se situe assez largement en amont dans la mesure où les trois commissions locales d'insertion (CLI) sont en quasi-sommeil (non-renouvellement des membres, absentéisme général, défection des services de l'Etat et des associations, rareté des réunions), ce qui explique la piètre proportion de contrats d'insertion signés. **En 1998, seuls 7,3 % des allocataires du RMI avaient signé un contrat d'insertion contre 50 % environ en métropole, mais aussi dans les autres DOM.**

Pour autant, le bilan de l'activité de l'ADI reste décevant.

¹ Rapport du Comité de coordination des programmes régionaux d'apprentissage et de formation continue, « Les politiques et dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation des jeunes de moins de 26 ans dans les DOM », 2000.

Nombre de bénéficiaires des mesures d'insertion menées par l'ADI

	1996	1997	1998	Variations 1998/1997
Contrats d'insertion par l'activité	944	1.288	1.227	- 4,7 %
Logement	160	195	80	- 59,0 %
Vie sociale et santé	501	434	580	33,6 %
Insertion professionnelle	341	909	981	7,9 %
Autres actions d'insertion ⁽¹⁾	28	270	165	- 38,9 %
TOTAL	1.974	3.096	3.033	- 2,0 %

Source : ADI

⁽¹⁾ Mesures d'insertion en milieu rural et aides financières personnalisées

Certes, le fonctionnement de l'ADI reste entravé par les attermoissements sur la réforme de son statut législatif. Certes, les allocataires du RMI cumulent fréquemment de graves handicaps (illettrisme, problèmes de santé, nécessité d'un accompagnement social) qui limitent leurs possibilités d'exercer une activité professionnelle et qui obligent l'ADI à mener prioritairement une action de « remise en état » préalable.

Il n'en reste pas moins que seuls 37 % des allocataires du RMI ont pu bénéficier d'une action d'insertion en 1998, quelle que soit sa forme.

L'activité de l'ANPE soulève également certaines interrogations. Certes, environ 70 % des offres d'emplois déposées à l'ANPE sont pourvues par un demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE. Mais la part de marché de l'ANPE reste faible : elle n'est destinataire que d'environ 45 % des offres d'emplois locales.

La délégation s'est également inquiétée du positionnement du SMA. Alors que les jeunes Guyanais sont massivement frappés par le chômage, les deux unités de SMA localisées en Guyane accueilleraient principalement de jeunes Antillais. Il serait alors souhaitable de réserver en priorité le SMA aux jeunes Guyanais, celui-ci délivrant d'ailleurs une formation de base aux jeunes les plus en difficulté avec des résultats le plus souvent probants.

b) Une politique de l'emploi trop orientée vers le secteur non marchand

Dans ses grandes lignes, la politique de l'emploi menée en Guyane ne fait que reproduire, parfois en les accentuant, les principales orientations de la politique de l'emploi métropolitaine et, parmi elles, la priorité accordée à l'emploi dans le secteur non marchand. **Ainsi, en 1998, seuls 10 % des**

contrats du FEDOM conclus en Guyane ont visé l'insertion dans le secteur marchand.

Or, le contexte guyanais ne se prête qu'imparfaitement à cette orientation si l'on veut assurer un développement durable de l'emploi dans le département.

D'une part, on a vu qu'il existait déjà une surreprésentation de l'emploi public dans la structure de l'emploi. Celui-ci ne pourra donc continuer à se développer indéfiniment.

D'autre part, plusieurs interlocuteurs de la délégation ont souligné avec force les paradoxes d'une telle politique de l'emploi. Les pouvoirs publics demandent en effet aux entreprises de participer à la lutte contre le chômage en recrutant des jeunes en difficulté, mais, parallèlement, ils se réservent le recrutement des jeunes les plus qualifiés, notamment par l'intermédiaire des emplois-jeunes, laissant alors au secteur privé la tâche d'employer les jeunes les moins qualifiés. Cette pratique porte, en définitive, en elle le germe d'une éviction professionnelle des jeunes les plus en difficulté.

c) Les carences de l'offre de formation

Elles se vérifient d'abord pour la **formation initiale**. Ainsi, seuls 26 % d'une classe d'âge accède à une seconde générale ou technologique (contre 54 % en métropole).

- Une scolarisation incomplète

La scolarisation des enfants reste très imparfaite. Une enquête de l'inspection académique datant de 1996 estimait qu'environ 1.600 enfants n'étaient pas scolarisés.

- Un niveau de formation initiale faible

Mais si le développement de la scolarisation est un préalable, l'augmentation du niveau de formation initiale constitue également une obligation. En 1998, 76 % des jeunes s'inscrivant à la PAIO avaient un niveau inférieur ou égal au niveau V bis. Cet objectif est pourtant d'autant plus difficile à atteindre que la population scolaire croît de 5 % par an.

- L'inadéquation de l'offre et de la demande de formation

A cet égard, la délégation a déploré le très faible développement de l'apprentissage. Le nombre de contrats d'apprentissage signés est en effet

dérisoire : 111 en 1997, 175 en 1998. Et encore, environ un quart des contrats sont rompus avant terme et près de 80 % des apprentis échouent aux examens.

L'apprentissage constitue pourtant un moyen efficace d'assurer que les formations initiales professionnalisées correspondent effectivement aux besoins du marché du travail.

Mais les carences de l'offre de formation concernent également **la formation professionnelle**.

Le dispositif actuel de formation professionnelle souffre en effet de deux difficultés.

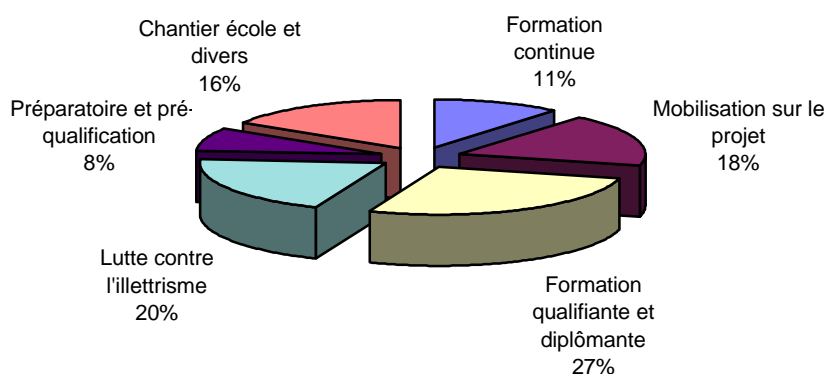
- Un positionnement peut-être trop ambitieux

Etant donné l'absence quasi générale de qualification des demandeurs d'emploi, il est sans doute illusoire de vouloir intégrer les demandeurs d'emploi dans une démarche de formation qualifiante. On observe d'ailleurs que plus du quart des personnes en formation abandonnent avant la fin du programme.

Aussi vaut-il mieux concentrer l'activité vers une action de pré-qualification assurant une simple remise à niveau.

On observe d'ailleurs que l'AFPA rééquilibre son action en ce sens en privilégiant les actions de lutte contre l'illettrisme et les chantiers-écoles.

Actions de formation de l'AFPA-Guyane en 1998 pour 1.341 stagiaires



Source : AFPA-Guyane

Il importe de poursuivre cette action en ciblant l'offre de formation vers des stages n'exigeant pas un niveau de formation initiale élevé comme, par exemple, dans les secteurs du bâtiment, de la cuisine ou de la mécanique.

- L'absence de programmation

L'offre de formation est également en inadéquation avec les besoins des acteurs économiques.

En dépit de la mise en place d'un schéma régional d'orientation des formations, celles-ci sont encore trop souvent montées sans véritable consultation avec les acteurs économiques, ni mise en perspective.

- Des difficultés de recrutement

La Guyane est également confrontée à des difficultés pour recruter des formateurs qualifiés.

Ainsi, alors que les besoins de formation ont été identifiés dans certains secteurs, les organismes de formation éprouvent des difficultés à mettre en place des programmes de formation en l'absence d'un nombre suffisant de formateurs. C'est le cas notamment pour la « filière froid », pour la réparation automobile ou pour l'horticulture.

d) Les risques du RMI

Lors de ses précédentes missions effectuées à La Réunion et aux Antilles, la commission des Affaires sociales avait insisté sur certains effets pervers du RMI. Cette situation peut être également observée en Guyane, sans doute plus tardivement mais avec peut-être plus d'intensité. Cela contribue à expliquer, en partie, le résultat décevant de la politique de l'emploi.

Le premier risque consiste en une **désincitation au travail**. Elle se traduit notamment par la difficulté croissante pour les employeurs de main-d'œuvre temporaire ou saisonnière de trouver le personnel nécessaire, ce qui contribue alors à alimenter les flux migratoires. Mais elle consiste surtout à freiner les perspectives de retour à l'emploi des allocataires du RMI. Ceux-ci apparaissent en effet souvent réticents à s'inscrire dans une démarche d'insertion comme en témoignent le faible taux de CIA conclus et le niveau élevé des abandons au cours de stages de formation.

Le second risque tient au **développement du travail illégal**. Celui-ci est déjà fortement alimenté par l'immigration, sous une double forme. Il s'agit d'abord d'une immigration saisonnière, limitée dans le temps. C'est notamment le cas de l'immigration brésilienne qui travaille régulièrement dans les secteurs du bâtiment, des travaux forestiers et de l'orpaillage. Il s'agit

également d'une immigration économique plus durable, concernant les immigrés venus d'Haïti, de Guyana et du Surinam, qui fuient les difficultés économiques de leur pays et cherchent à exercer une activité professionnelle continue en Guyane.

Mais le travail illégal ne se nourrit pas seulement de l'immigration clandestine, même si les étrangers constituaient en 1997 60 % des salariés illégalement employés selon la verbalisation opérée par les services de contrôle. Le RMI joue aussi un rôle, bien que son impact soit difficile à évaluer. Il est cependant clair qu'il est loin d'être négligeable, comme le montrent, par exemple, les statistiques de sortie de l'ANPE. De mai 1998 à mai 1999, 66 % des personnes sorties de l'ANPE l'ont été pour « absence au contrôle » -ce qui laisse penser qu'ils exerçaient parallèlement une autre activité- et 8 % seulement pour « reprise d'emploi ».

Dans ce contexte, il importe sans doute de repositionner le RMI. Il semble alors prioritaire de réactiver les CLI qui ne jouent pas actuellement leur fonction de contrôle du RMI. Celles-ci devraient en effet exercer pleinement cette fonction, pouvant aller jusqu'à la suppression de l'allocation pour toute personne se refusant à entrer dans un parcours d'insertion ou pratiquant le travail illégal.

CONCLUSION

Si le diagnostic porté par la délégation sur la situation sanitaire et sociale de la Guyane se révèle être en définitive assez sombre, le malaise social constaté sur place s'avère être paradoxalement la contrepartie des formidables potentialités de ce département.

Territoire immense profondément ancré dans le plateau amazonien, population jeune et dynamique, la Guyane dispose de nombreux atouts pour assurer son développement durable. Mais ces atouts apparaissent aujourd'hui comme autant d'handicaps susceptibles d'entraver ce développement. C'est ce profond malaise social qu'ont révélé les graves troubles qui ont agité la Guyane en 1996.

Pour autant, ce diagnostic sévère ne doit pas appeler un catastrophisme excessif. Si la situation sanitaire et sociale apparaît dégradée, des voies d'amélioration restent possibles. Mais elles exigent le respect de certaines conditions.

Ces conditions, qui sont les principaux enseignements qu'a tirés la délégation de sa mission d'information, sont au nombre de deux.

- **La nécessité d'un véritable plan de rattrapage**

Ce plan de rattrapage, rendu d'autant plus nécessaire par la pression démographique, doit concerner prioritairement le secteur sanitaire. Les moyens matériels et humains des structures sanitaires restent en effet très insuffisants.

A cet égard, il est à craindre que la situation de la Guyane se soit détériorée. En 1967, on pouvait écrire : « *dans l'ensemble, et bien qu'étant le moins peuplé des départements français, la Guyane possède donc un équipement sanitaire comparable à celui des départements métropolitains les mieux dotés* »¹. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

¹ « *La Guyane française : le pays, ses problèmes économiques* », Imprimerie Paul Laporte, 1967.

Ce n'est donc pas dans une perspective de rationalisation de l'offre de soins qu'il faut s'inscrire, mais dans celle d'une remise à niveau. Aussi, ce n'est pas l'augmentation actuelle des dotations régionalisées de dépenses hospitalières (+ 3,87 % en 2000) qui contribuera à ce rattrapage. De la même manière, *le rattachement des centres de santé*, qui constitue un maillon primordial de l'offre sanitaire, à *l'hôpital de Cayenne* va dans le bon sens, mais les crédits annoncés pour leur mise à niveau paraissent bien dérisoires.

Ce plan de rattrapage doit également concerner le secteur de l'emploi. Le risque d'une explosion du chômage rend nécessaire un effort tout particulier de formation des jeunes qui passera par un renforcement des moyens de l'éducation nationale et par la poursuite de la construction de locaux scolaires. Mais il importe également de restructurer en profondeur les dispositifs de la politique de l'emploi pour les mettre en adéquation avec les besoins locaux. Sur ce plan, *la mise en place d'une mission locale et le développement de l'insertion par l'économie* apparaissent prioritaires.

Toutefois, ce rattrapage sur le plan sanitaire et social ne pourra être véritablement effectif qu'au prix d'un effort d'aménagement du territoire. L'équipement en infrastructures de base (voies de communication, assainissement de l'eau, fourniture d'énergie, liaisons téléphoniques...) est donc un préalable. A cet égard, la délégation observe que la Guyane se trouve placée en tête des régions françaises pour le montant versé par habitant¹ pour les contrats de plan 2000-2006. Il n'est toutefois pas évident que l'écart de dotation entre la Guyane et la Corse (deuxième région en termes de dotation par habitant²) reflète les écarts réels d'équipement entre ces régions.

• L'indispensable adaptation des politiques publiques au contexte guyanais

Au-delà de ce nécessaire plan de rattrapage, la délégation a tiré de cette mission un enseignement majeur. **La Guyane est confrontée à des difficultés sociales d'une telle ampleur et d'une nature si particulière qu'elle exige des réponses spécifiques. L'application uniforme de la réglementation nationale peut parfois se révéler inadaptée, voire conduire à des aberrations.** Dès lors, il importe d'adapter non seulement la réglementation, mais aussi l'ensemble de l'action publique, notamment sous sa forme budgétaire, aux particularités de la Guyane afin de pouvoir résoudre avec pertinence les difficultés locales. C'est à cette condition seulement qu'un plan de rattrapage pourrait avoir un impact réel sur la situation du département.

¹ 7.762 francs par habitant.

² 6.371 francs par habitant.

Ces adaptations s'imposent sur le plan sanitaire. La politique de santé en Guyane est en effet largement dépendante d'un contexte bien particulier, marqué par des données démographiques (forte natalité), géographiques (enclavement), géopolitiques (importance de l'immigration), climatiques (développement des maladies infectieuses et parasitaires) ou sociales (apparition de comportements à risque). Dans ce contexte, comme l'observe l'IGAS, « *il paraît donc difficile de plaquer sur ce territoire un système de santé importé de la métropole ou même des départements d'outre-mer antillais* »¹.

Au cours de sa mission, la délégation a pourtant eu l'occasion d'observer plusieurs exemples d'inadaptation évidente de l'application d'une politique sanitaire importée de métropole. Deux exemples sont ici tout particulièrement significatifs.

Ainsi, alors que la Guyane connaît actuellement une *progression de l'endémie palustre* qui touche près de 10 % de la population notamment dans la région des fleuves et que se confirme une chimio-résistance aux traitements traditionnels, les médicaments efficaces pour lutter contre cette endémie ne sont pas remboursables par la sécurité sociale et les prix pratiqués sont libres, seuls les médicaments prescrits par les hôpitaux publics étant actuellement remboursables.

Cette situation est totalement inadaptée au contexte guyanais. Les trois hôpitaux sont déjà surchargés. Ils sont en outre très éloignés les uns des autres, ce qui oblige les patients à des déplacements fréquents, longs et coûteux, les délivrances de médicaments ne pouvant être faites que pour un mois de traitement. La solution la plus adaptée serait donc, dans l'intérêt de la santé publique et des assurés sociaux, l'inscription de ces médicaments sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

Aussi, à l'occasion de l'examen par le Sénat de la *loi n° 99-1123 du 28 décembre 1999 portant ratification de trois ordonnances visant à l'actualisation et à l'adaptation du droit applicable outre-mer*, **votre commission des affaires sociales a voulu corriger cet état de fait.** Sur proposition de notre collègue, Jean-Louis Lorrain, rapporteur, le Sénat a adopté un amendement modifiant l'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que, dans les départements d'outre-mer, la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables peut être complétée pour tenir compte des nécessités particulières à ces départements, « *notamment dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique palustres* ». **Cette modification législative, ultérieurement adoptée à l'Assemblée nationale ouvre donc la voie à un remboursement de ces médicaments en Guyane.**

¹ IGAS, rapport sur la situation des centres de médecine collective en Guyane, avril 1998.

Un autre exemple d'inadaptation concerne la *question des maternités*. La politique de regroupement des maternités menée en métropole tend à s'appliquer aussi en Guyane. Désormais, les centres de santé ne réalisent plus directement les accouchements, les femmes enceintes étant évacuées vers les hôpitaux.

Cette pratique apparaît pourtant largement inadaptée à la situation guyanaise, marquée par un fort enclavement du territoire et par des difficultés de communication qui touchent aussi les transports sanitaires. Dès lors, il apparaît préférable de maintenir cette activité dans les centres de santé, au moins pour les accouchements sans risque. A cet égard, l'exemple du Canada qui réimplante dans les zones isolées des postes de santé avec des sages-femmes apparaît bien plus adapté à la situation locale que le modèle métropolitain.

Aussi, plutôt que de chercher à imposer les normes et les pratiques métropolitaines, il importe d'adapter la politique de santé en s'appuyant au besoin sur des expériences innovantes.

Il serait ainsi souhaitable de développer la *télé médecine* dans les centres de santé de manière à concilier qualité des soins et maintien d'un maillage sanitaire optimal du territoire.

Il serait également intéressant de réfléchir à une *évolution du statut du centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni*. L'engorgement du service de maternité s'explique avant tout par la présence de mères étrangères souhaitant accoucher en France, essentiellement dans la perspective d'offrir la nationalité française à leurs enfants, alors même qu'il existe un hôpital à Albina, de l'autre côté du fleuve. On pourrait alors réfléchir à un statut international pour le centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni, ce qui limiterait cette attractivité artificielle.

Au-delà du seul secteur sanitaire, ce souci d'adaptation aux réalités locales doit également se vérifier en matière de politique de l'emploi.

Il importe d'adapter l'offre de formation aux besoins du marché local du travail en développant prioritairement les actions de pré-qualification du type chantier-école et les formations en alternance.

Il semble aussi nécessaire de repositionner les dispositifs de la politique de l'emploi vers les jeunes. Sur ce point, on pourrait notamment imaginer de réaffecter une part des crédits de la créance de proratisation du RMI à l'allégement des charges des entreprises embauchant des jeunes.

Mais la délégation estime que ces adaptations de la réglementation et de l'action publique doivent également avoir une traduction budgétaire.

A l'heure actuelle, les crédits du secrétariat d'Etat à l'outre-mer ne représentent qu'environ 11 % des dotations budgétaires en faveur de l'outre-mer et ne regroupent, en matière sociale, que les crédits relatifs à l'emploi, à l'insertion et au logement social. Les dépenses relatives à la solidarité, à la santé, à la formation professionnelle, à la politique de la ville restent en effet pour la plupart inscrites au budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Or, en 2000, ces crédits s'élèvent à 5,5 milliards de francs, soit presque autant que les crédits du secrétariat d'Etat.

La délégation considère qu'un regroupement de l'ensemble des crédits sociaux dans le budget du secrétariat d'Etat à l'outre-mer ne pourrait que favoriser l'adaptation des politiques publiques aux particularités de l'outre-mer.

A cet égard, elle tient à rappeler la position affichée par la commission sur ce sujet lors du dernier débat budgétaire, par la voix de son rapporteur pour avis.

« Votre commission estime que le mouvement de transfert de crédits vers le secrétariat d'Etat à l'outre-mer doit se poursuivre.

« Elle y voit en effet un triple avantage :

« - une plus grande lisibilité des documents budgétaires,

« - un meilleur ciblage de l'effort budgétaire en faveur de l'outre-mer,

« - une plus grande adaptation aux besoins locaux.

« L'expérience en matière de politique de l'emploi, avec la création du FEDOM, et de politique du logement social, avec la création de la Ligne budgétaire unique (LBU), a montré que l'évolution de la nomenclature budgétaire avait permis de repositionner ces politiques pour les adapter aux spécificités locales.

*« A cet égard, deux domaines apparaissent prioritaires. **Le transfert des crédits relatifs à la formation professionnelle** est sans doute le plus urgent, l'effort de formation étant actuellement très insuffisant et les dispositifs applicables en métropole, notamment la formation en alternance, n'y étant visiblement pas adaptés. **Le transfert des crédits relatifs à la santé** est également nécessaire à court terme, l'état et l'équipement sanitaires de l'outre-mer restant en retard par rapport à ceux de la métropole. »¹*

Au total, la conviction de la délégation est que le développement social de la Guyane rend nécessaires la mise en œuvre d'un plan de rattrapage et l'adaptation de la réglementation aux spécificités locales. Il s'agit là d'un enjeu considérable tant pour le Gouvernement que pour le Parlement, mais

¹ Avis présenté, au nom de la commission des Affaires sociales, par M. Jean-Louis Lorrain, Sénat, n° 93 tome VII (1999-2000).

c'est avant tout un défi pour les Guyanais eux-mêmes, le développement social ne pouvant se fonder durablement que sur les initiatives des acteurs locaux.

« Nous avons à réaliser, vous sur place et la France avec vous, une grande œuvre française telle qu'on s'aperçoit dans toutes les régions du monde où se trouve ce département » .

Cette phrase du Général de Gaulle sur la Guyane conserve aujourd'hui encore, et peut-être plus que jamais, toute son actualité.

ANNEXE

-

PROGRAMME DE LA MISSION D'INFORMATION DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES EN GUYANE

- *Vendredi 23 juillet*

15 heures : Aéroport de Rochambeau - Accueil de la délégation par M. Christophe Salin, directeur de cabinet du préfet

17 heures 30 : Réunion de travail avec M. Frédéric Veau, Secrétaire général de la préfecture, avec M. Emmanuel Jaccoulet, Directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), et avec Mme Patricia Vienne, Directeur de la DDASS

- *Samedi 24 juillet*

9 heures : Visite du Centre Spatial Guyanais (CSG) à Kourou, en compagnie de M. Michel Mignot, directeur du CSG

12 heures 30 : Déjeuner au CSG, offert par M. Michel Mignot

15 heures : Visite de Cayenne

- *Dimanche 25 juillet*

9 heures : visite du village Hmongs de Cacao

Visite du centre de santé de Cacao

14 heures : Déplacement en avion à Maripasoula, en compagnie de Mme Marie-Claude Verdan, vice-présidente du conseil général et de Mme Patricia Vienne, directeur de la DDASS

- visite du centre de santé

- entretien avec l'adjudant Roure, commandant de la brigade de gendarmerie

• ***Lundi 26 juillet***

8 heures 30 : Visite à Mme Christiane Taubira Delannon, députée de la 1^{ère} circonscription

10 heures 30 : Entretien avec Mme Marie-Claude Verdan, Vice-Présidente du Conseil général, chargée des questions sanitaires et sociales

11 heures : Réunion de travail avec les chefs de service du Conseil général, chargés des affaires sanitaires et sociales

13 heures : Déjeuner de travail offert par le Conseil général

17 heures : Entretien avec M. Elie Chow-Chine, président du conseil de l'ordre des médecins de Guyane et M. Roger-Michel Loupec, Président de l'Union régionale des médecins libéraux de Guyane

19 heures 30 : Participation au journal télévisé de RFO

20 heures : Dîner en compagnie des membres du corps préfectoral

• ***Mardi 27 juillet***

7 heures : Visite du centre médico-chirurgical de Kourou

10 heures : Entretien avec Mme Gertrude Briquet, premier adjoint au maire d'Iracoubo et avec Mme Myriam Kérel, adjointe au maire chargée des affaires sociales

11 heures : visite du centre de santé d'Iracoubo

15 heures 30 : Entretiens avec M. Léon Bertrand, député-maire de Saint-Laurent-du-Maroni, et avec M. Jean-Luc Quinio, sous-préfet de Saint-Laurent-du-Maroni

16 heures 30 : Visite de l'hôpital André Bouron à Saint-Laurent-du-Maroni

20 heures 30 : Dîner avec M. Léon Bertrand, député-maire de Saint-Laurent-du-Maroni, et avec M. Jean-Luc Quinio, sous-préfet

• ***Mercredi 28 juillet***

8 heures : Retour sur Cayenne via Mana

12 heures 30 : Déjeuner de travail avec les représentants d'associations de lutte contre le Sida et la toxicomanie

15 heures : Visite de l'hôpital de Cayenne

17 heures 30 : Rencontre avec les représentants des syndicats FO et UTG de l'hôpital de Cayenne

18 heures 30 : entretien avec M. Weimert, premier vice-président de la Chambre de commerce et d'industrie de Guyane

20 heures : Dîner en compagnie de Mme Patricia Vienne, directeur de la DDASS, M. Robert Gutterman, directeur de l'hôpital de Cayenne, de M. Emmanuel Jaccoulet directeur de l'ARH et du directeur adjoint de la caisse de sécurité sociale

• ***Jeudi 29 juillet***

8 heures : Entretien avec M. Paul Téodori, directeur du travail (DDTEFP)

9 heures : Entretien avec M. Jean-Pierre Aron, directeur de l'agence départementale d'insertion (ADI)

10 heures : Entretien avec M. Sanson, directeur général de l'ANPE

11 heures : Entretien avec M. Jean-Michel Nicolas, directeur de l'AFPA

12 heures : Entretien avec M. Gérard Faubert, secrétaire général du syndicat CDTG

13 heures : Déjeuner de travail avec M. Joseph Xavero, Président de la Caisse de sécurité sociale et Secrétaire général du syndicat FO

15 heures 30 : Départ pour l'aéroport de Rochambeau.