



# L'outre-mer : territoires et populations

**D'une superficie de 119 394 km<sup>2</sup>, les départements et collectivités d'outre-mer ont une population de 2,7 millions d'habitants. Ils présentent une grande hétérogénéité de statuts, de démographie, d'état de santé et d'offre de soins.**

## La santé dans les départements et collectivités d'outre-mer : réalités et perspectives

**Hervé Creusvaux**  
Direction générale  
des outre-mer,  
sous-direction des  
politiques publiques

Le récent rapport de la Cour des Comptes sur « *La santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République* » a offert l'opportunité de mettre en lumière les enjeux de santé portés par les outre-mer dans leur diversité, leur complexité et leur singularité. Alors qu'elle est homogène dans les départements de l'Hexagone, l'intervention de l'État dans les territoires ultramarins en matière de santé est conduite et adaptée en tenant compte du degré d'autonomie dont dispose chacun d'entre eux selon son statut institutionnel (*lire encadré p. 12*) et de ses caractéristiques géographiques, économiques, démographiques et socioculturelles. L'engagement des représentants nationaux ultramarins, le dynamisme des collectivités territoriales et des milieux associatifs sont également des éléments importants qui influencent les politiques publiques conduites dans les outre-mer.

### Des territoires pluriels et dispersés

Distribués sur plusieurs continents et sous plusieurs latitudes, les départements et collectivités d'outre-mer représentent une superficie de 119 394 km<sup>2</sup>,

soit 17,8 % de celle de la France hexagonale et une population de 2,7 millions d'habitants<sup>1</sup>, soit environ 4 % de la population nationale. Cependant, il n'est pas inutile de rappeler que grâce à ses territoires ultramarins, la France dispose du deuxième domaine maritime mondial, soit près de 11 000 000 km<sup>2</sup>, d'un potentiel immense en termes de richesses naturelles et de biodiversité ainsi que d'une ouverture sur tous les océans. En soi, c'est déjà un premier argument qui doit faire récuser l'idée, certes minoritaire et en régression, mais toujours répandue que les territoires d'outre-mer « *coûtent cher aux contribuables* »<sup>2</sup>. L'éloignement, l'insularité, l'isolement géographique, la diversité démographique sont des caractéristiques partagées par les différentes collectivités d'outre-mer influant sur les niveaux de conception et de mise en œuvre des politiques publiques dans leurs différentes

1. 2,1 millions d'habitants en considérant les seuls DOM.
2. 46 % des Français de l'Hexagone pensent que les territoires d'outre-mer coûtent cher aux contribuables contre 53 % en 1998. Sondage IFOP/JOMD, Le regard des Français de l'Hexagone sur l'outre-mer, mars 2015.

déclinaisons (cohésion sociale, logement, éducation, fiscalité, santé, jeunesse, transport, culture, etc.). Ainsi, dans le domaine sanitaire, le nombre d'habitants de chaque collectivité, les caractéristiques démographiques, la distribution, l'importance et la nature des flux de populations, les caractéristiques du modèle familial constituent des paramètres dont les fluctuations pèsent sur l'organisation des soins, les ressources mobilisables (professionnels de santé, structures et réseaux de soins, accès aux médicaments, aux équipements lourds, etc.), les besoins d'investissements ou de prestations sociales, etc. À titre d'illustration, les patients de Wallis-et-Futuna et de Saint-Pierre-et-Miquelon, deux groupements d'îles de petite taille faiblement peuplés (respectivement 12 200 et 6 100 habitants) sont pris en charge au sein d'établissements hospitaliers ou de dispensaires à ressources limitées entraînant de fréquentes évacuations sanitaires, pour les premiers vers la Nouvelle-Calédonie (à 2 100 km de distance) ou vers l'Hexagone (à 16 000 km), pour les seconds, vers le Canada voisin ou l'Hexagone (à 4 300 km). En ce qui concerne l'accès aux équipements, l'installation de PET-Scans dans les régions Antilles-Guyane pour la prise en charge des patients atteints de cancer, conformément aux objectifs du 3<sup>e</sup> Plan Cancer, et l'implantation d'un cyclotron permettant de fournir les radioéléments nécessaires aux examens d'imagerie, nécessite un arbitrage en prenant compte les infrastructures et expertises locales, la taille des bassins de populations, le réseau de transport aérien, les possibilités de coopérations régionales et internationales, les sources de financement, etc. En Guyane, l'accès des patients amérindiens ou bushinengués au centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR) peut demander jusqu'à deux jours de voyage par pirogue ou, en cas d'urgence, nécessiter une évacuation sanitaire hélicoptérée vers Cayenne, voire vers l'Hexagone. Le développement de la restauration scolaire assure un grand retard en Guyane et une inadaptation par rapport aux rythmes scolaires à Mayotte, ce qui contribue à la dégradation de l'état nutritionnel de beaucoup d'enfants scolarisés et obère les efforts menés en faveur de la réussite éducative.

### Une situation démographique, sociale et socio-économique contrastée en décalage par rapport à l'Hexagone

Les départements et collectivités d'outre-mer présentent une grande hétérogénéité, à la fois entre eux mais également par rapport à la France hexagonale en ce qui concerne leurs caractéristiques humaines, sociales et socio-économiques. Sur le plan démographique, on observe d'un côté des départements ultramarins jeunes, sièges d'une forte croissance démographique, particulièrement Mayotte et la Guyane, avec une fécondité élevée (> 3 enfants par femme) et des flux migratoires importants provenant des pays avoisinants. Si les tendances démographiques récentes

se maintiennent, la population guyanaise devrait plus que doubler en 30 ans, atteignant 574 000 habitants en 2040 (*Sources Insee*). La part de l'immigration représente pour la Guyane et Mayotte respectivement 45 % et 36 % de leur population totale, dont une forte proportion d'étrangers, 40 % à Mayotte et 34,6 % en Guyane, le plus souvent en situation irrégulière et socialement précaire. Le taux d'accroissement annuel de la population ultramarine est en moyenne 2 fois plus élevé dans les DOM (+1,23 %) qu'en France métropolitaine (+0,67 %), avec en tête la Guyane (+3,72 %) et La Réunion (+ 1,49 %) (*Sources Insee, janvier 2014*). D'un autre côté, des départements vieillissants, comme la Martinique ou la Guadeloupe, qui ont réalisé leur transition démographique en raison de l'évolution naturelle de leur population (baisse de la fécondité, augmentation de l'espérance de vie) et de mouvements migratoires « croisés ». En effet, nombre de jeunes adultes se rendent en métropole pour poursuivre leurs études ou trouver un emploi, tandis que la fraction d'âge mûr ou en fin d'activité, revient au moment de la retraite. Les études prospectives prévoient que la Martinique et la Guadeloupe seront, en 2040, les deux plus vieux départements de France, ce qui représente déjà un enjeu majeur pour les Antilles.

Les mouvements de population que ce soit pour des raisons temporaires, liées à la conjoncture socio-économique, ou définitives, sont des facteurs clés à prendre en compte par les politiques publiques à l'égard des départements d'outre-mer (*lire article p. 17*). Dans le domaine de l'éducation, la part des jeunes, pas ou peu diplômés, est deux fois plus élevée dans les DOM que dans l'Hexagone, la Guyane étant particulièrement concernée avec 50 % des jeunes. Sur le plan de l'emploi, malgré le dynamisme de la création d'emploi observé ces dix dernières années dans les DOM (supérieure à celui de l'Hexagone), le taux de chômage y est près de trois fois plus important. En 2011, 29,7 % des actifs réunionnais âgés de 15 à 64 ans étaient encore sans emploi, taux le plus élevé des DOM ; celui-ci était de 22,9 % en Guadeloupe, 21 % en Martinique et 21,2 % en Guyane alors qu'en France métropolitaine, il s'élevait à 9,3 %. Les jeunes sont plus touchés, avec un taux de chômage atteignant 59,8 % à La Réunion (*Sources Insee, 2011*). Enfin, les conditions socio-économiques dans les départements d'outre-mer sont nettement plus défavorables que dans l'Hexagone. La pauvreté et la précarité y sont davantage répandues. Les taux d'allocataires de prestations sociales sont plus élevés dans l'ensemble des DOM (70,2 %) que dans l'Hexagone (42,9 %). Plus de 30 % de la population des DOM (hors Mayotte qui ne dispose pas de ce dispositif) bénéficie de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) contre 6,6 % dans l'Hexagone. Alors qu'ils ne représentent que 2,8 % de la population nationale, les DOM regroupent 11,9 % des bénéficiaires de la CMU-C et 10 % du total des allocataires du revenu de solidarité active (RSA) (*Sources Fonds CMU, 2013 et données CAF,*





2014). Un quart des ménages domiens perçoit le RSA socle<sup>3</sup> contre moins de un sur vingt dans l'Hexagone.

### Un retard de l'état sanitaire, un rattrapage nécessaire mais à différencier

Le rapport de la Cour des comptes fait le constat que la situation sanitaire des territoires ultramarins est le plus souvent incomparablement meilleure que celle de beaucoup de pays qui les entourent. Au sein du territoire national cependant, certains indicateurs significatifs de l'état de santé de la population des outre-mer sont moins bons que ceux observés dans l'Hexagone. Par ailleurs, les situations rencontrées peuvent être très contrastées d'un territoire à l'autre. Ainsi, une enquête réalisée par la Drees (2012) constate que, sur la période 2000-2008, le taux de mortalité infantile reste en moyenne deux fois plus élevé dans les départements d'outre-mer (7,8 décès/1 000) qu'en France hexagonale (3,8/1 000). Cette surmortalité est particulièrement marquée à Mayotte, avec 16,1 décès/1 000 naissances (données 2011) et en Guyane, avec 11,8 décès/1 000 naissances vivantes, contre 6,8 à La Réunion, 7,1 en Guadeloupe, 7,2 en Martinique et 3,8 dans l'Hexagone (données 2012). La surmortalité infantile des DOM est surtout attribuable aux décès dus à une affection dans la période périnatale, particulièrement lors de la première semaine de vie.

**3.** Le revenu de solidarité active (RSA) est une prestation sociale visant à *garantir un revenu minimum* en fonction des ressources et de la composition du foyer. Il existe sous deux formes, le RSA socle pour ceux qui n'ont aucune ressource et le RSA activité qui compense des revenus modestes.

Celle-ci explique les deux tiers de la surmortalité infantile. Après 28 jours, le taux de décès par maladie infectieuse et mort violente reste plus élevé dans les DOM, mais ces causes sont rares. Dans un rapport général sur la politique de périnatalité de février 2012, la Cour des comptes a souligné que la baisse de la mortalité infantile stagnait en France, largement du fait de la situation ultramarine alors qu'elle se poursuivait dans d'autres pays européens. Des conditions sociales plus défavorables dans les DOM expliquent probablement une partie de la surmortalité infantile observée. La précarité, la pauvreté, les pathologies chroniques (obésité, hypertension, diabète), les addictions entraînent une vulnérabilité des femmes enceintes, raison pour laquelle la Cour des comptes a préconisé un effort particulier les concernant en matière de prévention.

Les départements et collectivités d'outre-mer sont également exposés à des risques naturels particuliers, supérieurs à ceux rencontrés dans l'Hexagone : risques sismiques, climatiques mais également environnementaux ou infectieux, dont l'amplitude ou la nature sont différentes de celles prévalant dans l'Hexagone. Les maladies infectieuses sont encore à l'origine d'une part importante de la morbidité, chez les enfants comme chez les adultes. Le VIH représente en particulier un réel fardeau de santé publique. En 2012, les régions les plus concernées par les découvertes de séropositivité VIH étaient la Guyane, la Guadeloupe, l'Île-de-France et la Martinique avec respectivement 835, 510, 227, et 169 cas de séropositivité par million d'habitants. Cette tendance dans les départements français d'Amérique

## Les statuts institutionnels et particularités juridiques des collectivités ultramarines

Le régime institutionnel des collectivités situées outre-mer est en constante évolution. Succédant à l'appellation historique des départements et des territoires d'outre-mer (DOM/TOM), les départements et régions d'outre-mer (DOM-ROM) et les collectivités d'outre-mer (COM) relèvent de deux catégories distinctes :

- Les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution : la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et le département de Mayotte,
- et les collectivités régies par l'article 74 : Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, la Polynésie française et Wallis-et-Futuna ;

Auxquelles s'ajoutent la Nouvelle-Calédonie, collectivité *sui generis* relevant du titre XIII de la Constitution, et les Terres australes et antarctiques françaises (TAAF) et l'île de Clipperton régies par la loi du 6 août 1955 (en vertu de l'article 72-3 de la Constitution).

Cette classification opérée par la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 dissimule en fait une grande diversité de statuts « à la carte » renforçant leur caractère d'entité ultramarine.

Ainsi, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, anciennes communes de la Guadeloupe sont devenues en 2007 des collectivités régies par l'article 74 et le Département de Mayotte a succédé à la collectivité départementale de Mayotte en 2011. La Guyane et la Martinique, actuellement DOM-ROM, deviendront chacune une collectivité territoriale unique issue de la fusion du conseil départemental et du conseil régional, à compter de décembre 2015, tout en demeurant régies par l'article 73 de la Constitution.

Dans les collectivités régies par l'article 73, les lois et les règlements s'y appliquent de plein droit comme sur le territoire métropolitain. Ils peuvent cependant être adaptés pour tenir compte des caractéristiques et des contraintes particulières de ces collectivités.

Les collectivités régies par l'article 74 de la Constitution bénéficient de davantage d'autonomie administrative et d'un pouvoir normatif plus étendu dans un nombre de matières fixées par leur statut organique respectif.

Le régime d'application du droit, selon le principe d'identité législative ou le principe de spécialité législative, n'est plus le dénominateur commun des collectivités relevant de l'une ou de l'autre des catégories, article 73 ou 74.

En effet, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon sont soumises au principe de l'identité législative au même titre que les DOM-ROM et le Département de Mayotte.

En Polynésie française, à Wallis-et-Futuna, en Nouvelle-Calédonie et dans les TAAF, dans les matières qui relèvent de l'État, les lois et règlements ne sont applicables que sur mention expresse, sauf exceptions définies par la loi organique ou la jurisprudence.

Ces collectivités se divisent encore selon

(DFA) est confirmée et majorée en 2013. L'incidence des infections à VIH et du sida y est plus élevée, le mode de contamination prédominant étant hétérosexuel, le multipartenariat masculin deux fois plus fréquent, les déterminants de santé plus défavorables chez les femmes et amplifiés en cas de vulnérabilité associée (migration, prostitution, usage de drogues), la stigmatisation des personnes séropositives plus marquée. Grâce aux campagnes d'information et aux efforts continus de prévention, les connaissances de la population vis-à-vis du VIH et des traitements antiviraux s'améliorent, de même que le recours au dépistage et l'utilisation du préservatif se maintient à un niveau élevé.

Depuis de nombreuses années, les collectivités d'outre-mer sont régulièrement confrontées à des épidémies d'arboviroses comme la dengue, le chikungunya ou la fièvre Zika transmises par les moustiques. La France est pointée du doigt par plusieurs institutions internationales, dont l'Organisation mondiale de la santé, pour son insuffisance en matière de lutte contre le paludisme en Guyane, contribuant à favoriser l'émergence de plasmodiums résistants. Ces phénomènes ne peuvent que s'exacerber en raison des changements climatiques observés, de l'accroissement des flux migratoires de population (émigration, tourisme) et des modifications des milieux naturels par l'homme. Ces épidémies peuvent entraîner des décès, notamment parmi les populations les plus fragiles ou des incapacités temporaires coûteuses. Elles perturbent profondément aussi bien le système de soins (saturation des services hospitaliers, incapacité frappant également les professionnels de santé) d'un territoire que

son tissu socio-économique (tourisme, transports aériens, services, etc.). Les infections sexuellement transmissibles se développent dans les territoires ultramarins comme dans l'Hexagone et la tuberculose frappe les jeunes et les populations précaires en Guyane et à Mayotte, tandis que des épidémies de leptospirose surviennent en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

Dans le domaine des maladies chroniques, on souffre globalement moins, dans les outre-mer, de cancer que dans l'Hexagone, mais certains cancers comme celui du col de l'utérus (Guyane) ou celui de la prostate (Antilles, Guyane) y sont plus répandus. De plus les inégalités sociales et géographiques vis-à-vis du dépistage ou de la prise en charge du cancer, le vieillissement de la population dans certains DOM, le retard en équipement lourds (IRM, PET-Scans, dispositifs de radiothérapie et d'imagerie, etc.) et en infrastructures hospitalières, l'insuffisance de spécialistes (oncologues, anatomocytologistes...), les caractéristiques étiologiques de certains cancers (maladies infectieuses, exposition environnementale à des agents cancérigènes), la prévalence de certains déterminants de santé (pauvreté, précarité, moindre niveau d'éducation), l'éloignement géographique justifient la mise en place de programmes d'actions adaptés aux outre-mer. Dans les départements et collectivités d'outre-mer, la prévalence du surpoids et de l'obésité, mais aussi de la morbidité associée (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires) est plus élevée que dans l'Hexagone (*lire article p. 45*). La prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées y sont une priorité de santé

Ministère  
des Outre-mer :  
<http://observatoire-outre-mer.interieur.gouv.fr>

leur statut européen (articles 349 et 355 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne). Celles régies par l'article 74 sont des pays et territoires d'outre-mer (PTOM), sauf Saint-Martin qui constitue une région ultra-périphérique (RUP) comme les DOM et Mayotte.

Dans les PTOM qui ne font pas partie de l'Union européenne contrairement aux RUP, l'application du droit de l'Union devrait être, en théorie, limité aux obligations du traité d'association. Il s'y applique cependant par l'extension du droit national transposant les directives. Subsiste la difficulté d'articuler les obligations des règlements européens et le respect du statut de PTOM.

De cette diversité, il faut retenir les matières où l'État est compétent pour « dire la loi » et les matières pour lesquelles les collectivités peuvent décider pour elles-mêmes.

La santé publique doit s'entendre en outre-mer au sens large, comme recouvrant les

politiques de santé, l'offre et l'organisation sanitaire, les professions médicales mais également les règles de bioéthique et la recherche biomédicale et génétique.

L'État est compétent dans les DOM (la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion) et à Mayotte, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Wallis-et-Futuna.

En Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, l'État est compétent uniquement sur les aspects de bioéthique et recherche, en ce qu'ils touchent à la garantie des libertés publiques, eu égard au respect et à la dignité des personnes.

L'État a pu décider de créer l'agence de santé de l'Océan indien, regroupant La Réunion et Mayotte, et une ARS regroupant également la Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. À Saint-Pierre-et-Miquelon, l'agence territoriale de santé est un service déconcentré placé sous l'autorité du préfet. Wallis-et-Futuna, en

raison de son isolement, s'organise à travers l'agence de santé, également établissement de santé, dont les missions s'exercent sous l'autorité du préfet.

Les TAAF sont dans une situation particulière, n'accueillant aucune population résidente et le siège de son administration étant situé à La Réunion, les textes en matière de santé ont une portée limitée et n'y ont généralement pas d'application utile.

Le ministère des Outre-mer et la Direction générale des outre-mer (DGOM) concourent, en lien avec le ministère de la Santé, au recensement des besoins et aux modalités d'application des textes. La DGOM est également chargée de procéder à la consultation des collectivités sur les décrets, le Secrétariat général du gouvernement étant chargé des projets et propositions de loi et d'ordonnance. 🐟



publique identifiée par les programmes régionaux de santé. La spécificité de la situation alimentaire en outre-mer est étroitement liée aux particularités culturelles et économiques (mais aussi géographiques et climatiques) ainsi qu'aux productions agricoles locales. Cette situation a été prise en compte par la rédaction, pour la première fois, d'un plan spécifique pour les populations d'outre-mer dérivé du Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 et du Plan Obésité (PO) 2010-2013, issu d'une collaboration interministérielle efficace. Conformément aux recommandations exprimées, le PNNS-PO outre-mer a proposé d'adapter les références du PNNS au contexte culturel et géographique des territoires (représentation des aliments), de mettre en valeur les ressources locales et les produits familiers pour les populations concernées, de favoriser le développement de certaines filières agricoles et agroalimentaires locales par un véritable partenariat avec l'agro-industrie, de prévenir le surpoids important des jeunes accouchées en s'appuyant sur l'école de sages-femmes de la Martinique, compétente pour la Caraïbe française, de traiter les spécificités des questions de dénutrition en Guyane et à Mayotte. Par ailleurs, la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire dans les outre-mer, dite « loi Lurel », a imposé de rendre identique la teneur en sucre des produits alimentaires distribués dans l'Hexagone, dans les DOM et les COM (hors Polynésie française, Nouvelle-Calédonie et Wallis-et-Futuna). Cependant, cette obligation, dans l'attente d'un arrêté interministériel, ne s'applique pas encore aux produits alimentaires issus de la production locale ou importés, généralement plus sucrés que ceux distribués dans l'Hexagone.

### **Des établissements hospitaliers à moderniser, une offre médico-sociale à construire**

Dans les DOM, la politique relative à l'organisation de l'offre de soins est pilotée par une agence régionale de santé (ARS) comme sur le reste du territoire national et répond à un schéma régional d'organisation des soins. Même si la situation doit être différenciée entre chaque département ou territoire ultramarin, l'offre de soins, hospitalière ou libérale, demeure globalement inférieure à celle rencontrée dans l'Hexagone. Alors qu'en termes de nombre de lits de médecine chirurgie et obstétrique (MCO), la situation en Guadeloupe et Martinique est comparable à la situation hexagonale (654 lits/100 000 habitants), les autres DOM ainsi que la Polynésie et la Nouvelle-Calédonie ont des capacités en lits de court-jour réduites de moitié par rapport à l'Hexagone. Depuis 2012, plusieurs projets d'envergure ont vu le jour ou ont été confortés : à La Réunion, la reconstruction du Groupe hospitalier Est de La Réunion (GHER) et la construction du Pôle sanitaire de l'Ouest (PSO) ; en Guyane, la reconstruction de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni et la réhabilitation d'une partie du centre hospitalier de Cayenne ; aux Antilles, la reconstruction aux normes parasismiques du plateau technique du CHU

de Fort-de-France en Martinique et du nouveau CHU de Pointe-à-Pitre en Guadeloupe. L'État participe également, dans la zone Pacifique, au financement du Médipôle de Koutio en Nouvelle-Calédonie au travers des contrats de développement et le projet Plexus, porté par l'ARS océan Indien, a été retenu dans le cadre de l'appel à projets « territoires de soins numériques » (TSN). Au total, c'est un investissement global d'un milliard d'euros qui a été engagé pour moderniser le parc hospitalier dans les territoires ultramarins. Tout en tenant compte de certaines particularités ultramarines (infrastructures et équipements obsolètes, précarité répandue, secteur libéral déficitaire, etc.), les investissements hospitaliers dans les départements d'outre-mer doivent répondre aux critères de qualité et d'efficacité nationaux. Pour respecter ces objectifs, les projets hospitaliers sont, depuis 2012, préalablement examinés par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo) animé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui priorise les projets d'investissement nécessitant un financement de l'État et assure le suivi des établissements en difficulté. À Wallis-et-Futuna, une agence de santé tient le rôle d'une ARS en termes de politique de santé et assure également l'offre de soins, hospitalière et ambulatoire, avec un plateau technique très insuffisant, ce qui explique les nombreuses évacuations sanitaires vers l'Hexagone ou la Nouvelle-Calédonie. La collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon dispose d'une agence territoriale de santé sous l'autorité du préfet et d'un petit hôpital neuf de 35 lits. Afin de disposer d'un recours à certaines spécialités médicales et limiter le nombre d'évacuations sanitaires vers l'Hexagone ou le Canada, le centre hospitalier François Dunan cherche à développer des coopérations avec des établissements hospitaliers situés dans l'Hexagone ainsi que l'utilisation de la télé-médecine. La Cour des comptes a aussi souligné les importantes difficultés de gestion rencontrées par la plupart des hôpitaux ultramarins et a instamment recommandé de rendre plus efficace la gestion des effectifs hospitaliers et de recourir systématiquement à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (Anap) dès la phase de conception des projets de construction des hôpitaux. Concernant la disponibilité de ressources médicales, elle est inégale d'un territoire à l'autre et peut être totalement déficiente dans les territoires isolés ou moins attractifs comme Mayotte ou la Guyane, situation justifiant alors la mise en place de dispositifs financiers incitatifs ou d'autres, dérogatoires, pour permettre l'exercice de certains praticiens diplômés hors Union européenne.

Le vieillissement de la population, flagrant en Martinique et Guadeloupe (mais qui concernera dans le futur les autres départements et collectivités d'outre-mer où l'offre médico-sociale n'est pas développée), s'inscrit dans un contexte économique marqué par un sous-équipement en établissements médico-sociaux et des caractéristiques socio-économiques difficiles. Les

projections démographiques disponibles soulèvent la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et particulièrement celle des personnes de plus de 80 ans. Cette population serait multipliée par 3,7 en Guadeloupe, 3,5 en Martinique, 3 en Guyane et 4,8 à La Réunion (contre 2,3 dans l'Hexagone). Les services à la personne sont assez bien représentés mais doivent être développés afin de répondre aux besoins et à la volonté du maintien à domicile. Les taux d'équipement (Ehpad) sont eux très inférieurs à l'Hexagone. Dès lors, les axes à développer sont : l'amélioration du maintien à domicile (appui aux aidants, services d'aide à domicile, adaptation du logement, services de soins infirmiers à domicile, formations, adaptation des logements à la prévention des chutes, monte-escaliers...), le renforcement du personnel soignant et la professionnalisation des aidants à domicile, l'amélioration des équipements permettant la prise en charge de la grande dépendance, la recherche de dispositifs innovants de services regroupés, la coordination et la territorialisation des secteurs sanitaire et médico-social, l'initiation de projets de télémédecine appliqués aux personnes âgées en institution et à domicile. Diverses mesures, concernant le maintien à domicile comme la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la refonte du secteur de l'aide à domicile ainsi que l'adaptation des logements aux enjeux du vieillissement ou le développement du logement intermédiaire en faveur des personnes âgées sont actuellement discutées dans le cadre de la préparation de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement qui sera publiée en 2015.

### La stratégie nationale de santé et la loi de modernisation de notre système de santé

En 2009, un Plan de Santé outre-mer avait été élaboré mais faute d'impulsion stratégique et de financements spécifiques, sans objectifs chiffrés, trop hospitalo-centré et sans dispositif d'évaluation, celui-ci n'a pas eu les effets escomptés. Sous la double impulsion de la Cour des comptes et de la mobilisation des parlementaires ultramarins relayée par le ministère des Outre-mer et celui de la Santé et des Affaires sociales, la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé en discussion devant les assemblées parlementaires comportera plusieurs articles démontrant une meilleure prise en compte des outre-mer dans la politique de santé. Un article d'habilitation permettra aussi d'adopter, par voie d'ordonnance, des mesures spécifiques aux DOM et aux COM. Le recueil de données chiffrées, indispensable pour conduire et suivre la politique de santé, mais lacunaire dans les territoires ultramarins, devrait être renforcé. Les deux ministres se sont également engagés, devant la Délégation aux outre-mer de l'Assemblée nationale, à ce qu'une stratégie nationale de santé soit mise en œuvre pour les outre-mer. Plusieurs initiatives interministérielles ont été instaurées pour permettre une meilleure coordination et fluidifier les échanges entre administrations centrales, tout en impliquant aussi les ARS et les agences de santé ultramarines. La volonté est là, les actions et les efforts ne devront cependant pas fléchir pour permettre un rattrapage progressif et une réduction des inégalités de santé entre outre-mer et Hexagone. 🐟

## La codification au défi : l'exemple du droit ultramarin de la santé

**P**our connaître le droit ultramarin de la santé, il suffit, pour l'essentiel, d'ouvrir le Code de la santé publique. Fort heureusement en effet, la conception moderne de la codification se refuse à doter chaque collectivité d'outre-mer de son propre code, ce qui impliquerait une multiplication des codes et une hétérogénéité de leur contenu, chacun d'entre eux évoluant à son rythme. Mais quelques précautions sont à prendre.

Il faut d'abord utiliser une édition qui comporte ces dispositions. On rappellera simplement que le Code de la santé publique papier, annuel, des éditions Dalloz ne reproduit pas l'ensemble des dispositions ultramarines. Le plus expédient est de consulter le code officiel, mis en ligne par Légifrance, constamment consolidé et d'accès gratuit. Ce service permet de connaître l'historique de chacun des articles, et même l'état du code, jour par jour, depuis sa création en octobre 1953.

Il faut savoir ensuite que la plupart des collectivités ultramarines sont régies par le principe d'identité, ce qui veut dire que les dispositions s'y appliquent comme dans n'importe quelle autre partie du territoire, sous réserve de quelques dispositions propres à l'une ou l'autre et que l'on trouve au fil des articles. Celles régies par le principe de spécialité, où une mention expresse d'application de la loi ou du règlement est requise, sont regroupées depuis la refonte du code opéré en juin 2000, dans le livre terminal de chacune des six parties du code, quoique Mayotte soit maintenant régie par le principe d'identité.

Même dans le cas le plus simple, celui des collectivités régies par le principe d'identité, il faut avoir à l'esprit cependant l'organisation particulière de chacune d'elles. Les dispositions relatives aux départements et aux régions ne s'appliquent pas à Saint-Pierre-et-Miquelon

**Jean-Pierre Patout**  
Conseiller pour  
le droit outre-mer,  
Direction générale  
de la santé