L'outre-mer : territoires et populations

D'une superficie de 119 394 km², 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 km², soit 17,8 % de celle de la France hexagonale et une population de 2,7 millions d'habitants[1], 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 km², 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* »[2]. 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 3e 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 héliportée vers Cayenne, voire vers l'Hexagone. Le développement de la restauration scolaire accuse 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[3] 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. 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

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 compète des revenus modestes.

Les statuts institutionnels et particularités juridiques des collectivités ultramarines

Roseline Duboc
Direction générale des outre-mer, sous-direction des affaires juridiques et institutionnelles

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, anatomo-cytopathologistes…), 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-séjour 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'efficience 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 télémédecine. 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 efficiente 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 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

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

Pour 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

qui n'est ni un département ni une région, de plus, les dispositions relatives aux communes ne sont pas non plus applicables à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy qui sont des collectivités uniques exerçant les compétences des unes et des autres. La Réunion et la Guyane sont le territoire et d'un département et d'une région, mais ce n'est pas le cas du Département de Mayotte qui exerce à la fois les compétences d'un département et d'une région, ce qui sera, à brève échéance, la situation de la Martinique et de la Guadeloupe.

Attention toutefois aussi au fait que la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales, régies par le principe d'identité en outre-mer, ne correspond pas toujours à celle observée en métropole. C'est ainsi que Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy sont compétentes en matière d'habitat, de construction et de logement et que Saint-Barthélemy l'est de plus en matière d'environnement. Or cette répartition est le fruit de lois organiques qui s'imposent au législateur ordinaire. Il en résulte que les dispositions du Code de la santé publique en ces matières ne s'y appliqueront pas, même si le code ne dit rien pour avertir le lecteur ! Or le silence d'un code ouvre la voie à de multiples questionnements aux réponses incertaines.

Attention enfin au fait que certaines collectivités sont dotées encore de codes particuliers ou connaissent une application restreinte de certains autres. C'est le cas par exemple de Mayotte qui dispose d'un code du domaine de l'État et des collectivités publiques, de trois articles, et aussi d'un Code du travail spécifique. De ce fait, toutes les mentions nombreuses du Code de la santé publique au Code du travail n'y sont pas directement applicables, en attendant le jour heureux où les dispositions de Mayotte y figureront enfin en bonne et due place.

La situation paraît plus simple pour les collectivités soumises au principe de spécialité puisque la loi ou le règlement doivent expressément mentionner qu'ils s'y appliquent. Ce serait oublier que pour ne pas répéter pour chaque collectivité toutes les dispositions applicables, le code opère par renvoi aux dispositions métropolitaines en indiquant celles qui s'y appliquent, au besoin en les adaptant. Le droit ne se donne plus alors immédiatement. Il faut opérer en plusieurs temps : repérer la disposition d'application, lire la disposition métropolitaine en cause, la modifier éventuellement pour tenir compte des adaptations.

Mais le principal écueil est alors le décalage dans le temps entre la disposition d'application et la disposition métropolitaine à laquelle elle renvoie. Si cette dernière est modifiée et que la modification n'est pas rendue applicable, c'est toujours la version en vigueur au moment où est intervenue la disposition d'application dont il faut tenir en compte, même si elle mentionne des institutions depuis lors disparues. Pour avertir le lecteur, on recourt parfois à des expédients comme des tableaux que l'on trouve dans le Code de la sécurité intérieure mentionnant les dates de rédaction des dispositions rendues applicables. Mais l'actualisation de ces tableaux, dont la lecture deviendra vite complexe au fur à mesure de l'évolution des textes, devrait demander autant d'énergie que le soin mis à rendre applicables les modifications des textes en cause.

Quoi qu'il en soit, là encore, il faut tenir compte de l'organisation particulière des collectivités qui sont toutes des collectivités *sui generis* et ne peuvent être assimilées à des communes, à des départements ou à des régions. De plus, il n'existe pas de commune à Wallis-et-Futuna, alors qu'il en existe en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

À nouveau, la répartition des compétences entre l'État et les collectivités soumises au principe de spécialité n'est pas celle constatée entre l'État et les collectivités territoriales en métropole. L'État est compétent en matière de santé publique et d'hygiène à Wallis-et-Futuna, il en assure même exclusivement le financement, alors qu'il ne l'est pas en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Les dispositions du code applicables le sont à d'autres titres qui relèvent de la compétence de l'État, comme l'exercice des libertés publiques (le droit à la dignité, le droit de disposer de son corps et donc la nécessité d'obtenir le consentement libre et éclairé de chacun aux soins qui lui sont proposés), la recherche ou l'organisation des tribunaux que sont les chambres disciplinaires des ordres professionnels. Le droit ultramarin est l'occasion de se prononcer ainsi de façon très subtile sur la nature de la disposition en cause et d'opérer les distinctions qui s'imposent. Ce faisant, il n'est pas rare qu'il montre la voie au droit métropolitain : deux ans avant sa généralisation à la métropole par la loi Kouchner, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française connaissaient déjà la distinction entre les chambres de discipline et les conseils ordinaux.

Le droit de l'Union européenne doit lui aussi être pris en considération. En effet, on sait que la transposition des directives répond à une exigence constitutionnelle, alors que les décisions et les règlements européens s'appliquent d'emblée sans transposition. Des pans entiers du droit de la santé sont issus directement de la transposition de directives (dispositifs médicaux par exemple). Or le droit dérivé de l'Union s'applique en métropole et dans les régions ultrapériphériques (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte, Saint-Martin), mais pas dans les pays et territoires d'outre-mer (Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis-et-Futuna et Terres australes et antarctiques françaises). Il en résulte que les règlements ne s'appliquent pas à Saint-Pierre-et-Miquelon ou à Saint-Barthélemy, où par ailleurs trouve effet le principe d'identité législative, ce qui constitue des zones d'absence de droit bien problématiques. Il faut donc passer par le droit interne ; comme on ne peut recopier des règlements, un nombre sans cesse croissant de dispositions codifiées en mentionne tel ou tel article mettant le lecteur dans une situation difficile, l'obligeant à compléter la lecture du code par celle de textes européens d'interprétation complexe et renvoyant eux-mêmes bien souvent à d'autres textes

encore. D'autres codes, comme le Code des transports, répètent une formule générale selon laquelle les dispositions issues de tel ou tel règlement en métropole sont applicables dans tel ou tel pays et territoire d'outre-mer. Mais bien évidemment, ces expédients ont des limites, notamment du fait que le droit français ne peut modifier la compétence territoriale d'une institution ou d'un organisme définis par un texte supranational.

Comme on le voit, si le Code de la santé publique apporte beaucoup au lecteur dans la connaissance du droit ultramarin, il est encore, de ce point de vue aussi, toujours à parfaire. On peut souhaiter que les codes rassemblent les dispositions d'une matière du droit non seulement dans le temps, en livrant la version en vigueur des textes, mais aussi demain dans l'espace en permettant à tout lecteur de n'importe quelle partie du territoire d'y trouver des indications utiles, ne serait-ce que celles selon lesquelles c'est la collectivité en cause et non pas l'État qui y est compétent. Car il est vrai les codes de l'État ne sont pas les seuls à rendre accessible le droit sur le territoire national ; Saint-Barthélemy dispose de codes en propre, la Nouvelle-Calédonie a une grande expérience de consolidation et de codification de ses textes. Il y aurait d'ailleurs le plus grand intérêt à comparer ces droits au sein de la République et à réfléchir aux raisons pour lesquelles ces collectivités, si elles s'inspirent le plus souvent du droit métropolitain, s'en éloignent parfois de façon très sensible.

Les DOM en mutation : sociétés diverses et défis multiples

Claude-Valentin Marie
Conseiller pour l'outre-mer à la direction de l'Ined, Responsable scientifique de l'enquête « *Migration Famille et Vieillissement* »

Les Antilles, que l'on imagine encore comme des « *territoires jeunes* » à la « *démographie galopante* », sont aujourd'hui des sociétés vieillissantes. À l'inverse, la Guyane et Mayotte[1] verront doubler leur population d'ici deux décennies, avec une majorité de jeunes de moins de 20 ans. La Réunion connaît, elle, un double mouvement de croissance continue et de vieillissement de sa population, avec en perspective l'effectif le plus élevé des 60 ans et plus, en 2030.

De tous les DOM, La Réunion (844 994 habitants) est de loin le plus peuplé[2], suivi par ordre décroissant de la Guadeloupe (403 750), la Martinique (381 326), la Guyane (250 377) et Mayotte (212 600) (tableau 1). Résultats de dynamiques très contrastées de l'un à l'autre de ces départements, ces écarts (figure 1) préfigurent des évolutions plus différenciées encore, dans un avenir proche, de leur population, en volume autant qu'en structure. À l'horizon 2030, La Réunion devrait dépasser le million d'habitants, la Guyane devrait être plus peuplée que les Antilles qui, à l'inverse, voient leur population stagner, et même reculer en Martinique, alors que celle de Mayotte après avoir triplé depuis 1985, continue de croître au rythme de 2,7 % par an.

Les changements sont à ce point rapides et profonds qu'il ne s'agit plus d'une simple évolution démographique

1. Département d'outre-mer depuis 2011.
2. Chiffres au 1er janvier 2015.

tableau 1

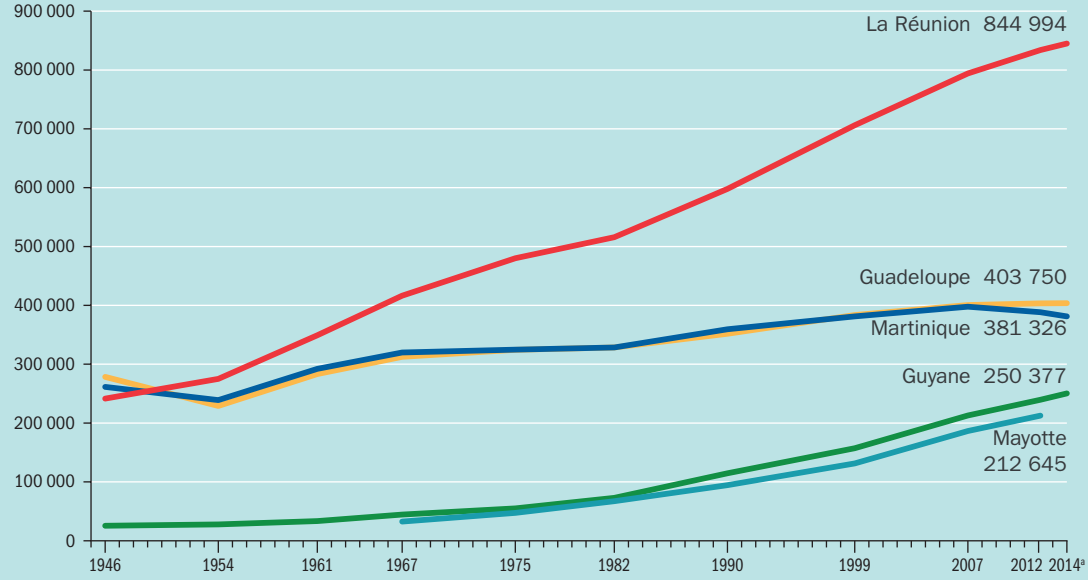
Évolution de la situation démographique par DOM au 1er janvier 2015

	2006	2014[a]	Évolution 2006-2014	Croissance en %
Guadeloupe	400 660	403 750	3 090	0,8
Martinique	397 731	381 326	–16 405	–4,12
Guyane	209 492	250 377	40 885	19,5
La Réunion	788 035	844 994	56 959	7,22
Mayotte[b]	186 729	212 645	25 916	13,9[c]
Ensemble DOM	1 795 918	1 880 447	84 529	4,7
Métropole	61 597 486	63 920 247	2 332 736	3,8

a. Résultats provisoires.
b. Pour Mayotte : RP-2007 et 2012.
c. Sur une période de 7 ans.

figure 1

Évolution démographique des DOM depuis 1946



a. Résultats provisoires.

propre à chacun, mais de véritables changements de société. Y contribuent les modifications dans l'équilibre des âges, les transformations des structures familiales, les recompositions internes liées aux migrations, l'affaiblissement des solidarités traditionnelles, autant que l'évolution des codes sociaux et culturels propres à chacun de ces territoires. À l'évidence, une nouvelle donne s'impose. Elle exige un renouvellement des réflexions sur les politiques économiques, sociales et de santé à mettre en œuvre dans ces départements, en veillant à leur adaptation aux spécificités de chacun ; mais elle suppose surtout de se débarrasser, enfin, de la vision uniformisante et caricaturale de leurs réalités qui prédomine encore.

L'ambition de cet article est d'éclairer cette diversité démographique et, partant, ses perspectives d'évolution en termes d'accroissement naturel, de migrations, aussi bien que de structure par âges des populations. Outre les données de cadrage des recensements de la population, cette analyse prend appui sur les résultats de l'enquête « *Migrations, famille et vieillissement* » (MFV) qui autorise un examen croisé de ces variables démographiques, en les réinscrivant dans les trajectoires de vie des personnes interogées.

Des dynamiques démographiques très hétérogènes

Leur transition démographique achevée depuis plus de deux décennies, les Antilles cumulent une chute très nette de leur natalité, un solde migratoire négatif et un vieillissement accéléré de leur population. C'est en Martinique que les effets de cette combinaison sont les plus nets. En près de 10 ans (2005-2014), « *l'île aux fleurs* » a enregistré une perte de près de 17 000 habitants, du fait d'une fécondité très inférieure au seuil théorique de renouvellement des générations (2,1) renforcée par le maintien d'un rythme soutenu d'émigration des jeunes natifs (18-24 ans). Une double dynamique que ne compensent ni les arrivées de populations nouvelles[3] ni les *migrants de retour*[4]. Les évolutions sont à peine différentes en Guadeloupe. La natalité y demeure cependant supérieure à celle de la Martinique, favorisant à « *Karukéra* » un taux de croissance encore positif.

À l'inverse, la Guyane et Mayotte sont les deux départements français affichant la natalité la plus forte (ICF de 3,5 à 4,1), l'immigration la plus élevée[5] et la croissance démographique la plus dynamique (autour de 3 % par an). Dans un contexte de faible mortalité liée à la jeunesse de la population, la *croissance naturelle*, reflétant le niveau élevé de la fécondité et l'importance des naissances, demeure le principal moteur de la croissance démographique de ces deux départements[6] (lire « Les moteurs de la croissance démographique », p. 20).

3. Immigrants nés en métropole, dans un autre DOM ou à l'étranger
4. Natifs d'un DOM revenant après un séjour durable hors de leur département, principalement en métropole
5. En provenance pour l'essentiel d'Haïti, du Brésil et du Suriname pour la Guyane et des Comores pour Mayotte.
6. Avec un ICF de 4,1 enfants par femme, cette croissance repose sur un fort excédent des naissances sur les décès. Entre 1999-2008, la Guyane affichait un taux de croissance annuelle moyen de 2,8 %, sept fois supérieur à celui de la Métropole.

Ainsi, en à peine soixante ans, la population guyanaise[7] a été multipliée par près de neuf et devrait encore quasiment doubler d'ici à 2030 (424 000 habitants), dépassant pour la première fois de l'histoire celle des Antilles. Pour sa part, la population mahoraise a triplé depuis 1985[8]. Avec un âge médian inférieur à 18 ans, Mayotte est de loin le département le plus jeune de France, devant la Guyane (23 ans), contre 39 ans pour la France métropolitaine.

La Réunion présente elle aussi un profil et une dynamique démographiques très spécifiques. Commencée tardivement, la *transition démographique* n'y est pas achevée. Avec un ICF supérieur à celui de métropole (2,4 contre 1,99 en 2013) et un solde migratoire aujourd'hui négligeable, l'augmentation de sa population (1,1 % en 2013 contre 0,5 % en moyenne nationale) est portée par une croissance naturelle près de trois fois supérieure à celle de la métropole. L'*Île Bourbon* demeure, avec la Guyane et Mayotte, aux premiers rangs des départements les plus jeunes de France (tableau 2). Le paradoxe est qu'elle n'échappe pas pour autant aux réalités du vieillissement et aux enjeux socio-économiques qui s'y attachent : en 2030, La Réunion comptera plus de 22 % de personnes de 60 ans ou plus.

Les natifs des Antilles en métropole en 2011, plus nombreux que la population de la Martinique ou de la Guadeloupe en 1954

Soutenue depuis ses débuts par des politiques publiques spécifiques, l'émigration des jeunes adultes (20-24 ans) a fortement déséquilibré la structure et les dynamiques démographiques des territoires concernés, en particulier celles des Antilles. En 2011 une personne sur quatre née aux Antilles réside en métropole. En à peine plus de 50 ans, le nombre de ceux installés en métropole a plus que décuplé (× 15). Résultat, le total des Antillais immigrés aujourd'hui dans l'Hexagone équivaut à la population totale de la Martinique (239 000) et dépasse celle de la Guadeloupe (229 000)… en 1954.

En regard de l'histoire du peuplement de ces deux îles, le résultat est impressionnant. La ponction apparaît plus remarquable encore quand on sait que la sélection opère exclusivement sur les jeunes en âge d'activité. Sur dix Antillais qui avaient quitté leur DOM de naissance pour l'Hexagone, sept avaient alors moins de 40 ans. Selon ce critère d'âge, 40 % des jeunes adultes nés aux Antilles sont installés en métropole.

L'enquête MFV permet pour la première fois de prendre la pleine mesure des effets de cette gestion politique sur la vie personnelle et familiale des intéressés. Le cas des Martiniquais est le plus exemplaire. L'enquête révèle que seuls 9 % d'entre eux (âgés de 18 à 79 ans en 2010) n'avaient jamais, de toute leur vie, quitté leur île. À l'inverse, plus de la moitié (53 %) l'ont quittée durablement et organisé leur vie sur un double espace : la Martinique et l'Hexagone. Les uns se sont réinstallés au « *pays* » (les « *migrants-retour* ») après un séjour relativement long (11 ans en moyenne), les autres, plus nombreux, résident encore en métropole, et pour près de la moitié depuis plus de 30 ans. Dans ces deux groupes, beaucoup ont eu des enfants qui y sont nés et qui y résident encore, formant en métropole une population nouvelle, non plus seulement des « natifs », mais des « *originaires des DOM* ».

La Guyane et Mayotte : terres d'immigration

S'agissant de l'immigration, les différences sont tout aussi importantes d'un DOM à l'autre. Aux Antilles et à La Réunion, les « *immigrants* »[9] sont pour l'essentiel natifs de la métropole. Adultes d'âge mûr (35 ans et plus), ils disposent souvent d'une expérience professionnelle et d'un contrat de travail avant leur arrivée et n'envisagent pas, pour la plupart, d'installation définitive. Il s'agit ici plutôt de « *migrations de travail* », plus sensibles à la conjoncture économique, avec un caractère souvent provisoire. Ils forment environ 10 % de la population totale. Les *immigrants* en provenance de pays tiers[10] sont en part encore plus limitée (moins de 5 %). Plus âgés, ils ne répondent guère au profil type précédent. Aux Antilles, ils sont pour l'essentiel originaires de la Caraïbe et comptent parmi eux environ un tiers de naturalisés. À La Réunion, ils sont le plus souvent natifs de Madagascar, de Maurice

7. Temporal F., « Migrations et fécondité dans les DOM : tendances passées et perspectives » In Les actes du colloque « Fécondité : représentation, causalité, prospectives. Actes du XVe colloque national de démographie », Strasbourg 2010.
8. Même si depuis 2007 son taux de croissance (+ 2,7 % par an) apparaît en diminution. Il était de + 5,7 % entre 1991 et 1997 ; + 4,1 % entre 1997 et 2002 et encore + 3,1 % entre 2002 et 2007.
9. Ce terme désigne l'ensemble des personnes qui ne sont pas nées dans le département.
10. S'y ajoutent 1 % à 3 % de natifs d'un autre DOM et à peine 0,5 % de natifs de l'Union européenne (hors France).

tableau 2

Population par grandes tranches d'âge en 1999 et 2014 (en %)

	Métropole		Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion	
	1999	2014	1999	2014	1999	2014	1999	2014	1999	2014
Moins de 20 ans	24,6	24,0	31,7	28,0	29,5	25,0	43,3	42,0	36,2	32,0
20-59 ans	54,1	51,0	54,3	51,0	53,9	51,0	50,7	50,0	53,8	54,0
60 ans et plus	21,3	24,0	14,0	22,0	16,6	24,0	6,0	8,0	10,0	14,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Les moteurs de la croissance démographique

La « *croissance naturelle* » exprime la différence entre les *taux bruts de natalité* et *de mortalité,* lesquels dépendent respectivement de la *fécondité* et de *l'espérance de vie*[1]. Le *solde migratoire* traduit la différence entre les entrées et les sorties de populations. La « *croissance totale* » reflète les effets combinés de la croissance naturelle et du solde migratoire. Les niveaux de croissance de la population sont ainsi le produit de la combinaison (variable d'un DOM à l'autre) de quatre composantes : la fécondité, l'espérance de vie, les migrations et la structure par âge.

1. Celles-ci résultant des tendances passées de la fécondité et de la mortalité selon l'âge ainsi que des migrations.

L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) est le nombre moyen d'enfants qu'auraient en moyenne les femmes si elles adoptaient tout au long de leur vie le comportement des femmes d'une année ou d'une période donnée. Il s'agit donc de l'intensité de la fécondité d'une génération fictive. Pour assurer son renouvellement, on considère qu'une population doit « produire » en moyenne 2,1 enfants.

Si la *fécondité* et la *mortalité* sont, comme partout, des éléments clés des dynamiques démographiques, dans les DOM les *migrations* (émigrations et immigrations) ont, plus qu'ailleurs et tout au long de leur histoire, joué un rôle essentiel, affectant notablement ces dernières décennies, la croissance, les structures d'âge et les niveaux de la fécondité de leur population.

La *transition démographique* marque le passage d'un régime élevé à un régime faible de mortalité et de natalité. Aujourd'hui achevée aux Antilles, cette transition s'y est déroulée à un rythme trois fois supérieur à celui observé en Europe (50 ans contre 150 ans en moyenne européenne). Elle demeure encore inachevée à La Réunion, où on parle même de « *résistance à la transition* ». En revanche, elle n'est pas encore engagée en Guyane, pas plus qu'à Mayotte.

et des Comores, et en grande part naturalisés[11], voire pour beaucoup Français de naissance[12].

Il en va très différemment en Guyane et à Mayotte, en raison à la fois du poids de l'immigration et de la part très majoritaire des étrangers[13]. En Guyane, les immigrants sont principalement ressortissants du Surinam, du Brésil et d'Haïti, tandis qu'à Mayotte, il s'agit pour l'essentiel de natifs des Comores. La Guyane et Mayotte sont ainsi les deux régions françaises abritant les plus fortes proportions d'étrangers (respectivement 34,9 % et 40 %[14]), loin devant l'Île-de-France (12, 7 %), la Corse (8,7 %) et l'Alsace (7, 7 %), pour une moyenne métropolitaine de 6 % en 2011. Elles sont aussi les premières concernées par l'immigration irrégulière[15].

Sous les effets combinés de ces dynamiques sociodémographiques, les DOM connaissent une profonde transformation/recomposition de leur population selon, là encore, des configurations spécifiques à chacun, que reflètent leurs pyramides des âges. Avec un creux très accentué entre 20 et 40 ans et plus net encore entre 20 et 29, celle de la Martinique (figure 2) illustre les effets de la forte émigration des jeunes adultes, tandis que le rétrécissement de sa base témoigne de la forte baisse de la fécondité. En comparaison, celle de la Guyane (figure 3) offre un contraste saisissant : sa base très large témoigne du niveau élevé de natalité, son gonflement de 0 à 20 ans reflète l'extrême jeunesse de la population tandis que la part significative, à tous les âges, des personnes nées à l'étranger souligne l'importance de l'immigration dans sa recomposition par origine.

Les résultats de l'enquête MFV confirment cette contribution de l'immigration. Très largement majoritaires (63 %) en Guyane, ces *immigrants,* nés pour la plupart à l'étranger sont pour 40 % d'entre eux installés depuis plus de vingt ans dans le département. De manière tout aussi significative, l'enquête révèle que près des trois-quarts (73,3 %) des personnes nées et vivant en Guyane en 2010 sont – à une ou deux générations d'écart – des descendants d'immigrants. Une réalité que confortent pleinement les données de l'état civil qui indiquent qu'en 2009, une naissance sur deux en Guyane était issue d'une mère de nationalité étrangère, contre 13 % en métropole. La Guyane (comme Mayotte) se singularise donc par une « *immigration de peuplement* », qu'ignorent aujourd'hui les Antilles et La Réunion (mais qui a été leur lot par le passé). Encore importante à Mayotte et en Guyane, l'immigration y est désormais compensée par une accélération des départs de jeunes

11. La Réunion comptait, en 2006, environ 23 000 natifs des îles voisines (hors Mayotte), soit 3 % de la population de l'île, dont presque 16 000 originaires de Madagascar. Cette dynamique qui prolonge pour partie les effets des anciennes réalités coloniales (Monteil et Rallu, 2010).

12. 90 % des immigrants nés à Madagascar et vivant à La Réunion sont de nationalité française et pour les deux tiers Français de naissance. Parmi les natifs des Comores ou de Maurice, plus des trois-quarts (77 %) sont Français par acquisition.

13. Qu'ils aient immigré ou qu'ils soient nés dans le département.

14. Contre 4 % en Guadeloupe, 1,8 % en Martinique et 0,9 % à La Réunion.

15. En Guyane, les étrangers dépourvus de titre de séjour sont estimés à environ 20 % du total, contre moins de 4 % en Guadeloupe, de 0,5 % en Martinique et à La Réunion. Le rapprochement des données du ministère de l'Intérieur et de l'Insee montre que l'essentiel des étrangers (en situation régulière ou non) a été comptabilisé par les recensements. Les grandes enquêtes conduites en Guyane confirment que l'estimation de la part de ceux dépourvus de titre de séjour est pour l'essentiel fiable.

figure 2

Pyramide des âges de la Martinique au 1er janvier 2006, selon le lieu de naissance

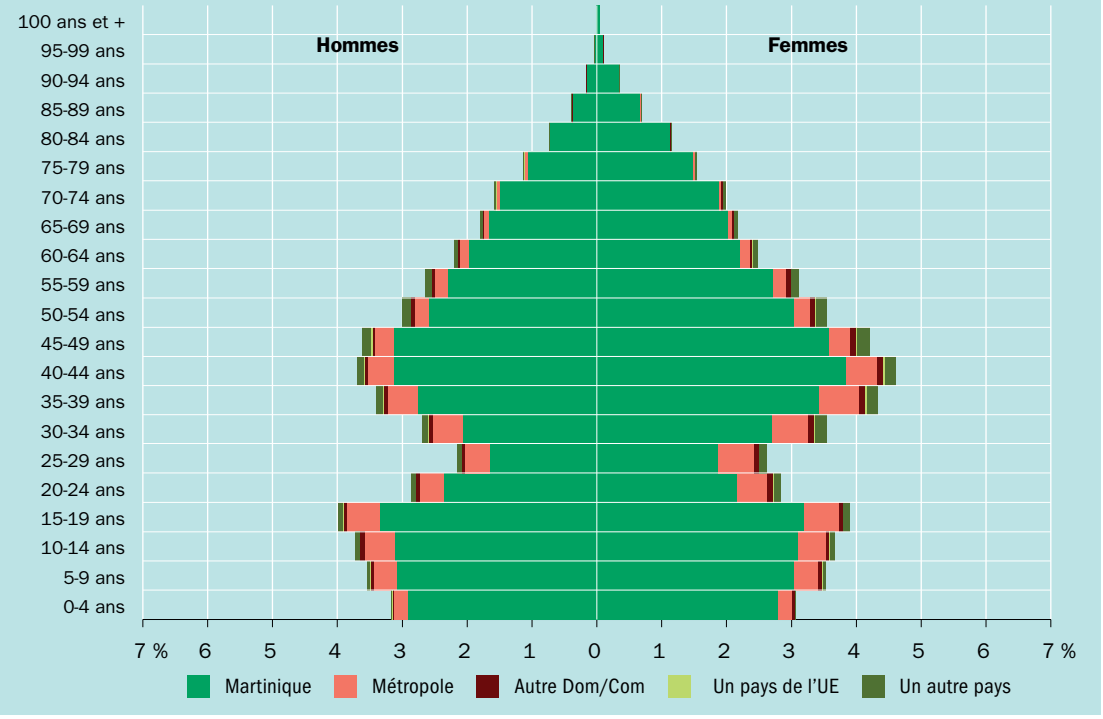
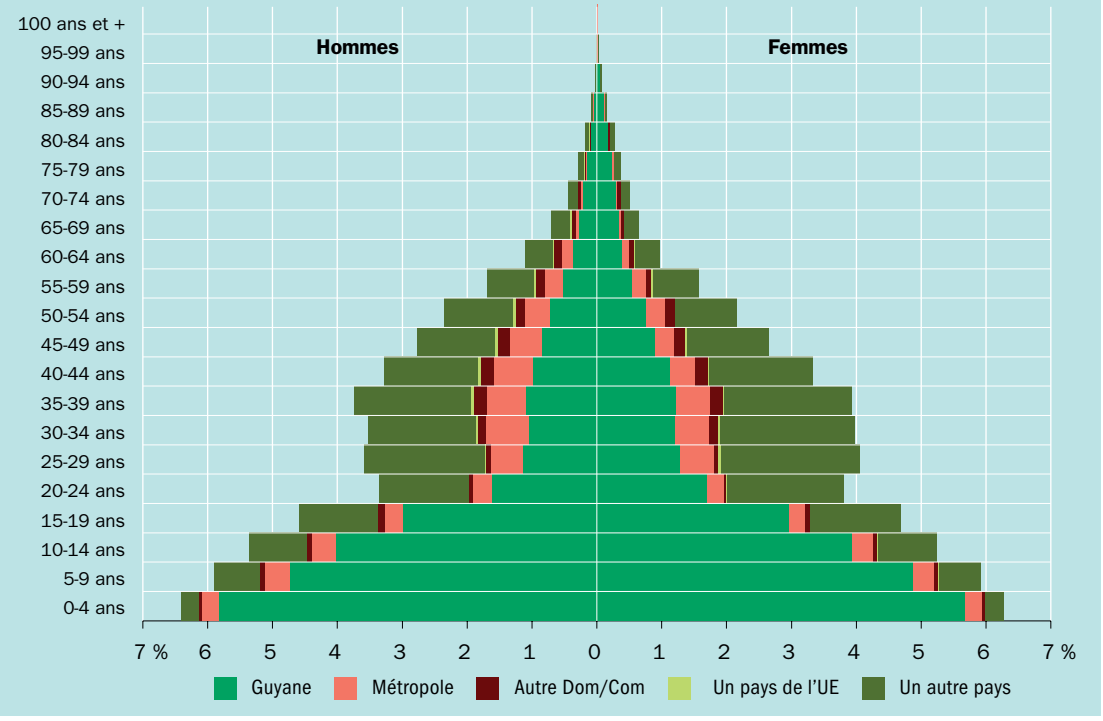


figure 3

Pyramide des âges de la Guyane au 1er janvier 2006, selon le lieu de naissance



natifs principalement vers la métropole, mais aussi vers La Réunion pour les Mahorais.

La Martinique et la Guadeloupe plus vieilles que le Limousin

Les Antilles vieillissent et rapidement. D'ici 2030, leur population sera plus vieille que celle du Limousin, jusqu'ici tenu pour la référence en la matière. Ce vieillissement accéléré est sans conteste le trait essentiel de leur dynamique démographique. Tout y concourt : la chute rapide de la fécondité, les progrès de l'espérance de vie, l'arrivée aux âges proches de la retraite des générations du *baby-boom* et l'émigration continue des jeunes[16]. La part des jeunes de moins de 15 ans et des adultes d'âge actif continuera de diminuer, pendant qu'à l'inverse le poids des seniors (60 ans et plus) ne cessera de se renforcer. Selon les projections de l'Insee (scénario central), la part de ces seniors devrait plus que doubler entre 2007 et 2040, passant de 19 % à 40 % en Martinique, de 17 % à 40 % en Guadeloupe[17]. La rapidité du mouvement est telle qu'en 2030, les Antilles afficheront un âge moyen que la métropole n'atteindra qu'en 2050. En prolongeant les tendances actuelles, les deux îles seront, en 2040, les deux plus vieux départements de France (tableau 3).

C'est en Martinique que ce mouvement sera le plus rapide et le plus massif. Avec un ICF (1,8) très en deçà du seuil de renouvellement de la population combiné à une diminution du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants. En corollaire, les Antilles devraient enregistrer une croissance continue (et supérieure à la moyenne nationale) de la part des « *personnes âgées dépendantes* », avec des répercussions inévitables sur les dépenses de santé. Pourraient s'y ajouter les effets des « *migrations-retour* ». Loin de compenser les pertes occasionnées par les départs des plus jeunes, celles-ci risquent d'accroître le déséquilibre de la structure d'âge.

Il s'y ajoute un risque accru de « *dépendance économique effective* », sous le triple effet de la forte croissance du poids des plus âgés, de la baisse de la population active et de l'insertion économique défaillante des jeunes actifs. À taux d'emploi inchangés, en 2030, les Antilles devraient compter trois personnes inactives pour une personne en emploi. À l'évidence, le vieillissement constitue pour elles l'un des défis majeurs des prochaines décennies. Les enjeux ne seront pas moindres à La Réunion. Le vieillissement y est certes plus lent qu'aux Antilles, mais l'insertion économique des jeunes y est plus précaire. Avec une natalité supérieure au taux de remplacement, la croissance de sa démographie, même modérée, lui impose de répondre au double défi d'une intégration sociale de sa jeunesse et d'une demande croissante de prise en charge des plus âgés qui pâtissent plus qu'ailleurs d'une précarité économique et d'un état de santé défaillant (figure 4).

Le défi de la jeunesse en Guyane et à Mayotte

En Guyane et à Mayotte, en dépit d'une accélération récente du départ des jeunes natifs, d'ici à 2030, la part des moins de 20 ans devrait demeurer stable et le vieillissement peu prononcé. Pour autant, ces deux départements n'échapperont pas plus au risque d'une forte « dépendance économique effective ». Mais, à l'opposé des Antilles, celle-ci aura pour cause l'extrême jeunesse de leur population, son faible niveau d'instruction et sa plus forte précarité sociale. Toutes choses qui, en termes de politiques publiques, renvoient à des enjeux radicalement différents, mais non moins importants. Les difficultés des services publics d'éducation à suivre le rythme de la croissance démographique et à répondre

16. À quoi pourrait contribuer une accélération des « retours » des premières générations des natifs émigrés Installés en grand nombre en Métropole, ils sont aujourd'hui proches de l'âge de la retraite que certains aspirent à passer « au pays ».

17. L'évolution serait moindre à La Réunion (de 11 % à 26 %) et plus encore en Guyane (de 6 % à 12 %)

tableau 3

Le vieillissement selon les départements en 2040

	Population en 2010	Les 60 ans ou plus en 2010	Les 60 ans ou plus en 2040 (projection)
Guadeloupe	401 784	19,1	40,3
Martinique	396 308	20,7	39,7
Corse	309 339	26,8	38,9
Limousin	744 187	29,8	37,4
Centre	2 544 791	25,1	33,5
Nord-Pas-de-Calais	4 035 269	19,8	28,2
La Réunion	828 054	12,3	25,8
Guyane	230 441	6,6	12,3
France entière	64 647 600	22,6	30,9

Source : Insee, Estimations de population fin 2011 - Omphale 2010.

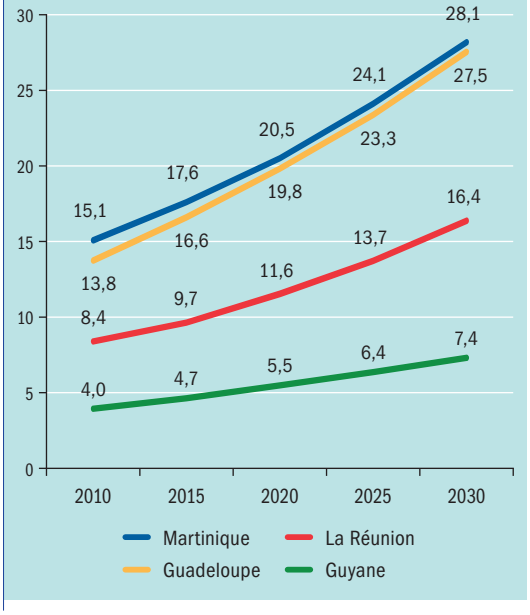
efficacement aux besoins qui s'y attachent, en Guyane et plus encore à Mayotte, en portent déjà témoignage. À des niveaux d'échec scolaire, d'illettrisme et de difficultés d'insertion des jeunes très supérieurs aux autres DOM s'ajoute une diversité culturelle et linguistique qui bouscule plus encore les normes et cadres en vigueur.

Changer le regard

En dépit de ces mutations, les stéréotypes concernant ces départements demeurent très vivaces. Dans une grande majorité des instances officielles qui ont à en connaître, le schéma simpliste et uniformisant de « *territoires jeunes* » à la « *démographie galopante* » garde toute sa vigueur. C'est peu dire que les besoins de ces sociétés ultramarines imposent un renouvellement radical de la réflexion sur les politiques publiques qui y sont appliquées. Qu'il s'agisse, pour les uns, des besoins de la jeunesse dans des sociétés en forte croissance démographique (la Guyane et Mayotte) ou, pour les autres, des défis du vieillissement accéléré de leur population (Martinique et Guadeloupe) ou encore du cumul des deux (La Réunion), les actions publiques à mettre en œuvre ne peuvent plus être de simples répliques mal ajustées des choix opérés en métropole, selon des normes de plus en plus éloignées des réalités ultramarines.

figure 4

Part des 65 ans et plus dans la population des DOM de 2010 à 2030 (hors Mayotte)



Baromètre santé DOM 2014 : présentation de l'enquête et premiers résultats sur le tabagisme

Jean-Baptiste Richard
Raphaël Andler
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Parmi les conclusions du récent rapport de la Cour des comptes sur la santé dans les outre-mer, la mise en place d'une stratégie de santé publique adaptée constitue un enjeu majeur dans la perspective de réduire les écarts les plus graves en termes d'égalité des chances sur ces territoires. La première recommandation porte sur une meilleure connaissance des données sanitaires, socio-économiques et financières [8]. Plusieurs travaux récents ont ainsi été menés dans le but d'améliorer ces connaissances et de mettre en lumière les inégalités sociales et territoriales : inégalités sociosanitaires, diversité démographique, économique, sociale, conditions de vie [6, 15, 45].

Les *Baromètres santé* ont été créés au début des années 1990 [2], afin de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France métropolitaine. Ces enquêtes permettent à la fois l'étude des déterminants des comportements de santé, mais aussi de les envisager eux-mêmes comme des déterminants de l'état de santé de la population.

Pour la première fois, en 2014, une extension a été mise en œuvre dans les départements d'outre-mer[1] afin de porter un regard quantitatif et comparatif sur les comportements de santé des populations résidant dans les DOM. Cela permet de mettre en évidence des spécificités des comportements de santé dans les DOM, d'évaluer le poids du social dans l'adoption de ces comportements trop souvent considérés comme purement individuels, de mettre en lumière des populations vulnérables et d'éclairer la question des inégalités de santé. Les résultats orienteront la mise en œuvre d'actions par les pouvoirs publics et faciliteront leur évaluation en cas de répétition d'une telle enquête à intervalles réguliers.

Les thèmes de santé abordés comportent certains sujets classiquement suivis en métropole (consommations de tabac, d'alcool, accès aux dépistages, recours

1. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, à l'exception de Mayotte. Sont exclues de la Guadeloupe Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

aux soins, santé mentale…), ainsi que d'autres relevant de problématiques de santé publique spécifiques, identifiés en partenariat avec les acteurs de santé travaillant dans ces territoires : diabète, alimentation, chikungunya, leptospirose, usages détournés de médicaments, couverture vaccinale des jeunes enfants, etc. Le questionnaire de l'enquête est disponible en téléchargement[2].

Méthode

Le Baromètre santé DOM 2014 est un sondage aléatoire à deux degrés réalisé par collecte assistée par téléphone et informatique, adoptant une méthodologie identique à celle du *Baromètre santé 2014* mené en métropole [37]. Les numéros de téléphone, fixes et mobiles, ont été dans un premier temps générés aléatoirement, puis un individu a été sélectionné au hasard au sein des membres éligibles du ménage contacté. Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 15 à 75 ans, résidant en Guadeloupe, Guyane, Martinique ou à La Réunion, et parlant le français ou le créole. Du fait de spécificités socioculturelles et de la difficulté d'adapter la méthode d'enquête à Mayotte, ce département n'a pas été inclus dans le champ de cette enquête. L'anonymat et le respect de la confidentialité ont été garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL).

De nombreux efforts ont été faits pour favoriser la participation à l'enquête : proposition d'un rendez-vous téléphonique en cas d'indisponibilité, appels d'un numéro jusqu'à 25 fois avant abandon, formation des enquêteurs pour convaincre le plus de personnes éligibles à participer, envoi d'une lettre annonce, d'un SMS, message laissé sur répondeur, communiqué de presse en amont du lancement de l'enquête, mise en place d'un numéro vert, rappel des ménages ayant refusé une première fois de participer.

La réalisation de l'enquête a été confiée à l'institut Ipsos. Les interviews ont été conduites par Ipsos océan Indien pour le département de La Réunion et par Ipsos Antilles pour les départements français d'Amérique (DFA : Guadeloupe, Guyane, Martinique). Le terrain s'est déroulé d'avril à novembre 2014, mené par une équipe de 39 enquêteurs. Les taux de participation ont varié de 48 % en Guadeloupe à 59 % à La Réunion, à des niveaux proches de celui observé en métropole en 2014 (57 %). La passation du questionnaire a duré en moyenne 33 minutes. Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis calées sur les données du recensement 2011, en tenant compte du sexe croisé par l'âge, du niveau de diplôme, et de la structure du foyer. L'échantillon comporte 8 163 individus âgés de 15 à 75 ans.

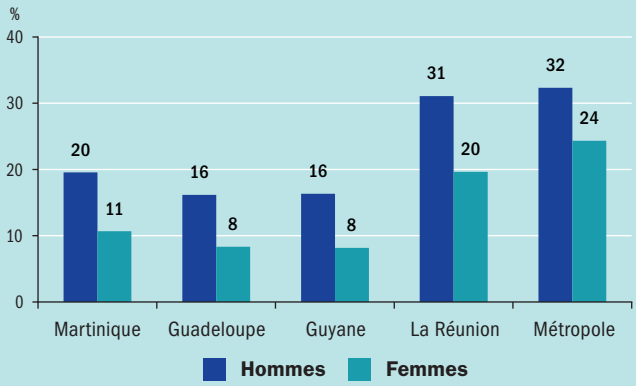
Premiers résultats sur le tabagisme : moins fréquent dans les DOM

En 2014, parmi les 15-75 ans, la proportion de fumeurs, quotidiens ou occasionnels, est de 19 % en Martinique (15 % de fumeurs quotidiens), 16 % en Guadeloupe (12 % de fumeurs quotidiens), 18 % en Guyane (12 % de fumeurs quotidiens) et 31 % à La Réunion (25 % de fumeurs quotidiens). Le tabagisme quotidien s'avère ainsi moins fréquent dans les DOM qu'en métropole (28 %), où 32 % des hommes et 24 % des femmes fument quotidiennement (figure 1). Les taux les plus bas sont observés en Guadeloupe et en Guyane, dans lesquels 16 % des hommes et 8 % des femmes fument quotidiennement. En Martinique, le tabagisme quotidien concerne 20 % des hommes et 11 % des femmes. La Réunion présente la prévalence tabagique la plus élevée (31 % chez les hommes, 20 % chez les femmes), à un niveau comparable à la métropole en ce qui concerne

2. http://www.inpes.fr/Barometres/barometre-sante-DOM-2014/pdf/barometre-sante-DOM-2014-questionnaire.pdf

figure 1

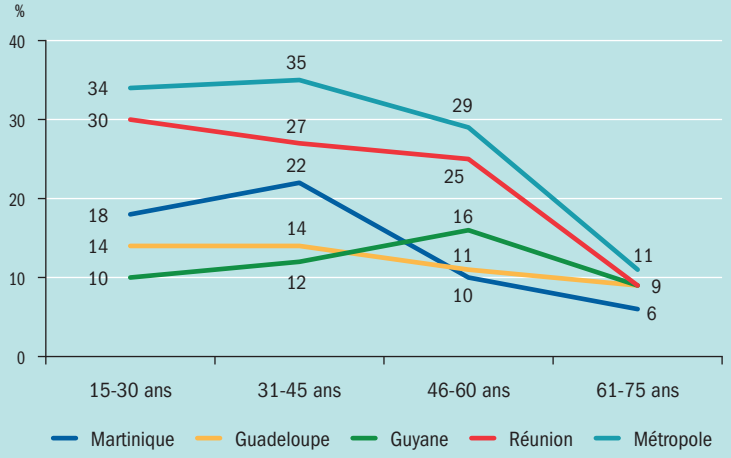
Prévalence du tabagisme quotidien en 2014, parmi les 15-75 ans, selon le sexe



Source : Baromètre santé 2014, Inpes ; Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

figure 2

Prévalence du tabagisme quotidien en 2014 parmi les 15-75 ans, selon l'âge



Source : Baromètre santé 2014, Inpes ; Baromètre santé DOM 2014, Inpes.

les hommes. Comme en métropole, les femmes sont moins nombreuses à fumer, ceci quel que soit le DOM.

Les écarts entre métropole et DOM sont observés quelle que soit la tranche d'âge (figure 2). Chez les 15-30 ans, le taux de tabagisme quotidien est très variable selon les DOM alors qu'il est assez homogène chez les 61-75 ans. Les tendances observées à La Réunion sont assez similaires à celles de métropole, même s'il existe un écart de niveaux important pour la tranche 31-45 ans. La Martinique est le seul DOM dont le taux de tabagisme quotidien est maximal pour la tranche 31-45 ans puis décroît très fortement ensuite. La part de fumeurs quotidiens apparaît stable en Guadeloupe jusqu'à 45 ans puis suit une tendance décroissante. Enfin, en Guyane, elle croît faiblement jusqu'à 60 ans puis diminue pour atteindre un niveau comparable aux autres DOM parmi les plus âgés.

Parmi les fumeurs quotidiens, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 11,1 en Martinique, 9,7 en Guadeloupe, 11,6 en Guyane et 11,9 à La Réunion, se situant ainsi en deçà de la consommation moyenne observée en métropole (13,5 cigarettes par jour) [16].

Les facteurs associés à la consommation de tabac apparaissent également différents selon les territoires. Si, comme en métropole [3], la situation de chômage est par exemple systématiquement associée à une plus grande probabilité d'être fumeur quotidien, le tabagisme quotidien est associé en Guyane à des niveaux de diplôme et de revenus[3] élevés, tandis qu'à La Réunion, DOM ayant le taux de tabagisme le plus haut, le tabagisme quotidien est, comme en métropole, associé à un faible niveau de diplôme.

3. Revenus par unité de consommation, obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci.

Discussion

Ces premiers résultats permettent de faire le point sur le tabagisme dans les DOM, pour lesquels les données demeurent rares. Ils soulignent des niveaux de consommation environ deux fois moindres que ceux de la métropole dans les DFA, et légèrement inférieurs à La Réunion. Les écarts observés en population générale concordent avec ceux mesurés en 2011 parmi les jeunes de 17 ans : 13 % fumaient quotidiennement en Martinique, 14 % en Guadeloupe, 24 % à La Réunion, 8 % en Guyane (en 2008), 32 % en métropole [46]. Ces différences apparaissent également cohérentes au regard des données relatives à la mortalité liée au tabagisme : en Guadeloupe et en Martinique, les taux standardisés sont plus de deux fois plus faibles qu'en métropole, alors qu'une surmortalité est constatée à La Réunion [27, 29, 31].

En termes d'évolution, peu de données sont disponibles en population générale. La prévalence du tabagisme (occasionnel ou quotidien) avait été estimée à 15 % (21 % pour les hommes, 8 % pour les femmes) en Martinique en 2011 [30]. À La Réunion, la part de fumeurs avait été évaluée à 28 % en 1999 puis à 20 % en 2003 (27 % des hommes, 13 % des femmes) [28], à un niveau bien inférieur à celui observé en 2014 (31 %). Si des méthodes d'enquêtes différentes rendent l'exercice de comparaison délicat, notons toutefois que la part de fumeurs quotidiens à 17 ans était passée à La Réunion de 16 % en 2008 à 24 % en 2011, mesurée par deux exercices de la même enquête [46].

Enfin, confrontée à la prévalence du tabagisme quotidien mesurée dans les pays avoisinants [26], celle des DOM se situe, à la nette exception de La Réunion, à un niveau comparable. Les Antilles se placent dans la fourchette haute du tabagisme de la zone caribéenne, la

Martinique affichant une prévalence proche de celle de Cuba, et la Guadeloupe une prévalence comparable à celle de République dominicaine. Le tabagisme observé en Guyane est légèrement inférieur à celui mesuré en Guyana et au Brésil, mais deux fois plus important qu'au Surinam. Enfin, La Réunion se distingue par un taux de fumeurs quotidiens plus élevé, en particulier parmi les femmes : une sur cinq, contre moins de 3 % à l'île Maurice, à Madagascar ou aux Comores (tableau 1).

Ces observations révèlent de fortes disparités dans les comportements tabagiques, entre les DOM et la métropole et au sein même de ces territoires. Au-delà des niveaux d'usage, les facteurs associés au tabagisme semblent être de nature différente, et feront l'objet d'analyses spécifiques dans un ouvrage à paraître en 2016.

tableau 1

Tabagisme quotidien dans l'environnement géographique des DOM

	Ensemble (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
À proximité des Antilles			
Cuba	16	20	12
Martinique	**15**	**20**	**11**
Jamaïque	15	27	4
Guadeloupe	**12**	**16**	**8**
République dominicaine	12	14	9
Bahamas	10	16	4
Saint-Lucie	10	16	5
Grenade	10	15	4
Grenadines	9	16	2
Haïti	8	13	3
Dominique	6	8	3
Barbade	6	11	2
Antigua et Barbuda	3	5	2
À proximité de la Guyane			
Guyana	15	28	4
Brésil	14	17	11
Guyane	**12**	**16**	**8**
Surinam	6	10	2
À proximité de La Réunion			
La Réunion	**25**	**31**	**20**
Île Maurice	18	34	3
Madagascar	14	27	2
Comores	10	18	3

Source : Baromètre santé DOM 2014, [26].