

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

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

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



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 ordinaires.

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

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 Mayotte¹ 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 peuplé², 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

Claude-Valentin Marie

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

1. Département d'outre-mer depuis 2011.

2. Chiffres au 1^{er} janvier 2015.

tableau 1

Évolution de la situation démographique par DOM au 1^{er} 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.