

# ANNEXE DU PSRS

## 1. Etat de santé de la population de La Réunion et de Mayotte – Océan Indien -

*Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) prévoit une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, qui tient compte de la situation démographique, de l'état de santé et des risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé, des déterminants de santé et des situations de handicap.*

*Le PSRS distingue 5 domaines stratégiques, qui vont ainsi être déclinés : les risques sanitaires, le handicap et vieillissement, la périnatalité et petite enfance, la santé mentale et les maladies chroniques.*

### Situation sociodémographique

Avec 825 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2010, La Réunion est le département d'outre-mer le plus peuplé. La croissance de la population y est 2 fois plus rapide qu'en France entière.

Mayotte est une collectivité d'outre-mer en passe de devenir le 101<sup>ème</sup> département français. En 2007 la population mahoraise était de 186 452 habitants. L'accroissement moyen annuel y est particulièrement élevé puisqu'il se traduit par un doublement de la population tous les 17 ans. Cette évolution tient à une pression migratoire importante, couplée à une forte natalité : avec 7000 naissances annuelles, la maternité de Mamoudzou constitue la plus grosse maternité de France.

La Réunion et Mayotte ont une population très jeune, quoique plus vieillissante pour La Réunion (Tableau 1).

A Mayotte, 54 % de la population a moins de 20 ans, contre 37 % à La Réunion et 25 % en France entière.

L'INSEE prévoit qu'à l'horizon 2030, La Réunion avoisine le million d'habitants et Mayotte 300 000 personnes.

Tableau 1 : Données démographiques 2007

	Réunion	Mayotte	France entière
Croissance de la population	1,5%	3,1%	0,7%
Densité (habitants/km <sup>2</sup> )	325	511	100
Moins de 20 ans	37%	54%	25%
Moins de 30 ans	49%	70%	30%
Plus de 60 ans	11%	3,7%	21%

Source : INSEE

A La Réunion, le taux de chômage au sens du BIT est 3 fois plus important que celui de la métropole<sup>1</sup>.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, un tiers de la population réunionnaise (268 771) bénéficiait d'au moins un minimum social<sup>2</sup>. Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire

<sup>1</sup> Fin août 2010, 110 140 réunionnais sont inscrits à Pôle emploi en catégorie A (en recherche active d'emploi, disponibles et sans aucune activité), soit une hausse de 0,5 % sur un mois et de 14,7 % sur un an.

<sup>2</sup> 9 minimas sociaux versés dans les DOM.

étaient au nombre de 271 601 en 2009 (318 600 en 2005) ce qui représente près de 40 % de la population.

Pour sa part, Mayotte a une population particulièrement pauvre : 1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois, le revenu moyen annuel est de 4 480 € pour les Français de Mayotte et de 2 280 € pour les étrangers vivant à Mayotte. Les revenus des personnes les plus riches sont 10 fois supérieurs à ceux des plus pauvres<sup>3</sup>. En 2001 à La Réunion, le rapport est de 4,3 et en métropole de 3,4. Les logements sont souvent insalubres, et éloignés des centres d'activité et des centres de soins ; 22 % n'ont ni eau ni électricité. En moyenne, on compte 4,3 personnes par logement à Mayotte, contre 3 à La Réunion.

Le PIB par habitant représente 2/3 du PIB moyen national à La Réunion, 1/5 à Mayotte.

### *Analyse de la mortalité.*

En 2007, le taux brut de mortalité de la population à La Réunion est de 5,01 ‰, supérieur à celui de Mayotte (3,15 ‰) mais inférieur à celui de la métropole (8,4 ‰), ce qui s'explique essentiellement par la jeunesse des populations, la mortalité restant faible jusqu'à 30 ans.

Pour éliminer les effets de la structure d'âge, il est préférable de calculer des indices comparatifs de mortalité. L'indice comparatif de mortalité (ICM) consiste à faire le rapport entre le nombre de décès observés sur le nombre de décès « attendus » si La Réunion ou Mayotte avaient la même mortalité que la métropole, c'est-à-dire en appliquant les taux de mortalité par âge de la métropole<sup>4</sup>.

Tableau 2 : Indices comparatifs de mortalité

	Métropole	La Réunion		Mayotte	
		ICM	Intervalle de confiance	ICM	Intervalle de confiance
Hommes	100	<b>124,5%</b>	119,4-129,7	<b>140,3%</b>	124,4-156,2
Femmes	100	<b>123,9%</b>	118,1-129,7	<b>243,5%</b>	215,1-271,9
Total	100	<b>123,6%</b>	119,8-127,4	<b>183,5%</b>	168,6-198,3

Sources : INSERM CepiDC, INSEE, Recensements de la population, exploitation ARS-OI

On peut dire avec une probabilité de 95 % que la mortalité globale est plus forte dans les départements de la zone Océan-Indien qu'en métropole. Le risque de mourir est plus élevé de 24 % à La Réunion et de 84 % à Mayotte. La mortalité féminine particulièrement forte à Mayotte : le risque de mourir pour une femme est deux fois et demi plus élevé qu'en métropole.

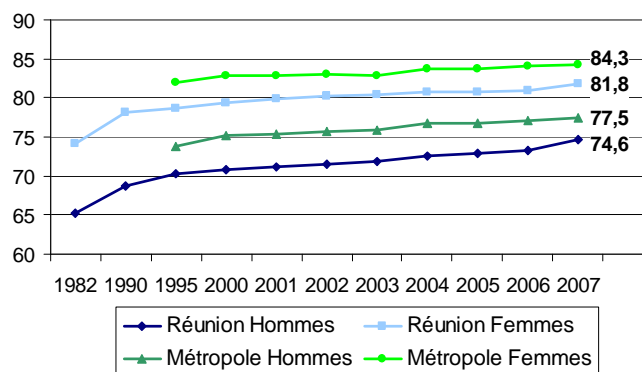
Ainsi, l'espérance de vie (indépendante des effets de structures d'âges), est de 77 ans à La Réunion, de 74 ans à Mayotte, et de 81 ans en métropole.

Les progrès accomplis dans la mortalité se lisent dans l'augmentation continue de l'espérance de vie à La Réunion, bien que l'écart avec la métropole reste à peu près constant (graphique 1).

Graphique 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe- Réunion-Métropole

<sup>3</sup> Source INSEE, enquête budget de famille 2005. Mayotte : les personnes les plus démunies celles qui ont un niveau de vie de 838 euros par au plus (premier décile, 10% de la population) et les personnes les plus riches celles qui ont un niveau de vie de 8 142 euros ou plus (dernier décile, 10% les plus riches).

<sup>4</sup> Les ICM des hommes et des femmes ne sont pas comparables entre eux. L'intervalle de confiance présente l'étendue des valeurs dans lesquelles se trouve la valeur réelle avec un risque d'erreur de 5 %. Un ICM supérieur à 100 signifie qu'il existe un excédent de mortalité dans la population étudiée par rapport à la mortalité de référence.



Sources : INSEE

Les progrès sont globalement plus favorables aux hommes. En effet, depuis 1990, l'espérance de vie des hommes a progressé de 3,6 ans contre 1,8 an pour les femmes. L'écart entre les femmes et les hommes se restreint ainsi sensiblement : il est de moins de 8 ans en 2006 contre 9 ans ½ en 1990.

A Mayotte, la qualité des données de l'Etat civil ne permet pas d'appréhender précisément l'écart entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes. Mais, selon l'INSEE, l'espérance de vie augmente progressivement pour les hommes, et stagne pour les femmes. En 2006, l'INSEE<sup>5</sup> estimait que les Mahorais vivaient en moyenne autant que leurs homologues réunionnais (environ 73 ans), du fait de pratiques à risque (alcool, tabagisme, conduite à risque) moins prégnantes à Mayotte. Les Mahoraises auraient quant à elles une espérance de vie sensiblement inférieure à celle des Réunionnaises (76 versus 81 ans).

Le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses analyses, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. Cet indicateur peut être présenté sous forme standardisée, on parle alors de taux standardisé ou comparatif de mortalité prématurée.

Si en 2007, en métropole, la part des décès prématurés s'élève à 20,7 %, à La Réunion, le nombre de décès prématurés est de 1532, soit 38,2 % de l'ensemble des décès. A Mayotte, en 2008-2009, la mortalité prématurée est beaucoup plus importante puisqu'elle représente 58,2 % des décès. Cet écart en défaveur de Mayotte s'explique d'une part, par la jeunesse de la population sur l'île (la part des décès avant 65 ans est par conséquent plus grande) et d'autre part, par une mortalité avant un an importante : le taux brut de mortalité infantile<sup>6</sup> est de 13,5 ‰ à Mayotte contre 6,1 ‰ à La Réunion et 3,6 ‰ en métropole<sup>7</sup>.

Afin d'éliminer ces effets de structures d'âge, on calcule donc des taux comparatifs de mortalité prématurée.

Ceux-ci ont nettement diminué, particulièrement chez les hommes (-39 % entre 1990 et 2007 pour les hommes à La Réunion et -32 % en métropole contre respectivement -34 % et -24 % pour les femmes). L'écart métropole/Réunion tend à se réduire. Même si la diminution des décès prématurés est plus favorable chez les hommes, le taux masculin reste nettement plus élevé, soit plus de deux fois supérieur à celui observé chez les femmes (taux comparatif de mortalité avant 65 ans de 365 décès pour 100 000 contre 156 pour les femmes). Le différentiel homme/femme est en revanche en défaveur des femmes à Mayotte.

Tableau 3 : Evolution du taux comparatif\* de mortalité prématurée à La Réunion et en métropole (pour 100 000 habitants)

<sup>5</sup> Tableau Economique de Mayotte (TEM)

<sup>6</sup> Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

<sup>7</sup> Source : INSEE, Bilan démographique

Année	Métropole		Réunion		Mayotte	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1990	419	168	597	235		
2000	333	143	506	199		
2005	295	130	422	180		
2007	283	127	365	156	315	323

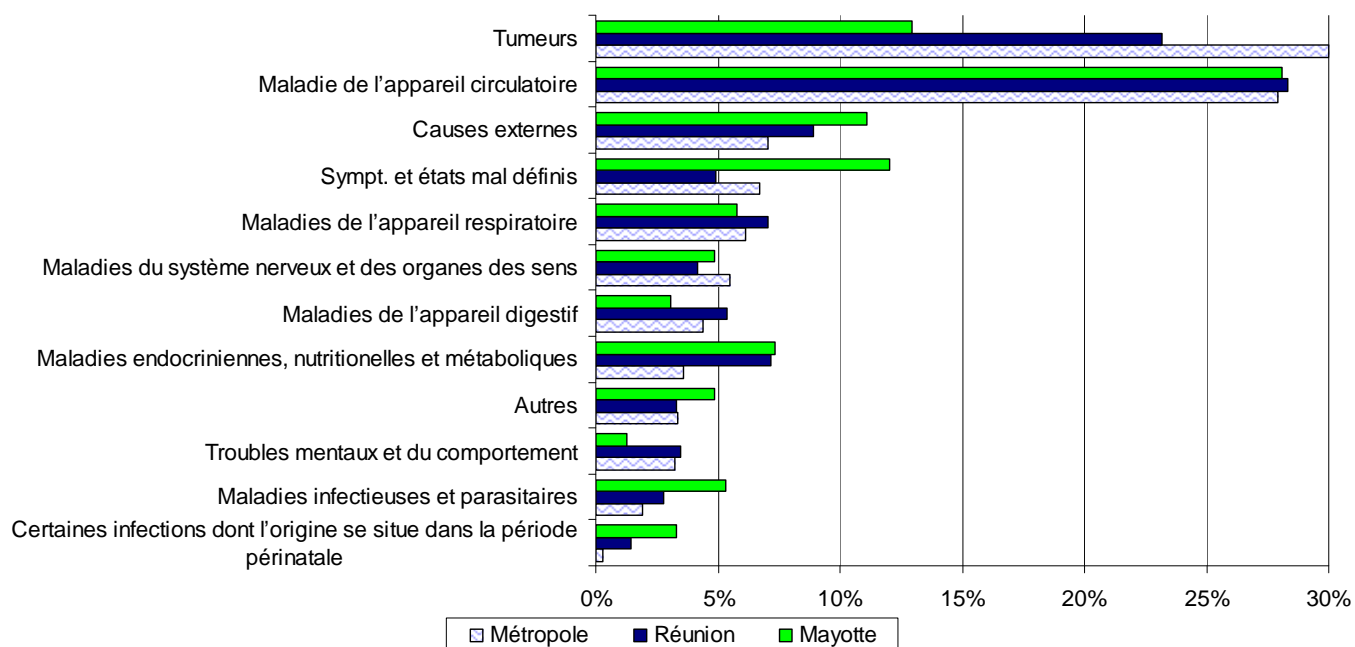
Source : Cepidc INSERM, INSEE Estimations de population, Exploitation ARS-OI

\* Taux de mortalité par sexe standardisé sur la population de la France entière, RP 2006, deux sexes.

L'analyse des causes de décès permet d'approfondir la connaissance de la mortalité. En 2008 et 2009 le CépiDc (INSERM) a procédé au codage des bulletins de causes de décès de Mayotte, ceux-ci n'ont pas pu être confrontés aux données de l'INSEE, faute de données fiables d'Etat Civil, et sont certainement sous estimés. Pour La Réunion et la métropole on dispose des données 2007.

Alors que les cancers sont la première cause de mortalité en métropole, les maladies de l'appareil circulatoire restent la cause de décès la plus fréquente à La Réunion et à Mayotte (graphique 2).

Graphique 2 : Répartition des causes de décès



Source : Cepidc INSERM

Les causes de décès sont très liées la structure d'âge, ainsi chez les enfants de moins de 1 an, les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, représentent plus de 60 % des causes de décès (28 % pour Mayotte), devant les anomalies congénitales (17 % contre 16 % à Mayotte). Arrivent en troisième position à Mayotte les symptômes et états morbides mal définis (12 %). Chez les moins de 15 ans, les causes principales de décès sont les causes externes de blessure et d'empoisonnement.

Entre 15-44 ans, chez les hommes, 42 % des décès sont du à une cause externe (37 % à Mayotte), alors que chez les femmes, pour la même tranche d'âge, ce sont les tumeurs qui arrivent en première position (26 % à La Réunion et 20 % à Mayotte).

De 45 à 74 ans, les 2 causes principales de décès sont les tumeurs puis les maladies de l'appareil circulatoire (inversement pour Mayotte). A partir de 75 ans, à La Réunion, les maladies de l'appareil circulatoire arrivent devant les tumeurs et à Mayotte, les maladies cardiovasculaires sont toujours la première cause de décès suivi des symptômes et états morbides mal définis.

Seule l'analyse des taux comparatif permet des comparaisons fines et sans effet lié à l'âge.

Les taux comparatifs de mortalité par cause, (tableau 4) révèlent en 2007 par rapport à la métropole une surmortalité générale réunionnaise de +15 %, pour les hommes et de +22 % pour les femmes. Cette surmortalité a nettement baissé, elle était respectivement de +52 % et de +40 % en 2000 .La plus grande surmortalité est celle du diabète sucré pour les femmes (4 fois plus), et des conséquences de l'abus d'alcool pour les hommes (3 fois plus). Notons qu'en ce qui concerne les cirrhoses alcooliques, la surmortalité féminine est plus élevée : 1,9 fois plus, +22 % pour les hommes. La surmortalité par asthme est également importante (près de 4 fois plus pour les 2 sexes).

Même si l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire depuis plusieurs années, la situation des femmes reste toujours plus favorable. Cette réduction est due principalement à la diminution de la mortalité par maladies cardiovasculaires, à la baisse des décès liés au tabac et aux morts violentes chez les hommes, tandis que les femmes voient leur risque de mortalité liée au tabac s'aggraver.

Tableau 4 : Taux comparatifs\* de mortalité par cause principale de décès à La Réunion, Mayotte et en métropole (pour 100000 habitants)

	Métropole		Réunion		Mayotte	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses et parasitaires	20,5	11,8	34,6	22,4	41,0	45,6
Tumeurs	353,7	170,7	287,2	154,1	217,3	121,4
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	4,3	2,7	1,1	3,7	0,3	14,5
Maladies endoc., nutri. et métaboliques	33,7	25,3	75,6	74,5	109,1	159,5
<i>Diabète sucré</i>	12,8	14,3	7,7	60,2	37,1	102,8
Troubles mentaux et du comportement	29,6	22,0	46,2	14,6	17,3	12,7
<i>Abus d'alcool</i>	7,8	1,8	23,9	3,3	5,6	0,0
Maladie du système nerveux et des organes des sens	47,6	40,4	50,3	34,4	40,3	21,2
Maladies de l'appareil circulatoire	289,9	178,0	374,8	252,0	566,9	560,7
Maladies de l'appareil respiratoire	74,3	34,9	123,3	52,4	66,5	59,0
<i>Asthme</i>	1,4	1,7	5,1	6,0	22,2	12,0
Maladies de l'appareil digestif	27,5	19,0	37,3	19,6	41,2	25,3
<i>Maladies chroniques du foie</i>	18,5	6,7	22,6	12,3	8,6	2,1
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2,3	2,6	2,2	2,9	0,0	10,8
Maladies du système ostéo-articulaire	4,8	5,5	4,7	3,6	7,3	2,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	18,2	10,4	18,4	12,5	9,4	10,8
Complications de grossesse, accouchement	-	0,2	-	0,8	-	3,0
Certaines infections périnatales	2,5	1,9	4,9	5,7	2,3	5,3
Malformations congén. Et anom. Chromosomiques	2,9	1,2	2,5	3,4	5,4	2,8
Symptômes et états morbides mal définis	64,9	43,9	61,2	47,2	191,8	245,0
Causes externes	82,3	37,4	86,7	36,0	102,9	56,2
<i>Accidents de transport</i>	11,8	3,4	16,2	3,4	13,0	5,7
<i>Suicides</i>	25,9	8,2	22,5	4,7	12,7	1,0
<b>Total</b>	<b>1079</b>	<b>617</b>	<b>1238</b>	<b>756</b>	<b>1427</b>	<b>1359</b>

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE (estimations de population) – Exploitation ARS-OI

(\*) Taux de mortalité par cause de décès standardisé sur la population France entière, RP 2006, deux sexes.

A Mayotte, l'analyse des taux comparatifs indique une surmortalité importante par rapport à la métropole, en ce qui concerne les maladies infectieuses (2 fois plus pour les hommes, 4 fois plus pour les femmes), le diabète (3 et 7 fois plus), les maladies de l'appareil circulatoire (2 et 3 fois plus), les complications de la grossesse et accouchements (1,5 fois plus pour les femmes). Mais les petits effectifs concernés demandent la plus grande prudence dans les interprétations.

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. Nous considérons ci après uniquement les causes liées aux comportements individuels<sup>8</sup>.

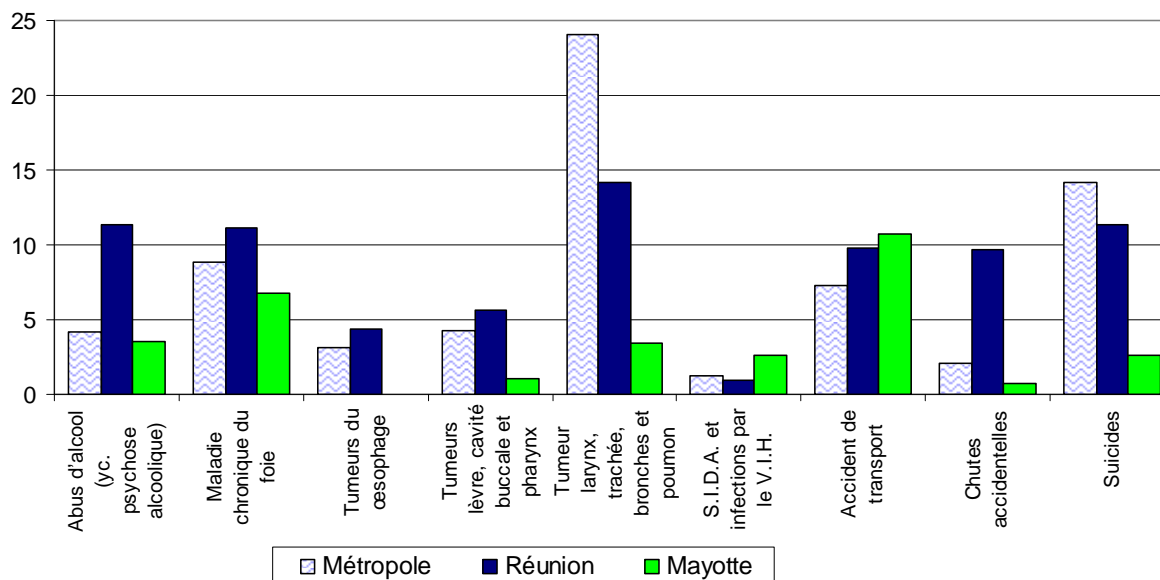
La part de décès « évitables » s'élève à 28 % de la mortalité prématurée à La Réunion contre 11 % à Mayotte. Plus précisément, cette part est de 33 % chez les hommes et de 18 % seulement chez les femmes à La Réunion (données 2007). Ces taux sont moins élevés que ceux observés en métropole la même année (respectivement 37 % et 24 %) mais beaucoup plus que ceux de Mayotte (respectivement 14 % et 8 %).

La mortalité prématurée est donc largement plus élevée chez les hommes (80 % des décès évitables concernent les hommes à La Réunion et 66 % à Mayotte contre 77 % en métropole).

Le calcul de taux comparatifs, à âge égal, de mortalité évitable, permet de comparer La Réunion, Mayotte et la métropole, en éliminant les effets des structures d'âge différentes des 3 populations (graphique 3).

Il apparaît un risque de mortalité évitable important pour les hommes réunionnais, expliquant leur faible différence d'espérance de vie avec leurs homologues mahorais, lié à la consommation d'alcool, de tabac et une part plus importante de suicides. A Mayotte, les accidents de transport sont, parmi les décès évitables, les plus fréquents. Les femmes Mahoraises manifestent un risque de mortalité évitable lié au sida-Vih, mais qui mérite d'être validé en raison de la faiblesse actuelle des effectifs ; il faut néanmoins souligner que le dépistage est systématique pour les femmes enceintes de Mayotte et donc la prévalence de la maladie élevée

Graphique 3 : Taux comparatifs de mortalité évitable Réunion Mayotte Métropole



Sources : INSERM, CépiDc, INSEE, RP2007, Estimation ARS-OI  
\*Taux provisoires car calculés avec la population au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

8 Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses. Les causes de décès « évitables » retenues sont les cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, les causes directement liées à l'alcool (psychoses alcooliques, les cirrhoses), les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. Liste INSERM Cépidc.

Ainsi, malgré une amélioration récente, en particulier pour les hommes (diminution des maladies cardiovasculaires, des décès liés au tabac et mort violentes), La Réunion accuse toujours un certain retard par rapport à la métropole en matière de mortalité. L'abus d'alcool pour les hommes, et le diabète pour les femmes restent aujourd'hui encore les principales causes de surmortalité.

La part des décès évitables est plus importante à La Réunion qu'à Mayotte ou qu'en métropole. Les comportements à risque les plus remarquables sont l'alcool et les chutes accidentelles à La Réunion, les accidents de transport à Mayotte alors qu'il s'agit du tabac en métropole.

## Les inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités sociales commencent dès la naissance avec un enfant né prématuré et/ou de « petit poids ». Or, d'après l'enquête périnatale 2003<sup>9</sup>, 12 % des enfants nés à La Réunion cette année là sont nés prématurés, soit près du double de la moyenne métropolitaine. A Mayotte, une 1<sup>ère</sup> estimation de l'enquête périnatale de 2009<sup>10</sup> indique 14,7 % de prématurés (<37 SA) et 20,1 % d'enfants de moins de 2500 g à la naissance contre 12,2 % à La Réunion en 2003.

### La Réunion

On a pu mettre en évidence le lien entre l'origine sociale de la mère et un certain nombre de critères touchant la prévention et la santé dans certaines enquêtes malheureusement trop rares. Dans l'enquête sur le recours à l'IVG 2007<sup>11</sup> on relève que les femmes au foyer sont plus « à risque » de recourir à l'IVG (1,9 fois), alors que les actives ayant un emploi sont sous représentées (0,81). Le risque est multiplié par 3,6 pour les femmes de catégorie socioprofessionnelle « ouvriers ».

Par ailleurs, une femme sur deux (53 %) pratiquant une IVG à La Réunion vit dans un ménage percevant moins de 1 200 € net. 7 femmes sur 10 (70 %) en France entière bénéficie d'un revenu mensuel d'au moins 2 400 €.

Certaines femmes pratiquent ce qu'on nomme des IVG « itératives »<sup>12</sup> : ceci concerne une IVG sur cinq (19,8 % versus 15,5 % en France). Les femmes recourant de façon répétée à l'IVG semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières. Elles vivent plus souvent seules que l'ensemble des femmes, surtout les plus jeunes (Risque 5 fois supérieur avant 20 ans, et 2 fois entre 20 et 24 ans). Elles sont également beaucoup nombreuses à se déclarer au chômage que l'ensemble des femmes à La Réunion pour chaque groupe d'âge.

Les données de l'enquête scolaire diligentée par la DREES sur les CM2 mettent également en évidence le lien entre catégories sociales et recours aux soins<sup>13</sup> : 18 % des enfants scolarisés en CM2 ont au moins une dent mal soignée et 8 % en ont au moins deux. Or, les enfants de cadre ou ceux dont le père exerce une profession intermédiaire ont les pourcentages de dents mal soignées les plus faibles : 92 % d'enfants de cadres n'ont aucune dent cariée contre 77 % d'enfants d'employés et d'ouvriers. De même, on trouve plus d'enfants obèses chez les enfants d'ouvriers : 14,6 % sont obèses contre 6,3 % enfants de cadres ; en France entière, 6,1 % d'enfants d'ouvriers contre 0,6 % d'enfants de cadres sont obèses.

Par ailleurs, les problèmes de santé des Sans Domicile Fixe<sup>14</sup> sont essentiellement liés à leur situation d'exclusion sociale. Bien que davantage sujettes aux maladies chroniques et infections, les personnes vivant dans la rue ont des difficultés à formuler une demande de soins explicite. La santé n'est « souvent pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver » comme l'a souligné un rapport de Médecins du Monde. Dans ce contexte, elles font appel au système de soins plus tardivement que la population générale. Ce retard entraîne des pathologies aggravées et des polyopathologies. La plupart ont un médecin traitant bien identifié. Mais elles répuignent à franchir la porte des

<sup>9</sup> Source : « L'enquête nationale périnatale 2003 à La Réunion : évolution et comparaison avec la métropole », DRASS Réunion, 2005.

<sup>10</sup> 204 questionnaires saisis au 31 Août 2010

<sup>11</sup> Enquête sur le recours à l'IVG à La Réunion-DRASS-DREES Enquête nationale 2007. Infos Réunion Etudes et Statistiques, n°15, Novembre 2009, COABS, ARS-OI

<sup>12</sup> La femme a eu 3 ou plus de 3 IVG, ou elle a eu une 2<sup>ème</sup> IVG à moins de 3 ans d'intervalle.

<sup>13</sup> La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 à La Réunion, Infostat, DRASS

<sup>14</sup> Etude ORS 2010



cabinets médicaux, pour ne pas avoir à subir le regard des autres. Leur premier contact avec le système de soins se fait généralement aux urgences, dans un état souvent sévère. Selon Médecins du monde, trois types de pathologies sont majoritairement rencontrées chez ce public : dermatologiques, psychiatriques et ostéo-articulaires. Au second plan arrivent des pathologies dites de médecine générale : plaies et affections saisonnières pour la plupart. Les problèmes de santé les plus importants sont bien ceux liés à la psychiatrie et à l'alcoolisme.

On note par ailleurs à La Réunion des contrastes infrarégionaux importants<sup>15</sup> :

Ainsi, ce sont les communes les plus isolées, La Plaine des Palmistes, Salazie, St Joseph, St Philippe ou Cilaos qui sont le plus exposées à des décès d'enfants de moins de 1 an. Ce sont justement ces communes qui sont le plus isolées géographiquement, qui ont conservé des comportements traditionnels et une natalité élevée et où le développement de l'offre de soins peut poser problème. Ces communes sont fortement touchées par un processus de précarisation avec un taux de chômeurs et de Rmistes élevés.

Les variations communales des espérances de vie varient de 71,5 ans à Cilaos à 77,6 ans à Petite Ile. Les différences entre les communes sont plus marquées pour le sexe masculin, les hommes de Cilaos affichant près de 8 ans de moins que ceux de Petite Ile. Pour les femmes le record de longévité est détenu par l'Entre deux, 83 ans, soit 5,5 ans de plus que les femmes de Cilaos.

La diversité entre les communes de l'île semble essentiellement tenir à la surmortalité masculine. Les 2 cirques, Cilaos et Salazie sont particulièrement marqués par cette importante mortalité masculine, associée à la surconsommation d'alcool, aux maladies multimétaboliques liées à une mauvaise hygiène de vie et alimentation. Par ailleurs, le relatif isolement de ces zones défavorisées, leur enclavement va de pair avec un moindre recours aux soins et de moins bonnes conditions socioéconomiques.

En revanche, il est remarquable de constater que les communes de l'Entre Deux, Etang Salé, Petite Ile ou les Avirons, ont une espérance de vie élevée. Elles sont peu touchées par les maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives. Il s'agit de communes plus traditionnelles où l'offre de soins est satisfaisante, où la population est à l'écart des stress de la surconsommation. L'Entre Deux ou les Avirons bénéficient également de conditions socioéconomiques favorables. Dans sa globalité, l'Est et les cirques sont très touchés par une forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire à faibles revenus. L'Etang-Salé et L'Entre Deux apparaissent épargnées, tout comme Petite-île ou La Plaine des Palmistes. Le lien est fort également avec le retard scolaire et l'éducation. Le lien explicatif le plus fort des inégalités de santé est donc bien celui des inégalités socioéconomiques.

### Mayotte

Des risques importants d'accidents domestiques existent qui font que les brûlures en particulier chez les jeunes enfants sont un problème de santé publique à Mayotte, la moitié des enfants admis au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) au service des brûlés étant en situation irrégulière.

La survenue de ces accidents est favorisée par des conditions d'habitat précaires et les habitudes concernant la préparation des repas (réchaud à pétrole à même le sol). Par ailleurs, il est noté un manque de surveillance des enfants par les parents, notamment pendant les périodes des mariages et le mois de Ramadan, périodes auxquelles on note une augmentation des cas accueillis en réanimation.

Il n'existe pas actuellement de système organisé de recueil de données épidémiologiques concernant le traitement des brûlés. Soignés en réanimation pour les cas les plus graves, les

---

<sup>15</sup> Une analyse de la mortalité par commune se heurte à la faiblesse des effectifs concernés. Cette analyse a néanmoins été tentée en regroupant les données sur 10 ans (Ined IRD, 2007, Barbiéri, Catteau)

patients brûlés pris en charge sont surtout des enfants et des nourrissons, victimes d'accidents domestiques. Outre le jeune âge, la prise en charge de ces patients doit également tenir compte de plusieurs particularités : prise en charge médicale tardive après application de remèdes plus ou moins adaptés, conditions d'hygiène délicates s'opposant à un maintien au domicile, éloignement entre le domicile et le centre hospitalier rendant le suivi en externe aléatoire et difficile.

En 2007 et 2008, le CHM a enregistré environ 1 000 passages au bloc brûlé. Enfin, les personnes évacuées sanitaires en provenance des Comores sont le plus souvent dans un état critique.

## *1<sup>er</sup> domaine du Plan Stratégique : Les risques sanitaires*

### *Le risque biologique lié à l'environnement*

La Réunion est une des régions françaises les plus exposées aux risques naturels en raison de ses conditions climatiques extrêmes (cyclones, fortes pluies), de son contexte géodynamique (volcanisme actif, sismicité modérée) et de sa morphologie héritée de son histoire géologique récente (mouvements de terrain, érosion)<sup>16</sup>.

Le monoxyde de carbone, qui est l'une des principales causes d'intoxication accidentelle en milieu domestique en France : ce gaz incolore, inodore et mortel, se diffuse très rapidement dans l'atmosphère, plus particulièrement en cas d'habitat vétuste, défaut d'entretien des appareils, mais surtout en cas de froid, brouillard et par les mauvaises conditions d'aération-ventilation des logements.

La problématique du monoxyde de carbone est moindre à La Réunion, où on recense très peu de cas (1 à 2 cas certaines années), même si un risque potentiel existe lié aux chauffe-eaux non raccordés à un conduit d'évacuation des gaz ; il existe en outre une petite proportion d'habitations, situées dans les hauts de l'île, qui ont recours, temporairement en hiver austral, à des appareils de chauffage d'appoint

Les ressources en eau peuvent être dégradées, de façon diffuse ou ponctuelle, par des polluants issus des activités humaines. Au cours des dix dernières années, il a été constaté une augmentation des teneurs en nitrates sur certaines ressources en eaux souterraines, 38% des captages présentant désormais une émergence supérieure au bruit de fond géochimique ; de même, l'apparition de teneurs récurrentes en pesticides sur une quinzaine de captages (8 à 10%), bien que conforme aux normes, constitue un signal préoccupant. La qualité des ressources en eau superficielle se dégrade de façon intermittente mais chronique lors des pluies, par lessivage des sols et entraînement de matières terrigènes en suspension sur lesquelles peuvent être adsorbés des germes ainsi que des résidus d'engrais ou de pesticides.

Au cours de l'année 2003, 23 % de la population réunionnaise ont été alimentés par de l'eau du réseau public ayant été non conforme pour les paramètres microbiologiques. Ce pourcentage reste très supérieur à la moyenne nationale (5.6% en 2003). En 2006, la situation de La Réunion semble s'être améliorée avec un pourcentage de la population desservie par une eau non conforme aux paramètres microbiologiques comprise entre 10 % et 20 %, ce qui reste néanmoins élevé

---

<sup>16</sup> Pour faire face aux risques naturels qui sont la cause de dégâts importants et mettent en péril des vies humaines, la loi "Barnier" du 2 février 1995 a institué la mise en place d'un document unique dont l'élaboration et la mise en œuvre sont du ressort de l'État : le Plan de prévention des risques (PPR) naturels prévisibles.

La Réunion présente un retard significatif en matière d'infrastructures d'adduction d'eau de consommation humaine. Les besoins sont considérables : Un peu plus de la moitié des eaux distribuées par les réseaux publics proviennent de captages d'eaux superficielles, donc très vulnérables aux sources de pollution directes (rejets d'eaux usées) ou aux dégradations indirectes (entraînements terrigènes liés aux pluies).

Cependant, on observe depuis 2002 une tendance à l'amélioration de la qualité de l'eau de la distribution publique

A Mayotte plus encore les risques liés à l'environnement restent un problème majeur. En effet, dans cette île l'arrivée de produits de consommation « modernes » (cannettes, emballages...), le maintien d'un comportement individuel de non élimination de ces déchets non biodégradables, et l'absence d'une politique de gestion efficace fragilisent l'environnement. Le défaut d'assainissement et d'entretien du réseau pluvial dans les communes fait que les déchets jetés dans les caniveaux entravent la bonne circulation des eaux pluviales et forment des barrages assimilables à des gîtes larvaires<sup>17</sup>. Enfin, il convient de signaler que 25 % des ménages de Mayotte n'ont pas accès à un point d'eau individuel dans la maison ou dans la cour. Ces populations n'ont d'autres choix que de disposer à l'extérieur des récipients pour collecter l'eau de pluie, et créent ainsi de très nombreux gîtes larvaires. Ces réserves volontaires d'eau peuvent constituer jusqu'à 45 % des gîtes larvaires positifs en saison.

A Mayotte donc, les risques infectieux sont latents (maladies vectorielles, leptospirose, maladies entériques et parasitoses intestinales) car favorisés par les conditions climatiques mais aussi par le retard d'équipement en infrastructures, notamment en matière de traitement des eaux (potabilisation des eaux de consommation, collecte et épuration des eaux résiduaires) et par la proportion résiduelle d'habitat insalubre.

### *Les maladies vectorielles*

La Réunion comme Mayotte ont dans leur environnement les vecteurs animaux de maladies tropicales (moustiques en particulier) et sont des zones endémiques pour les maladies vectorielles transmises par les moustiques dont les arboviroses (chikungunya, dengue) et le paludisme. Les mouvements de populations entre Mayotte et les pays voisins, sont également des facteurs déterminants dans la prise en compte des risques de développement des maladies épidémiques.

La Réunion a longtemps été une zone de transmission du paludisme, première cause de mortalité (2 000 morts par an) au début des années 1950 ; depuis l'éradication du parasite sur l'île, qui date de 1979, la Réunion se trouve en situation d'anophélisme sans paludisme ; 150 à 180 cas importés sont recensés par an (90% des contaminations provenant des Comores et de Madagascar). Il existe potentiellement un risque de réintroduction du parasite et de transmission pendant la saison des pluies, lorsque le vecteur (moustique *Anopheles arabiensis*) prolifère. Des cas sporadiques de paludisme autochtone ont été recensés en 1991, 2001 (1 cas mortel) et 2005.

Par ailleurs, la Réunion n'avait pas connu d'épidémie de dengue depuis celle de 1977-1978 (170.000 cas). En 2004, 250 cas suspects et confirmés ont été déclarés, essentiellement dans l'Ouest de l'île. Le vecteur identifié est *Aedes albopictus*, moustique urbain, qui prolifère essentiellement dans des gîtes anthropiques. Une des souches virales identifiées était

---

<sup>17</sup> Etat des lieux de la lutte antivectorielle à Mayotte et propositions de réduction des risques et impacts de la lutte chimique au profit d'une action intégrée contre les vecteurs, Rachel Mussard, ENSP septembre 2007

identique à celle provenant des Seychelles, atteintes deux mois auparavant par une épidémie de dengue.

En 2005 et 2006, l'île de La Réunion a été frappée par une crise sanitaire sans précédent, l'épidémie de Chikungunya s'est répandue rapidement, surprenant les autorités sanitaires locales et nationales. Les premiers diagnostics positifs chez des patients réunionnais datent du mois de mars 2005. L'épidémie a ensuite progressé irrégulièrement avec une forte accélération en début d'année 2006. L'épidémie atteint sa phase explosive durant l'été austral c'est-à-dire entre décembre 2005 et janvier 2006. Le premier trimestre 2006 est celui qui a connu le plus grand nombre de cas avec 221 000 cas estimés par la Cire Réunion Mayotte [PEH Chik du 11 mai 2006]. Au 25 septembre 2006, la CIRE-RM estime à 266 000 le nombre de personnes ayant présenté des symptômes de l'infection à Chikungunya depuis le début de l'épidémie.

L'enquête transversale pilotée par le CIC-EC de la Réunion, s'est déroulée sur deux mois, du 17 août au 20 octobre 2006 en population générale à l'île de La Réunion, sur un échantillon représentatif de 2442 personnes

Cette enquête indique un taux de séroprévalence de 38,2 %. (IC 95 % : 35,9–40,5), ce qui correspond environ à 300 000 personnes. L'un des intérêts de l'étude a été de comparer la sérologie avec les déclarations du Chikungunya. Ainsi, 35,9 % de la population déclarent avoir le Chikungunya, 56,8 % déclarent ne pas l'avoir et 7,3 % ne sait pas. Parmi ces derniers, les trois quarts ne sont pas immunisés. Les « asymptotiques » représentent 5,0 % des cas, sérologie positive alors que la déclaration est « non ». Les « faux positifs » représentent 4,5 % des cas, sérologie négative alors que la déclaration est « oui ». Le pic épidémique est fortement marqué entre février et mars 2006.

L'analyse bivariée révèle que l'infection à Chikungunya est liée, voire fortement liée à divers facteurs :

- l'âge ; la séroprévalence augmente avec l'âge passant de 26,6 % pour les moins de 10 ans et atteignant plus de 45 % chez les 80 ans et plus. Soulignons toutefois que la séroprévalence des 10-19 ans est de 42 %.

- le lieu de naissance ; les personnes nées à La Réunion ont des prévalences atteignant les 39,9 % contre 23 % pour les personnes nées en France métropolitaine ou ailleurs (hors zone Océan Indien).

- Une bonne maîtrise de la lecture, le fait d'avoir une activité professionnelle ou de suivre des études réduit également considérablement l'infection au Chikungunya.

Tous les facteurs se rapportant à l'habitat, le bassin (nord, ouest, est, sud), la situation (urbain, rural, urbain et dans les écarts), l'altitude (frange littorale, mi-pentes et hauts), le type d'habitat (individuelle et collectif), le type de construction (maison en dur,... bois sous tôle, habitat de fortune) sont fortement liés à l'infection.

On observe une certaine recrudescence de la syphilis à la Réunion<sup>18</sup>. Si cette pathologie a concerné dans un 1er temps des populations spécifiques : des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des sujets infectés par le VIH, des personnes marginalisées, ou des sujets incarcérés, il est maintenant observé une augmentation de l'incidence de la maladie chez les jeunes, quel que soit leur sexe, hétérosexuels et séronégatifs pour le VIH. L'apparition depuis 2008 de plusieurs cas de syphilis congénitale, entraîne une certaine inquiétude sur le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les femmes enceintes.

L'épidémie de grippe A en 2009 n'a pas suscité de surmorbidity particulière, malgré un réseau de surveillance actif (médecins sentinelles et passages aux urgences via le système *Oscour*).

---

<sup>18</sup> BVS N°6/2010 ARS INVS

## Mayotte

Le paludisme a connu une baisse allant de 2 000 cas recensés en 2002 à 411 en 2008. La présence de cette maladie parasitaire à transmission vectorielle nécessite la mise en œuvre de mesures de lutte spécifiques et permanentes.

En 2006, le Chikungunya touchait 38 % de la population. Par la suite, le Plan COMBI Arboviroses mis en œuvre par la DASS a mobilisé la population à adopter des gestes simples de prévention, en vue d'éviter la création de gîtes larvaires.

En 2007, apparaissent les premiers cas humains de Fièvre de la Vallée du Rift. Deux autres cas ont été détectés en 2009. C'est le transport clandestin d'animaux (zébus, cabris) en provenance des Comores qui est le risque majeur d'importation de cette maladie animale transmissible à l'homme. La circulation du virus ayant été détectée dans le cheptel mahorais, celui-ci est sous surveillance depuis 2007 par la DSV.

Après un renforcement de la surveillance fin 2008, le nombre de diagnostics de leptospirose au laboratoire du CHM a fortement augmenté, passant de 23 cas en 2007 à 83 cas en 2009. Cette tendance ne se poursuit pas en 2010: malgré une augmentation importante du nombre d'analyses, le nombre de cas diagnostiqués est plus faible (50 versus 72 cas). Globalement, l'incidence de la leptospirose à Mayotte demeure sous-estimée, puisque ce sont principalement des personnes ayant une forme sévère qui bénéficient d'une recherche biologique. La saisonnalité est très marquée, avec une recrudescence en fin de saison des pluies, de mars à mai. Sont concernés essentiellement des hommes (80%), d'un âge moyen de 48 ans. Avec un taux d'incidence de 42 cas confirmés par 100 000 habitants en 2009, la leptospirose reste une maladie avec une morbidité importante à Mayotte.

Concernant le SIDA, la situation à Mayotte est préoccupante. En effet, le territoire se trouve dans une zone de forte endémie d'une part, et d'autre part les habitants présentent des comportements à risque révélés. Selon le rapport d'activité 2009 du CDAG, il ressort que seuls 20,8 % des patients suivis utilisent systématiquement le préservatif, 42,9 % déclarent ne jamais l'utiliser, avec une différence significative entre les hommes (37,1 %) et les femmes (51,8 %), 77 % des consultants considèrent avoir pris un risque sexuel, 14,6 % des consultants ont déjà des antécédents d'IST.

Les IST<sup>19</sup> : En 2009, le laboratoire du CHM a traité 8 200 prélèvements pour le diagnostic de la syphilis, 287 pour les PCR chlamydiae et 235 prélèvements urétraux.

En ce qui concerne les chlamydiae, le nombre de demandes de diagnostics est en hausse constante depuis 2007 : En 2009, le laboratoire a identifié 43 PCR chlamydiae positives, et il y a eu autant de demandes durant les 6 premiers mois de 2010 que durant toute l'année 2009...

En ce qui concerne les gonococcies, le pourcentage d'isolements semble en diminution après un pic en 2008 qui correspondait aussi à une augmentation du nombre de prélèvements urétraux. En 2009, 102 résultats positifs pour le gonocoque ont été identifiés au laboratoire du CHM.

En 2007, la cellule de veille épidémiologique du CHM recensait 593 cas d'urétrites masculines parmi les personnes ayant consulté dans l'ensemble des dispensaires de l'île (surveillance prospective et rétrospective à partir des données du registre médical de chaque dispensaire) ; la même année, le laboratoire recevait 223 prélèvements urétraux, ce qui montre que le diagnostic et le traitement reposent avant tout sur la clinique.

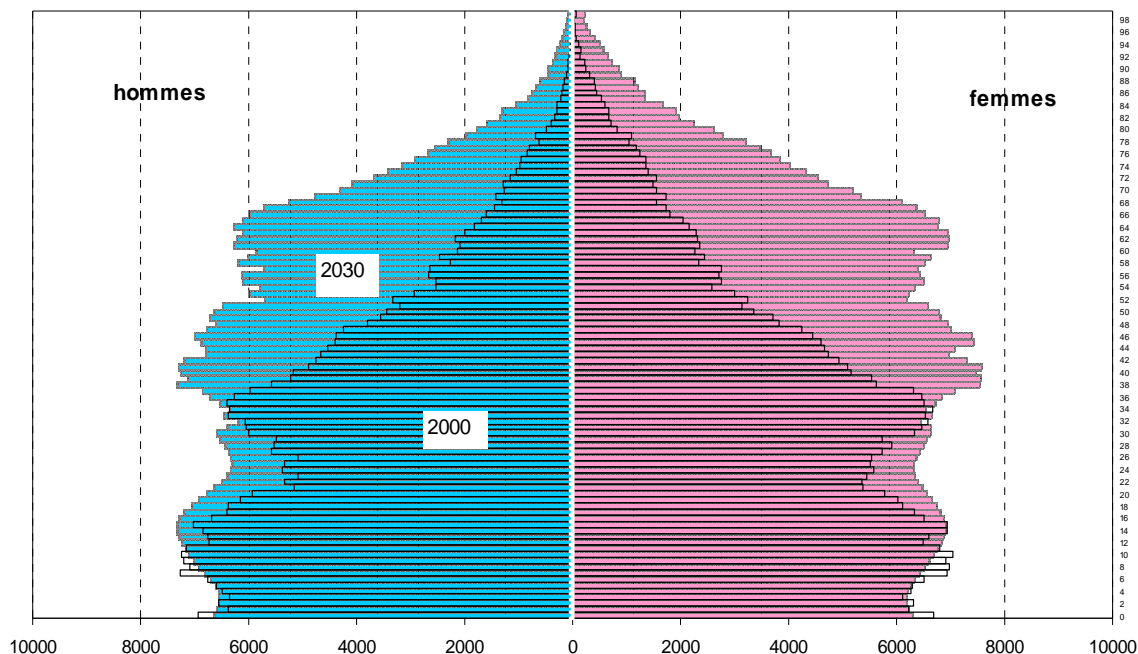
---

<sup>19</sup> Les données présentées ici reposent sur le laboratoire du CHM (nombre de demandes, nombre de cas identifiés et pourcentage de positivité), sur le modèle de ce qui est fait en métropole.

## 2<sup>ème</sup> domaine du plan stratégique : Handicap et vieillissement

Le vieillissement attendu de la population réunionnaise est très important, comme le montre la déformation prévisible de la pyramide des âges (Graphique 4).

Graphique 4 : Comparaison des pyramides des âges 2000 et 2030 :



Source : INSEE

En 30 ans, de 1967 à 1999, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est passé de 22 000 à 71 000. En 2006 on estime cette population à 94 400 personnes, et en 2030 l'INSEE en prévoit 250 000, soit le ¼ de la population totale. A Mayotte, le vieillissement est très faible et les personnes âgées ne représentent que 4 % de la population, part restée inchangée depuis le précédent recensement de 2002.

A La Réunion, en 2006, un Réunionnais de 60 ans a une espérance de vie de 19 ans soit 2,8 ans de moins qu'un métropolitain (21,8 ans) et une femme réunionnaise peut espérer vivre 23,9 ans, soit 2,7 ans de moins qu'en métropole (26,6 ans)<sup>20</sup>. Cependant les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement, et le processus de vieillissement intervient plus tôt à La Réunion.

C'est ce qui ressort en particulier de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID), largement inspirée de celle réalisée au niveau national, qui a été réalisée en 2004 à La Réunion. Selon les données de l'étude, 27 % de la population déclarent au moins une déficience. Les déficiences qu'elles soient motrices, viscérales ou visuelles surviennent principalement à partir de 50 ans, elles augmentent ensuite avec l'âge. A La Réunion comme en métropole, les taux de prévalence sont plus forts pour les déficiences motrices, puis pour les déficiences viscérales. Les données de l'enquête révèlent que les déficiences sont plus fréquentes à La Réunion qu'en métropole et qu'elles surviennent également plus précocement. Ainsi, les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus

<sup>20</sup> TER INSEE

avancés. Et dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains.

L'étude PAQUID<sup>21</sup>, bien que controversée, est la seule qui permet actuellement une approche du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : en 2006, 3 600 personnes de plus de 75 ans seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'île et qu'il y aurait environ 900 nouveaux cas de plus de 65 ans chaque année dont près de 70 % de femmes. En 2008, près de 300 personnes ont été nouvellement admises en Affection de Longue Durée pour Maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés (ALD 15), à La Réunion, quel que soit le régime d'assurance maladie. Au 31/12/2009, parmi les personnes affiliées au régime général d'Assurance maladie uniquement, on recense près de 1 300 personnes reconnues en ALD au titre de la maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15). Le diabète, le surpoids-obésité, les accidents vasculaires cérébraux et l'environnement social sont des facteurs de risque de maladie d'Alzheimer bien présents à La Réunion.

Les pathologies et origines connues des déficiences de la population adulte présente dans les établissements et services pour handicapés au 31 décembre 2006 à La Réunion sont réparties de la manière suivante : 21 % d'accidents périnataux, 9 % de psychose infantile et 8 % d'autres psychoses. On note également que pour 8 % des adultes suivis, il s'agit d'un traumatisme crânien et de lésion cérébrale acquise (en dehors de la période périnatale). 6 % souffrent de trisomie et autres anomalies chromosomiques, et 4 % d'autisme et syndromes apparentés. Ce constat illustre la problématique omni présente à La Réunion de l'alcool et de ses conséquences: On estime qu'environ 5 % des grossesses se déroulent dans un contexte d'alcoolisation maternelle, et donc avec des risques de troubles du développement pour l'enfant à naître

A La Réunion, le SAF (syndrome d'alcoolisme fœtal) représente la première cause de retard mental non génétique et de surcroît totalement évitable : il serait en cause pour 10 % des enfants en institutions spécialisées<sup>22</sup>. Dans les pays industrialisés, on estime que 1 à 3 enfants sur 1 000 seront atteints de SAF à la naissance, chaque année. A La Réunion, l'incidence annuelle du SAF est élevée : 4 à 8 enfants pour 1 000 naissances vivantes sur l'île.

On relève par ailleurs que, à La Réunion, les accidents cardiovasculaires : angines de poitrine, infarctus aigus du myocarde et autres cardiopathies ischémiques aiguës représentent 20 % de l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire. C'est plus qu'en métropole où ils ne sont que 16 % et ils surviennent en moyenne 7 ans plus tôt à La Réunion. La mortalité par accidents vasculaires cérébraux (AVC) est à âge égal, 2 fois supérieure à celle de la métropole. Les conséquences de ces accidents se traduisent bien entendu par des handicaps précoces.

A Mayotte on estime à environ 1 000 le nombre de personnes ayant un handicap, hors adultes avec un handicap psychique (estimés à 500 selon les sources du centre de santé mentale du CHM).

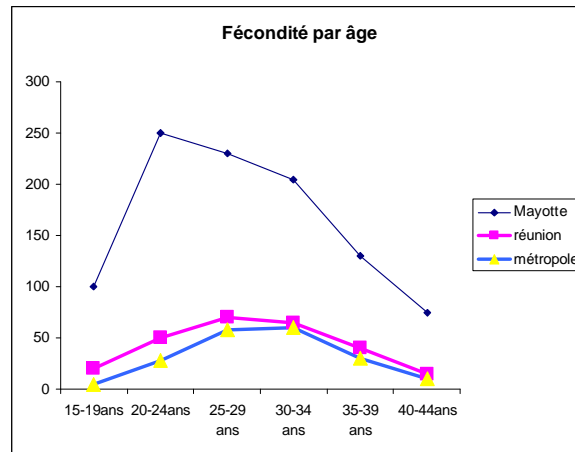
### **3<sup>ème</sup> domaine du plan stratégique : Périnatalité et petite enfance**

Les Réunionnaises ont une fécondité beaucoup plus élevée que les Métropolitaines, surtout avant 25 ans. Pour les moins de 20 ans, le taux de fécondité est près de 5 fois plus élevé qu'en métropole ; à Mayotte, il est près de 10 fois supérieur.

*Graphique 5 : Taux de fécondité par âge comparés*

<sup>21</sup> PAQUID : étude épidémiologique ayant pour objectif d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, sur une cohorte 4134 personnes suivies depuis 1988 en Gironde et Dordogne.

<sup>22</sup> Enquête DRASS 2000



Source : INSEE TER TEM

Cette fécondité précoce surtout à Mayotte explique en partie la forte fécondité, et le niveau élevé de l'indice synthétique (4,5 enfants par femme). En conservant la structure par âge de la population mahoraise et en appliquant les taux de fécondité de La Réunion, on obtiendrait 3 684 naissances à Mayotte au lieu de 7 452 constatées en 2004. Ainsi, si l'ensemble des femmes à Mayotte avaient la même fécondité que les femmes de La Réunion, il y aurait presque la moitié des naissances en moins.

On relève que, à Mayotte, la moitié des accouchements sont réalisés dans des dispensaires par des sages femmes en l'absence de gynéco obstétricien, de pédiatre, d'anesthésiste. La mortalité maternelle à Mayotte en 2008 et 2009 serait de 31.3 pour 100 000 naissances<sup>23</sup>, mais elle est estimée à 50 pour 100 000<sup>24</sup>, ce qui serait près de 2 fois plus qu'à La Réunion (26.4), et 6 fois plus qu'en métropole en 2007 (7.6 décès pour 100 000 naissances).

Concernant la mortalité infantile, les taux réunionnais restent encore très largement supérieurs aux taux des départements métropolitains mais se situent derrière les taux de la Guyane et de la Martinique. Pour Mayotte le taux de mortalité infantile est très élevé, il est de 13.5 ‰ en 2007, soit plus de 2 fois supérieur au taux de La Réunion (6,1 ‰) et près de 4 fois plus qu'en métropole (3,6 ‰), ce qui s'explique en partie par les conditions socio économiques défavorables et la forte proportion d'accouchées en situation précaires (63 % des femmes accouchant à Mayotte ne sont pas affiliées à la Sécurité Sociale)

Le nombre total d'IVG réalisées en 2009 à La Réunion est de 4486. Le taux d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer est de 21,1(en 2008) au lieu de 14.7 en métropole. En 2006 à Mayotte le nombre d'IVG est de 1648 (dont 1607 au sein de l'unité d'orthogénie du CHM), ce qui représente 17,4 IVG pour 100 conceptions soit moins qu'en 2005 (18,4). Près de 13 % des IVG ont concerné une jeune fille mineure à Mayotte contre 12 % à La Réunion, soit deux fois plus qu'en métropole (6 %).A Mayotte, on constate une augmentation importante des IVG en particulier auprès des mineures, ce qui pose un problème des conduites sexuelles à risque des jeunes adolescents.

A La Réunion, l'extension de l'enquête nationale DREES<sup>25</sup> a pu mettre en évidence un 1<sup>er</sup> recours important au généraliste : Les femmes consultent plus volontiers leur médecin habituel qu'un professionnel de centre hospitalier ou de planning familial., le premier contact (y compris téléphonique) avec un professionnel de santé ayant été pour six Réunionnaises sur dix leur médecin généraliste habituel (versus 3 femmes sur 10 en France).Enfin, 28 % des

<sup>23</sup> Données INSERM, Cépidec

<sup>24</sup> Source ARS OI

<sup>25</sup> Op.citée



praticiens ont réalisé l'acte d'IVG sur une de leur patiente habituelle (contre 16,8 % en France entière).

A La Réunion, l'étude ETADAR<sup>26</sup> montre que 80 % des jeunes ont utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel, ils ne sont plus que 67 % à l'avoir utilisé lors de leur dernier rapport sexuel, la différence étant plus marquée chez les jeunes filles (56 % au dernier rapport). A l'inverse, l'utilisation de la pilule augmente entre le premier rapport et le dernier rapport sexuel chez les jeunes filles (15 % à 34 %). La proportion de jeunes ayant déclaré ne pas utiliser de moyen de contraception reste stable, aux alentours de 15 %, entre le premier et le dernier rapport sexuel. 10 % des jeunes filles sexuellement actives ont déclaré avoir déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse, et 42 % ont utilisé la pilule du lendemain.

Les enquêtes de santé scolaire menées à La Réunion en 2000 révèlent, outre des problèmes d'obésité naissants, et d'asthme à 5-6 ans, un suivi dentaire insuffisant : seulement 60% des enfants réunionnais scolarisés en grandes sections de maternelles n'ont aucune dent cariée non soignée, contre 85% d'enfants métropolitains.

A Mayotte, les dentistes du CHM tirent la sonnette d'alarme sur un état bucco-dentaire dégradé des enfants. A ce jour, il y a dix fois moins de dentistes à Mayotte qu'en Métropole. Une enquête de l'antenne UFSBD<sup>27</sup> auprès de 600 élèves (300 de 6 ans et 300 de 12 ans) a permis de dépister 2463 atteintes carieuses. Cela se traduit par un indice CAO mixte de 4,10<sup>28</sup> et place Mayotte en haut du niveau moyen (le niveau élevé étant entre 4,5 et 6,5). A titre indicatif de comparaison, l'indice actuel de Mayotte était celui de France métropolitaine en 1987 avec un CAO de 3,73 chez les 6 ans et 4,20 chez les 12 ans.

La couverture vaccinale, révélée par les enquêtes de santé scolaires, est proche vers 5-6 ans à La Réunion de celle observée en France entière, et pour l'hépatite B les enfants réunionnais sont nettement mieux vaccinés (83% versus 52%).

Par ailleurs, une enquête de couverture vaccinale a été réalisée en 2009 par l'ORS en lien avec la CIRE<sup>29</sup>. Selon les résultats de cette enquête, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) serait, à 24-59 mois, de 76.6% pour la rougeole, 76.2% pour les oreillons et 76.2% pour la rubéole; à 7-8 ans, de 94% pour la rougeole, 93.6% pour les oreillons et la rubéole;

82.5% des vaccins chez les 24-59 mois sont réalisés par les médecins généralistes libéraux. Puis viennent les pédiatres libéraux (12.5%). La PMI n'en fait plus que 2.6% alors qu'elle effectuait 14.4% des vaccins il y a une quinzaine d'années. Par rapport aux recommandations nationales, il existe un retard dans la réalisation du ROR à La Réunion puisque ce n'est que vers 7-8 ans (et non avant 2 ans) que 93% des enfants ont reçu une dose.

A Mayotte, la couverture vaccinale pour le ROR à l'âge de 2 ans en 2009 est estimée à 76% (données PMI). Ce chiffre est à confirmer par les résultats d'une enquête de couverture vaccinale menée par la CIRE en mai 2010, dont les résultats sont attendus pour la fin de l'année.

Concernant le langage, nous constatons qu'à La Réunion, toujours selon les résultats de l'enquête DREES EN, les enfants scolarisés en grandes sections de maternelles sont 10% de moins qu'en métropole à utiliser avec justesse des constructions grammaticales simples (respectivement 82.4%

---

<sup>26</sup> Enquête Tabac, Alcool, Drogues 2006-2007, Rectorat, DRASS, CIC-EC

<sup>27</sup> Premiers résultats d'une étude réalisée en 2009, en cours d'exploitation, par l'antenne UFSBD de Mayotte

<sup>28</sup> L'indice **CAO** est la moyenne qui résulte du nombre total des dents Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement d'une population donnée que l'on divise par le nombre de personnes examinées.

<sup>29</sup> Enquête de couverture vaccinale à La Réunion en 2009 ORS Mars 2010

contre 92.5%). L'enquête n'a pas été réalisée à Mayotte, raison pour laquelle nous n'avons pas de données comparables.

Un peu plus tard, en CM2, les données de santé des enfants se confirment, ils sont nettement en surcharge pondérale, la santé buccodentaire est plus dégradée, les problèmes auditifs sont plus fréquents.

#### **4<sup>ème</sup> domaine du plan stratégique : Santé mentale**

L'impact de l'alcoolisme est considérable à La Réunion, et l'alcool est à l'origine de nombreux passages à l'acte (suicides, violences...). Les troubles mentaux en sont également une conséquence non négligeable, ainsi que les accidents de la route, les accidents du travail et les violences. Les conduites à risque ne concernent pas seulement l'alcool.

La polytoxicomanie alcool-médicaments, alcool-cannabis et plus récemment l'apparition d'ecstasy et de cocaïne dans des milieux jeunes fait craindre une explosion des phénomènes de dépendance et de leurs conséquences.

Néanmoins, il est à noter qu'on observe depuis 2001 une baisse des indicateurs en ce qui concerne les pathologies associées à l'alcool.

Bien que la consommation d'alcool à Mayotte soit nettement moindre qu'à La Réunion, des inquiétudes existent pour les jeunes : ceux-ci font un mélange d'alcool, de « bangué » (cannabis local) et de médicaments psychotropes détournés de leur usage.

En 2002, une étude transversale descriptive<sup>30</sup> sur la consommation du tabac, alcool, cannabis auprès de 3 852 jeunes âgés de 12 à 25 ans a été réalisée à la demande de la DASS : 1 jeune sur 10 déclarait boire de l'alcool (12%), dont 22% des garçons et 3% des filles. Il s'agit essentiellement de bière (92%), de vin (52%), d'alcool fort (46%), et de « trimbo » (vin de palme) (23%). 36% des jeunes buveurs déclarent boire 7 verres et plus lorsqu'ils s'alcoolisent ;

En 2009, 720 accidents corporels de la route ont été recensés à La Réunion (770 en 2006). La même année, 48 personnes sont décédées dans les 30 jours suivant l'accident (71 en 2006). Le taux de mortalité est donc en baisse : il était de 101 contre 78 par million d'habitants en métropole en 2006. L'alcool au volant est un phénomène important sur l'île : environ la moitié des accidents mortels sont liés à l'alcool contre 30 % en métropole.

Le taux comparatif de mortalité est de 13 suicides pour 100 000 Réunionnais sur la période 2005-2007, soit stable par rapport à la période précédente, 2003-2005, contre 16 pour 100 000 en métropole. Contrairement à la situation métropolitaine les personnes âgées sont peu concernées : 28% des suicides se font après 65 ans en métropole, alors que cette tranche d'âge ne représente que 16% de la population totale : à La Réunion, on compte 10% de suicides chez les plus de 65 ans (8% de la population totale). Par contre, entre 15 et 24 ans, le suicide représente 17% du total des décès et constitue la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation. Les suicides sont essentiellement masculins (80%), alors que les tentatives de suicides concernent d'avantage les femmes. La tendance globale de la mortalité par suicide est à la baisse mais on observe des tendances à la hausse récentes dans certains groupes de population (les hommes, les 55-64 ans).

---

30 Enquête sur la consommation tabac, alcool, stupéfiants auprès des jeunes âgés de 12 à 26 ans en 2002 à Mayotte – Rapport de synthèse par IPSOS

Le suicide est très rare à Mayotte (6 suicides sur 2 ans, soit un taux de 1 pour 100 000) . Par contre le nombre de mineurs victimes de violences ou d'agressions physiques et/ou psychologiques ne cesse de croître : leur nombre aurait doublé entre 2008 et 2009

Les violences sont fréquentes dans les 2 îles : selon l'enquête ENVEFF réalisée à La Réunion en 2003, une femme sur 5 (20 %) a subi au moins une forme de violence dans l'espace public au cours des 12 derniers mois, soit près de 42 000 femmes, ce qui est 1,5 fois plus qu'en métropole.

Une récente enquête faite en milieu scolaire à La Réunion<sup>31</sup> révèle que chez les jeunes de 13 à 18 ans, 6 % ont déjà fugué et 11 % ont fait une tentative de suicide. Les jeunes filles présentent généralement plus souvent des signes anxio-dépressifs.

L'enquête ETADAR révèle que 38 % des jeunes de 13 à 18 ans ont déjà été auteur de violence au cours des 12 derniers mois (coups et/ou vols et/ou racket et/ou actes racistes et/ou violences verbales), il s'agit plus souvent de garçons (43 % versus 32 % ;  $p < 0.0001$ ). 53 % ont déjà été victimes de violence. Ces actes se passent le plus souvent au sein des collèges/lycées, et concernent plus les garçons. A contrario, les filles déclarent plus souvent que les garçons avoir été victimes de violences verbales et physiques au sein de leur famille. 8 % des jeunes filles déclarent avoir été victimes d'au moins une agression sexuelle (tentative de viol, viol ou autre agression sexuelle), 4 % d'une tentative de viol et 1% d'un viol.

Par ailleurs, les diagnostics de santé réalisés dans le cadre des ateliers santé ville à La Réunion mettent en avant un sentiment de mal-être, d'isolement, et de souffrance psychique, qui serait la condition première à une meilleure santé physique. Ainsi, la santé semble liée fortement aux activités, qu'elles soient sportives et/ou culturelles, et à l'appartenance à un groupe social. La santé passe avant tout par un bien être psychologique, physique et social. Les problèmes d'accès aux soins sont particulièrement ressentis par les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes en situation précaire. Et toutes les thématiques ayant trait à la santé sont à repenser en fonction de ces populations isolées et précaires.

La solution proposée est de créer et coordonner des réseaux locaux composés d'acteurs des champs sanitaires, sociaux et éducatifs, et le rôle essentiel de l'éducation à la santé est souligné.

En ce qui concerne Mayotte, il est important de rappeler ses caractéristiques socio-culturelles, qui peuvent influencer sur la santé mentale de la population : Mayotte connaît une très forte densité de population. Celle ci se concentre essentiellement sur le littoral Nord/Est (54 %) et de plus en plus, dans les habitats très denses des villes. A la fois musulmane et africaine, la population mahoraise est profondément marquée par l'Islam (95 % de la population est musulmane) et par les croyances ancestrales austronésienne et bantou. La société s'organise sur un mode traditionnel et fonctionne sur les principes de la prééminence du groupe sur l'individu, de la matrilinearité (filiation dans la lignée de la mère) et matrilocalité (résidence de la famille chez la mère).

L'une des grandes particularités de Mayotte réside dans la forte pression migratoire issue des Comores ; on estime à plus de 80 000 le nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire vivant dans des conditions de précarité extrêmes.

---

<sup>31</sup> Enquête ETADAR (2006-2007 sur un échantillon de plus de 4500 jeunes)

Cette société traditionnelle, en mutation rapide, est l'objet de changements sociaux fondamentaux : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive et multiplication des « abris de fortune ».

Les moins de 20 ans, qui constituent aujourd'hui plus de 50 % des habitants de l'île, sont particulièrement exposés à cette mutation sociétale, ce qui peut engendrer des conflits familiaux et ruptures des liens familiaux et sociaux, des violences physiques ou sexuelles sur mineur, des échecs scolaires, des troubles du comportement social et conduites addictives.

Un récent rapport de la DSP montre une aggravation de la délinquance chez les mineurs (+190,5 % en 2008). Le nombre de mineurs en errance ou isolés est en augmentation constante : des enfants et des jeunes peuvent ainsi se retrouver, de manière ponctuelle ou plus durablement, sans liens ni référents familiaux : pour exemple, en 2009, plus de 3500 mineurs ont été signalés au Parquet suite à la reconduite à la frontière de leurs parents et 1056 enquêtes réalisées ont permis de mobiliser le dispositif d'accompagnement social des mineurs isolés, financé par la DASS, au profit de 415 mineurs sur l'année 2009. Enfin, le nombre de mineurs victimes de violences ou agressions physiques et/ou psychologiques ne cesse de croître : les travailleurs sociaux intervenants dans le cadre de l'aide aux victimes dans les Commissariats et Gendarmerie de l'île ont eu à traiter en 2009 407 situations de mineurs victimes de maltraitements, agressions, violences intrafamiliales ou viols contre 295 l'année précédente...

### *Nutrition et obésité*

La population adulte réunionnaise est davantage concernée par les problèmes d'obésité que la métropole. L'enquête Obépi 2003 révélait des prévalences de l'ordre de 30 % pour le surpoids et de 11 % pour l'obésité au niveau national, contre respectivement 35 % et 15 % sur l'île.

Les prévalences locales de l'obésité sont respectivement d'environ 10 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes ; en métropole, elles avoisinent les 11 % chez les hommes comme chez les femmes.

Les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, et ce de manière très nette chez les femmes où le taux de prévalence passe de 14 % chez les 30-39 ans à 20 % chez les 40-49 ans jusqu'à 27 % chez les 50-59 ans. En revanche, on observe un infléchissement de cette tendance à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes. Quant aux conduites alimentaires, elles évoluent vers une surconsommation glucido-lipidique avec des effets déjà visibles sur l'obésité des jeunes.

Mayotte connaît une phase de transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle. Du fait d'un moindre accès à la consommation, et d'un niveau de vie moins élevé, certains types de décès sont moins fréquents, et la moindre consommation d'alcool entraîne moins de conséquences sur la santé. Par contre, la population est exposée à des problèmes de déséquilibre des apports alimentaires, conduisant à des situations de carence ou inversement de surpoids et d'obésité. Les habitudes alimentaires et les systèmes traditionnels de production évoluent rapidement. Le régime alimentaire traditionnel de base se compose essentiellement de riz, de tubercules et de légumes, et inclut de faibles quantités de produits d'origine animale. Au total, 46 % des hommes mais seulement 19 % des femmes ont une corpulence normale. Une part importante de la population est en surpoids (IMC compris entre 25 et 29 kg/m<sup>2</sup>) ou obèse (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). 52 % des hommes et 79 % des femmes

Suite à l'épidémie de Béri-Béri<sup>32</sup> infantile ayant conduit au décès de 20 nouveau-nés en 2004, une étude « Nutrimay<sup>33</sup> » a été réalisée en 2006: Chez les enfants, on note la prévalence du retard statural (taille/âge) de 6,7%, celle de la maigreur (poids/taille) de 8,1% pour les moins de 5 ans ; une consommation très faible de produits laitiers (seuls 3,6% des enfants âgés de 5 à 14 ans), mais aussi des fruits et légumes (seuls 8,4 %) ;

Chez les adultes : 28,1 % des femmes étaient en surpoids, 27,4 % étaient obèses et 56,3 % présentaient un niveau d'activité physique faible selon les critères d'IPAQ<sup>34</sup> ; une consommation très faible de produits laitiers (seuls 2% présentaient une consommation conforme aux recommandations nutritionnelles) ; une consommation faible de fruits et légumes : 70% des adultes considérés comme de « petits consommateurs » (inférieur à 3,5 fruits et légumes par jour).

Ainsi, le territoire connaît une situation nutritionnelle préoccupante caractérisée par la coexistence de deux situations : de carence chez les enfants et d'excès liées à la consommation croissante d'aliments riches en sucres et en graisses, source de surpoids et d'obésité chez les adultes.

<sup>32</sup> Maladie due à une carence en vitamine B1 (thiamine) due à l'alimentation par du riz décortiqué. Cette avitaminose se caractérise cliniquement par des troubles moteurs du système nerveux moteur et du système nerveux sensitif.

<sup>33</sup> Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire- Mayotte : une problématique sanitaire particulière- n°48-49 du 4 décembre 2007

<sup>34</sup> International Physical Activity Questionnaire

## *Diabète*

Le pourcentage de personnes diabétiques (de type 2) traitées pharmacologiquement est estimé à 7,8 % de la population de La Réunion en 2007, le double de celle observée en France (3,9 %), ce qui place La Réunion en tête de toutes les régions de France. On note une surmorbidity féminine, au contraire de la métropole, avec 8,6 % pour les femmes contre 6,8 % pour les hommes à La Réunion.

Cependant, la prévalence du diabète traité ne tient pas compte des cas non diagnostiqués. L'enquête REDIA a ainsi montré qu'un tiers des diabétiques ignoraient qu'ils étaient malades au moment de l'enquête. Selon cette étude, la prévalence du diabète connu était estimée à 11,2 % parmi les Réunionnais de 30-69 ans.

A Mayotte, l'enquête Maydia a révélé une forte prévalence du diabète, de 10,5 % chez les personnes de 30 à 69 ans ( 20% des plus de 60 ans) ; 13,5 % des plus de 30 ans sont en stade pré-diabétique (intolérance au glucose) ; 1 diabétique sur 2 ignore sa maladie, quelque soit l'âge ; 72,2 % des diabétiques souffrent d'une hypertension artérielle, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (76,3 % contre 68,4 % chez les hommes) ; 32 % des femmes ont un surpoids et 47 % sont obèses ; ces chiffres sont respectivement de 35 % et 17 % chez les hommes.

## *Maladies de l'appareil circulatoire*

Les taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont en baisse globale (-21% entre 2000 et 2007). Cette baisse est identique à celle de la France entière (-22%), et on l'attribue en partie à la prévention, en partie aux progrès effectués dans la prise en charge.

Néanmoins, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de façon moins marquée qu'en métropole

(-17% versus -26%) , et La Réunion apparait en surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (+32%).

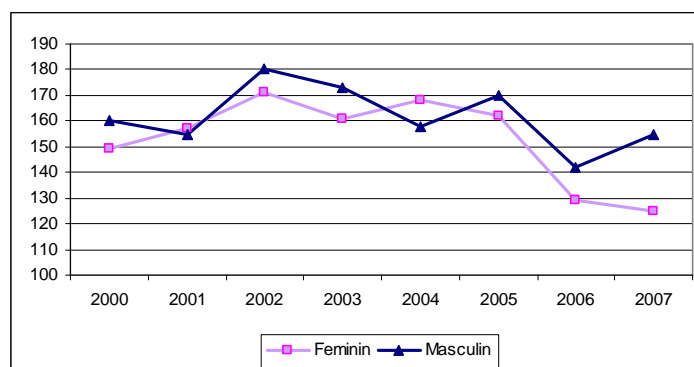
En 1999, on dénombrait 342 décès par AVC, en 2000 on en compte 309 et 280 en 2007. La baisse a surtout concerné les femmes (graphique 4)..

L'âge moyen de survenue d'un AVC est nettement inférieur à la Réunion, de 7.3 ans pour les hommes (62.6 ans versus 69.9 ans en métropole) et de 6.7 ans pour les femmes. (68.5 versus 75.2)

Entre 1999 et 2005, on note une stabilité des séjours hospitaliers pour AVC (I251-I231) à la Réunion, alors qu'ils sont en diminution en métropole

A Mayotte, en 2007-2008 124 décès par maladies de l'appareil circulatoire ont été observés, dont 86 AVC, soit un décès sur 7. La proportion d'AVC dans les maladies de l'appareil circulatoire est de 25% à La Réunion comme en métropole.

Graphique 5 : Evolution du nombre d'AVC à La Réunion



### IRCT

Il est difficile d'estimer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale à La Réunion. Cependant on note que le nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique) a plus que triplé entre 2000 et 2008 (le taux brut d'incidence passe de 88 en 2000, 274 en 2004 et 282 en 2008), que le nombre de patients dialysés a triplé en vingt ans, passant de 375 en 1989 à 1 051 en 2008 (1<sup>er</sup> janvier). Ainsi, la prévalence brute des patients traités par dialyse est deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine. Elle est de niveau comparable à celle des U.S.A. où il existe également beaucoup de diabétiques et d'hypertendus.

Enfin, le nombre de patients greffés suivis à La Réunion a été multiplié par 10 entre 1989 et 2008, bien que le nombre de greffés diminue de 39 en 2002 à 29 en 2006. En 2007, 35 patients ont bénéficié d'une greffe rénale, ce qui témoigne que, malgré les campagnes de sensibilisation sur le don d'organe, l'activité de greffe rénale diminue avec un indicateur de pénurie supérieur au niveau national.

### Asthme

La problématique de l'asthme doit être soulignée à La Réunion : Le taux d'incidence des personnes en affection longue de durée pour asthme (ALD14) ne cesse d'augmenter, de 29/100 000 habitants en 2000 à 54/100 000 habitants en 2004. Depuis 2004, on observe une tendance à la baisse, de l'incidence des personnes nouvellement admises en ALD 14 dans notre région (47 en 2008).

Les enquêtes en milieu scolaire montrent que la prévalence de l'asthme chez les enfants est plus élevée à La Réunion qu'en France métropolitaine. Ainsi, en 2000, la proportion d'enfants asthmatiques en classe de maternelle était presque deux fois supérieure à La Réunion (21,9 %) qu'en France métropolitaine (11,6 %).

Les enquêtes scolaires de 2000-2001 et 2003-2004 ont montré que la prévalence de l'asthme chez les adolescents scolarisés en troisième augmentait (11,5 % en 2001 et 12,5 % en 2004) tandis qu'en France elle diminuait (9,8 % en 2001 et 7,5 % en 2004).

En 2002, la proportion d'enfants asthmatiques scolarisés en CM2 était plus élevée dans les départements d'outre mer (13,4 %) qu'en France métropolitaine (9,3 %).

Et les enfants scolarisés en grandes sections de maternelles à La Réunion sont 14.5% à être diagnostiqués comme étant asthmatiques ou ayant un équivalent asthmatique contre 5.8% en métropole (respectivement 11.7% contre 6.6%).

## *Cancer*

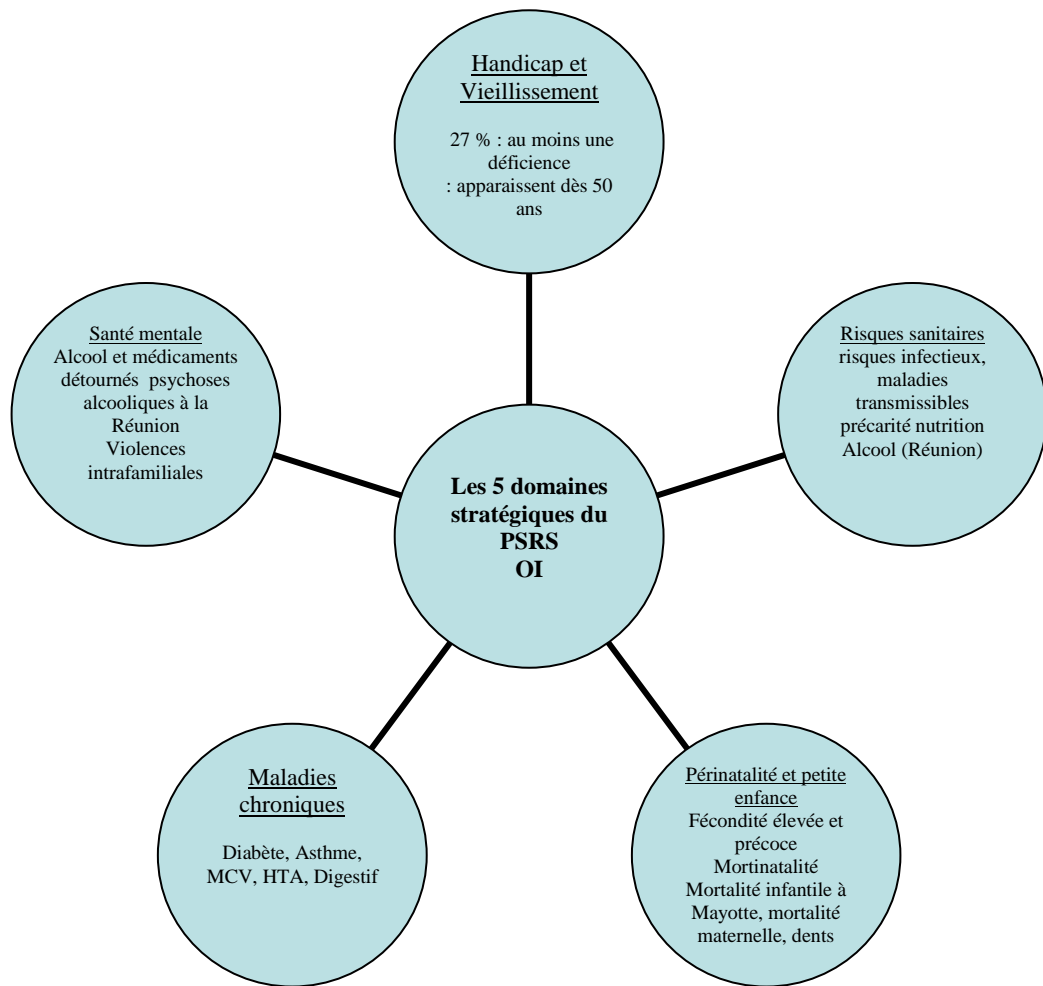
Du fait de la jeunesse de la population, l'incidence globale du cancer reste à ce jour inférieure à celle de la métropole, plus particulièrement à Mayotte.

Cette incidence est pourtant en voie d'augmentation régulière à cause en particulier du vieillissement de la population. Les cancers du sein, du côlon-rectum, de la prostate et ceux de la trachée, des bronches et du poumon représentent près de 50 % des nouveaux cas diagnostiqués à La Réunion.

On note en particulier une forte incidence du cancer du col de l'utérus à Mayotte et à La Réunion, liée à des facteurs de risques particulier: la précocité des rapports sexuels, les mariages précoces, la multiplicité des partenaires sexuels, les grossesses (accouchements) multiples avec la première grossesse avant 20 ans, les IST et également le bas niveau socio-économique.

Le taux standardisé d'incidence est de 13 pour 100 000 à La Réunion, contre 7.1 en France en 2005. Ce taux a globalement diminué depuis 20 ans, mais il reste le 3ème cancer le plus fréquent (6ème en métropole). A Mayotte, l'incidence du cancer du col chez les femmes de plus de 20 ans a été estimée à 29 par 100 000 h.





**PRINCIPALES SOURCES UTILISEES : Tableaux de bord ORS**

- ✓ Enquêtes Scolaires DREES EN
- ✓ Enquêtes CIC\_EC
- ✓ Enquêtes CIRE
- ✓ Enquêtes DRASS
- ✓ Fichier Cépide INSERM