

Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2024 Chapitre II

Version 2.0.0 du 20/03/2024

BALICCHI Julien – Responsable du service Etudes et Statistiques de l'ARS de Mayotte

ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte

AHAMADA Zelda – Chargée d'études et Documentaliste de l'ORS de Mayotte

NZABA-LOUNDOU Herman-Gickel – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

TOIBIBOU Zaïna – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

Liste des Acronymes :

| | |
|---------|--|
| AAH | Allocation pour Adulte Handicapé |
| ADAPEI | Association Départementale des parents et d'Amis des Personnes handicapées mentales |
| ADELI | Automatisation Des Listes des professionnels de santé |
| ADSM | Association pour les Déficients Sensoriels de Mayotte |
| AEEH | Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé |
| AESA | Apport Energétique Sans Alcool |
| ALD | Affection Longue Durée |
| ALEFPA | Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie |
| AME | Aide Médicale d'Etat |
| APAJH | Association pour Adultes et Jeunes Handicapés |
| APEAHDM | Association de Parents d'Enfants et Adultes Handicapés du Département de Mayotte |
| APGAR | Score Apparence, Pouls, Grimace, Activité, Respiration |
| ARS | Agence régionale de Santé |
| ASPA | Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées |
| ATIH | Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| BAC | Baccalauréat |
| BCG | Vaccin Bilié de Calmette et Guérin (contre la tuberculose) |
| BFM | Borne Fontaine Monétique |
| BIT | Bureau International du Travail |
| BPCO | Broncho-Pneumopathie Chronique |
| CAMSP | Centre d'Action Médico-Social Précoce |
| CAF | Caisse d'Allocations Familiales |
| CAP | Connaissances, aptitudes, pratiques |
| CATTP | Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel |
| CDAG | Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit |
| CDAPH | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées |
| CDS | Centre De Santé |
| CeGIDD | Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissible |
| Cépi-DC | Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès |
| CFE | Caisse des Français à l'étranger |
| CHM | Centre Hospitalier de Mayotte |
| CIM-10 | 10 ^{ème} révision de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes |
| CMP | Centre Médico-Psychologique |
| CMR | Centre Médicaux de Références |
| CMU-C | Couverture Maladie Universelle-Complémentaire |
| CNAMTS | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |
| CNRHV | Centre National de Référence des Hépatites Virales |
| CNRS | Centre National de Recherche Scientifique |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CRA | Centres de Ressources sur l'Autisme |
| CRE | Cellule Régionale d'Epidémiologie |
| CRF | Croix-Rouge Française |
| CSSM | Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte |
| CUFR | Centre Universitaire de Formation et de Recherche (de Dembény) |
| DAAF | Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt |
| DASS | Direction des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DésUS | Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires de l'ARS Mayotte |
| DIAT | Dispositif Innovant d'Accueil Temporaire |
| DIME | Dispositif Médico-Educatif |
| DITEP | Dispositif Intégré des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques |
| DOM | Département d'Outre-Mer |
| DOSA | Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'ARS Mayotte |
| DREES | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques |
| DROM | Département et Région d'Outre-Mer |
| DTP | Diphtérie-Tétanos-Polio |
| EEAP | Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés |
| EDAP | Equipes Diagnostic Autisme de Proximité |
| EDM | Episodes Dépressifs Majeurs |
| EHIS | European Health Interview Survey |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| ERM | Electroradiologie médicale |
| ESA | Equipes Spécialisées Alzheimer |
| ESAT | Etablissement et Service d'Aide par le Travail |
| ESMS | Etablissements et Service Médico-Sociaux |
| EVASAN | Evacuation Sanitaire |
| FAM | Foyer d'Accueil Médicalisé |
| FMAPAR | Fédération Mahoraise des Associations des Personnes Âgées et des Retraités |
| FRAM | France Alzheimer Mayotte |
| FVR | Fièvre de la vallée du Rift |
| GEM | Groupement d'Entraide Mutuelle |
| GIE | Groupement d'Intérêt Economique |
| GIR | Groupe Iso-Ressource |
| HAD | Hospitalisation à Domicile |
| HiB | Haemophilus influenza de type B |
| HFSSM | Household Food Security Survey Module |
| HSB | Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes |
| HTA | Hypertension Artérielle |
| IIM | Intoxication Invasive à Méningocoque |
| INED | Institut National des Etudes Démographiques |
| IRA | Infections Respiratoires Algües |
| INSEE | Institut National Statistique des Etudes Economiques |



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



| | |
|----------|--|
| INSERM | Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale |
| INSMI | l'Institut National des Sciences Mathématiques et de leurs Interactions |
| IMC | Indice de Masse Corporelle |
| IME | Institut Médico Educatif |
| IMG | Intervention Médicale de de Grossesse |
| InVS | Institut national de la Veille Sanitaire |
| IPLESP | Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique |
| IRD | Institut de Recherche pour le Développement |
| IRDES | Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé |
| IRM | Imagerie par Résonance Magnétique |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible |
| ITEP | Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique |
| IVG | Interruption Volontaire de Grossesse |
| LAV | Service de Lutte Anti-Vectorielle de l'ARS Mayotte |
| MAS | Maison d'Accueil Spécialisé |
| MayDia | Mayotte Dialyse |
| MCO | Médecine-Chirurgie-Obstétrique |
| MDO | Maladies à Déclaration Obligatoire |
| MDPH | Maison Départementale pour Personnes Handicapées |
| MGEN | Mutuelle Générale de l'Education Nationale |
| MFP | Protection sociale des fonctionnaires |
| MINI | Mini International Neuropsychiatric Interview |
| MODCOV19 | Plateforme Modélisation de la Covid-19 |
| MSA | Mutualité Sociale Agricole |
| MSP | Maison de Santé Pluridisciplinaire |
| ODSR | Observatoire Départemental de la Sécurité Routière |
| OFDT | Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies |
| OI | Océan Indien |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| OPP | Ordonnance Provisoire de Placement |
| ORS | Observatoire Régionale de la Santé |
| OR2S | Observatoire Régionale de la Santé et du Social |
| OZM | Association Ouoizissa Ziféli Maoré |
| PA | Personnes âgées |
| PAF | Police Aux Frontières |
| PAD | Pression artérielle diastolique |
| PAS | Pression artérielle systolique |
| PCPE | Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées |
| PEA | Plateforme d'Entraide pour l'Autonomie |
| PH | Personnes Handicapées |
| PHQ9 | Patient Health Questionnaire |
| PiB | Produit intérieur Brut |
| PMI | Protection Maternelle et Infantile |
| PMSI | Programme de médicalisation des Systèmes d'Information |
| PNNS | Plan National Nutrition-Santé |
| POPAM | Plateforme Opepia de Prévention et de soin des Addiction à Mayotte |
| PPF-ASH | Préprofessionnelles de Formations-Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés |
| PPRAP | Plateforme de Parcours Renforcés d'Accès à la Professionnalisation |
| PTSM | Projet Territorial de Santé Mentale |
| PUMa | Protection Universelle Maladie |
| PUV | Petites Unités de Vie |
| ROR | Rubéole-Oreillons-Rougeole |
| RP | Recensement de la population |
| RPPS | Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé |
| RSA | Revenu de Solidarité Active |
| RSI | Régime Social des Indépendants |
| SAAAS | Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation |
| SAE | Statistiques annuels des établissements de santé |
| SAFEP | Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce |
| SAMSAH | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés |
| SESSAD | Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile |
| SI-DEP | Système d'Information de Dépistage Populationnel |
| SI-VIC | Système d'Information pour le suivi des Victimes d'attentats et de Situations sanitaires exceptionnelles |
| SMAE | Société Mahoraise des Eaux |
| SMEAM | Syndicat Mixte d'Eau et Assainissement de Mayotte |
| SMUR | Service Mobile d'Urgence et de Réanimation |
| SNDS | Système National des Données de Santé |
| SNIIRAM | Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie |
| SPASAD | Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile |
| SPF | Santé Publique France |
| SSAD | Service de soins et d'aide à domicile |
| SSEFS | Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation |
| SSIAD | Service de Soins Infirmiers à Domicile |
| TVAM | Taux de variation annuel moyen |
| UC | Unité de Consommation |
| UDI | Unité de distribution |
| UEEA | Unité d'Enseignement en élémentaire pour Enfants Autistes |
| UEMA | Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme |
| ULIS | Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire |
| UP | Unité de Production |
| USLD | Unité de Soins de Longue Durée |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| VHC | Virus de l'Hépatite C |
| VSL | Ambulance et véhicule Sanitaire Léger |



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Sommaire

| | |
|---|----|
| Chapitre 2. Thématiques | 6 |
| 1 – Santé environnementale | 6 |
| a) Avant-propos..... | 6 |
| b) L'habitat | 6 |
| c) Hygiène des mains..... | 8 |
| d) L'Eau | 9 |
| e) Les moustiques..... | 15 |
| f) Pollution | 19 |
| g) Pathologies liées à l'environnement..... | 23 |
| h) Accidents de la vie courante | 31 |
| 2 – Santé sexuelle..... | 36 |
| a) Santé périnatale..... | 36 |
| b) Mortalité périnatale..... | 39 |
| c) Contraception..... | 39 |
| d) Recours à l'interruption volontaire de grossesse..... | 41 |
| e) Maladies sexuellement transmissibles | 41 |
| f) Dépistages du cancer | 45 |
| g) Affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale..... | 46 |
| h) Malformations congénitales et anomalies chromosomiques | 47 |
| 3 – Couverture vaccinale..... | 49 |
| a) Cas recensés | 49 |
| b) Les épidémies | 51 |
| c) Les campagnes de vaccination | 51 |
| d) Lieux de vaccination..... | 52 |
| e) Evolution de la couverture vaccinale..... | 52 |
| f) Respect des schémas vaccinaux | 54 |
| g) Profils à risque | 56 |
| h) Population refusant de se faire vacciner | 57 |
| i) Projection chez les adultes | 57 |
| 4 – Santé mentale | 58 |
| a) Offre de soins..... | 58 |
| b) Recours aux soins..... | 58 |
| c) Mortalité | 62 |
| d) Représentation de la santé mentale..... | 63 |
| e) Indicateurs | 64 |
| f) Consommation de tabac | 66 |
| g) Consommation d'alcool..... | 67 |
| h) Consommation de drogues | 69 |
| i) Le suicide | 71 |
| 5 – Le handicap..... | 72 |
| a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte..... | 72 |
| b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap | 75 |
| c) Scolarisation et orientations scolaires des enfants en situation de handicap | 76 |
| d) Emploi et orientation professionnelle | 76 |
| e) Etablissements et services médico-sociaux | 76 |
| 6 – Nutrition-Santé | 77 |
| a) Définition | 77 |
| b) Indice de masse corporelle | 77 |
| c) Nutrition | 79 |
| d) Activité physique | 82 |
| e) Sédentarité..... | 83 |
| f) Motifs de séjour hospitalier | 84 |
| g) Mortalité | 85 |
| h) Diabète..... | 86 |
| 7 – Maladies de l'appareil circulatoire | 89 |
| a) Définition | 89 |
| b) Motifs de séjour hospitalier | 89 |
| c) Prises en charge | 91 |
| d) Pathologies déclarées..... | 91 |
| e) Hypertension artérielle | 92 |
| f) Mortalité | 94 |
| 8 – Cancers..... | 95 |
| a) Dépistages..... | 95 |
| b) Motifs de séjour hospitalier | 96 |
| c) Prises en charge | 98 |



| | |
|--------------------|-----|
| d) Mortalité | 98 |
| Références | 100 |



Chapitre 2. Thématiques

1 – Santé environnementale

a) Avant-propos

Cette section vise à présenter un panorama synthétique de la Santé Environnementale à Mayotte. La tâche en est d'autant plus difficile que les **données sur le sujet proviennent de multiples sources pas toujours objectivées ni produites pour cette thématique précise**. La Santé Environnementale est l'une des grandes thématiques pour lesquelles l'Observation en Santé est particulièrement déficiente et dans l'objectif de pallier ce constat problématique, l'ARS de Mayotte, en partenariat avec l'ORS de Mayotte, a lancé le premier Baromètre Santé Environnement en fin-2023 afin de produire des indicateurs d'intérêt pour un premier T0 mais aussi pour assurer dans le futur leur actualisation. En attendant la mise à disposition des différents résultats, cette partie se base pour le moment sur les sources disponibles dans le but de présenter à minima les tendances possibles sur le sujet.

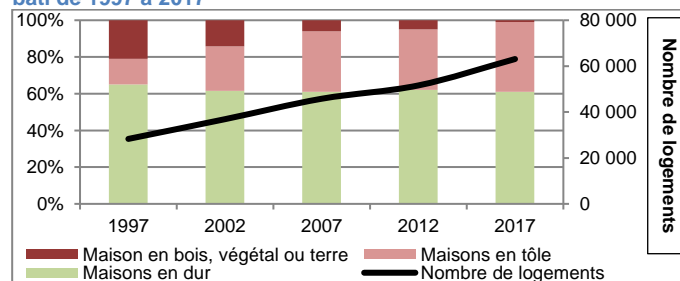
b) L'habitat

En 2017, **39 %** des 63 100 résidences principales recensées¹ sur le territoire **sont des maisons individuelles en tôle** (+1 point par rapport à 2012), les autres étant construites en dur [1]. La nature du bâti a fortement évolué ces 20 dernières années, 21 % des habitations avaient des murs en torchis, raphia, feuilles de cocotiers, tandis que la tôle ne constituait que 14 % du parc de logement en 1997 [2]. Désormais, **les cases en tôle² sont quatre fois plus nombreuses**, et celles **en torchis ou raphia ont diminué de moitié (6 %)** [2]. **Les maisons en bois, végétal ou terre n'étant plus que de 1 % en 2017** [2]. Concernant les habitats en dur, ils concernent **61 %** du parc immobilier actuel, **65 % en 1997** (-4 points) [2] (Figure 1). Les **natifs de l'étranger** vivent près de **trois fois plus souvent en habitat précaire** que les natifs de Mayotte [1]. L'**écart**, qui s'est accru depuis 2012, est **plus fort** encore avec les natifs de l'Hexagone ou des autres DOM, qui bénéficient des conditions de logement les plus favorables [1].

Le type de revêtement du sol des logements reflète également la précarité de l'habitat à Mayotte [3]. Ainsi, en 2013, **le sol était recouvert de carrelage dans seulement 40 % des logements** [3]. Dans les autres, il s'agit de **béton nu (26 %)**, de **revêtement plastique (25 %)** ou simplement de **terre battue (8 %)** [3] (Figure 2).

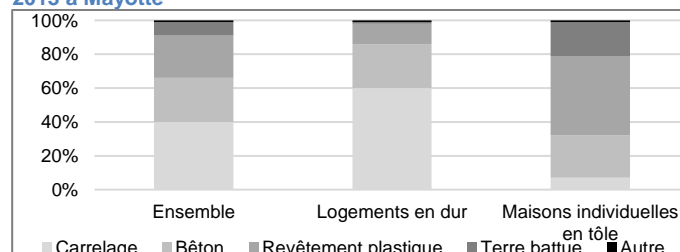
En 2017, **59 %** des résidences principales **ne disposent pas du confort sanitaire de base** (-5 points par rapport à 2012 et -17 points avec 2007) [1] (Figure 3).

Figure 1 : Evolution du nombre de résidences principales à Mayotte et répartition selon l'aspect du bâti de 1997 à 2017



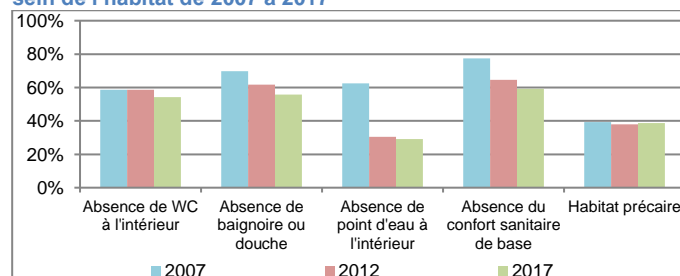
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, enquête Logements de 2013 [2]

Figure 2 : Nature du sol selon le type de logement en 2013 à Mayotte



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, enquête Logements de 2013 [3]

Figure 3 : Evolution à Mayotte du confort de base au sein de l'habitat de 2007 à 2017



Note : Au sens de l'Insee, un habitat précaire désigne une maison faite en tôle, bois ou végétal.

Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, recensement de la population de 2017 [1]

¹ En 2017, la taille des ménages est de 4 personnes soit une moyenne de 1,4 personne par pièce (0,6 dans l'Hexagone) [1]. Stable avec 2013 (4,1) : 4,6 pour les maisons en tôle et 3,8 pour les logements en durs [1].

² Ou habitat précaire.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

En 2013, **63 % des ménages sont en situation de surpeuplement**³, 84 % lorsque la personne de référence est étrangère contre 53 % lorsqu'elle est née à Mayotte (9 % chez les natifs d'un autre département français) [3]. Les **familles monoparentales (79 %)** et les **couples avec enfants (75 %)** sont les plus concernés (contre 26-27 % pour les personnes seules et les couples sans enfant) [3].

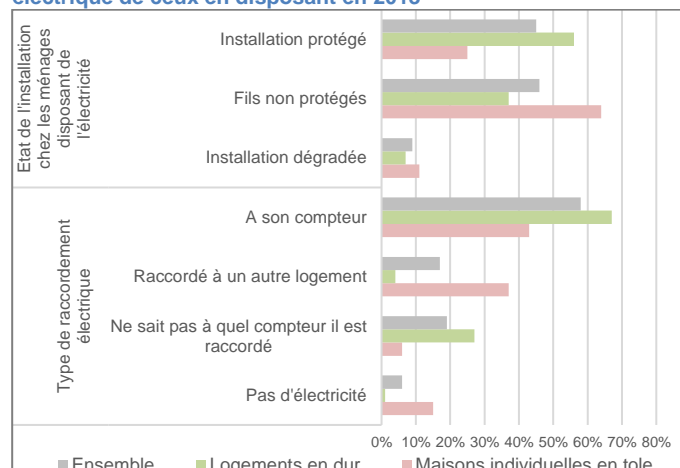
En 2017, **l'électricité reste absente dans 10 % des logements** [1]. En 2013, 6 % des logements n'en disposaient et par rapport à 2002 cette part a été **divisée par quatre** (8 % en 2007, stable depuis) [3]. Les habitants des maisons en tôle sont 15 % à être concernés contre 1 % pour ceux des logements en dur [3]. A Mayotte, **avoir l'électricité dans son logement ne signifie pas pour autant avoir son propre compteur** : 58 % des ménages déclarent en avoir un (43 % au sein des maisons en tôle), tandis que **17 %** déclarent être raccordés au **compteur d'un autre logement** [3]. De plus, la qualité de l'installation électrique y est souvent mauvaise : **46 %** des ménages sont concernés par des **installations aux fils non protégés et, pour 9 %, dans un état dégradé** (respectivement 62 % et 12 % pour les ménages raccordés à un tiers) [3] (Figures 4 & 5).

61 % des ménages occupent un logement avec au moins deux défauts graves (27 % pour aucun défaut) : notamment les **maisons en tôle** (98 % contre 39 % pour celles en dur) [3]. Les **familles monoparentales** sont les plus défavorisées : 76 %, 64 % pour les personnes seules et 43 à 58 % pour les couples avec/sans enfant(s) [3].

Parmi les autres problèmes signalés en 2013, ressortent les logements **trop petits** et la **chaleur** [3]. En fonction du type de bâti, le troisième défaut cité est l'absence d'eau pour les maisons en tôle et le prix du loyer pour les locataires des maisons en dur [3]. **Le bruit reste cité dans des parts similaires** : 11 % à 14 % se plaignent de leur voisinage [3] (Figure 6).

32 % des ménages estiment leurs conditions de logement « insuffisantes » voire « très insuffisantes » (8 %) [3]. Notamment, ceux dépourvus **d'électricité** (61 %), occupants d'une **maison en tôle** (52 %) et ne bénéficiant pas du **confort sanitaire de base** (45 %) [3]. De nombreux ménages désiraient, en 2013, changer de logement (23 %) ou estiment y être contraints dans les trois ans à venir (19 %) [3]. Ils sont cependant 13 % à juger leur souhait de changement irréalisable [3].

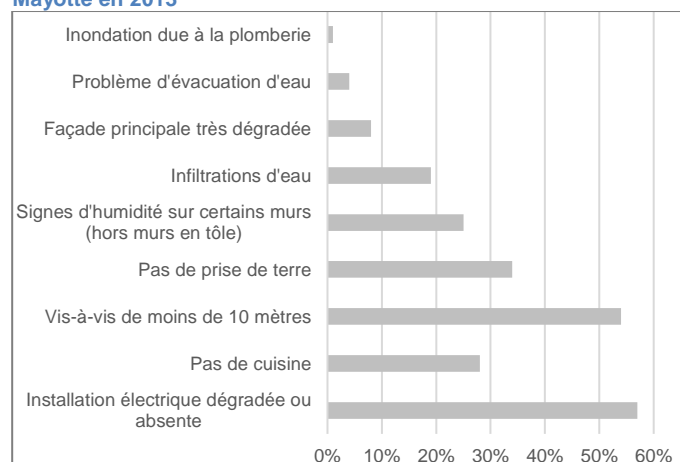
Figure 4 : Part des logements de Mayotte selon le type de raccordement à l'électricité, et état de l'installation électrique de ceux en disposant en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [3]

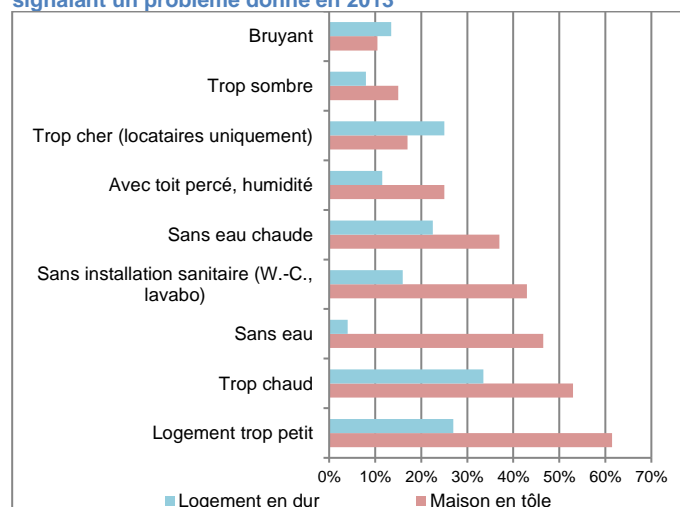
Figure 5 : Part des différents défauts des ménages de Mayotte en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [3]

Figure 6 : Proportion des logements de Mayotte signalant un problème donné en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [3]

³ Un logement surpeuplé (sous-peuplé) dispose d'une pièce en moins (en plus) par rapport à une norme définie selon la composition familiale du ménage qui l'occupe. Un logement est en surpeuplement accentué quand il lui manque au moins deux pièces par rapport à la norme d'« occupation normale ».



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



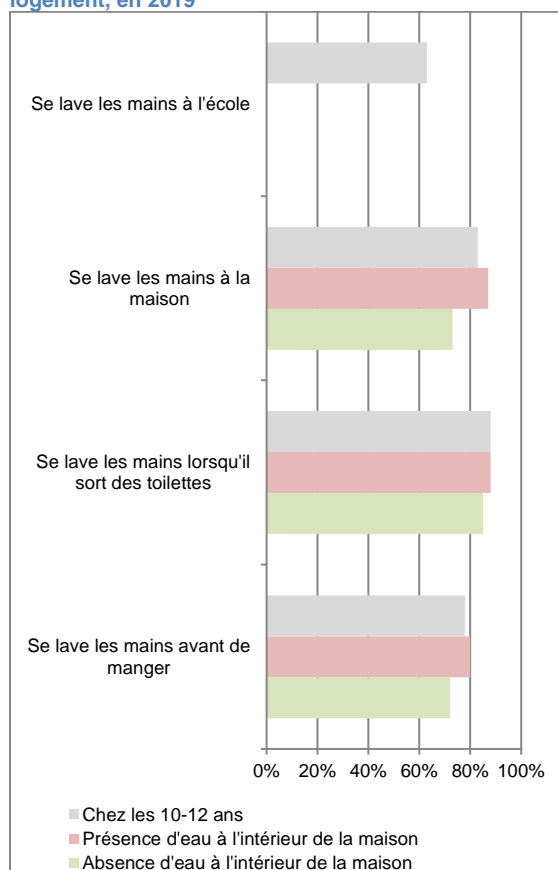
c) Hygiène des mains

En 2019 et chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} (soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4]), **un enfant sur trois déclare ne pas se laver les mains à l'école**, principalement dû à l'état des toilettes [5]. La **présence d'eau à l'intérieur du logement** a alors un impact : **+8 points pour le lavage des mains avant de manger** et **+14 points pour celui à la maison** [5] (Figure 7). Ils sont **trois sur quatre à appliquer** un lavage des mains avec du savon et plus l'enfant se lave les mains fréquemment plus il en utilise [5] (Figure 8).

Trois enfants sur quatre connaissent l'importance de se laver les mains tous les jours, ce qui a une influence positive sur leur hygiène : ils sont alors **deux fois plus à se les nettoyer régulièrement** [5] (Figure 9). **82 % déclarent utiliser du savon tandis qu'ils sont 63 % pour ceux n'ayant pas reçu d'éducation sur le sujet** [5].

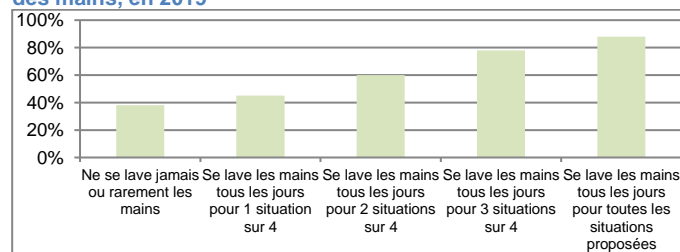
Concernant l'hygiène corporelle, **85 % des enfants se douchent tous les jours** [5]. On peut relever à nouveau une **influence importante de l'accès à l'eau à l'intérieur du logement**. Ainsi, parmi les enfants ayant un point d'eau chez eux, **neuf sur dix** déclarent se doucher régulièrement alors qu'ils ne sont plus que **six sur dix** pour ceux qui en sont dépourvus [5].

Figure 7 : Fréquences de lavage des mains, chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte, avant de manger, après être allé aux toilettes, à la maison et à l'école croisées avec la présence d'eau à l'intérieur du logement, en 2019



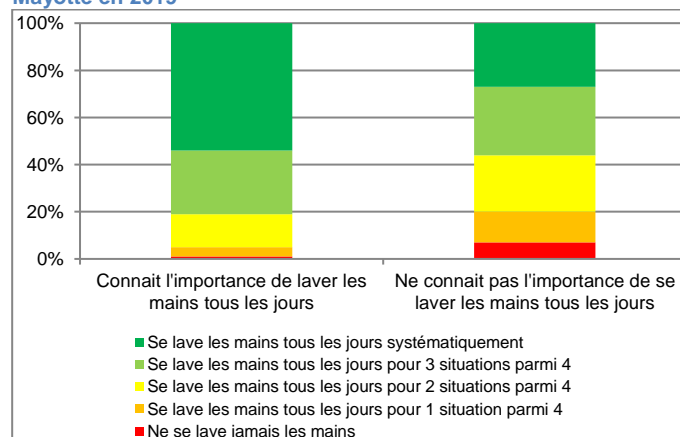
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Figure 8 : Part d'enfants de 10-12 ans de Mayotte utilisant du savon en fonction de la fréquence de lavage des mains, en 2019



Note : « Situations » évoquées en lien avec la figure 116.
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Figure 9 : Croisement entre la connaissance de « l'importance de se laver les mains » et la fréquence de lavage des mains, chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019

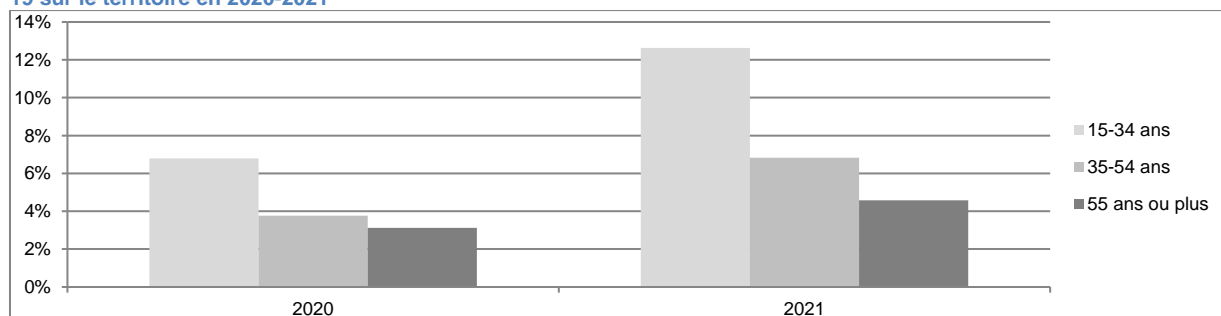


Note : « Situations » évoquées en lien avec la figure 116.
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Sur la période 2020-2021, l'épidémie de Covid-19 a été importante sur le territoire. Les pratiques en termes de respect des mesures barrières ont alors été renforcées afin de limiter la propagation de l'épidémie. Sur l'année **2020**, **un individu sur vingt** de 15 ans ou plus déclarait **ne pas avoir respecté le lavage des mains quotidiennement** [6]. Cette part augmente pour la fin de l'année **2021** avec **un individu sur dix** concerné, soit le double [6]. Ce sont **les moins de 55 ans** qui ont le plus négligé le lavage des mains d'une année à l'autre : **deux fois plus** d'individus en déclarent l'absence de pratique, tandis que les **55 ans ou plus** sont **moitié plus** concernés [6] (Figure 10).



Figure 10 : Part d'individus à Mayotte déclarant se laver les mains « rarement » ou « jamais » lors de l'épidémie de Covid-19 sur le territoire en 2020-2021

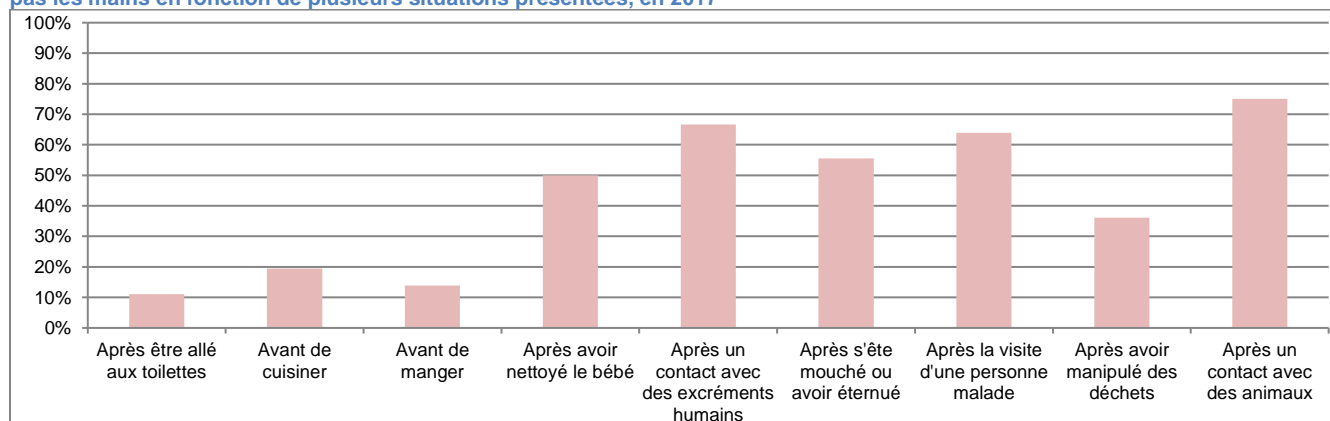


Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte

Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19, enquête de séroprévalence Covid-19 de 2021 [6]

Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dembèni sur les CAP au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **83 % des individus déclaraient se laver les mains avec du savon et 14 % avec de l'eau uniquement**⁴. En fonction des situations proposées, c'est pour l'usage des **toilettes** (11 %), la **cuisine** (19 %) et le **repas** (14 %) que l'on constate les **plus faibles taux de non-lavage** des mains. A contrario, **les trois quarts des personnes enquêtées ne se lavaient pas les mains après un contact avec un ou plusieurs animaux, et deux tiers avec des excréments humains** ou après la visite d'une personne malade (Figure 11).

Figure 11 : Part d'individus, vivant dans un ménage n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dembèni, ne se lavant pas les mains en fonction de plusieurs situations présentées, en 2017



Champ : Ménages du village de Dembèni n'ayant pas accès à l'eau chez eux

Source : ARS Mayotte, enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dembèni de 2017

d) L'Eau

La distribution d'eau potable

La production et la distribution de l'eau potable sur l'île de Mayotte sont assurées par un **syndicat unique** : le SMAE, et par un contrat de délégation de service public. L'eau utilisée pour la production des eaux de consommation humaine provient de ressources profondes exploitées par des forages et des ressources superficielles comme les **rivières**, les **retenues collinaires** et l'**eau de mer**⁵. Les prises d'eau superficielle essentiellement situées dans **la partie nord de l'île** représentent **75 % des ressources** destinées à la production d'eau potable et 25 % proviennent des forages (Tableau 1).

Tableau 1 : Types de ressource en eau de Mayotte, débits et répartition en 2021

| Type d'eau | Nature de l'eau | Débit prélevé moyen | Répartition | |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------|
| | | | 2021 | 2020 |
| Eau souterraine | Forages | 11 521 m ³ /j | 24 % | 25 % |
| | Rivières | 22 272 m ³ /j | 47 % | 47 % |
| Eau de surface | Retenues | 7 638 m ³ /j | 16 % | 15 % |
| | Eau de mer | 5 924 m ³ /j | 13 % | 13 % |
| Débit total (m ³ /jour) | | 47 355 | | 44 388 |

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

⁴ 3 % pour un lavage des mains avec de l'eau et des lingettes.

⁵ L'eau de mer est une ressource inépuisable et les rendements pour pouvoir faire de l'eau douce sont faibles en comparaison avec les procédés classiques. Cela n'est donc pas représentatif de la quantité d'eau potable produite.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Au 31 décembre 2021, le **contrôle sanitaire appliqué à Mayotte concerne 46 captages en exploitation** (ressources) [7] :

- 14 captages en rivière dont 2 par drains peu profonds ;
- 6 prises d'eau en retenues collinaires dont 2 déviations de rivières alimentant la retenue de Dzoumogné ;
- 24 captages d'eau souterraine (forages) ;
- 2 prises d'eau de mer.

Ainsi que 13 stations de traitement et de production dont 6 UP et 14 UDI [7]. Afin d'assurer la sécurité sanitaire de l'eau destinée à la consommation humaine, la **mise en place des périmètres de protection des captages est en cours** [7]. Cette action vise à protéger et pérenniser les ressources en eau et les points de production par la maîtrise des activités provoquées directement ou indirectement par l'action de l'« homme » plus ou moins proches de celles-ci (urbanisme, agriculture, etc.) [7]. Le SMEAM s'est engagé dans une procédure de mise en place de ces périmètres de protection autour de l'ensemble des captages d'eau potable avec l'avancement suivant au 31 décembre 2021 [7] :

- 38 captages font l'objet d'un arrêté préfectoral de protection ;
- 9 captages sont en cours d'étude pour la définition des périmètres de protection.

Cependant, malgré la prise des arrêtés préfectoraux de captages, ceux-ci ne sont toujours pas appliqués que ce soit d'un point de vue administratif (notification des propriétaires concernés, annexion aux documents d'urbanisme) ou de celui des travaux à réaliser pour respecter les préconisations et les prescriptions arrêtées [7]. Constatant la dégradation de l'environnement et les pressions de plus en plus grandes sur la ressource en eau, il devient urgent que ces préconisations et prescriptions soient prises en compte et appliquées au risque de ne plus pouvoir disposer d'une eau en quantité et en qualité suffisante destinée à la consommation humaine [7].

L'indice d'avancement des périmètres de protection de la ressource en eau est de 53 % en 2021, -5 points vis-à-vis de 2020 (58 %), s'expliquant par la mise en service de nouveaux captages pour lesquelles la procédure d'autorisation n'a pas été finalisée (58 % en 2019, 57 % en 2018) [7].

La qualité de l'eau potable

Les analyses réalisées en 2021 par l'ARS Mayotte et la SMAE dans le cadre du contrôle sanitaire et de l'autosurveillance montrent une très **bonne qualité bactériologique et physico-chimique des eaux** destinées à la consommation humaine. Le taux de conformité bactériologique de contrôle sanitaire est **supérieur à 95 %**. Comparé à 2020, on observe alors deux fois plus de communes recensant au moins l'un de ses secteurs avec un taux compris entre 95 et 99,9 % (*Tableau 2*).

Les recherches de micropolluants, de substances radioactives et de pesticides n'ont montré aucun dépassement des normes en vigueur [7]. Les situations de non-conformité restent ponctuelles et la **qualité de l'eau est uniforme sur l'île** [7] (*Figure 12*).

De nombreuses coupures d'eau ont été constatées en 2020 avec l'instauration de tours d'eau de septembre 2020 au premier trimestre 2022 pour éviter une rupture totale de l'alimentation en eau. **Ces coupures peuvent générer une eau trouble au moment de la remise en service et être impropre à la consommation**. Les recommandations sanitaires indiquent ainsi qu'il faut **éviter de consommer l'eau du robinet durant la première journée** suivant la remise en eau.

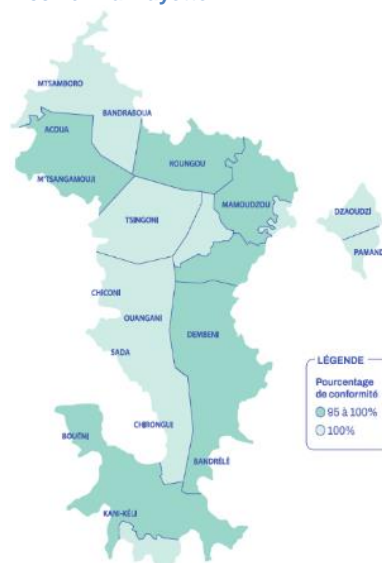
Tableau 2 : Evolution du nombre de communes incluant au moins un secteur concerné par les différentes catégories de qualité bactériologique au robinet de 2016 à 2021

| Conformité | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 85-90 % | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 90-95 % | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 95-99,9% | 10 | 4 | 5 | 13 | 4 | 9 |
| 100 % | 9 | 14 | 14 | 7 | 14 | 11 |
| Total | 24 | 21 | 21 | 20 | 18 | 20 |

Champ : Eau de robinet

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

Figure 12 : Qualité bactériologique de l'eau de robinet pour l'année 2021 à Mayotte



Champ : Eau de robinet

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Accès des ménages à l'eau

En 2017, **29 % des ménages n'ont pas accès à un point d'eau à l'intérieur** de leur résidence principale, **soit quasiment autant qu'en 2012** (30 %), malgré une nette amélioration par rapport à 2012 (37 %) [1]. Plus particulièrement, ils sont 17 % à n'avoir accès à l'eau courante ni dans leur logement ni dans leur cour (12 % pour exclusivement la cour) [2] (*Figure 13*). Les logements en tôle, particulièrement précaire ou indigne, sont **56 % à ne pas avoir l'eau courante à l'intérieur du logement** (36 % ni chez eux ni dans la cour) [2].

Dès lors, **6 % de ces ménages s'approvisionnent chez un proche ou une tierce personne** [2]. Les autres ont recours à une **BFM** (5 %), un puits ou une citerne (3 %), à un ruisseau ou la rivière (3 %) [2] (*Figure 13*). 15 % déclaraient en 2013 devoir faire un trajet supérieur à 20 mètres pour pouvoir s'approvisionner en eau [3]. L'amélioration de l'accès à l'eau potable constitue un enjeu de santé publique, **se traduisant par l'implantation de BFM** à Mayotte depuis une vingtaine d'années.

En 2017, c'est tout le secteur gravitant autour de **Mamoudzou** qui est le plus touché : **Bandraboua, Koungou, Tsingoni, Ouangani et Dembéli** avec un taux d'accès à l'eau à l'intérieur des logements compris entre **57 % et 70 %** [2]. Suivies des communes de **Dzaoudzi, Chirongui et Bandré** (71 % à 80 %) [2]. Les autres communes ont un accès à l'eau bien supérieur et compris entre 81 % et 90 % [2]. Les communes recensant le **moins de logements en tôle** sont également celles où l'accès à l'eau y est le **plus important** [2] (*Figure 14*).

Les bornes fontaines monétiques

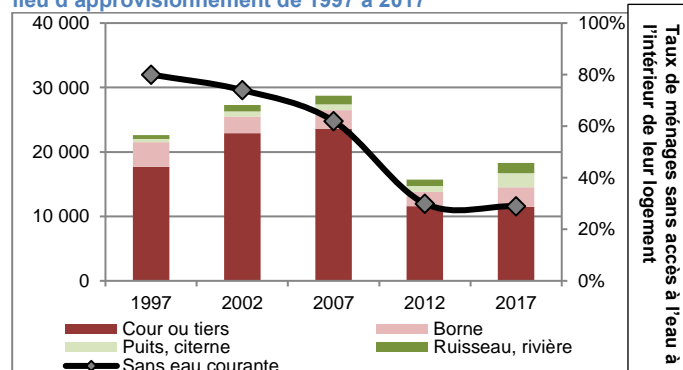
Suite à l'épidémie de choléra ayant touché l'île en 2000, **80 BFM avaient été installées sur les 17 communes de Mayotte** en collaboration avec les différents partenaires : mairies, DASS, SMAE, SMEAM, pour 1,1 millions d'euros. Les critères d'implantation retenus étaient :

- une BFM **minimum par commune** ;
- une BFM pour **100 foyers** non raccordés (site) ;
- une priorité donnée aux **quartiers les plus défavorisés** et aux emplacements actuels ou historiques de robinet public.

Les BFM permettent, via l'achat d'une carte prépayée nominative rechargeable, de **disposer d'eau potable à un tarif social de 1,512 euros/m3**. L'ARS a été largement associée à l'**élaboration du contrat de progrès 2021-2026** et a inscrit l'amélioration de l'accès à l'eau potable, en passant notamment par l'**implantation des BFM, comme objectif** de ce contrat. Un objectif de **10 BFM par an** sur la durée du contrat a été fixé.

Au **31 décembre 2022**, le territoire de Mayotte est couvert par un total de **103 BFM**. Les sites sont sélectionnés et retenus via une étude conjointe avec les **mairies** de Mayotte, le **SMEAM** et la **SMAE**. En 2022, les BFM sont **principalement implantées dans la commune de Mamoudzou** et ses alentours (Koungou, Tsingoni, Ouangani et Dembéli), ainsi qu'en Petite-Terre. Les communes de

Figure 13 : Evolution du nombre de ménages de Mayotte sans eau courante à l'intérieur du logement et lieu d'approvisionnement de 1997 à 2017

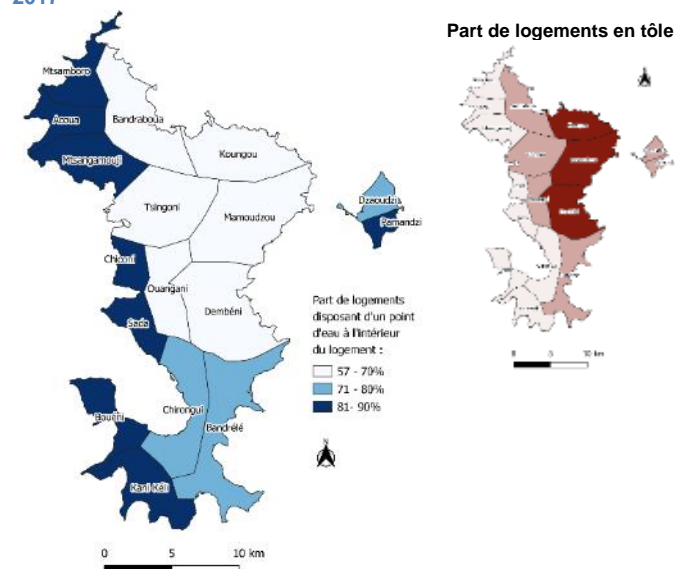


Note de lecture : En 1997, 22 600 ménages n'ont pas de point d'eau à l'intérieur de leur logement (échelle de gauche), soit 80 % de l'ensemble des ménages (échelle de droite). Parmi eux, 17 700 disposent d'un robinet dans leur cour ou font appel à un tiers (famille, ami ou voisin).

Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, recensements de la population [2]

Figure 14 : Part des logements de Mayotte disposant d'un point d'eau potable à l'intérieur de chez eux en 2017



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [2]

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

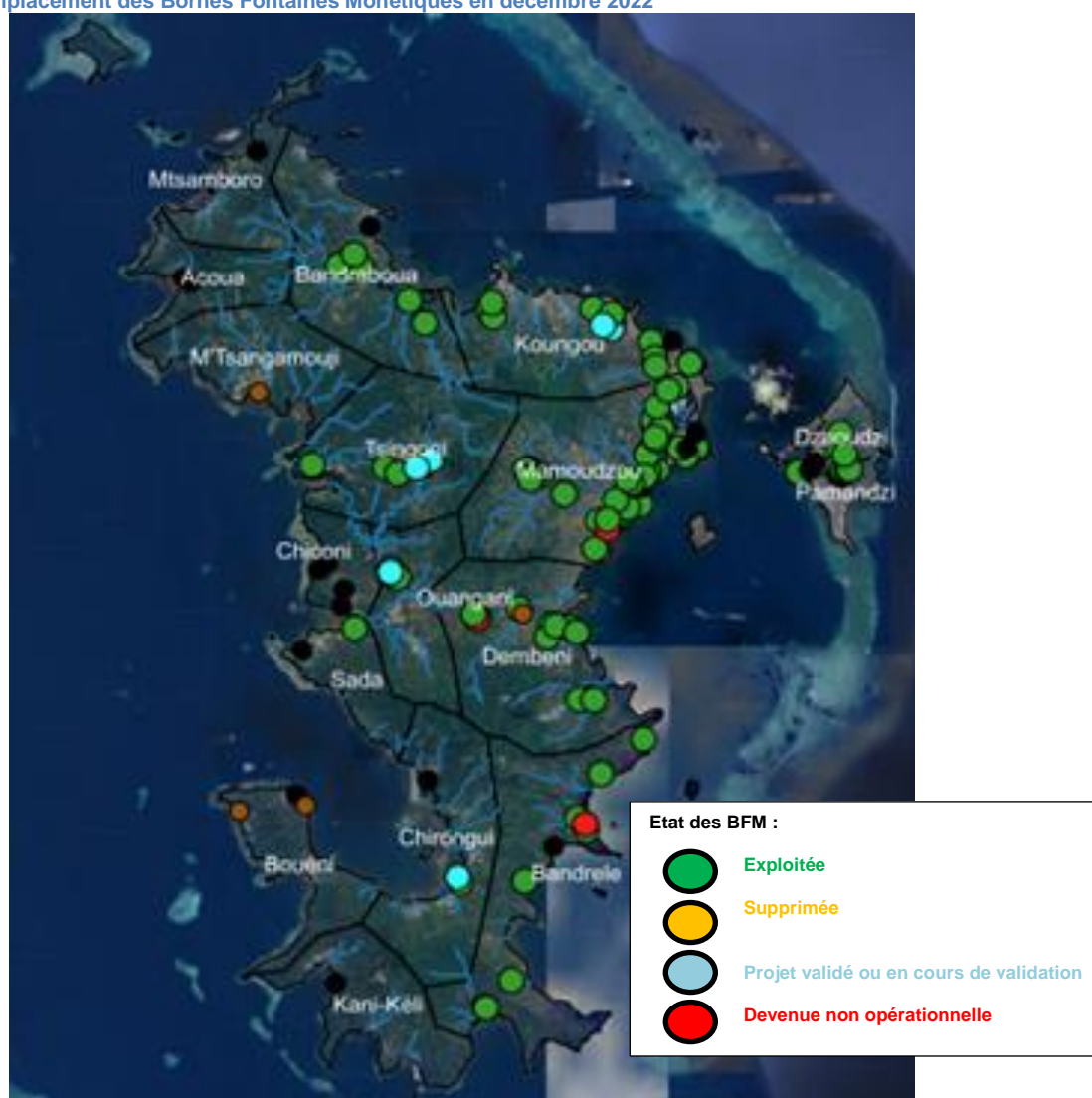
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



M'tsamboro, Accoua, M'tsangamouji, Chiconi, Bouéni et Kani-Kéli en sont dépourvues (Figure 15). La consommation totale en 2013 était de 38 000 m³, rapportée à la population déclarant s'approvisionner à la BFM [3], cela reviendrait à une consommation moyenne de **14 m³ par ménage**. Elle augmente ensuite de +63 % jusqu'en 2016 (soit **20 m³ par ménage**), puis chute de -11 % et se porte à 55 000 m³ (soit **17 m³ par ménage**). Elle augmente à nouveau en 2020 de +52 %, pour une consommation annuelle par ménage de **24 m³ puis de +43 % en 2022, soit un volume de 110 m³** (Tableau 3). La consommation des **BFM** représente **0,7 % de l'eau produite sur le territoire**. Suite à l'épidémie de Covid-19, **55 rampes** ont été remises en service et installées, représentant **0,2 % de l'alimentation en eau potable** de Mayotte.

Figure 15 : Emplacement des Bornes Fontaines Monétiques en décembre 2022



Source : SMAE
Exploitation : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

Tableau 3 : Nombre total de BFM à Mayotte et consommation annuelle de 2013 à 2022

| Année | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
|---|---------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| BFM Opérationnelles | 93 | nd | 64 | 50 | 49 | 46 | 53 | 54 | 56 | 47 |
| Consommation annuelle (m ³) | 146 728 | nd | 83 790 | 65 000 | 67 000 | 55 000 | 62 000 | 53 000 | 38 000 | 38 000 |
| Consommation par ménage ⁶ | 40,3 | nd | 23,8 | 19,1 | 20,4 | 17,3 | 20,3 | 18,0 | 13,3 | 13,8 |
| Equivalent L/jour/ménage | 110,3 | nd | 65,2 | 52,3 | 55,8 | 47,4 | 55,6 | 49,2 | 36,5 | 37,8 |

Source : SMAE
Exploitation : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

⁶ Estimations basées sur le ratio consommation annuelle sur nombre de résidences principales. En 2012, le parc de logement se tenait à 53 200 résidences principales et 5 % des ménages déclaraient s'alimenter à une borne fontaine [1] [3]. En 2017, il est de 63 100 résidences principales soit un taux de croissance de +3,5 % en moyenne par an [1]. Sur cette base, il est possible d'estimer le nombre de résidences principales entre 2012 et 2017 et de 2018 à 2020 pour lesquelles sera appliqué le taux de 5 % d'approvisionnement à une borne fontaine également [3].



Usage de l'eau

Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dombéni sur les CAP au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **l'absence de compteur** serait, pour la moitié, liée au fait de **ne pas en avoir fait la demande** tandis que **13 %** mettent en cause leur **situation financière**⁷. En termes de coût de l'eau pour ces foyers, **46 % n'en déclarent aucun**, 43 % estiment cette dépense comprise entre 10 et 50 euros par mois, et les autres un coût supérieur à 50€⁸.

Ces ménages déclarent alors une fréquence de récupération de l'eau majoritairement **journalière** (32 % une fois) à **deux-trois fois par jour** (61 %)⁹. Ils sont alors **23 % à déclarer que l'eau récupérée et stockée est mauvaise pour leur santé**. Le support utilisé pour transporter l'eau récupérée est dans **83 % des cas « à pied »**¹⁰ et 17 % une brouette. La grande majorité déclare alors **couvrir l'eau** qu'ils stockent : **seulement 3 % ne le font pas**. En fonction du type d'usage, l'eau prévue pour être consommée directement est stockée par **51 % d'entre eux dans une cuve**¹¹, 37 % dans une ou plusieurs bouteille(s) et 9 % dans la brouette ayant servi à la transporter. Concernant celle réservée à la préparation des repas, la **cuve** ressort également comme le principal mode de stockage : **77 %**, 9 % dans une marmite et 3 % dans une ou plusieurs bouteilles(s).

La **majorité** de ces ménages disent avoir recours à **aucune méthode pour améliorer la qualité de l'eau qu'ils stockent** : 61 % pour l'eau destinée à la consommation et la cuisine et 74 % pour celle pour se laver. Concernant le premier mode d'usage : **un quart déclare la faire bouillir**. Ils sont 3 % à utiliser des produits chimiques toutefois. Tandis que pour celle destinée à **se laver** : **11 % prennent le temps d'en retirer les débris visibles** (Figure 16). **3 % des répondants** estiment qu'il n'y a **pas de corrélation entre eau de mauvaise qualité et état de Santé**. Concernant alors l'état des connaissances nécessaires pour distinguer une eau sale d'une eau propre, 89 % déclarent faire le lien avec le **niveau de clarté**, 34 % avec **l'odeur** qui s'en dégage, 20 % avec la présence ou l'absence de **suspension**, et 14 % avec son **goût** (Figure 17).

⁷ Pour 9 % d'entre eux, le motif justifiant son absence serait lié à un refus de la SMAE.

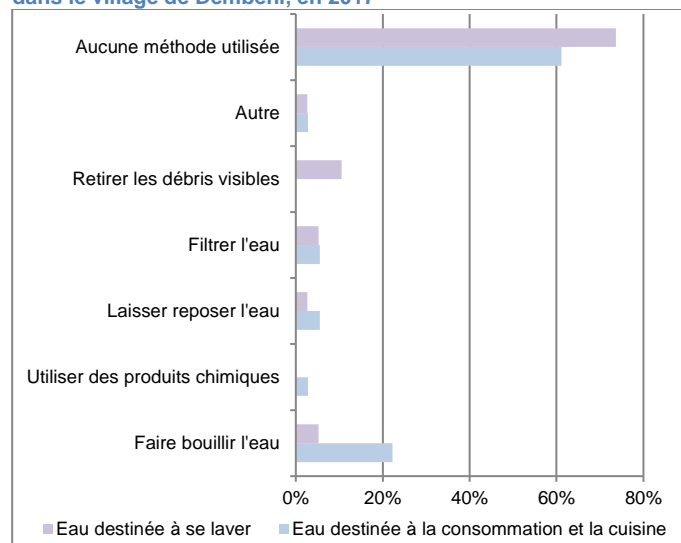
⁸ Dont 3 % à 100 euros par mois.

⁹ 6 % se fourniraient en eau une à deux fois par semaine.

¹⁰ En portant directement aux bras le récipient contenant l'eau récupérée.

¹¹ Seau, jerrican, bidon, poubelle.

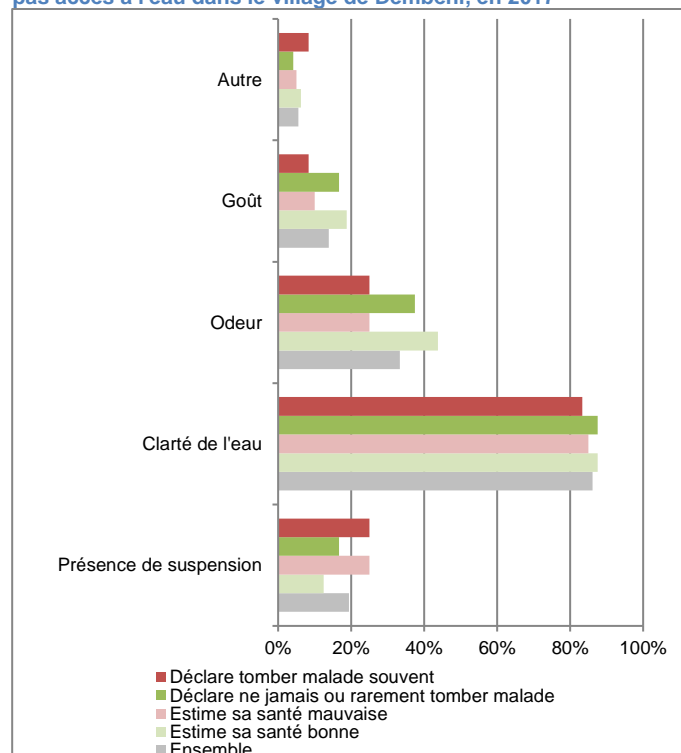
Figure 16 : Méthodes utilisées pour améliorer la qualité de l'eau au sein des ménages n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dombéni, en 2017



Champ : Ménages du village de Dombéni n'ayant pas accès à l'eau chez eux

Source : ARS Mayotte, enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dombéni de 2017

Figure 17 : Critères d'évaluation cités pour mesurer la qualité de l'eau stockée au sein des ménages n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dombéni, en 2017



Champ : Ménages du village de Dombéni n'ayant pas accès à l'eau chez eux

Source : ARS Mayotte, enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dombéni de 2017



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



Qualité des eaux de baignade

En 2022, sur les **55 plages déclarées par les mairies**, 38 % sont classées « interdite de baignade » pour cause de non-conformités récurrentes (-6 points avec 2021). 15 % ont une qualité insuffisante voire suffisante et **45 % portent la mention « bonne » voire « excellente »**.

A noter que 20 plages sont classées à l'Union Européenne¹² (Tableau 4 & Figure 18).

Tableau 4 : Evolution de la classification des plages de Mayotte contrôlées de 2013 à 2022

| % | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Excellente | 12% | 8% | 36% | 26% | 26% | 15% | 24% | 15% | 17% | 20% |
| Bonne | 35% | 33% | 13% | 33% | 31% | 39% | 26% | 26% | 20% | 25% |
| Suffisante | 15% | 14% | 8% | 7% | 9% | 11% | 15% | 9% | 13% | 7% |
| Insuffisante | 24% | 22% | 26% | 15% | 15% | 15% | 15% | 6% | 6% | 9% |
| Interdite de baignade | 15% | 22% | 17% | 19% | 19% | 20% | 20% | 44% | 44% | 38% |
| 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Plages | 34 | 36 | 53 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 55 |

Champ : Plages contrôlées et non contrôlées suite à leur classification « interdite de baignade ».

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement [8]

Figure 18 : Qualité des eaux baignade de Mayotte pour l'année 2022



Champ : Plages contrôlées

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement [8]

Les établissements possédant une piscine sont soumis à un contrôle sanitaire afin de surveiller la qualité des eaux tant sur le plan bactériologique que physico-chimique (Code de la Santé Publique). Sur l'ensemble du territoire, **10 bassins des 9 établissements déclarés en 2020-2022 ont été soumis à ce contrôle. Le taux de conformité bactériologique est de 83 % et de 9 % pour la conformité physico-chimique**, s'expliquant par le non-respect des normes de conception des piscines et un défaut de maîtrise du traitement de l'eau.

¹² Le classement des sites de baignade en mer est basé sur la directive européenne du 15/02/2006 relative à la gestion de la qualité des eaux de baignade. Cette dernière définit deux paramètres bactériologiques, témoins de contaminations fécales, qui sont utilisés pour ce classement : Escherichia Coli et Entérocoques intestinaux. La saison balnéaire commence le 01/10/Année N et se clôture le 30/09/Année N+1. Le classement de la saison balnéaire est réalisé tous les ans mais se base sur l'ensemble des résultats des quatre dernières années.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

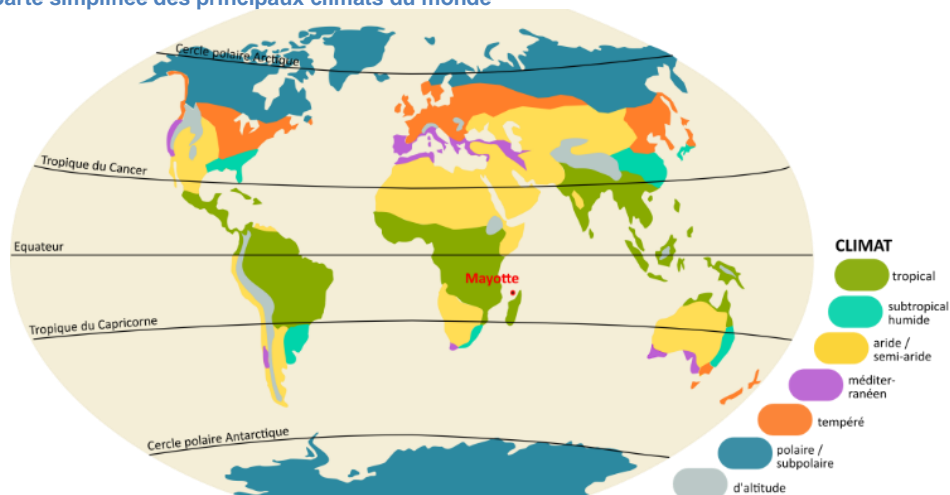
www.ars.mayotte.santé

e) Les moustiques

Climat et relief propices au développement du moustique

Le climat tropical de l'île de Mayotte est de type chaud-humide propice au développement du moustique et des maladies infectieuses [9]. Il se sépare en deux périodes : la saison sèche¹³ (associée à son paysage de savane tropicale) et la saison des pluies¹⁴ (associée à son paysage tropical humide et montagnard). La température moyenne annuelle sur l'île est comprise entre 21°C et 28°C [9]. La zone intertropicale, à laquelle Mayotte appartient, connaît des alternances de saisons sèche et humide avec des variations des températures moyennes suffisamment notables pour permettre de parler malgré tout d'un « hiver » et d'un « été » tropical/austral, assujetti à un régime de vents alizés¹⁵ [9] (Figure 19).

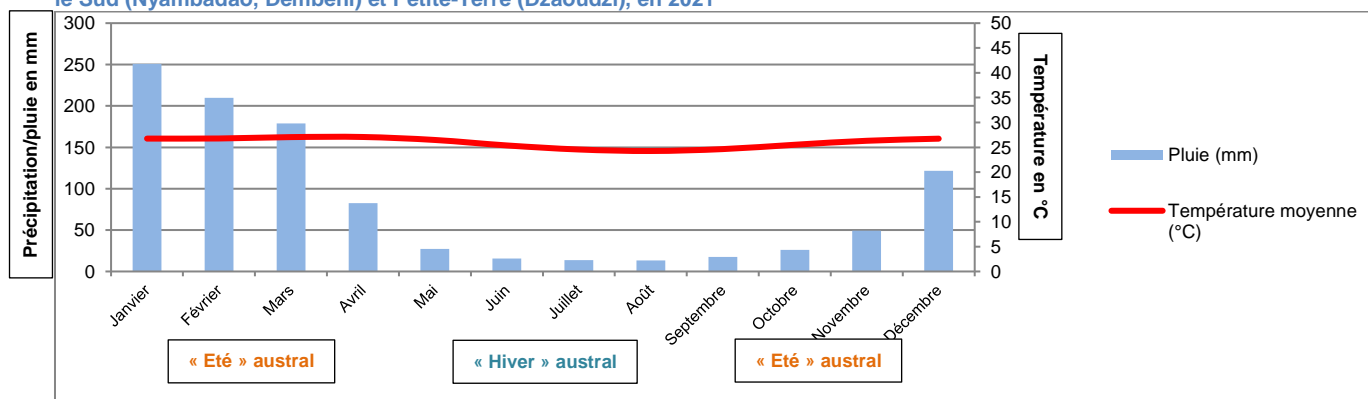
Figure 19 : Carte simplifiée des principaux climats du monde



Source : Site web <https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie> [9]

Il ne pleut pas partout avec la même intensité sur l'île (Figure 22). Et en fonction de la période : en janvier, au plus fort des pluies d'« été », il pleut en moyenne **25 fois plus qu'au mois d'août**, période de pleine saison sèche hivernale, en lien avec les vents soufflant à Mayotte ainsi que son relief [9] (Figure 21). Le rapport précipitations/température¹⁶ pour Mayotte est alors de **2 mm de pluie pour 1°C**, mettant en évidence que lorsque le double de la valeur du total des précipitations moyennes d'un mois est inférieur à la température moyenne du même mois, on peut considérer le mois en question comme étant en état de sécheresse [9] (Figure 20).

Figure 20 : Diagramme ombrothermique moyenné sur les données du Centre de l'île (Mamoudzou), le Nord (Koungou), le Sud (Nyambadao, Dembéni) et Petite-Terre (Dzaoudzi), en 2021



Source : Site web <https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701> [10]

¹³ Appelée également « Kussini », de juin à septembre, avec un vent soufflant direction sud/sud-est [9].

¹⁴ Appelée également « Kashkasi », avec un vent soufflant direction nord/nord-ouest, correspondant à un vent de mousson [9].

¹⁵ Les alizés sont des masses d'air intertropicales dynamiques issues respectivement des deux hémisphères. Leur direction est dictée par la force centrifuge de la rotation de la Terre de part et d'autre d'une sorte de ligne de démarcation flottante, l'équateur thermique ou zone de convergence intertropicale [9]. Mayotte se situe à la limite méridionale de la zone de convergence intertropicale, dans l'hémisphère sud, où le front dépressionnaire estival de l'océan indien (mousson) la touche en janvier [9].

¹⁶ De ce critère dépend de nombreux facteurs tels que l'hydrologie, la végétation, l'agriculture, les paysages, etc... [9].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

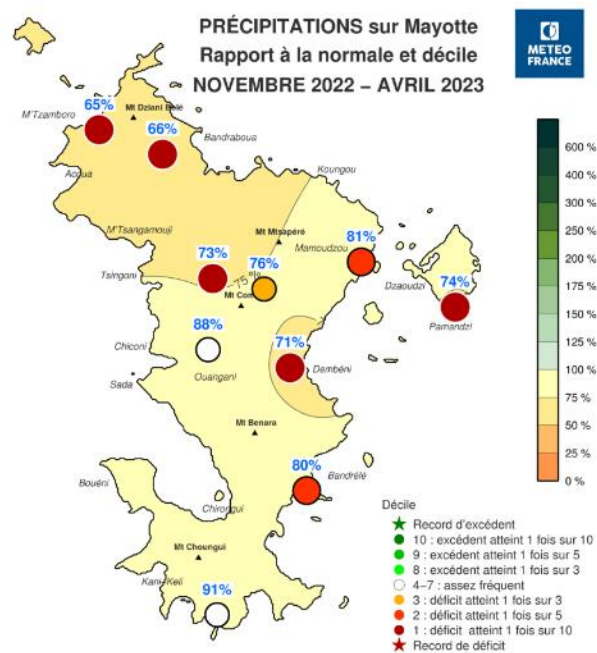
www.ars.mayotte.santé



Figure 21 : Carte du relief de Mayotte



Figure 22 : Cumul de pluie de novembre 2022 à avril 2023 à Mayotte



Source : Météo France [11]

Caractéristiques entomologiques

Le moustique dominant à Mayotte est le *Culex quinquefasciatus*, n'excluant pas la présence d'autres espèces notamment vecteur du palud tels que l'*Aedes*, l'*Anophèles gambiae* et l'*Anophèles funestus*.

En 2014, sur 420 sites contenant des larves et/ou nymphes de moustiques, **40 espèces appartenant à 15 genres** ont pu être identifiés [12]. Les plus fréquentes étaient : *Stegomyia aegypti*, *Stegomyia albopicta*, *Anophèles gambiae* et *Eretmopadites subsimplicipes*, dont les trois premières étant des vecteurs confirmés de la Dengue et du Chikungunya [12]. Par site mesuré, **1 à 3,3 espèces différentes de moustique** ont pu être observées [12].

Selon les habitats ; par exemple, les **aisselles de feuilles de bananier** remplies d'eau, les **trous d'arbre** et des **trous de crabe** présentaient de **faibles richesses spécifiques**, tandis que les **bambous coupés**, les **bassins d'eau**, les **pneus abandonnés** et les **zones de marais** présentaient des richesses spécifiques **élevées** [12]. Une **association multi-espèces a été observée dans 52 %** des habitats en suggérant un lien important entre plusieurs espèces de moustiques pour la biocénose¹⁷ de ces habitats aquatiques¹⁸ [12].

Selon les données de la LAV sur les déchets recensés dans la nature sur la période 2020 à 2022, il ressort que les **pneus abandonnés représentent le support le plus à même de favoriser le développement du moustique**. Ainsi, sur 264 **pneus** recensés dans la nature : une moyenne de **45 gites larvaires** par pneu a pu être mesurée (12 en médiane). Concernant les autres types de déchet identifiés, sur 56 dans la **rivière ou la mer** : la moyenne est de **27** (8 en médiane), sur 1 151 **encombrants** : **8** (3 en médiane), sur 616 **dépôts sauvages** : **5** (1 en médiane), sur 2 771 **carcasses de voiture** : **5** (2 en médiane), sur 60 **bouches de caniveau** : **1** (1 en médiane).

Lutte contre le développement du moustique

Vers la **fin des années 70**, la mise en place d'une lutte intégrée contre le paludisme avait fait ses preuves. Cette stratégie reposait sur une lutte contre les moustiques vecteurs basée sur les **aspersions murales intra-domiciliaires d'insecticides** et les **traitements des gîtes larvaires**, associée à une chimio prophylaxie et à un **traitement présomptif de tous les accès fébriles**.

La désorganisation de la lutte contre le paludisme à Mayotte entre 1990 et 2000, avec en particulier **l'arrêt de la lutte anti vectorielle systématique**, a eu pour conséquence une explosion du nombre de

¹⁷ Ensemble des êtres vivants d'un milieu donné.

¹⁸ La cooccurrence maximale de 6 espèces appartenant à 5 genres a été observée dans un même site [12].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé!



cas. Après une étude pilote concluante dans la commune de Bandraboua en 2010 et 2011, une nouvelle stratégie de la LAV a été adoptée avec la **distribution et l'installation de moustiquaires imprégnées de deltaméthrine sur tout le territoire de Mayotte de 2012 à 2016**. La méthode de lutte contre les vecteurs consistant à mener des opérations de pulvérisations murales d'insecticides était **dépassée** en raison non seulement d'une **urbanisation galopante**, du refus et de l'absentéisme de la population mais également de **l'inefficacité de ces pulvérisations sur certains supports** servant de murs des habitations comme la tôle ou le bois. Le bilan de la distribution fait état de plus de 140 000 moustiquaires¹⁹ fournies ou installées dans 47 000 foyers avec une moyenne de trois par foyer. Suite aux épidémies de Dengue (2014, 2019-2020) et de Fièvre de la Vallée du Rift (2019-2020) qui ont suivi, l'ARS de Mayotte recommande aux habitants de dormir sous une moustiquaire imprégnée de deltaméthrine afin de se protéger des piqûres de moustiques et éviter ainsi la transmission de la maladie à leur entourage.

En 2019, **chez les enfants de 10-12 ans²⁰, 43 % déclarent dormir régulièrement sous une moustiquaire** [5]. C'est dans le **Nord de l'île** que le taux d'équipement est le plus important : **six enfants sur dix** [5]. Respectivement **deux et trois fois moins pour les communes de Mamoudzou et Petite-Terre** [5]. Concernant le **Sud et le Centre-ouest**, c'est un enfant sur deux qui déclare dormir régulièrement avec [5].

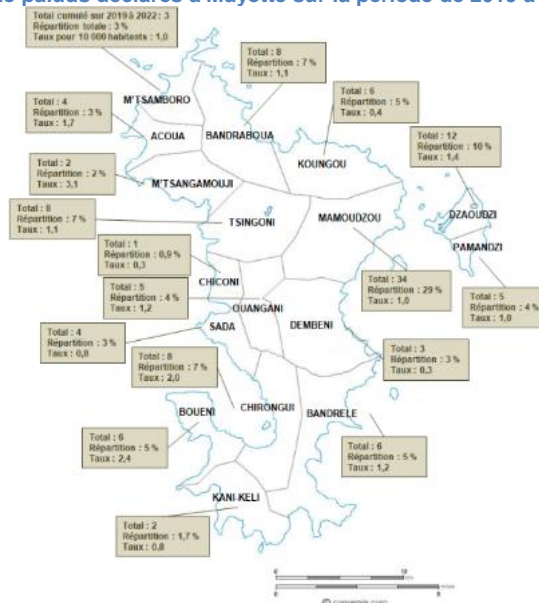
Maladies vectorielles

► **Le Palud : Avant 2011, plus de 300 cas** de palud étaient déclarés **annuellement** sur le territoire. Depuis, ce volume diminue fortement : **99 cas** en 2011 et **37 en 2022** (Figure 23 & Tableau 12). Le « paludisme » reste une maladie pour laquelle les actions de prévention sont nécessaires suite aux épidémies qui ont frappé le territoire en 2006 : 560 cas et 2010 : 433 cas. Depuis 2014, **l'OMS a fait entrer officiellement Mayotte dans une phase d'élimination du paludisme**.

Sur les années 2009 à 2012, les hommes (53 à 57 %) étaient un peu plus touchés que les femmes, tandis que sur la période 2016 à 2019, il s'agissait majoritairement d'hommes (trois quarts des cas). **Sur la période 2021-2022, on observe autant d'hommes que de femmes**. Les classes d'âge **les plus concernées sont les moins de 30 ans**.

Pour les deux dernières années, il s'agit **exclusivement de cas importés** (85 à 94 % de 2018 à 2020) alors qu'en 2006-2007 il s'agissait pour moitié de cas acquis localement (puis environ deux tiers sur la période de 2009 à 2012). Depuis 2017, **la moitié a été hospitalisé** (57 % sur 2021-2022, parmi eux : **10 % ont été en service de Réanimation**) [13].

Figure 23 : Répartition des cas de paluds déclarés à Mayotte sur la période de 2019 à 2022



Note : Les taux pour 10 000 habitants sont déterminés depuis la moyenne de cas déclarés 2019-2020-2021 et sur la moyenne des populations estimées par l'Insee au 1^{er} janvier 2020 à 2023 puis ventilée selon les répartitions par commune observée en 2017, partant du principe qu'un individu n'a été contaminé qu'une seule fois.

Source : ARS Mayotte – DésUS

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

¹⁹ Soit un taux de couverture de 91 %.

²⁰ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



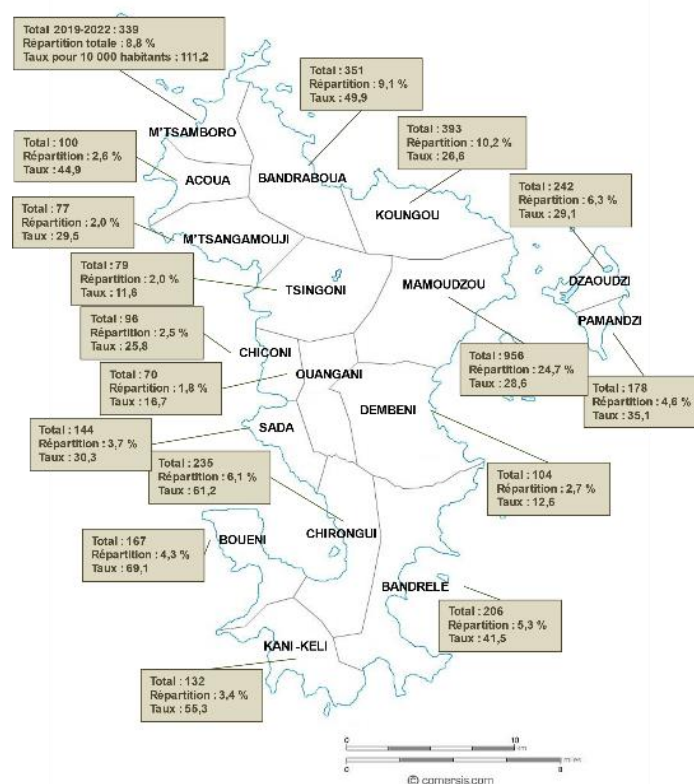
► **La Dengue : Trois épidémies d'ampleur de dengue** ont pu être observées sur le territoire. En **2010** avec 108 cas, en **2014** avec 494 cas et en **2019-2020** avec près de 4 600 cas, soit **la plus importante** sur Mayotte.

Lors de l'épidémie de **2014**, le **sérotype 2** était le plus observé. Tandis que lors de celle de **2019-2020**, le **sérotype 1** ressortait le plus²¹ [14].

La séroprévalence globale de la dengue en 2018-2019 était estimée à 36 % [15]. Elle était comparable entre les sexes et **augmentait avec l'âge** : de 12 % chez les 15-17 ans à 52 % chez les 50-69 ans, et était plus élevée sur les secteurs de Mamoudzou (43 %) et de Petite Terre (39 %) [15]. Une réactivité vis-à-vis du **sérotype 1** du virus de la Dengue a été retrouvée chez 28 % des individus, 38 % pour le **sérotype 2**, 36 % pour le **3** et 3 % le **4** [15]. Environ 36 % présentaient une **réactivité pour plusieurs sérotypes** [15].

Le niveau de séroprévalence en 2018 était indicatif d'un potentiel épidémique pour la Dengue, du fait de la part importante de la population immunologiquement naïve, constituant un réservoir de susceptibles pour la diffusion du virus [15]. La période 2019-2020 qui suivie est venue confirmer l'épidémie de Dengue sérotype 1 avec plus de 4 000 cas confirmés [15]. En 2021, **deux tiers de la population des 6 ans ou plus relevaient d'une infection ancienne ou récente à la Dengue** [6].

Figure 24 : Répartition des cas de dengue déclarés à Mayotte sur la période 2019 à 2022



Note : Les taux pour 10 000 habitants sont déterminés depuis le nombre de cas déclarés de Dengue sur la période de 2019 à 2022 sur la population estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2019, 2020, 2021, 2022 partant du principe qu'un individu n'a été contaminé qu'une seule fois.

Source : ARS Mayotte – DésUS

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Le West Nile²² et Usutu²³** : Les analyses de séroneutralisation réalisées sur un sous-échantillon de 271 sérums en 2019 ont mis en évidence que **5 % présentaient des anticorps neutralisant spécifiquement le virus West Nile** [15]. **Aucun sérum ne neutralisait le virus Usutu** [15]. Ce niveau

²¹ Données à prendre avec précaution du fait que la recherche du sérotype n'est pas systématiquement réalisée.

²² Le Virus du Nil Occidental (ou West Nile Virus) est un arbovirus principalement transmis par des moustiques pouvant provoquer des atteintes neurologiques chez l'homme. C'est un virus des oiseaux, qui peut aussi infecter l'homme et le cheval. En France il est régulièrement mis en évidence sur le bassin méditerranéen.

²³ Le virus d'Usutu (USUV), est une espèce de virus, arbovirus, à ARN, d'origine africaine et considéré comme « émergent ». Il fait partie de la famille des Flaviviridae. À ce jour il touche principalement des espèces de passereaux (dont le merle noir, principale victime en Europe) et quelque rapaces (dont des chouettes), des oiseaux constituerait le réservoir du virus. Le virus Usutu est véhiculé par des arthropodes et sans doute principalement par des moustiques Culex (Culex pipiens). Il peut être rarement et sporadiquement pathogène pour l'espèce humaine et constitue alors une impasse épidémiologique. L'infection est plus grave chez les personnes immunodéprimées, causant alors des troubles neurologiques.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



de séroprévalence vient corroborer, avec le cas autochtone détecté en 2021, l'**historique et la réceptivité du territoire de Mayotte à la circulation de ce virus**, comme d'autres îles de l'Océan Indien (Madagascar notamment) [15].

► **La Chikungunya** : La séroprévalence « Chik » était estimée à **35 % dans la population âgée de 15 ans et plus** de Mayotte en 2019, sans différence significative selon l'âge et le sexe [15]. Une analyse multivariée a mis en évidence comme **facteurs de risque d'infection** passée à virus « Chik » le fait d'être d'origine **comorienne**, d'être « **inactif** » au sens de l'Insee, de vivre dans un **habitat précaire et sans accès direct à l'eau courante** [15].

Les niveaux de séroprévalence étaient significativement plus élevés chez les **résidents de Mamoudzou** et du **secteur Nord** de l'archipel, respectivement 42 % et 41 % [15].

Cette séroprévalence, observée chez les adultes en 2019, reflète essentiellement les infections acquises lors de l'**épidémie de 2005-2006** à l'issue de laquelle **37 % de la population avait été infectée** [16]. Compte tenu de l'absence de circulation notable du virus depuis 2006, les moins de 15 ans, qui représentent 46 % de la population mahoraise, sont vraisemblablement largement immunologiquement naïves pour ce virus. La part de la population sans protection vis-à-vis du virus « Chik » pourrait donc nettement excéder le seuil théorique de 64 % [17], **propice à une résurgence épidémique** et pouvant affecter de façon disproportionnée les populations les plus précaires, du fait de la persistance des facteurs de vulnérabilité liés à l'habitat.

f) Pollution

Qualité de l'air

En 2017, **12 %** des ménages sont équipés d'**au moins un « deux roues »** et **27 % d'au moins une voiture** (en hausse par rapport à 2012, respectivement 7 % et 23 % en 2007, contre 81 % dans l'Hexagone) [4]. La moitié²⁴ des personnes en emploi, soit **19 500 personnes**, habitent dans une commune et **travaillent dans une autre** [18].

En particulier, **les déplacements domicile-travail vers Mamoudzou s'intensifient** et 11 100 personnes y travaillent sans y vivre, la commune attirant notamment des habitants des communes plus aisées de l'Ouest [18]. En 2012, Mamoudzou était alors la capitale économique de l'île²⁵ et, en 2017, si **la majorité des trajets continue d'affluer vers cette commune**, de nouveaux flux apparaissent : **Chirongui, Dembéni, Koungou et Ouangani**²⁶ [18].

Cette intensification des déplacements domicile-travail s'accompagne logiquement d'un **recours accru à l'automobile**, et ce quelle que soit la catégorie sociale [18]. À Mayotte, en 2017, **18 900 personnes utilisent leur voiture pour aller au travail** (46 %, contre 70 % dans l'Hexagone), soit 5 100 de plus qu'en 2012²⁷ (+5 points) [18].

En revanche, ceux qui **habitent Mamoudzou recourent aussi à d'autres moyens de transport**, les personnes en emploi restent alors nombreuses à se rendre à leur **travail à pied** : c'est le cas de 18 % d'entre elles (17 % en 2012), soit trois fois plus que dans l'Hexagone ; et un quart de ces individus utilisent principalement les **transports en commun** (taxi collectif, barge) [18].

L'association Hawa mène chaque année depuis 2015 des **mesures des PM2.5**²⁸ dans l'air ambiant sur la zone Nord de Kawéni. En 2021, la moyenne annuelle était de 15,3 µg/m³ et **était en hausse par rapport à 2020** : +19 % (12,9 µg/m³)²⁹ [19]. Ce taux classe ce secteur de Mayotte entre le seuil d'évaluation inférieur et supérieur [19]. En comparaison avec les mesures des niveaux respirés à proximité du trafic routier en Ile-de-France, il en est plus proche de la borne haute : 14 à 16 µg/m³ [20]. Sur l'année 2021, on constate que **l'évolution de la mesure du PM2.5 est régulièrement au-dessus du seuil de vigilance fixé par l'OMS** de 15 µg/m³ (2021) [19].

²⁴ Deux sur cinq en 2012.

²⁵ La moitié des emplois étaient occupés par des résidents d'autres communes [18].

²⁶ À Ouangani, les deux tiers des emplois sont occupés par des habitants d'autres communes. Dans la majorité des cas, ces « navetteurs » vivent dans les communes périphériques [18].

²⁷ L'augmentation du nombre de personnes en emploi explique les deux tiers de la hausse [18].

²⁸ Les particules appelées PM2.5 sont des particules dont le diamètre est de 2,5 micron (µm) dites « fines ». Elles sont constituées d'un mélange de différents composés chimiques et sont émises principalement lors des phénomènes de combustion ou formées par réactions chimiques à partir de gaz précurseurs présents dans l'atmosphère. Ces particules sont reconnues comme ayant des effets nuisibles sur la santé, l'exposition chronique contribue à augmenter le risque de contracter des maladies cardiovasculaires et respiratoires, ainsi que des cancers pulmonaires. Les particules fines, inférieures à 2,5 µm, impactent à long terme la santé cardiovasculaire. Les particules PM2.5 issues du trafic routier altèrent aussi la santé neurologique (performances cognitives) et la santé périnatale.

²⁹ Le taux de couverture des données pour 2021 était de 92 %, 98 % en 2020. En 2019, la moyenne annuelle était de 13,2 µg/m³ pour un taux de couverture de 68 %.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

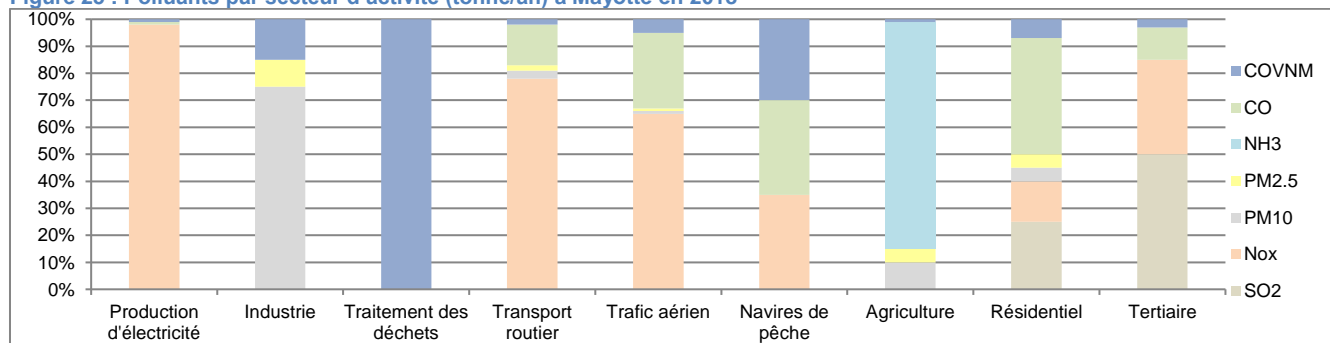


Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!

En 2020 et sur ce même secteur, les mesures sur les polluants tels que le dioxyde d'azote, les oxydes d'azote, les PM2.5 (partiellement), le dioxyde de soufre, l'ozone et le monoxyde de carbone **respectaient les normes** en lien avec la Santé humaine et végétale, **contrairement aux PM10**³⁰ [21]. En 2018, d'autres mesures ont été réalisées en fonction des différents secteurs d'activité de l'île. Concernant les émissions (*Figure 25*) :

- Dans les **carrières** de Mtsamoudou, Koungou (ETPC) et Miangani (IBS), pour 76 % il s'agit de **particules totales en suspension**³¹ et 31 % pour les PM10 [22] ;
- Des **centrales d'enrobage au bitume de matériaux routiers**, pour 73 % il s'agit de **particules totales en suspension** et 20 % des PM10 [22] ;
- Liées à la production des **centrales thermiques** des Badamiers et de Longoni, pour 97 % il s'agit d'**oxydes d'azote** [22] ;
- Des **stations-services** de l'île, pour 57 % il s'agit de **gazole** et 39 % pour le sans plomb [22] ;
- Liées au **traitement des ordures ménagères et résiduelles**, pour 73 % il s'agit du **dioxyde de carbone** et 27 % pour le méthane [22] ;
- Liées au **traitement et le rejet des eaux usées**, pour 98 % il s'agit du **méthane** [22] ;
- Du **trafic routier**, pour 75 % il s'agit des **oxydes d'azote** soit un volume de 14 001 tonnes/an et 15 % du monoxyde de carbone, soit un volume de 2 760 tonnes/n [22] ;
- Du **trafic aérien**, pour 58 % il s'agit des **oxydes d'azote** et 26 % du monoxyde de carbone [22] ;
- Du **trafic maritime** (navires de pêche), pour 34 % il s'agit de **composés organiques volatils non méthaniques**³², 36 % des oxydes d'azote et 32 % le dioxyde de carbone [22] ;
- Liées à la **gestion des déjections animales**, pour 77 % il s'agit d'**ammoniac** et 14 % des particules totales en suspension [22] ;
- De **l'agriculture**, pour 75 % il s'agit d'**ammoniac** et 18 % des particules totales en suspension [22] ;
- Du **secteur tertiaire**, pour 48 % il s'agit du **dioxyde de soufre** et 33 % des oxydes d'azote [22] ;
- Du **secteur résidentiel**, pour 40 % il s'agit du **dioxyde de carbone**, 22 % pour le dioxyde de soufre, et 16 % pour les oxydes d'azote [22].

Figure 25 : Polluants par secteur d'activité (tonne/an) à Mayotte en 2018



Note : COVNM correspond aux composés organiques volatils non méthaniques, CO au monoxyde de carbone, NH3 à l'ammoniac, NOx aux oxydes d'azote, SO2 au monoxyde de soufre.

Source : Association Hawa Mayotte, *rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre* [22]

En termes de volume d'émission, **le transport routier demeure le principal émetteur de polluants atmosphériques et de gaz à effet de serre sur le territoire** du fait de la combustion des moteurs [22]. Suivi du secteur de production et de distribution d'énergie qui contribuent fortement dans l'émission du dioxyde de carbone et des oxydes d'azote à travers son sous-secteur de production d'électricité par les

³⁰ La toxicité des particules en suspension est essentiellement due aux particules de diamètre inférieur à 10µm (PM10). Elles peuvent être émises directement dans l'air par des activités anthropiques (industrie, résidentiel, agriculture, transports) et par des sources naturelles (feux de forêt, éruptions volcaniques, etc.). Des particules peuvent également se former directement dans l'atmosphère par réactions physico-chimiques entre des polluants déjà présents dans l'atmosphère.

³¹ Regroupement des particules tout diamètre confondu.

³² Les composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) proviennent des transports (pots d'échappement, évaporation de réservoirs), ainsi que des activités industrielles telles que les activités minières, le raffinage de pétrole, l'industrie chimique, l'application de peintures et de vernis, l'imprimerie. Ils contiennent notamment plusieurs polluants tels que le benzène, le toluène, le xylène, etc. Les COVNM sont émis en relativement faible quantité lors de la combustion d'énergies fossiles, à l'exception des moteurs des véhicules routiers. L'émission spécifique est plus grande avec l'utilisation de la biomasse. Une part importante des COVNM provient du phénomène d'évaporation au cours de la fabrication et de la mise en œuvre de produits contenant des solvants. Outre leur impact direct sur la santé, ils interviennent dans le processus de production d'ozone dans la basse atmosphère.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



centrales thermiques [22]. À ce niveau d'étude et en fonction des données disponibles, les principaux polluants émis (tonne/an) sur le territoire de Mayotte sont les oxydes d'azote [22].

De la même façon, **le principal gaz à effet de serre émis à Mayotte est le dioxyde de carbone** [22]. Les secteurs résidentiel, tertiaire et les navires de pêche se partagent le reste des émissions de dioxyde de carbone [22]. **L'agriculture** quant à elle, prend la tête des **émissions de protoxyde d'azote** et du **méthane**, respectivement 71 % et 59 % [22]. Ces deux gaz à effet de serre proviennent essentiellement de la fermentation entérique³³ et la gestion des déjections animales dans ce secteur [22]. Le traitement et l'élimination des déchets contribuent aussi pour 41 % des émissions du méthane qui sont **favorisées par des climats chauds** [22]. **Les autres secteurs d'activité ont de faibles contributions dans le bilan des gaz à effet de serre** [22].

Tableau 5 : Récapitulatif des gaz à effet de serre par secteur d'activité à Mayotte en 2018

| Secteurs d'activité | Dioxyde de carbone | Méthane | Protoxyde d'azote |
|---------------------------------------|--------------------|---------|-------------------|
| Production et distribution d'énergie | 20 7400 | 0,3 | 0,1 |
| Traitement et élimination des déchets | 4 844 | 1 857 | 2 |
| Transport routier | 56 8271 | 16 | 54 |
| Trafic aérien | 59 230 | 3 | 2 |
| Navire de pêche | 8 720 | 1 | 220 |
| Agriculture | | 2 687 | 663 |
| Résidentiel | 16 543 | 8 | 0,3 |
| Tertiaire | 11 368 | 1 | 0,2 |
| Total (tonne/an) | 87 6376 | 4 573 | 942 |

Source : Association Hawa Mayotte, rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre [22]

Mayotte est touchée par un important phénomène d'incinérations sauvages qui n'est malheureusement pas encore documenté. Ces actions sont particulièrement problématiques tant elles portent sur des matériaux hautement à risque lorsqu'incinérés sans application stricte des mesures de sécurité à suivre, mais aussi sur l'incinération de bois traités avec des produits non autorisés.

Evacuation des eaux et déchets

En 2017, **38 %** des résidences principales de Mayotte sont reliées à **une fosse septique ou une fosse sèche** (+3 points par rapport à 2012), **19 % pour le réseau d'égouts** (18 % en 2012) et **42 % à même le sol** (46 % en 2012) [4]. En croisant avec le type de bâti, on observe alors une forte variabilité : 21 % des maisons en **tôle, bois, végétal** pour les deux types de fosse contre **49 % pour les maisons en dur** (dont immeuble), respectivement 6 % et 28 % pour les égouts, **73 %** et 23 % pour le sol [4].

On observe également une **nette disparité en fonction des communes** : **Bouéni** (77 %), **M'tsangamouji** (72 %) et **M'tsamboro** (69 %) sont celles recensant le plus de maisons reliées à **une fosse septique ou une fosse sèche** ; et **Kani-Kéli** (47 %), **Mamoudzou** (34 %), **Bandraboua** et **Dembéni** (19 %) pour le **réseau d'égouts** [4]. **Dembéni** est également la commune présentant une forte part de logements dont l'évacuation des eaux usées **se fait à même le sol** (49 %), avec **Ouangani** (57 %) et **Koungou** (56 %) [4] (Tableau 6).

Tableau 6 : Répartition type de bâti et mode d'évacuation des eaux usées en 2017 à Mayotte

| % | Maisons en tôle, bois, végétal | | | Maisons en Dur | | | Tout type de bâti | | |
|---------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------|---------------|-------------------|-------------------------------|---------------|
| | Réseau d'égouts | Fosse septique ou fosse sèche | A même le sol | Réseau d'égouts | Fosse septique ou fosse sèche | A même le sol | Réseau d'égouts | Fosse septique ou fosse sèche | A même le sol |
| Acoua | 1 | 4 | 9 | 12 | 54 | 20 | 13 | 58 | 29 |
| Bandraboua | 1 | 7 | 36 | 17 | 27 | 11 | 19 | 35 | 47 |
| Bandrélé | 2 | 16 | 20 | 14 | 37 | 11 | 16 | 53 | 30 |
| Bouéni | 0 | 4 | 8 | 1 | 73 | 14 | 1 | 77 | 23 |
| Chiconi | 0 | 5 | 12 | 3 | 55 | 24 | 3 | 61 | 37 |
| Chirongui | 2 | 5 | 17 | 9 | 50 | 18 | 11 | 55 | 35 |
| Dembéni | 4 | 17 | 35 | 15 | 16 | 14 | 19 | 32 | 49 |
| Dzaoudzi | 3 | 9 | 32 | 10 | 32 | 14 | 13 | 41 | 46 |
| Kani-Kéli | 1 | 5 | 9 | 45 | 28 | 11 | 47 | 33 | 20 |
| Koungou | 2 | 11 | 37 | 13 | 18 | 19 | 15 | 29 | 56 |
| Mamoudzou | 4 | 6 | 36 | 30 | 13 | 10 | 34 | 20 | 46 |
| M'tsamboro | 0 | 7 | 6 | 12 | 62 | 12 | 13 | 69 | 18 |
| M'tsangamouji | 1 | 8 | 9 | 5 | 64 | 13 | 5 | 72 | 23 |
| Ouangani | 1 | 2 | 37 | 12 | 28 | 20 | 13 | 30 | 57 |
| Pamandzi | 2 | 11 | 23 | 7 | 48 | 9 | 9 | 59 | 32 |
| Sada | 1 | 4 | 12 | 7 | 49 | 27 | 8 | 53 | 39 |
| Tsingoni | 3 | 10 | 29 | 12 | 30 | 16 | 15 | 40 | 45 |

Note : En violet les parts les plus hautes en colonne. Les sommes en ligne des deux ventilations font 100 %.

Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [4]

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

³³ Processus digestif par lequel des micro-organismes décomposent les aliments afin de permettre leur absorption dans la circulation sanguine d'un animal.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Sur la période 2020 à 2022, **4 483 déchets**³⁴ ont été signalés par le service de la LAV de l'ARS Mayotte, dont **82 % sur le domaine public**. La majorité sont des **carcasses de voiture** (57 %) et des **encombrants** (23 %).

Ce sont notamment pour les **pneus** que la part d'abandonnés sur le **domaine privé est la plus importante** : 39 % (Tableau 7).

Figure 26 : Répartition, par période de remontée des informations, des déchets recensés dans la nature sur la période 2020 à 2022 à Mayotte

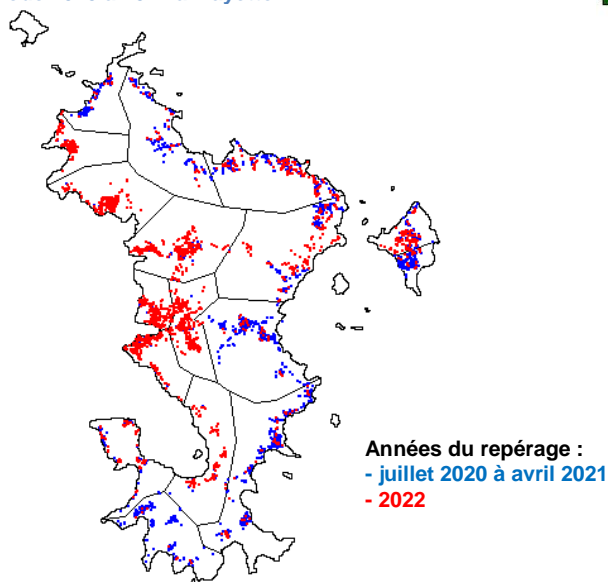
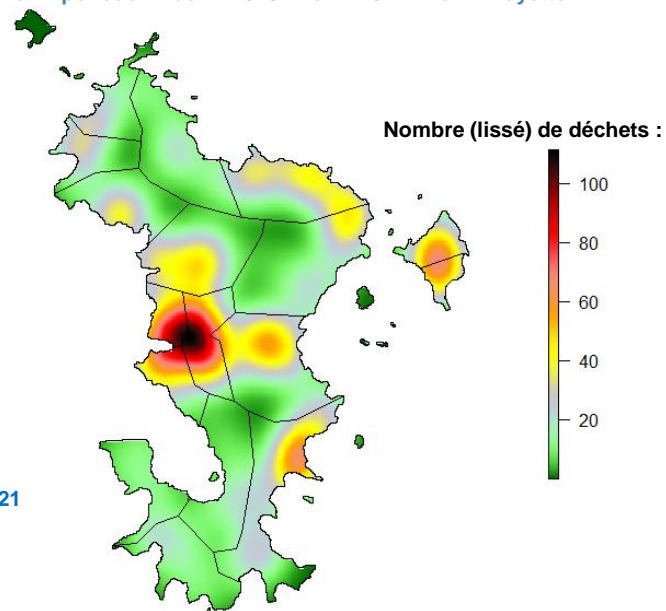


Figure 27 : Densité (lissée) des déchets recensés en sur la période de 2020 à 2022 à Mayotte



Note : Nombre lissé de déchets. Ne sont inclus que les « carcasses de voiture », « déchets dans la rivière/mer », « dépôts sauvages », « encombrants » et « pneus abandonnés ».

Source : ARS Mayotte - Service de la LAV

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Tableau 7 : Type de déchets et de domaine de Mayotte sur la période 2020 à 2022

| | Domaine | | Volume total | Répartition globale |
|-----------------------------|-------------|-------------|--------------|---------------------|
| | Public | Privé | | |
| Carcasses de voiture | 79 % | 21 % | 2 560 | 57 % |
| Déchets dans la rivière/mer | 93 % | 7 % | 43 | 1 % |
| Dépôts sauvages | 94 % | 6 % | 581 | 13 % |
| Encombrants | 89 % | 11 % | 1 053 | 23 % |
| Pneus abandonnés | 61 % | 39 % | 246 | 5 % |
| Total | 82 % | 18 % | 4 483 | |

Source : ARS Mayotte - Service de la LAV

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Alimentation

En 2020, une étude menée par la DAAF sur 23 localités du département a permis de mettre en évidence que **83 % des tomates analysées**, en provenance en grande majorité d'**agriculteurs non déclarés**, n'étaient pas conformes et les rendaient **impropres à la consommation**.

Parmi les substances présentes dans les produits analysés, se trouve le **Diméthoate**, un **insecticide prohibé depuis février 2016 par la commission européenne** à la suite de la décision de l'agence nationale de sécurité sanitaire et de l'alimentation jugeant cette molécule comme « présentant des **risques inacceptables pour les animaux et les hommes** ».

Les taux de pesticides retrouvés au sein des échantillons **révélaient un risque aigu pour la santé humaine voire très dangereuse pour les enfants**.

Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dembéni sur les CAP au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **l'intégralité des répondants déclarent nettoyer les salades et tomates qu'ils consomment** : **61 % avec l'eau du puit**, 24 % avec l'eau prise chez une tierce personne et 15 % avec l'eau du robinet.

En 2018, des analyses menées sur les **poissons** en vente libre montraient un niveau de **toxicité au mercure** au-dessus des seuils de vigilance.

³⁴ Regroupant les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



Selon l'enquête ponctuelle menée en 2018 sur le bouclier qualité prix auprès de 140 participants se rendant dans l'un des supermarchés de l'île, il ressort que le critère le plus souvent cité pour sélectionner un produit parmi d'autres est le prix : 59 %, notamment chez ceux déclarant leur revenu comme insuffisant : 77 % contre 51 % pour les autres (Figure 28).

C'est ensuite le « plaisir » du produit en question qui arrive : 46 %, 38 % chez les moins aisés et 49 % chez les plus aisés (Figure 28).

Enfin, le troisième critère revenant le plus souvent dans les citations est la qualité nutritionnelle du produit : 29 %, et deux fois plus chez les plus aisés : 34 % contre 15 % (Figure 28).

Ils sont, par ailleurs, 57 % des répondants à déclarer avoir une alimentation saine et équilibrée et près de trois sur cinq estiment qu'il y a un lien entre alimentation et état de santé (Figure 28).

Enfin, concernant la conservation des aliments en 2017, 71 % des ménages de Mayotte déclarent être équipés en réfrigérateur (85 % pour les maisons en dur contre 49 % pour celles en tôle, bois, végétale, terre) et 72 % en congélateur (80 % contre 59 %) [4]. Ces taux sont stables par rapport à 2012 (respectivement 72 % et 71 %) mais en nettes améliorations par rapport à 2007 : 56 % (+25 points) et 54 % (+28 points) [4].

g) Pathologies liées à l'environnement

Maladies infectieuses et parasitaires

À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, « certaines maladies infectieuses et parasitaires » représentent 7 % des motifs de séjour au CHM (parts similaires chez les hommes et les femmes) hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « certains codes d'utilisation particulière », contre 1,5 % dans l'Hexagone.

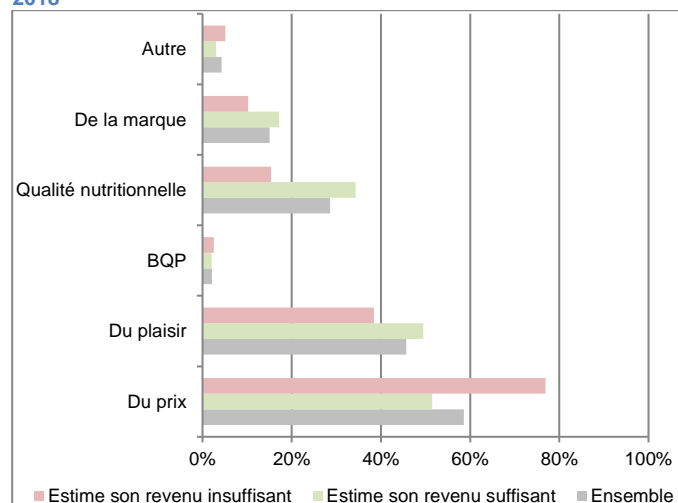
La durée moyenne de séjour hospitalier est alors de 6,1 jours, et le taux de recours standardisé est 1,4 fois supérieur à l'Hexagone.

Sur les 2 591 séjours liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, la moitié des cas (aussi bien chez les femmes que chez les hommes) concerne un individu de moins de 10 ans (Figure 30).

Sur la période de 2020 à 2022, les « maladies intestinales infectieuses » représentent 51 % des motifs liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » chez les hommes et chez les femmes (Tableau 25).

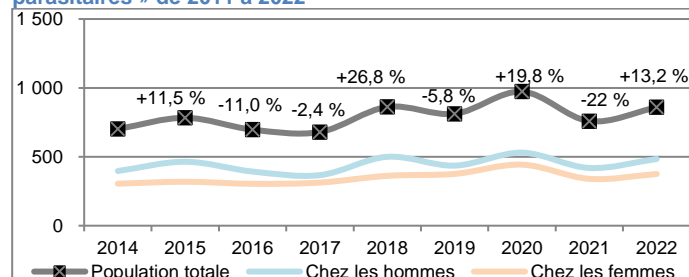
« Certaines maladies infectieuses et parasitaires » représentent 2 % des évacuations sanitaires de 2022 (3 % en 2020 et 3 % en 2019).

Figure 28 : Critères de sélection des aliments en fonction de la perception de son revenu chez les individus se rendant à l'un des supermarchés de l'île en 2018



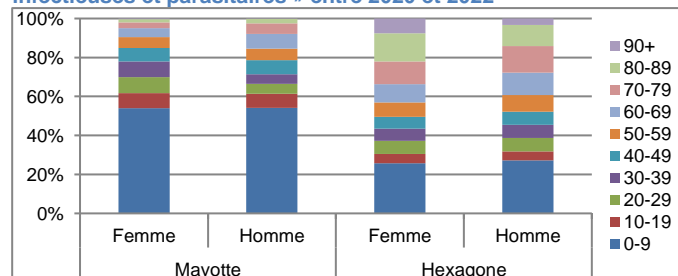
Champ : Individus se rendant à l'un des supermarchés de l'île
Source : ARS Mayotte, enquête évaluation du bouclier qualité prix de 2018

Figure 29 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » de 2011 à 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 30 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » entre 2020 et 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

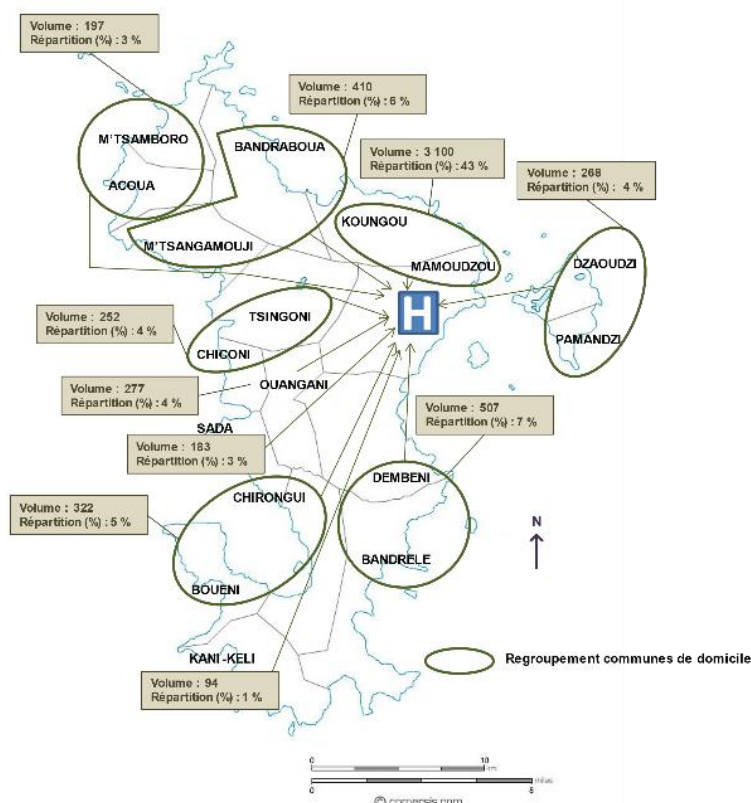


Tableau 8 : Détail des motifs de séjour au CHM liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---|-------------|-------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Maladies intestinales infectieuses | 594 | 734 | 51 | 51 |
| Tuberculose | 49 | 60 | 4 | 4 |
| Certaines anthrozooses bactériennes | 36 | 76 | 3 | 5 |
| Autres maladies bactériennes | 234 | 302 | 20 | 21 |
| Infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel | 5 | 5 | 0 | 0 |
| Autres maladies à spirochètes | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Autres maladies à Chlamydia | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Rickettsioses | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Infections virales du système nerveux central | 12 | 22 | 1 | 2 |
| Fièvres virales transmises par des arthropodes et fièvres virales hémorragiques | 113 | 114 | 10 | 8 |
| Infections virales caractérisées par des lésions cutané-muqueuses | 33 | 35 | 3 | 2 |
| Hépatite virale | 33 | 23 | 3 | 2 |
| Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) | 8 | 14 | 1 | 1 |
| Autres maladies virales | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Mycoses | 2 | 8 | 0 | 1 |
| Maladies dues à des protozoaires | 17 | 21 | 1 | 1 |
| Helminthiases | 9 | 5 | 1 | 0 |
| Pédiculose, acariase et autres infestations | 9 | 11 | 1 | 1 |
| Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Agents d'infections bactériennes, virales et autres | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maladies infectieuses, autres et non précisées | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Total | 1158 | 1433 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 31 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM, par commune, pour motif « certaines maladies infectieuses et parasitaires » de 2014 à 2022



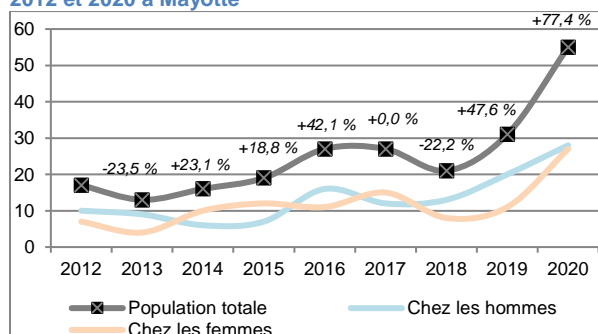
entre 2014 et 2021), d'**ascariadiase**³⁶ (2,0 en moyenne par an) et de **schistosomiase**³⁷ (0,4 en moyenne par an) ont également été diagnostiqués sur le territoire au cours des huit dernières années. De plus, en regroupant ces trois pathologies, il ressort que **la moitié concerne des enfants de moins de 15 ans**.

Les « **maladies infectieuses et parasitaires** » représentent **4 % des décès** sur la période 2012 à 2020, taux identiques chez les hommes et les femmes, soit 226 décès cumulés (121 hommes – 54 % – et 105 femmes – 46 % –) et, en moyenne, **28 décès par an**.

Sur la période 2018-2020, la mortalité liée aux « **maladies infectieuses et parasitaires** » augmentent de 47 % en comparaison à la période précédente (2015-2017).

À **structure de population équivalente**, la mortalité est, toutes causes confondues, **plus importante à Mayotte** que dans l'Hexagone pour les « **maladies infectieuses et parasitaires** » : près de 4 fois plus sur la période 2018-2020 et 3 fois plus sur la période 2015 à 2017 [23].

Figure 32 : Nombre de décès domiciliés liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » entre 2012 et 2020 à Mayotte



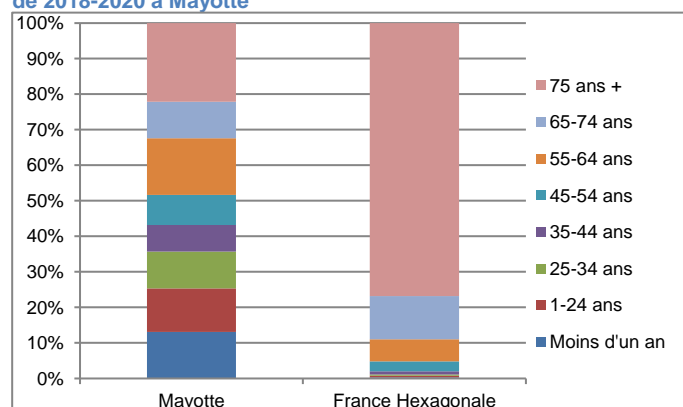
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « certaines maladies infectieuses et parasitaires », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 33 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » sur la période de 2018-2020 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Tableau 9 : Détail des causes de décès domiciliés liées à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|---|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Maladies intestinales infectieuses | <10 | 13 | <10 | 15 |
| Tuberculose | <10 | 7 | <10 | 13 |
| Certaines anthrozooses bactériennes | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Autres maladies bactériennes | 17 | 37 | 24 | 39 |
| Infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Autres maladies à spirochètes | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Autres maladies à Chlamydia | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Rickettsioses | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Infections virales du système nerveux central | <10 | 0 | <10 | 2 |
| Fièvres virales transmises par des arthropodes et fièvres virales hémorragiques | <10 | 20 | 13 | 21 |
| Infections virales caractérisées par des lésions cutanéomuqueuses | <10 | 2 | <10 | 0 |
| Hépatite virale | <10 | 4 | <10 | 3 |
| Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) | <10 | 2 | <10 | 2 |
| Autres maladies virales | <10 | 4 | <10 | 0 |
| Mycoses | <10 | 2 | <10 | 0 |
| Maladies dues à des protozoaires | <10 | 4 | <10 | 2 |
| Helminthiases | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Pédiculose, acariase et autres infestations | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Agents d'infections bactériennes, virales et autres | <10 | 0 | <10 | 0 |
| Autres maladies infectieuses | <10 | 4 | <10 | 3 |
| Somme 2018 à 2020 | 46 | 100 | 61 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

³⁶ L'ascariadiase est une parasitose cosmopolite résultant de l'infestation de l'Homme par *Ascaris lombricoïdes*, un nématode de grande taille. Il fait partie des helminthiases ou infection par vers intestinaux.

³⁷ La bilharziose ou schistosomiase est une maladie parasitaire due à un ver hématoophage : le schistosome. Elle est présente dans les zones tropicales et subtropicales : en Afrique, en Amérique du Sud, en Asie et dans le bassin méditerranéen.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé!



Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

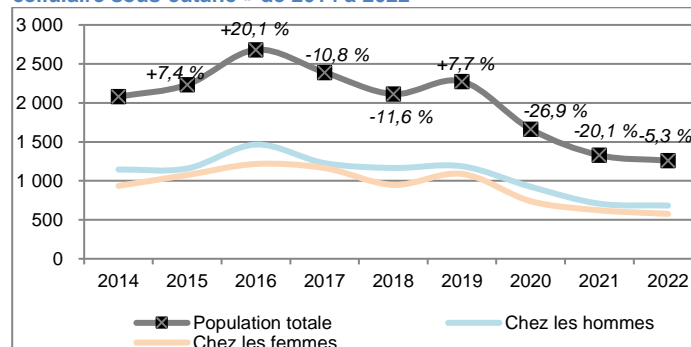
À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » représentent **10 % des motifs de séjour au CHM** (parts similaires chez les hommes et les femmes) hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « certains codes d'utilisation particulière », contre 1,9 % dans l'Hexagone.

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **13,2 jours**, et le **taux de recours standardisé** est **1,3 fois supérieur** à l'Hexagone.

Sur les **5 268** séjours liés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, **56 %** des cas, chez les **femmes**, et **60 %**, chez les **hommes**, concernent un individu de **moins de 30 ans** (Figure 35).

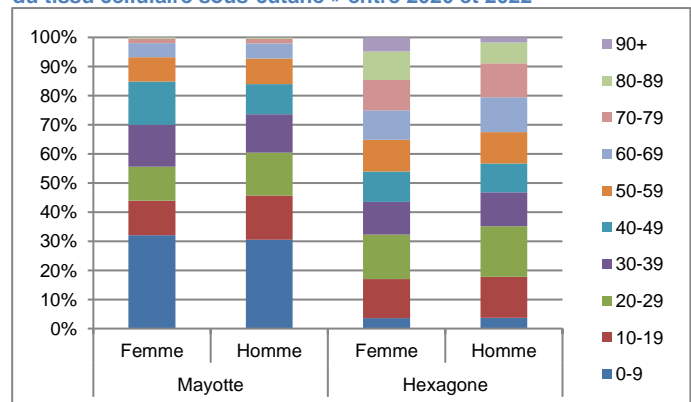
Sur la période de 2020 à 2022, outre les infections qui ressortent très majoritairement (86 à 89 %), on observe que les « **Dermatoses et eczéma (syndromes)** » représentent 0,4 % chez les femmes, et 1 % chez les hommes, des motifs liés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ».

Figure 34 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » de 2014 à 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 35 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » entre 2020 et 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Quant aux « **Dermatoses bulleuses** » : 0,4 % chez les femmes et 0,5 % chez les hommes (Tableau 10). Les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » représentent **1 % des évacuations sanitaires de 2022** (1 % en 2021, 4 % en 2020 et 5 % en 2019).

Tableau 10 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|--|-----------|--------|--------------|--------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | 1667 | 2060 | 86,1 | 89,0 |
| Dermatoses bulleuses | 8 | 12 | 0,4 | 0,5 |
| Dermatoses et eczéma (syndromes) | 10 | 24 | 0,5 | 1,0 |
| Lésions papulo-squameuses | 4 | 1 | 0,2 | 0,0 |
| Urticaire et érythème | 13 | 8 | 0,7 | 0,3 |
| Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation | 1 | 0 | 0,1 | 0,0 |
| Maladies des phanères et des annexes de la peau | 11 | 12 | 0,6 | 0,5 |
| Autres infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | 223 | 197 | 11,5 | 8,5 |
| Total | 1937 | 2314 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



ARS MAYOTTE

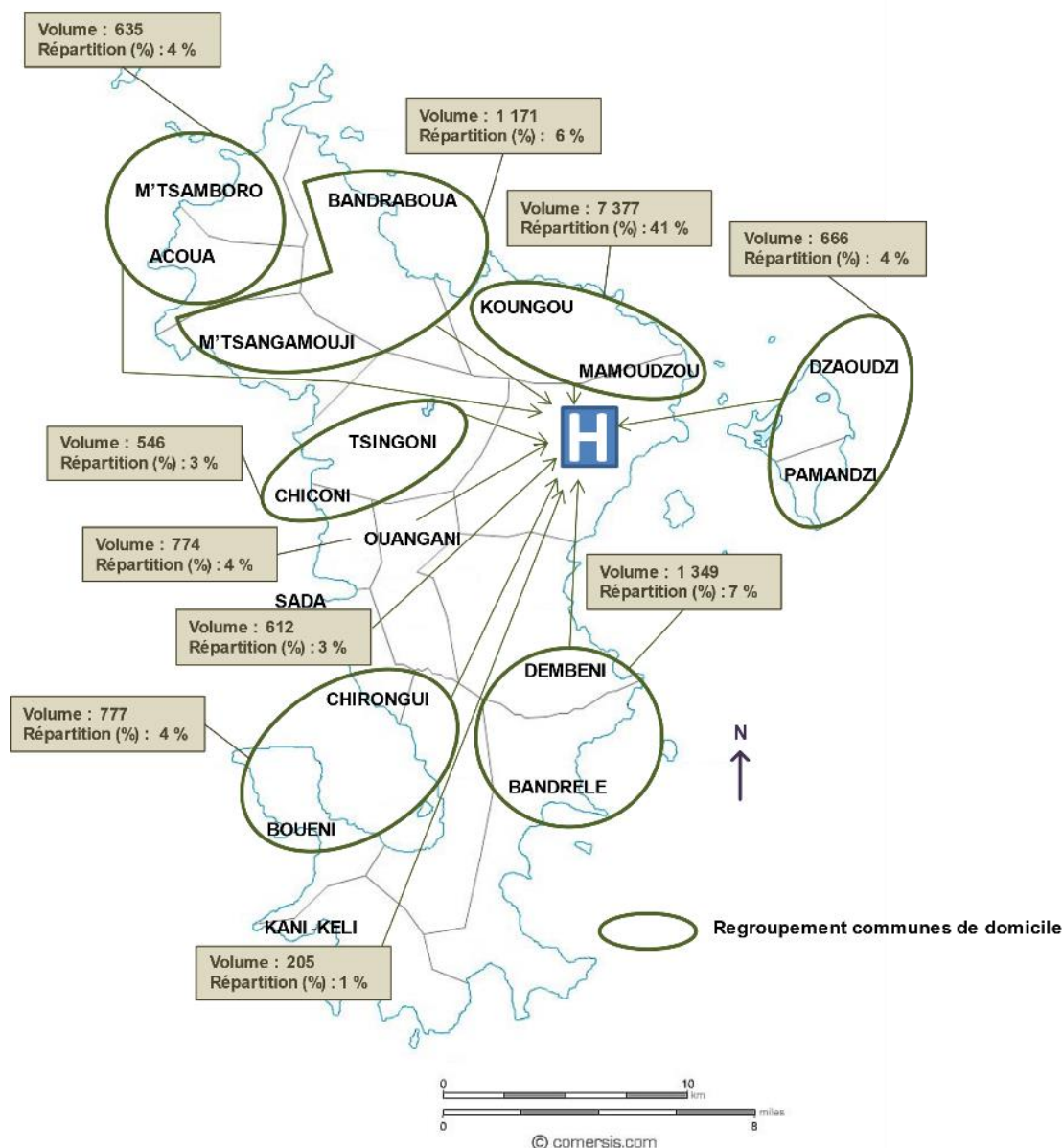
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 36 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM, par commune, pour motif « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » de 2014 à 2022



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2022 des volumes associés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ». La somme des pourcentages donne 78 % auquel il faut rajouter 17 % de communes non renseignées et 5 % de domiciliés hors du territoire.

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » représentent **0,3 % des décès** sur la période 2012 à 2020³⁸ (0,2% chez les hommes et 3% chez les femmes), soit 16 décès cumulés (7 hommes – 44 % – et 9 femmes – 56 % –) et, en moyenne, **2 décès par an**.

Sur la période 2018-2020, il s'agit majoritairement d'individus de moins 65 ans ou plus, 1 cas sur 2 (6% dans l'Hexagone).

Concernant les causes détaillées, deux cas pour les « Dermatoses et eczémas », un cas pour les « Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané », un cas pour les « Dermatoses bulleuses » et un autre pour les « Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané »³⁹.

³⁸ La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est portée essentiellement par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

³⁹ Les autres causes détaillées associées aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » et non présentées ici car d'effectif nul sont : « Lésions papulosquameuses », « Urticaire et érythème », « Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation » et « Maladies des phanères et des annexes de la peau ».



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



À structure de population équivalente, la mortalité est, toutes causes confondues, **plus importante à Mayotte** que dans l'Hexagone pour les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » : équivalent sur la période 2018 à 2020 et près de 2 fois plus sur la période 2015-2017 [23]

Maladies de l'appareil respiratoire

À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **11 % des motifs de séjour au CHM** (11 % chez les hommes et 12 % les femmes) hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « certains codes d'utilisation particulière », contre 5 % dans l'Hexagone.

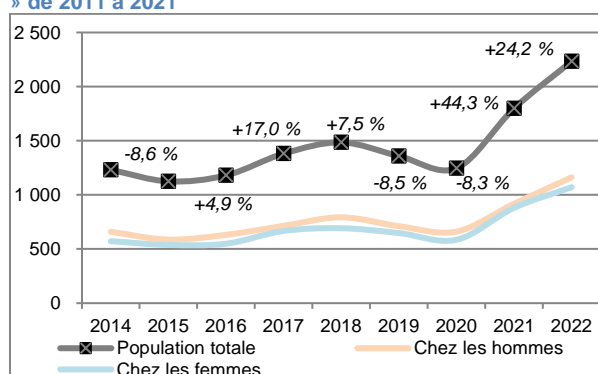
La **durée moyenne de séjour hospitalier** est alors de **5,2 jours**, et le **taux de recours standardisé est 1,6 fois inférieur** à l'Hexagone.

Sur les **4 404 séjours** liés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, **76 %** des cas, chez les **femmes**, et **81 %**, chez les **hommes**, concernent un individu de **moins de 30 ans** (Figure 38).

Sur la période de 2020 à 2022, les « **autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures** » représentent, en fonction du sexe, 36 % à 38 % des motifs liés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** ». Elles sont suivies de la « **maladies chroniques des voies respiratoires inférieures** » qui en représentent 23 à 24 % et des « **grippe et pneumopathie** », 22 à 23 % (Tableau 11).

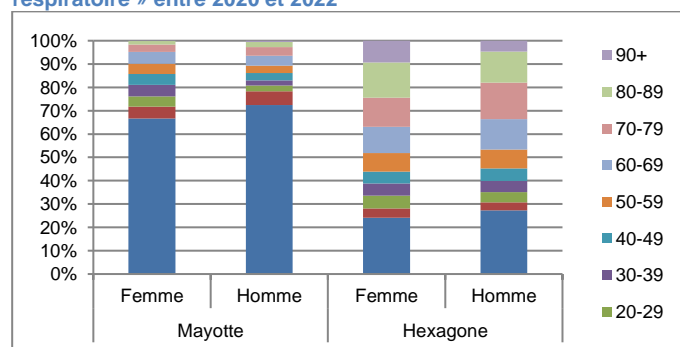
Les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **3 % des évacuations sanitaires de 2020** (2 % en 2019 et 4 % en 2018).

Figure 37 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » de 2011 à 2021



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 38 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » entre 2020 et 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

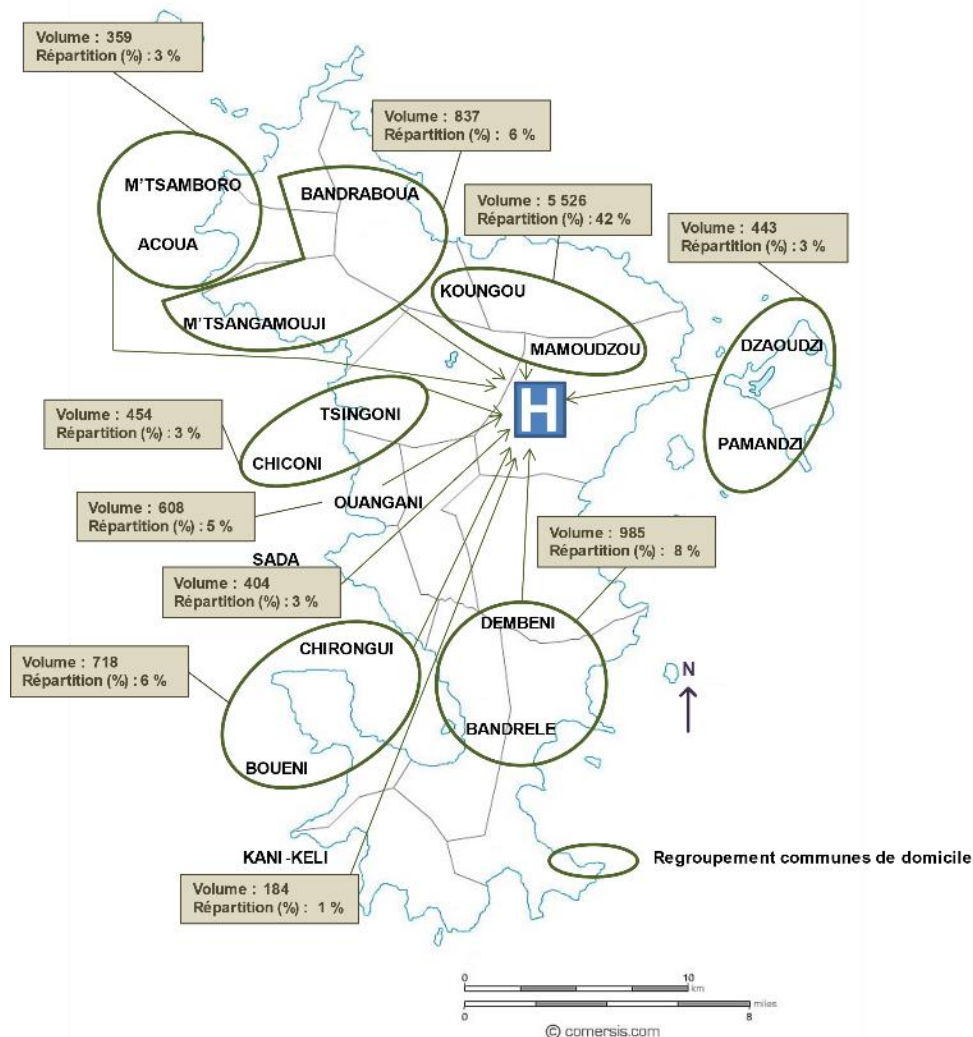
Tableau 11 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---|-------------|-------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Affections aiguës des voies respiratoires supérieures | 93 | 130 | 4 | 5 |
| Grippe et pneumopathie | 560 | 628 | 22 | 23 |
| Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures | 905 | 1031 | 36 | 38 |
| Autres maladies des voies respiratoires supérieures | 177 | 142 | 7 | 5 |
| Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures | 615 | 617 | 24 | 23 |
| Maladies du poumon dues à des agents externes | 18 | 16 | 0,7 | 0,6 |
| Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel | 51 | 64 | 2 | 2 |
| Maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures | 28 | 21 | 1 | 1 |
| Autres affections de la plèvre | 18 | 29 | 0,7 | 1,1 |
| Autres maladies de l'appareil respiratoire | 71 | 63 | 3 | 2 |
| Total | 2536 | 2741 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



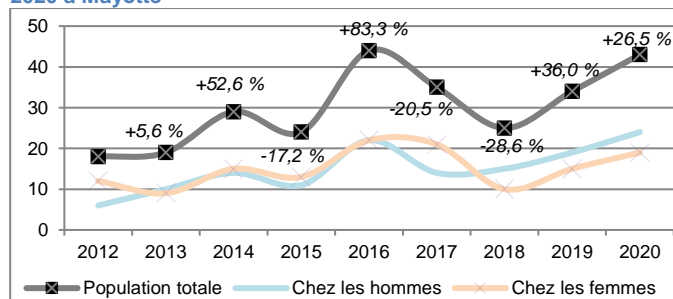
Figure 39 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM, par commune, pour motif « maladies de l'appareil respiratoire » de 2014 à 2022



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2021 des volumes associés aux « maladies de l'appareil respiratoire ». La somme des pourcentages donne 81 % auquel il faut rajouter 16 % de communes non renseignées et 3 % de domiciliés hors du territoire.
 Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
 Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Les « maladies de l'appareil respiratoire » représentent 4 % des décès sur la période 2012 à 2020 (4 % chez les hommes et 5 % chez les femmes), soit 271 décès cumulés (135 hommes – 50 % – et 136 femmes – 50 % –) et, en moyenne, 34 décès par an.

Figure 40 : Nombre de décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil respiratoire » entre 2012 et 2020 à Mayotte



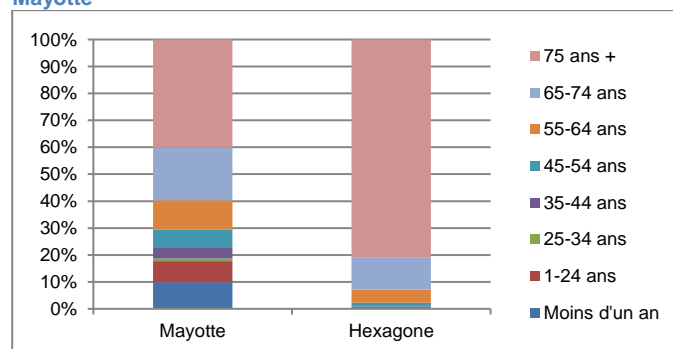
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.
 Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil respiratoire », causes initiales de décès
 Source : Inserm Cépi-DC
 Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



À structure de population équivalente, la mortalité est, toutes causes confondues, **plus importante à Mayotte** que dans l'Hexagone pour les « **maladies de l'appareil respiratoire** » : 1,5 fois plus sur la période 2018-2020 et 1,2 fois plus sur la période 2015 à 2017 [23].

Concernant l'**asthme**, la mortalité est 6,8 fois plus importante à Mayotte en 2015-2017, et 7 fois plus sur la période 2012 à 2014 [23].

Figure 41 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « maladies de l'appareil respiratoire » sur la période de 2018-2020 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil respiratoire », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Tableau 12 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « maladies de l'appareil respiratoire » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|---|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Affections aiguës des voies respiratoires supérieures | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Grippe et pneumopathie | 15 | 34 | 21 | 36 |
| Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieure | 3 | 7 | 4 | 7 |
| Autres maladies des voies respiratoires supérieure | 4 | 9 | 2 | 3 |
| Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures | 13 | 30 | 18 | 31 |
| Maladies du poumon dues à des agents externes | 2 | 5 | 4 | 7 |
| Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres affections de la plèvre | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres maladies de l'appareil respiratoire | 7 | 16 | 6 | 10 |
| Somme 2018 à 2020 | 44 | 100 | 58 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil respiratoire », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

En 2019, **6 % des enfants de 10-12 ans**⁴⁰ sont **asthmatiques** sur le territoire, dont les trois quarts déclarent prendre ou avoir pris des médicaments contre ce problème de santé au cours des douze derniers mois [5]. Chez les autres enfants, **un sur cinq déclare avoir des difficultés à respirer**⁴¹, dont 16 % prennent un médicament, et **un sur dix lors d'une activité sportive et lors de leur sommeil**, dont 23 % prennent un médicament [5].

Dans **un cas sur quatre**, il s'agit de **difficultés arrivant à d'autres moments** mais pour lesquels 14 % déclarent tout de même prendre un médicament [5] (Tableau 13).

Tableau 13 : Parts d'enfants de 10-12 ans à Mayotte déclarant des problèmes respiratoires et de ceux ayant pris des médicaments au cours des 12 derniers mois

| | Problème respiratoire (%) | ... dont prise de médicaments au cours des 12 derniers mois (%) |
|---|---------------------------|---|
| Durant le sommeil uniquement | 16 | 19 |
| Durant une activité sportive uniquement | 49 | 15 |
| Lors d'une activité sportive et lors du sommeil | 9 | 23 |
| Ni lors d'une activité sportive, ni lors du sommeil | 26 | 14 |
| Enfant non asthmatique | 22 | 16 |
| Enfant asthmatique | | 75 |

Note : 26 % des enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} sur le territoire déclarent un problème respiratoire ni lors d'une activité sportive, ni lors du sommeil. Parmi eux, 14 % déclarent la prise d'un médicament au cours des 12 derniers mois.

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème}

Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Pathologies surveillées par le DésUS

Les données du DésUS mettent en évidence une moyenne de 134 nouveaux cas déclarés par an de **leptospirose** depuis 2011, 42 pour la **fièvre typhoïde** et 61 pour l'**hépatite A**. Pour **2022**, on constate une baisse de **-11 %** des cas de **leptospirose** par rapport à 2021, **-60 %** pour l'**hépatite A** et une hausse de **+700 %** pour la **fièvre typhoïde**, en lien avec l'épidémie ayant eu lieu dans le Nord de l'île.

⁴⁰ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].

⁴¹ 13 % des enfants de CM2 scolarisés dans l'Hexagone déclarent avoir déjà eu une crise d'asthme et 11 % avoir ressenti un sifflement à la poitrine [5].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

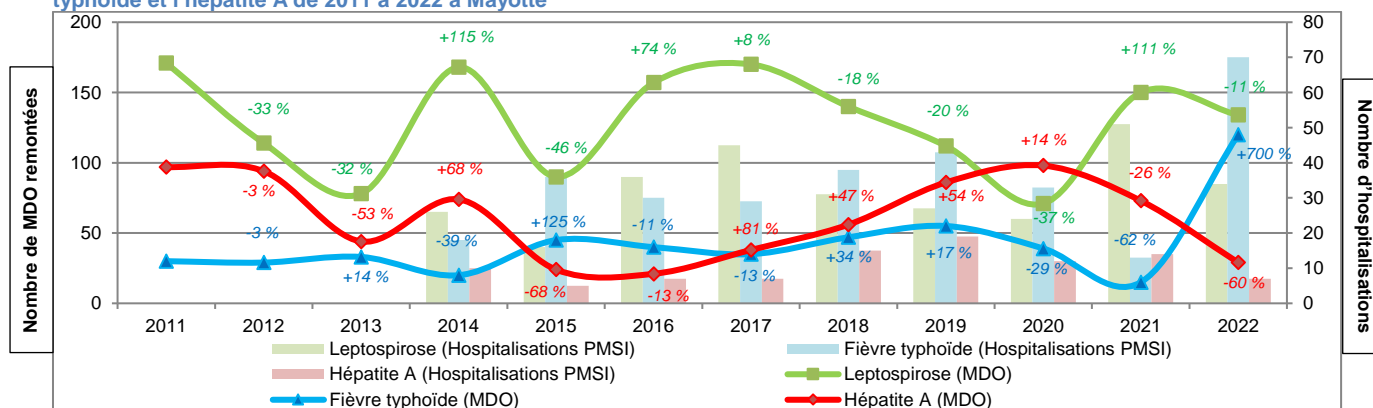
www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé!



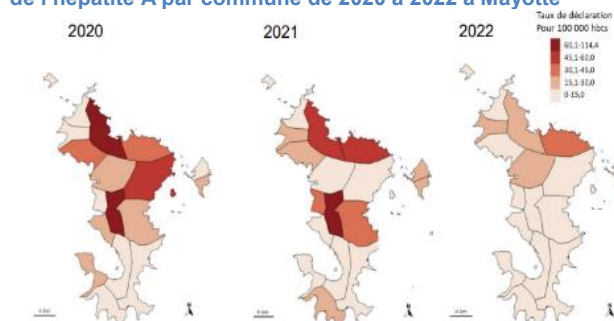
Malgré la baisse observée des deux premières pathologies sur la dernière année, ces informations justifient de la **mise sous surveillance permanente de ces trois maladies** sur le territoire (Figure 42).

Figure 42 : Evolution du nombre de cas déclarés (MDO) et d'hospitalisations (PMSI) pour la leptospirose, la fièvre typhoïde et l'hépatite A de 2011 à 2022 à Mayotte



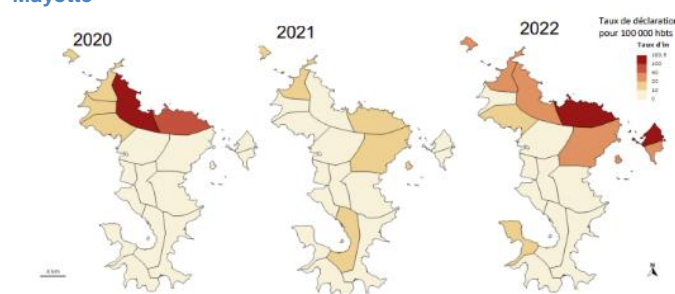
Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, concernant la fièvre typhoïde, la nomenclature : « A01-Fièvre typhoïde et paratyphoïde » ; concernant l'hépatite A : « B15-Hépatite aig. A » ; concernant la leptospirose : « A27-Leptospirose ».
Source : ARS Mayotte – DésUS, PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 43 : Taux de déclaration pour 100 000 habitants de l'hépatite A par commune de 2020 à 2022 à Mayotte



Champ : Habitant de Mayotte
Source : SpF – Bulletin de santé publique

Figure 44 : Taux de déclaration pour 100 000 habitants de la fièvre typhoïde par commune de 2020 à 2022 à Mayotte



Champ : Habitant de Mayotte
Source : SpF – Bulletin de santé publique

h) Accidents de la vie courante

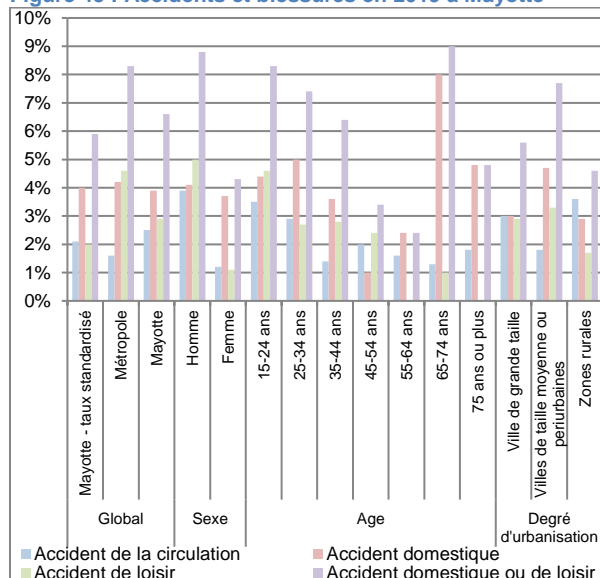
3 % des 15 ans ou plus déclarent avoir déjà connu un accident de la circulation (contre 1,6 % dans l'Hexagone) et **7 % pour un accident domestique ou de loisir** (contre 8 % dans l'Hexagone) [24]. Les **hommes sont deux à quatre fois plus concernés** : 4 % pour ceux de la circulation, contre 1,2 % chez les femmes, et 9 % pour ceux domestiques ou de loisirs, contre 4 % chez les femmes [24]. En fonction de l'âge, les accidents de la circulation restent compris entre 1,3 % (65-74 ans) et 4 % (15-24 ans), alors que ceux **domestiques ou de loisir vont concerner les plus jeunes et les plus âgés** : de 8 % chez les 15-24 ans à 2 % chez les 55-64 ans puis 9 % chez les 65-74 ans [24].

Les habitants en **zones rurales et villages de grande taille** sont les plus concernés par les **accidents de la circulation** : 3-4 % contre 1,8 % pour ceux vivants dans un village de taille moyenne ou périurbain [24]. Pour les **accidents domestiques ou de loisir**, ce sont plutôt les habitants des **villages de taille moyenne ou périurbains** : 8 % contre 6 % (villages de grande taille) à 5 % (zones rurales) [24] (Figure 45). Dans la **moitié des cas**, l'accident évoqué a entraîné une **hospitalisation** (similaire avec l'Hexagone) et **un sur dix pour des soins ambulatoires** (trois fois inférieur à l'Hexagone) [24].

Si la part est similaire entre les hommes et les femmes concernant l'hospitalisation, elle diverge de 5 points pour les soins ambulatoires : 13 % chez les hommes contre 8 % chez les femmes [24]. Les **55-64 ans ont un taux d'hospitalisation au-dessus de la moyenne** : 92 % ; tandis que pour les **soins ambulatoires ce sont les 35-44 ans** qui en déclarent le plus souvent lors de l'accident évoqué : 18 % [24] (Figure 46).

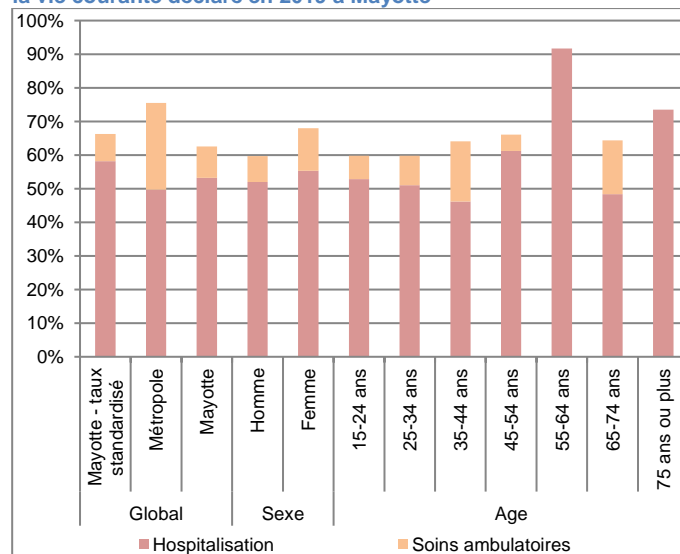


Figure 45 : Accidents et blessures en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-75 ans à Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]

Figure 46 : Taux d'hospitalisations liées à l'accident de la vie courante déclaré en 2019 à Mayotte



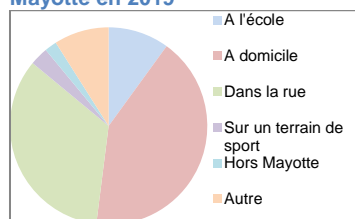
Champ : Habitants de 18-75 ans à Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]

En 2022, selon l'ODSR, 192 accidents corporels de la circulation routière ont été observés, **soit une baisse de -31 % par rapport à 2018** (280) [25]. Cependant, **ces accidents sont plus meurtriers** [25]. En effet, le taux de décès par accidents était en **2018 de 1,8 %** alors qu'en **2022 il monte à 8 %** [25]. Comparativement avec les années précédentes, c'est la classe d'âge des **0-13 ans qui ressort le plus** cette année-là (4 décès – sur 16 – contre 1 par an en 2018, 2020 et 2021 et 2 en 2019) [25].

Chez les 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} (Soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4]), **deux enfants sur cinq évoquent au moins un accident** qui l'a marqué dont un tiers a eu lieu au cours de la dernière année [5]. Quelle que soit l'année de l'évènement, dans **un cas sur trois** l'accident déclaré a entraîné **une hospitalisation** d'au moins un jour [5].

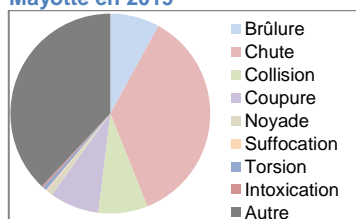
Il s'agit le plus souvent d'accidents ayant lieu **à domicile** (42 %) et **dans la rue** (34 %) [5]. Les accidents **à l'école** ne représentent qu'**un cas sur dix** [5] (Figure 47). **Un accident sur trois** est lié à une **chute** et **un sur dix à une brûlure** [5]. Les collisions et les coupures ressortent dans des proportions équivalentes (8 %) [5] (Figure 48). Dans 7 % des situations, l'accident est arrivé suite à une **agression** et dans 1 % à une bagarre [5] (Figure 49).

Figure 47 : Répartition (en %) des lieux d'accident marquant chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



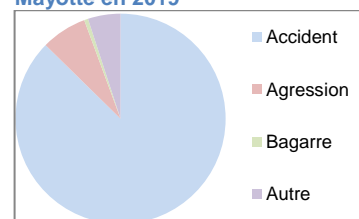
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Figure 48 : Répartition (en %) des types d'accidents marquants chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Figure 49 : Répartition (en %) des causes d'accidents marquants chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Motifs de séjour hospitalier

À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines conséquences de causes externes » représentent **11 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière », contre 9 % dans l'Hexagone. **15 % chez les hommes et 7 % chez les femmes.**

La **durée moyenne de séjour hospitalier** est alors de **5,8 jours**, et le **taux de recours standardisé est 3,1 fois inférieur** à l'Hexagone.



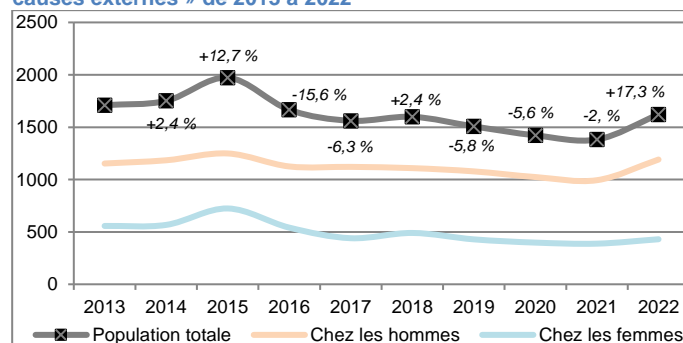
Sur les **4 311** séjours liés aux « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, **60 %** des cas, **chez les femmes**, et **63 %**, **chez les hommes**, concernent **un individu de moins de 30 ans** (Figure 51).

Les « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » représentent **0,1 % des évacuations sanitaires de 2020**, 3 % en 2019 et 2 % en 2018).

Sur la période de 2020 à 2022, chez les hommes et les femmes, les « lésions traumatiques de la tête » tiennent le premier rang : respectivement 13 % et 22 %.

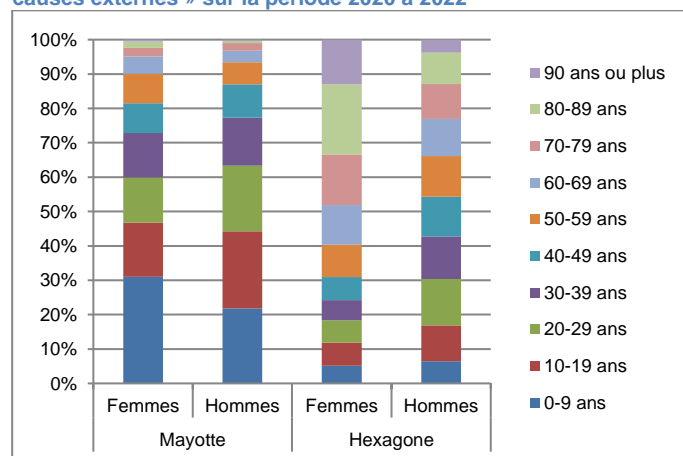
Suivies chez les femmes et à parts égales, des « lésions traumatiques du **coude** et de l'**avant-bras** » et des « lésions traumatiques du **genou** et de la **jambe** » (9 %). Et chez les hommes, des « lésions traumatiques du **coude** et de l'**avant-bras** » et des « lésions traumatiques du **poignet** et de la **main** » (11 %) (Tableau 14).

Figure 50 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines conséquences de causes externes » de 2013 à 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 51 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines conséquences de causes externes » sur la période 2020 à 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Tableau 14 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines conséquences de causes externes » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---|-------------|-------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Lésions traumatiques de la tête | 153 | 703 | 13 | 22 |
| Lésions traumatiques du cou | 12 | 49 | 1,0 | 2 |
| Lésions traumatiques du thorax | 37 | 203 | 3 | 6 |
| Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin | 56 | 221 | 5 | 7 |
| Lésions traumatiques de l'épaule et du bras | 46 | 150 | 4 | 5 |
| Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras | 109 | 369 | 9 | 11 |
| Lésions traumatiques du poignet et de la main | 71 | 342 | 6 | 11 |
| Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse | 99 | 241 | 8 | 8 |
| Lésions traumatiques du genou et de la jambe | 108 | 311 | 9 | 10 |
| Lésions traumatiques de la cheville et du pied | 27 | 107 | 2 | 3 |
| Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps | <10 | <10 | 0 | 0,1 |
| Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel | 59 | 63 | 5 | 2 |
| Brûlures et corrosions | 130 | 147 | 11 | 5 |
| Gelures | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Intoxications par des médicaments et des substances biologiques | 96 | 36 | 8 | 1,1 |
| Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale | 18 | 31 | 1,5 | 1,0 |
| Effets de causes externes, autres et non précisés | 105 | 72 | 9 | 2 |
| Certaines complications précoces des traumatismes | <10 | <10 | 0,2 | 0,3 |
| Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs | 87 | 152 | 7 | 5 |
| Total | 1216 | 3209 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



Tableau 15 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « causes externes de mortalité et de morbidité » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---|------------|-------------|--------------|-------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Accidents de transport | 129 | 589 | 16,9 | 32,5 |
| Chutes | 433 | 865 | 56,7 | 47,7 |
| Exposition à des forces mécaniques | 72 | 202 | 9,4 | 11,1 |
| Exposition à des forces animées | 15 | 18 | 2,0 | 1,0 |
| Noyade et submersion accidentelles | <10 | <10 | 0,8 | 0,4 |
| Autres accidents affectant la respiration | <10 | <10 | 0,7 | 0,2 |
| Exposition au courant électrique | <10 | <10 | 0,3 | 0,4 |
| Exposition à la fumée, au feu et aux flammes | 24 | <10 | 3,1 | 0,4 |
| Contact avec une source de chaleur et des substances brûlantes | 55 | 79 | 7,2 | 4,4 |
| Contact avec des animaux venimeux et des plantes venimeuses | 0 | <10 | 0,0 | 0,2 |
| Intoxication accidentelle par des substances nocives et exposition à ces substances | 22 | 31 | 2,9 | 1,7 |
| Surmenage, voyages et privations | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 763 | 1813 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic associé significatif
Exploitation : ORS Mayotte

Mortalité

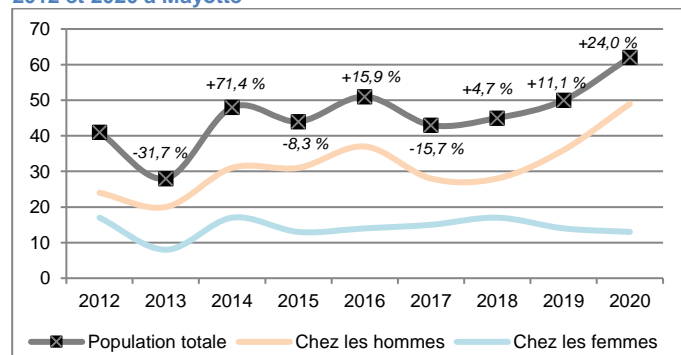
Les données de mortalité se déclinent selon deux angles : les « causes initiales décès » et les « causes de décès » dites « finales ». Contrairement aux autres nomenclatures, les deux angles interagissent fortement entre eux sur la thématique des accidents de la vie courante (nomenclature « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes », présente uniquement pour les « causes de décès », et « causes externes de mortalité et de morbidité », présente pour les deux angles).

Par homogénéité, l'angle sur les « causes initiales » est retenu dans ce document. Les « causes externes de mortalité et de morbidité » représentent la **troisième cause de mortalité** (ex-aequo avec « les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ») à Mayotte (7 % des décès domiciliés) sur la période de 2018 à 2020. Plus précisément, elle conserve ce **même rang pour les hommes**, et en est la **5^{ème} cause pour les femmes**.

Les « **causes externes de mortalité et de morbidité** » représentent **7 % des décès** sur la période 2012 à 2020 (9 % chez les hommes et 4 % chez les femmes), soit 412 décès cumulés (284 hommes – 69 %, 128 femmes – 31 %) et, en moyenne, **52 décès par an**.

À **structure de population équivalente** sur la période 2018 à 2020, les **habitants de Mayotte en meurent 1,2 fois moins** que ceux d'Hexagone et les **habitantes de Mayotte 1,5 fois moins** que celles d'Hexagone, et respectivement 1,7 et 1,5 fois moins sur la période 2015 à 2017 [23].

Figure 52 : Nombre de décès domiciliés liés aux « causes externes de mortalité et de morbidité » entre 2012 et 2020 à Mayotte



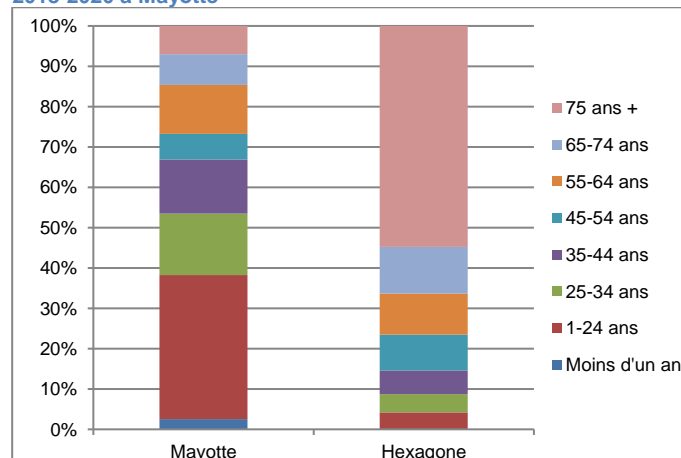
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « causes externes de mortalité »

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 53 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « causes externes de mortalité et de morbidité » sur la période de 2018-2020 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « causes externes de mortalité »

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 16 : Détail des « causes initiales de décès » (domiciliés) liées aux « causes externes de mortalité et de morbidité » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

| | Causes externes de mortalité et de morbidité - Causes initiales de décès | | | |
|--|--|-------------|-----------------|-------------|
| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
| | Effectifs | Pourcentage | Effectifs | Pourcentage |
| Accident de la circulation | <10 | 7 | 12 | 11 |
| Chutes accidentelles | <10 | 7 | <10 | 3 |
| Exposition à des forces mécaniques | 0 | 0 | <10 | 2 |
| Noyade et submersion accidentelles | <10 | 20 | 22 | 19 |
| Autres accidents affectant la respiration | <10 | 9 | <10 | 4 |
| Exposition au courant électrique, aux rayonnements et à des températures et pressions extrêmes | 0 | 0 | <10 | 2 |
| Exposition à la fumée, au feu et aux flammes | <10 | 5 | <10 | 3 |
| Exposition aux forces de la nature | <10 | 7 | <10 | 2 |
| Intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances | <10 | 5 | <10 | 2 |
| Surmenage, voyages et privations | <10 | 5 | <10 | 1 |
| Exposition accidentelles à des facteurs, autres et sans précision | 10 | 23 | 31 | 27 |
| Suicides | <10 | 9 | <10 | 4 |
| Agressions | 0 | 0 | 12 | 11 |
| Evènement dont l'intention n'est pas déterminée | <10 | 2 | <10 | 5 |
| Complication de soins médicaux et chirurgicaux | 0 | 0 | <10 | 4 |
| Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité | <10 | 2 | <10 | 1 |
| Somme 2018 à 2020 | 44 | 100 | 113 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés aux « causes externes de mortalité et de morbidité » (causes initiales de décès)

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2

Tableau 17 : Détail de « causes de décès » (domiciliés) liées aux « blessures, traumatismes et causes externes de décès » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

| | Blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes de décès - Causes de décès ⁴² | | | |
|--|--|-------------|-----------------|-------------|
| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
| | Effectifs | Pourcentage | Effectifs | Pourcentage |
| Lésions traumatiques de la tête | <10 | 25 | 32 | 44 |
| Lésions traumatiques du cou | <10 | 3 | <10 | 4 |
| Lésions traumatiques du thorax | <10 | 6 | <10 | 12 |
| Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin | <10 | 9 | 0 | 0 |
| Lésions traumatiques de l'épaule et du bras | <10 | 3 | 0 | 0 |
| Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lésions traumatiques du poignet et de la main | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse | <10 | 12 | 0 | 0 |
| Lésions traumatiques du genou et de la jambe | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lésions traumatiques de la cheville et du pied | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps | <10 | 3 | <10 | 5 |
| Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps | 0 | 0 | <10 | 5 |
| Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel | <10 | 9 | 7 | 9 |
| Brûlures et corrosions | <10 | 9 | <10 | 1 |
| Gelures | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Intoxications par des médicaments et des substances biologiques | <10 | 2 | 0 | 0 |
| Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicamenteuse | <10 | 2 | <10 | 3 |
| Effets de causes externes, autres et non précisés | 0 | 0 | <10 | 5 |
| Certaines complications précoces des traumatismes | <10 | 2 | <10 | 4 |
| Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs | <10 | 15 | <10 | 7 |
| Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes | 0 | 0 | <10 | 1 |
| Somme 2015 à 2017 | 30 | 100 | 64 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés aux « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » (causes de décès)

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2

⁴² Les « causes de décès » dites « causes finales » regroupent les « causes initiales », les « comorbidités » et les « causes associées » des décès.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



2 – Santé sexuelle

a) Santé périnatale

Caractéristiques des parturientes

En 2021, **11 % des parturientes ont moins de 20 ans**, contre 1,4 % dans l'Hexagone [26] (11 % en 2010 [27]).

L'âge moyen, en 2021, **est de 28 ans** [28] (27 ans en 2010 [27]) et celui des **primipares de 23 ans**, respectivement 31 ans et 29 ans dans l'Hexagone en 2021 [26].

En 2021, le **taux de mères mineurs est de 5 %** contre 0,3 % dans l'Hexagone, stables avec 2019 et 2020 [26].

La **proportion de mères de nationalité étrangère** a augmenté depuis 2010, atteignant **75 % en 2016** : la grande majorité est comorienne [27] (tendance également observée en 2021 [29]). Elles sont une **minorité à arriver à Mayotte pendant leur grossesse** (12,5% en 2016 contre 3,5% en 2021) [27].

En 2016, une grande majorité des mères était en situation de précarité, **45 % n'ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité en primaire** (contre 2 % dans l'Hexagone et 14 % dans l'ensemble des Drom) [27]. Le revenu du foyer est **inférieur à 500€ pour 57 % des mères** (contre 45 % en 2010) [27]. En 2018, **62 % ne disposent d'aucune couverture de santé** [26], contre 53 % en 2010 [27] (Tableau 18).

Tableau 18 : Couverture sociale et Couverture maladie complémentaire au début de la grossesse en 2010 et 2016 à Mayotte

| | | % | Mayotte 2016 | Mayotte 2010 | Hexagone 2016 |
|---|---|---|--------------|--------------|---------------|
| Couverture sociale au début de la grossesse | Sécurité sociale | | 38 | 43 | 86 |
| | CMU ou AME | | 0,1 | 4 | 13 |
| | Aucune | | 62 | 53 | 1 |
| Couverture maladie complémentaire | Mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance | | 4 | | 82 |
| | CMU complémentaire | | 0,5 | | 9 |
| | Aucune | | 95 | | 9 |

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2016 [27]

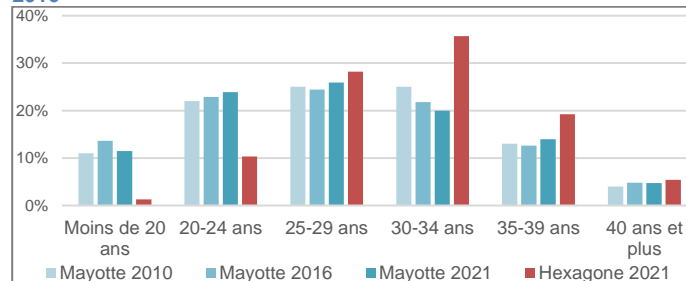
En 2021, **69 % des femmes étaient heureuses que la grossesse arrive maintenant** (plus qu'en 2016 [27]) soit légèrement moins que dans l'Hexagone (71 %) [28]. Cependant, **elles sont beaucoup plus nombreuses à ne pas vouloir tomber enceinte**, 16 % contre 4 % dans l'Hexagone [28].

A Mayotte, **60 % des mères ont déclaré en 2021 avoir déjà eu recours à la contraception** contre pratiquement 90 % des mères dans l'Hexagone [28]. Sachant que la **pilule** (54 %) et les méthodes de type **implant, patch ou anneau vaginal** (36 %) sont de très loin les plus utilisées (Tableau 19), elles sont **aussi les plus à risque** [28]. On y observe aussi un **taux d'échec**⁴³ dans l'utilisation de contraceptifs beaucoup **plus important** : 46 % contre 23 % dans l'Hexagone [28] (Tableau 19).

On note aussi une **légère augmentation d'antécédents d'IVG** par rapport à 2016 (18 % contre 14 % en 2021) [28].

⁴³ Est tombée enceinte ou encore ne convenait pas. Ainsi, le taux d'échec pour celle ayant recours à la pilule est de 73 % contre 54 % en temps normal. 45 % Pour celles utilisant les méthodes de type implant, patch ou anneau vaginale, contre 36 % en temps normal.

Figure 54 : Age des parturientes de Mayotte en 2010 et 2016



Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2016 [27]

Tableau 19 : Usage des méthodes contraceptives en 2016 et 2021 à Mayotte

| | | % | Mayotte 2016 | Mayotte 2021 | Hexagone 2021 |
|--|--------------------------------|---|--------------|--------------|---------------|
| Dernière méthode de contraception utilisée | Pilule | | 58 | 54 | 60 |
| | Implant, patch, anneau vaginal | | 22 | 36 | 6 |
| | Stérilet | | 3 | 4 | 16 |
| | Préservatif masculin | | 5 | 3 | 14 |
| | Autre méthode | | 13 | 4 | 5 |

Source : ARS Mayotte, enquête nationale périnatale de 2021 [28]

Tableau 20 : Parité en 2010, 2016 et 2021 à Mayotte

| % | Mayotte 2010 | Mayotte 2016 | Mayotte 2021 | Hexagone 2021 |
|-----|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 0 | 23 | 23 | 22 | 41 |
| 1 | 19 | 20 | 20 | 35 |
| 2 | 17 | 17 | 18 | 15 |
| ≥ 3 | 41 | 40 | 39 | 9 |

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Etat de santé des mères

Malgré le maillage de l'offre de soins en 2021, le **temps d'accès à la maternité est plus long à Mayotte**, 68 % des mères mettent moins de 30 minutes pour se rendre à la maternité contre 74 % dans l'Hexagone. Sachant que le trajet ne s'effectue en **voiture** que pour à peine une mère sur deux (45 % contre 88 % dans l'Hexagone), dans l'autre moitié des cas le trajet s'effectue en **taxi** (27 % contre 3 %) ou en **transport d'urgence** (20 % contre 5 %) [28].

Les dossiers médicaux des parturientes font état de **diabète gestationnel** et d'une **HTA gestationnelle antérieurs** à la grossesse présente, pour respectivement **6 %** et **3 %** à Mayotte, contre respectivement 3 % et 1,2 % dans l'Hexagone. C'est d'autant plus inquiétant pour **les antécédents de diabète gestationnel qui ont triplé entre 2016 et 2021** [28].

Pendant la grossesse, 6 % des mères sont concernées par une **HTA**, 12 % d'une **suspicion d'anomalie du poids fœtale** et 1,1 % d'un **placenta prævia** [28]. Taux relativement proches de ceux observés dans l'Hexagone [28]. Le **diabète gestationnel** concerne 10 % des mères à Mayotte (contre 16 % dans l'Hexagone) [28]. Étant donné le suivi médical insuffisant de certaines mères, il est possible que les prévalences réelles de ces complications soient plus élevées, notamment pour le diabète gestationnel au vu des caractéristiques maternelles plus à risque à Mayotte [28]. Enfin, en fin de grossesse, le statut pour la **toxoplasmose** et la **syphilis** des parturientes était inconnu pour, respectivement, seulement 1,6 % pour la toxoplasmose et 1,5 % pour la syphilis [28].

Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, moins de 1 % des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse et 1,3 % fumaient pendant le troisième trimestre (contre respectivement 3 % et 12 % dans l'Hexagone) [28] (*Tableau 22*).

Tableau 22 : Comportements à risque pendant la grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte

| % | Mayotte 2010 | Mayotte 2016 | Mayotte 2021 | Hexagone 2021 |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Consommation d'alcool après avoir eu connaissance de la grossesse | | 1,0 | <1 | 3 |
| Consommation de cigarettes pendant le troisième trimestre | 1,0 | 2 | 1,3 | 12 |
| Consommation de cannabis pendant la grossesse | | 0,2 | <1 | 1,1 |

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]

Suivi de grossesse

Du fait de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, **les sages-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse** à Mayotte en 2021, désignées comme professionnel principal [28]. **Une parturiente sur deux** (56 %) déclare avoir consulté un **professionnel de la PMI** et **une sur dix** déclare avoir consulté une sage-femme en **maternité publique ou en CPP** [28]. Les **libérales** ont été sollicité par **une parturiente sur trois** (soit plus qu'en 2016 avec 26,9 %) [28] (*Figure 55*).

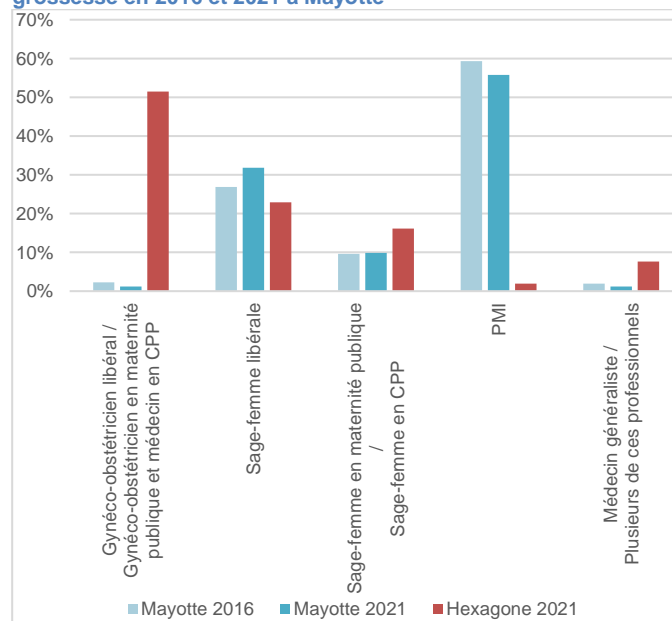
Malgré leur implication, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant en 2021, tout comme en 2016 [28]. Le nombre déclaré d'échographies reste bien en deçà des recommandations (malgré une nette amélioration) : **seulement 32 % déclarent avoir réalisées les plus de trois échographies** recommandées contre plus de 86 % dans l'Hexagone [28] (*Tableau 23*).

Tableau 21 : Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation en 2021 à Mayotte

| % | Affiliée | Non affiliée |
|----------------------------------|----------|--------------|
| Diabète antérieur à la grossesse | 5 | 6 |
| Antécédent d'enfant mort-né | 1 | 6 |
| Antécédent d'enfant né prématuré | 12 | 10 |
| Antécédent de césarienne | 22 | 16 |

Source: ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]

Figure 55 : Professionnels consultés pour le suivi de grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte



Source: ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 23 : Consultations médicales au cours de la grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte

| | % | Mayotte 2010 | Mayotte 2016 | Mayotte 2021 | Hexagone 2021 |
|------------------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Nombre de consultations en urgence | Oui | | 28,3 | 1,2 | 50,1 |
| | Non | | 71,7 | 31,8 | 49,9 |
| Entretien du 4ème mois | Oui | 4 | 6,5 | 9,9 | 36,5 |
| | Non / Ne sait pas | 96 | 93,5 | 55,8 | 63,5 |
| Nombre d'échographies réalisées | Moins de 3 | 47,5 | 46,1 | 1,2 | 0,4 |
| | 3 | 33 | 31,7 | 1,2 | 13,1 |
| | Plus de 3 | 19 | 22,2 | 31,8 | 86,1 |

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]

Accouchements⁴⁴

Le **taux de césarienne est de 14 %** en 2021, bien en deçà de celui observé dans l'Hexagone (21 %) [28] (Tableau 39). De plus, près d'une femme sur dix déclare avoir ressenti une douleur forte voire insupportable lors de l'accouchement (89 % contre 56 % dans l'Hexagone) [28].

La **voie basse instrumentale est deux fois moins fréquente que dans l'Hexagone** (6 % contre 12 %). Les **épisiotomies ont concerné seulement 1,7 % des accouchements par voie basse**, contre 8 % dans l'Hexagone [28]. Le **faible interventionnisme médical** peut être expliqué par la **parité plus importante** et le fait que la très **grande majorité des accouchements est réalisée par des sages-femmes** (76 %) du fait de l'**absence de gynécologues-obstétriciens** dans les maternités périphériques [28] (Tableau 24).

Tableau 24 : Taux de césarienne selon les antécédents en 2016 et 2021 à Mayotte

| Taux de Césarienne (%) | Mayotte 2010 | Mayotte 2016 | Mayotte 2021 | Hexagone 2021 |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Ensemble des naissances | 20 | 17,6 | 30,1 | 20,7 |
| Multipares | 19 | 14,5 | 69,9 | 18,2 |
| Sans antécédents de césarienne | 13 | 8 | 1,8 | 8 |
| Avec antécédent de césarienne | 47 | 49 | 98,2 | 57,6 |
| Primipares | 22 | 32,0 | 33,6 | 22,0 |

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]

La **prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue que dans l'Hexagone** [28]. La très grande majorité des parturientes (75 %, 88 % en 2016) n'a **bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail** contre 15 % dans l'Hexagone [28]. Deux faits contribuent à ce constat : la **faible accessibilité** à ces pratiques, anesthésistes présents uniquement sur le site de Mamoudzou et en nombre insuffisant, et une **demande plus faible** des parturientes, seulement 12 % des parturientes souhaitent absolument une analgésie péridurale avant leur accouchement sachant que 34 % d'entre elles ne l'ont pas reçue [28].

En 2021, les **taux de prématurité** (10 %) et de **petits poids** (11 %) sont en **légère baisse** par rapport à 2016 (respectivement 12 % et 13 %), mais **restent toujours supérieurs à l'Hexagone** (7 %) [28].

Tableau 25 : Santé des nouveau-nés à la naissance en 2016 et 2021 à Mayotte

| | % | Mayotte 2016 | Mayotte 2021 | Hexagone 2021 |
|-----------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------|
| Etat du nouveau-né à la naissance | Vivant | 99,0 | 99 | 99,1 |
| | Mort-né | 0,9 | 0,9 | 0,5 |
| | IMG | 0,1 | 0,1 | 0,4 |
| Anomalie congénitale | Oui | 5 | | |
| | Non | 95 | | |
| Apgar à 5 minutes | <7 | 1,9 [≤6] | 2,3 | 1,6 |
| | 7-9 | 5,7 [7-8] | 7,5 | 7,8 |
| | 10 | 92,3 [9-10] | 90,2 | 90,7 |
| pH artériel au cordon | <7 | 4,5 | <1,0 | 0,7 |

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]

Tableau 26 : Déroulement du travail en 2016 et 2021 à Mayotte

| | % | Mayotte 2010 | Mayotte 2016 | Mayotte 2021 | Hexagone 2021 |
|---|------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Présentation fœtale | Céphalique | 96,0 | 96,1 | 97,5 | 95,0 |
| | Autre | 4,0 | 3,9 | 2,5 | 5,0 |
| Mode de début de travail | Travail spontané | 78 | 82,4 | 84 | 63,8 |
| | Déclenchement | 14 | 12,4 | 11 | 25,8 |
| | Césarienne avant le travail | 8 | 5,2 | 5 | 7,1 |
| Rupture de la poche des eaux (parmi les voie basse) | Artificielle | | 32,3 | 21,7 | 38,9 |
| | Spontanée avant le travail | | 20,3 | 24,8 | 31,5 |
| | Spontanée pendant le travail | | 47,4 | 53,6 | 29,6 |
| Ocytocine durant le travail | Oui | | 22,1 | 14,7 | 41,3 |
| | Non | | 77,9 | 85,3 | 59,7 |

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [28]

⁴⁴ En 2010, contrairement à ce qui était observé dans les pays Européens, il naissait à Mayotte un peu plus de filles (51,2 %) que de garçons [100].



À Mayotte en 2021, **13 %** des nouveau-nés vivants (contre 8 % dans l'Hexagone) **reçoivent une ventilation au masque**, moins de **1 % une intubation**, et **3 % une pression positive continue (PPC) nasale**. L'allaitement maternel exclusif à la maternité est plus répandu qu'ailleurs, pratiqué par 81 % des parturientes (86 % en 2016 [27]) contre 56 % dans l'Hexagone [28].

b) Mortalité périnatale

Tableau 27 : Indicateurs de mortalité périnatale de 2016 à 2021 à Mayotte

| | °° | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Taux de mortinatalité ⁴⁵ | Mayotte | 15,3 | 13,3 | 12,7 | 14,5 | 15,8 | 17,9 |
| | Hexagone | 8,7 | 8,6 | 8,4 | 7,8 | 8,2 | 8,1 |
| Taux de mortalité infantile ⁴⁶ | Mayotte | 10,1 | 8,8 | 9,8 | 8,5 | 9,5 | 8,6 |
| | Hexagone | 3,5 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 3,4 | 3,4 |
| Taux de mortalité néonatale ⁴⁷ | Mayotte | 5,1 | 4,8 | 4,8 | 5,1 | 5,3 | 5,3 |
| | Hexagone | 2,6 | 2,6 | 2,4 | 2,6 | 2,5 | 2,6 |
| Taux de mortalité néonatale précoce ⁴⁸ | Mayotte | 2,8 | 3,6 | 2,7 | 3,4 | 3,9 | 3,2 |
| | Hexagone ⁴⁹ | 1,4 | 1,8 | 1,7 | 1,8 | 1,7 | 1,8 |
| Taux de mortalité néonatale tardive ⁵⁰ | Mayotte | 2,2 | 1,2 | 2,1 | 1,7 | 1,4 | 2,1 |
| | Hexagone | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,8 |

Source : Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2021 [26]

En 2021, **les indicateurs de mortalité périnatale sont deux à trois fois plus importants que dans l'Hexagone** avec un taux de **mortinatalité** de 17,9 pour 1 000 naissances totales (8,1 dans l'Hexagone) [26] ; de **mortalité infantile** de 8,6 pour 1 000 naissances vivantes (3,4 dans l'Hexagone) [26] ; et de **mortalité néonatale** de 5,3 °° (2,6 dans l'Hexagone) [26] (Tableau 27).

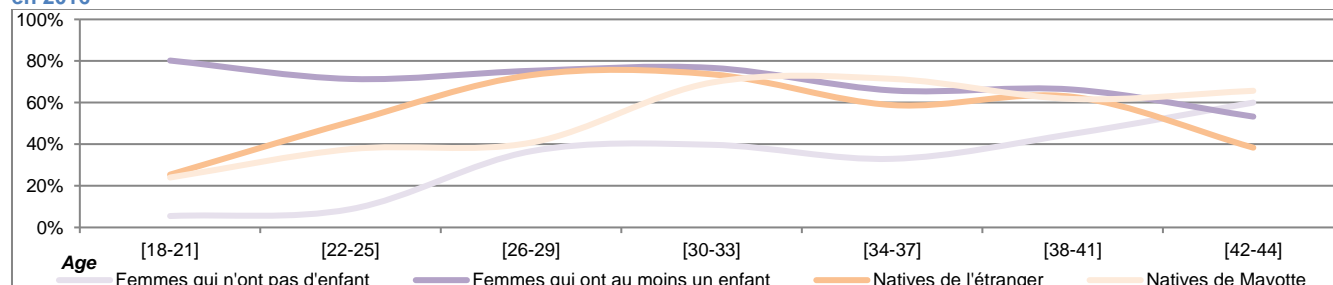
c) Contraception

En 2016, **44 % des femmes de 18-44 ans n'utilisent pas de contraception** [30]. Entre **18 et 21 ans**, les femmes natives de l'étranger et de Mayotte en ont un **recours identique**, alors qu'un écart est remarqué parmi les **26-29 ans** [30]. Sur cette tranche d'âge, les **natives de l'étranger sont presque deux fois plus nombreuses** à utiliser une contraception que les natives de Mayotte (75 % contre 40 %) [30]. Chez les **30-33 ans**, le recours est ensuite **plus proche** (60-70 %) [30]. Il se **maintient** avec l'âge chez les **natives de Mayotte** mais **décroit après 40 ans** chez les **natives de l'étranger** [30] (Figure 56).

L'utilisation de contraceptif(s) évolue fortement en fonction du nombre d'enfants [30]. **Sans distinction du lieu de naissance, les femmes qui n'ont pas eu d'enfant vont en déclarer un recours beaucoup plus faible** (14 %) que celles en ayant au moins un (70 %), particulièrement chez les plus jeunes [30]. Le recours déclaré à la contraception reste important parmi les femmes jusqu'à 40 ans dès lors qu'elle a un enfant (taux à 80-70 %) [30]. Chez les femmes qui n'ont pas d'enfant, ce recours croit régulièrement selon l'âge : il est de 5 % parmi les femmes de 18-21 ans et de 60 % chez celles âgées de plus de 40 ans [30] (Figure 56).

Les femmes qui déclarent n'avoir jamais été en couple ou mariées ont en moyenne 2,8 enfants, tandis que celles qui l'ont été au moins trois fois déclarent trois fois plus d'enfants (6,7) [30].

Figure 56 : Recours « actuel » à la contraception à Mayotte selon le pays de naissance, l'âge et le fait d'avoir un enfant en 2016



Champ : Femmes de 18-44 ans habitant Mayotte

Source : ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [30]

⁴⁵ Nombre de fœtus morts expulsés après 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g pour 1 000 naissances totales.

⁴⁶ Nombre d'enfants domiciliés à Mayotte décédés dans leur première année de vie pour 1 000 naissances vivantes.

⁴⁷ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie pour 1 000 naissances vivantes.

⁴⁸ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et la première semaine de vie pour 1 000 naissances vivantes.

⁴⁹ Mortalité hospitalière uniquement.

⁵⁰ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la deuxième semaine (inclusive) et le premier mois de vie pour 1 000 naissances vivantes.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



Parmi les femmes ne prenant pas de contraception, le motif le plus souvent cité (*Tableau 28*) est **le fait ne pas avoir (ou peu) de relation(s) sexuelle(s)** : 45 %. 20 % des femmes disent « **ne pas vouloir utiliser de contraceptif** » [30]. Le désir d'avoir un enfant est le troisième motif le plus cité : 18 % [30]. Les femmes n'ayant eu aucun enfant (75 % contre 18-26 % des mères de 2 enfants ou plus) et les jeunes (70 % des 18-24 ans contre 22 % des 35-44 ans) sont largement majoritaires à déclarer ne pas utiliser de contraception car elles n'ont pas ou peu de relation(s) [30].

Parmi les femmes déclarant plus souvent « **ne pas vouloir utiliser de contraceptif** », sont surreprésentées : **les moins diplômées**, celles se déclarant dans **une situation financière plus précaire**, les mères ayant eu **deux enfants ou plus** et les femmes âgées de **35-44 ans** [30].

Le type de contraceptif le plus souvent cité (*Tableau 29*) est **la pilule** (64 %), suivie de **l'implant** (27 %) et du **stérilet/ dispositif intra-utérin (DIU)** (11 %) [30].

Par comparaison aux femmes plus âgées, les jeunes de **18 à 24 ans ont moins recours à la pilule contraceptive** (52 % contre 64-68 %) et plus à l'implant (40 % contre 18 %) [30]. Le recours au stérilet/DIU est particulièrement faible chez les jeunes de 18-24 ans (5 %) et les femmes considérant leur revenu comme insuffisant (4 %) [30].

6 % des femmes ont cité au moins un moyen de contraception à fort taux d'échec [30]. Ce sont celles ayant le **niveau BAC** (11 %), estimant leur **revenu « insuffisant »** (10 %), ayant eu **1 enfant** (8 %) et les **35-44 ans** (9 %) qui sont les plus nombreuses [30].

Tableau 28 : Motifs cités pour lesquelles les femmes de Mayotte ne prennent pas de contraceptif⁵¹ en 2016

| % | | Peu/pas de relation(s) sexuelle(s) | Ne veut pas utiliser de contraceptif | Désir d'enfant | Partenaire prend ses précautions | Ne peut plus avoir d'enfant | Vient d'accoucher ou enceinte | Pour des raisons de santé | Coûte cher | Autre |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| Total | | 45 | 20 | 18 | 3 | 3 | 3 | 1 | 0,7 | 0,8 |
| Diplôme chez les 25-34 ans | Sans scolarité | 31 | 28 | 28 | 3 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| | Sans diplôme | 29 | 17 | 26 | 2 | 2 | 5 | 0,9 | 0 | 2 |
| | Diplôme inférieur au BAC | 32 | 25 | 9 | 8 | 3 | 6 | 0 | 4 | 0 |
| | BAC | 53 | 17 | 25 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | BAC+2 ou supérieur | 53 | 13 | 23 | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| Perception de son revenu | Insuffisant | 46 | 22 | 16 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0,7 | 1 |
| | "Juste" | 37 | 24 | 20 | 3 | 3 | 5 | 1 | 0,4 | 0 |
| | Suffisant | 50 | 12 | 19 | 5 | 3 | 6 | 0,6 | 1 | 0 |
| Nombre d'enfants eus | Aucun | 75 | 4 | 13 | 0,2 | 0 | 2 | 0 | 0,6 | 0 |
| | 1 enfant | 21 | 22 | 38 | 8 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | 2 enfants | 18 | 35 | 24 | 2 | 3 | 6 | 0 | 1 | 1 |
| | 3 enfants ou plus | 26 | 33 | 15 | 5 | 6 | 4 | 4 | 1 | 2 |
| Age | 18-24 ans | 70 | 11 | 10 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | 25-34 ans | 28 | 20 | 23 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0,9 | 0,7 |
| | 35-44 ans | 22 | 30 | 22 | 5 | 8 | 2 | 3 | 1 | 2 |

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. 18 % ont cité le « désir d'enfant » parmi l'un de leurs trois choix. La somme des lignes ne fait pas 100 %.

Champ : Femmes de 18-44 ans habitant à Mayotte

Source : ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [30]

Tableau 29 : Contraceptifs utilisés et cités par les femmes de Mayotte en 2016

| % | | Méthode à fort taux d'échec | | | | | | | | | | Autre | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------|---------------|----------------------|-----------|---------|------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|-------|----------------------------------|
| | | Pilule | Implant | Stérilet, DIU | Préservatif masculin | Injection | Retrait | Analyse du cycle | Abstinence périodique | Méthodes naturelles | Diaphragme, cape cervicale | | Au moins une des méthodes citées |
| Total | | 64 | 27 | 11 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 0,7 | 0,1 | 6 | 0,4 |
| Diplôme chez les 25-34 ans | Sans scolarité | 67 | 32 | 7 | 0 | 0,6 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| | Sans diplôme | 65 | 37 | 3 | 3 | 3 | 0,8 | 0,4 | 0,4 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | Diplôme inférieur au BAC | 65 | 33 | 15 | 6 | 0 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 11 | 5 |
| | BAC | 67 | 17 | 21 | 10 | 0 | 4 | 3 | 3 | 0 | 0 | 9 | 0 |
| | BAC+2 ou supérieur | 56 | 23 | 20 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Perception de son revenu | Insuffisant | 65 | 27 | 4 | 4 | 3 | 5 | 2 | 4 | 0 | 0,3 | 10 | 0,7 |
| | "Juste" | 64 | 23 | 18 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | Suffisant | 63 | 30 | 18 | 5 | 0,2 | 0,9 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,2 |
| Nombre d'enfants eus | Aucun | 75 | 11 | 7 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0,9 | 0 | 0 | 0,9 | 0 |
| | 1 enfant | 60 | 30 | 6 | 12 | 0 | 6 | 0 | 2 | 0,6 | 0 | 8 | 0,5 |
| | 2 enfants | 59 | 28 | 22 | 6 | 0 | 0,8 | 3 | 0,8 | 0 | 0,7 | 4 | 0 |
| | 3 enfants ou plus | 65 | 28 | 10 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0,9 | 0 | 7 | 0,6 |
| Age | 18-24 ans | 52 | 40 | 5 | 7 | 0 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0,8 | 7 | 0 |
| | 25-34 ans | 64 | 30 | 11 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 5 | 0,6 |
| | 35-44 ans | 68 | 18 | 15 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 0 | 9 | 0,3 |

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. 3 % ont cité le « retrait » parmi l'un de leurs trois choix. La somme des lignes ne fait pas 100 %.

Champ : Femmes de 18-44 ans habitant à Mayotte

Source : ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [30]

⁵¹ En 2016, 7 % des habitantes de Mayotte, âgées de 18 à 44 ans, déclarent qu'elles ne « ne peuvent pas ou ne peuvent plus avoir d'enfant » [30]. Elles sont moins de 2 % chez les plus jeunes et 12 % chez les 35-44 ans [30]. Parmi ces femmes, le premier motif cité est celui des problèmes de santé (26 %), suivi d'un problème de stérilité (21 %) [30]. Toutefois, une femme sur quatre ne sait pas pourquoi elle n'arrive « pas ou plus à avoir d'enfant » [30].



Rapport à la sexualité chez les 10-12 ans

22 % des enfants de 10-12 ans⁵² ont déjà **évoqué des thèmes sur la sexualité avec un de leurs proches**, sans distinction entre fille/garçon [5]. Si l'on considère les classes d'âge, ils sont 16 % chez les garçons de 10 ans et 29 % chez les 12 ans [5]. Les filles, qui devraient commencer à aborder le sujet des menstruations à cette période de leur vie, ne sont que 19 % chez celles de 10 à 11 ans et 30 % chez les filles de 12 ans à avoir évoqué une discussion autour de la sexualité [5].

Parmi ces enfants, les **copains/copines ressortent comme principaux interlocuteurs** (42 %), beaucoup plus chez les garçons (48 % contre 35 %) [5]. Suivis des parents (24 %, sans distinction fille/garçon) et du foundi (21 %) [5]. Des **différences entre garçons et filles sont particulièrement importantes lorsque le frère ou la sœur** (11 %) est cité(e), 17 % chez les filles et 5 % chez les garçons [5].

d) Recours à l'interruption volontaire de grossesse

En 2021, **1 652 IVG ont été réalisés** soit un taux de **15,5 IVG pour 100 naissances vivantes** (30 dans l'Hexagone), **demeurant deux fois plus bas que dans l'Hexagone** : 30 pour 100 naissances vivantes [26] (*Tableau 30*). Se déterminant également comme un **taux pour 1 000 femmes de 15-49 ans** : il est de **22,3** contre 15,0 dans l'Hexagone [26].

Tableau 30 : Nombre d'IVG à Mayotte entre 2012 et 2021

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nombre d'IVG | 1 338 | 1 457 | 1 513 | 1 638 | 1 668 | 1 615 | 1 683 | 1 555 | 1 615 | 1 652 |
| Taux d'IVG pour 100 naissances | 19,6 | 21,7 | 20,3 | 18,0 | 17,2 | 16,9 | 18,1 | 16,4 | 17,7 | 15,5 |
| Taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans | 27,2 | 27,8 | 27,1 | 27,5 | 26,6 | 26,0 | 26,0 | 22,4 | 22,6 | 22,3 |

Source : Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2021 [26]

Sur la période 2020-2021, la **moyenne d'âge de recours à l'IVG était de 24 ans** et les **mineurs** en représentaient **13,5 %** (1% concernait des moins de 15 ans) [31]. Le recours à l'**IVG médicamenteuse concernait 74 %** de l'ensemble des IVG réalisées à Mayotte et la part d'IVG médicamenteuses chez les mineures était de 61 % [31].

En 2016, **il est estimé que les femmes vivant à Mayotte sont 10 % à avoir eu recours au moins à une IVG**, dont 3 % à plusieurs reprises [30]. 7 % des 18-24 ans déclarent avoir eu recours à une IVG et 11-12 % chez les plus âgées [30]. L'âge moyen du premier recours à une IVG est de 23 ans et il est de 20 ans pour celles en déclarant plusieurs IVG [30].

e) Maladies sexuellement transmissibles

VIH

Avant-propos : **Le dépistage⁵³ est réalisé par les professionnels de santé au cours de consultations de soins ou de prévention** au CHM dans le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic/CeGIDD des infections par le VIH⁵⁴ [32]. La collecte des déclarations obligatoires de sérologie VIH positive s'est améliorée avec le travail mené en collaboration avec les deux laboratoires de biologie médicale : le CHM et le laboratoire privé Troalen, ainsi qu'une sensibilisation faite sur le sujet depuis 2013-2015 [32].

L'année 2020 a été particulièrement touchée par la crise sanitaire, obligeant une grande partie des professionnels de santé à se consacrer au SARS-CoV-2 [33]. À Mayotte, **la pandémie a entraîné une forte diminution** du recours au dépistage du VIH et des autres IST et donc de leur **déclaration** [33].

Dépistage : Sur le territoire, **116 sérologies VIH pour 1000 habitants ont été réalisées** en 2021 [33]. Mayotte fait partie des régions présentant un **taux de dépistage « moyen »** [33]. Il augmente de +23 % par rapport à 2020 après avoir diminué de près de -29 % par rapport à 2019 [33] (*Figure 57*).

⁵² Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].

⁵³ Le diagnostic du premier cas de Sida à Mayotte est estimé autour des années 1980-début 1990 [32]. Les politiques de santé développées pour la prévention du VIH à Mayotte ont privilégié les campagnes d'information et de communication, le dépistage avec la mise en place du CDAG au cours des années 2000 [32]. Jusqu'en 2014, la prise en charge des premiers patients s'effectuait sur le CDAG géré par le Pôle santé publique du CHM [32]. Elle a été transférée ensuite au service de Médecine (infectiologie) du CHM [32].

⁵⁴ Quant aux hépatites et infections sexuellement transmissibles, le dépistage est réalisé aux centres de PMI, et par les médecins et sages-femmes libéraux, etc. [32].



ARS MAYOTTE

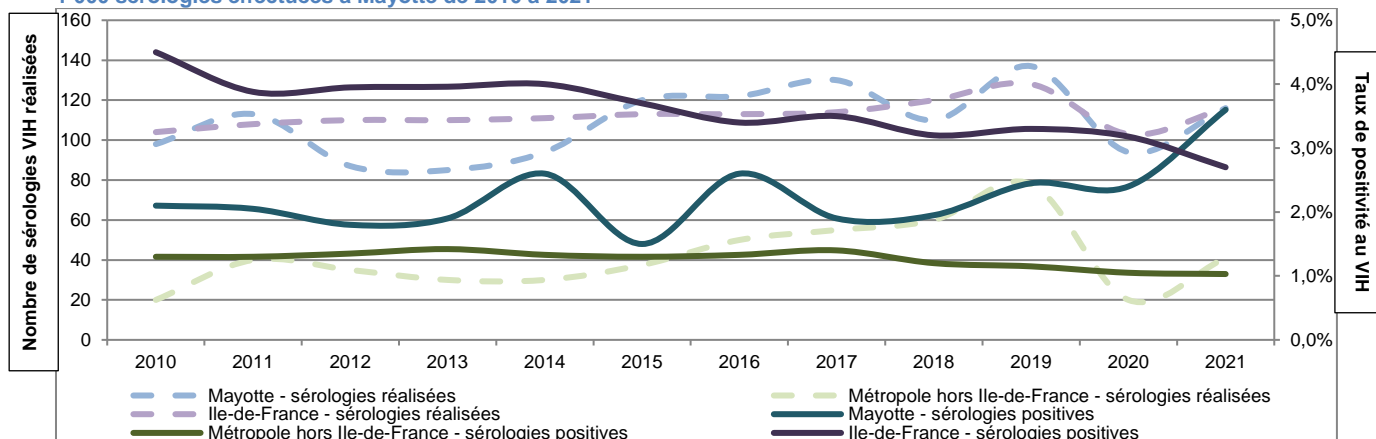
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 57 : Evolution annuelle du nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants et taux de positivité pour 1 000 sérologies effectuées à Mayotte de 2010 à 2021



Champ : Habitants de Mayotte

Source : SpF, enquête LaboVIH de 2020 [33]

Prévalence : Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH à Mayotte était de **2,6 pour 10 000 habitants en 2021** [33] (Figure 58). Par rapport aux autres régions, Mayotte présente le nombre de découvertes de séropositivité au VIH le plus élevé, supérieur de +67 % à celui de l'Ile-de-France (1,6 pour 10 000) [33].

Après une première diminution observée entre 2010 et 2013, le taux de découvertes de séropositivité était reparti à la hausse jusqu'à atteindre en 2016 un taux de 2,2 [33]. Une nouvelle diminution a été observée entre 2017 et 2018 (respectivement 2,0 et 1,8) [33].

C'est en 2019 que le nombre de découvertes a atteint son maximum avec 2,9 pour 10 000 habitants, faisant de Mayotte le département avec le plus fort taux [33]. En 2021, ce taux a considérablement augmenté de +84 % par rapport à 2020 [33] (Figure 58).

Profils⁵⁵ :

En 2021, à Mayotte, la **majorité des découvertes de séropositivité concerne des femmes** : 53 %, contre 58 % sur la période 2017-2020. La classe d'âge la plus représentée est celle des **25-49 ans** (-9 à 12 points par rapport à la période 2017-2020) [33]. La majorité des personnes ayant découvertes leur séropositivité en 2021 est née hors territoire français (Comores, Madagascar ou Maurice – 53 % - Afrique sub-saharienne - 24 %) [33] (Tableau 31).

Tableau 31 : Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH à Mayotte de 2017 à 2021

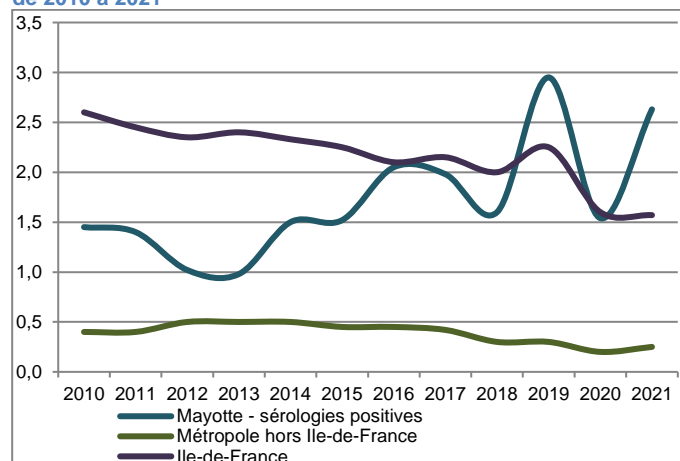
| | | Mayotte | | France Hexagonale (hors Ile-de-France) | |
|--------------|-----------------|-----------|-----------|--|------|
| | | 2017-2019 | 2018-2020 | 2021 | |
| Sexe | Hommes | 42 % | 43 % | 47 % | 73 % |
| | Femmes | 58 % | 58 % | 53 % | 26 % |
| | Transgenres | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % |
| Classe d'âge | Moins de 25 ans | 22 % | 24 % | 34 % | 15 % |
| | 25-49 ans | 70 % | 67 % | 58 % | 61 % |
| | 50 ans et plus | 9 % | 9 % | 8 % | 24 % |

Champ : Habitants de Mayotte

Source : SpF, enquête LaboVIH de 2020 [33]

⁵⁵ Parmi les autres facteurs de risque non présentés ici, figure : le multi partenariat (qu'il soit hétérosexuel et homosexuel) et les échanges économico-sexuels (prostitution) [32]. Ils se surajoutent à un contexte de forte précarité, des migrations en provenance de pays touchés (Comores, Madagascar, pays de l'Afrique des grands lacs, etc.) et un « tourisme sexuel » en direction de Madagascar, ce qui implique une vigilance et une incitation forte à la prévention [32].

Figure 58 : Evolution du nombre de découvertes de séropositivité au VIH pour 10 000 habitants de Mayotte de 2010 à 2021



Note : Données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration.

Champ : Habitants de Mayotte

Source : SpF, enquête LaboVIH de 2020 [33]



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

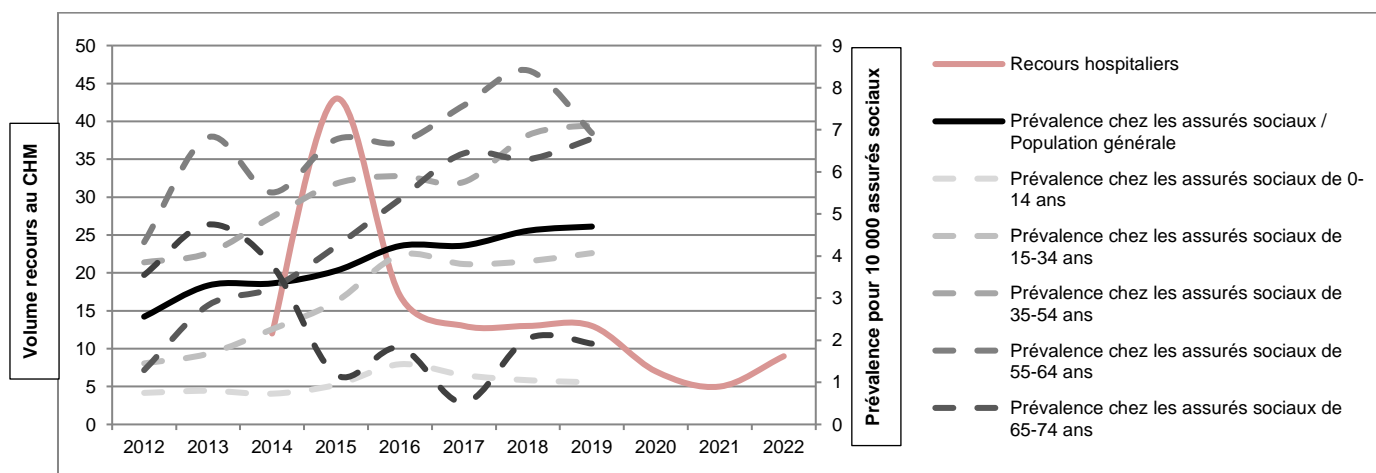


Sur la période de 2015 à 2020, la **majorité** des personnes découvrant leur séropositivité étaient des **diagnostics intermédiaires** [33]. La part des diagnostics **précoces**⁵⁶ est restée **inchangée** entre 2015-2016 et 2017-2018 : 24 % [33]. Celle des diagnostics à un stade **avancé** a **légèrement diminué** entre ces deux périodes : respectivement 24 et 19 % [33]. Elle est plus élevée chez les hétérosexuelles : 28 % pour ceux nés à l'étranger et 17 % pour ceux nés en France, et nulle chez les HSH [33]. En 2021, la part des co-infections avec une hépatite B ou d'autres IST avait augmenté, alors que celle avec une co-infection hépatite C avait diminué⁵⁷ [33].

Prise en charge : 43 individus ont eu **recours au CHM**⁵⁸ en 2015, soit quatre fois plus qu'en 2014 (12). Depuis, **ce volume diminue** et est de 7 à 9 individus pour 2020 et 2022. Sur la période 2014 à 2022, **sept personnes sur dix** ayant eu recours au CHM étaient des **hommes**. **Ces derniers consultent le CHM à des âges plus jeunes que les femmes** : quatre sur dix ont moins de 30 ans, contre deux sur dix. Les 30-39 ans sont alors trois fois plus représentés chez les femmes : 37 % contre 13 %. Au-delà de ce seuil, les répartitions sont plus proches.

Concernant la **prévalence** déterminée chez les **assurés sociaux**⁵⁹, elle **augmente depuis 2012**, de 2,6 pour 1 000 individus à 4,7 en 2019. Comparativement à l'Hexagone, ce taux est quatre fois inférieur : 19,7 pour 1 000. Ce sont les **35-74 ans qui ont le taux de prévalence le plus fort** : 6,8 à 7,1 pour 1 000 assurés sociaux (*Figure 59*).

Figure 59 : Evolution du nombre de séjours au CHM et de la prévalence déterminée depuis les données de l'assurance maladie à Mayotte de 2012 à 2022



Note concernant les données de l'Assurance Maladie : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [34], trois habitants sur quatre de 18-79 ans [34] et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [35], et trois habitants de 18 ans ou plus sur cinq en 2019 [36].

Champ : Habitants de Mayotte, assurés sociaux pour les données de l'Assurance Maladie

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier en diagnostic principal, Assurance maladie

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

⁵⁶ Définis par un profil virologique de séroconversion, un stade clinique de primo-infection ou un test d'infection récente positif.

⁵⁷ Variations à interpréter avec précaution en raison du faible nombre de cas [33].

⁵⁸ Déterminé depuis les nomenclatures CIM10 : Immunodéficience humaine virale, à l'origine de maladie infectieuse, parasitaire (B20), de tumeur maligne (B21), d'autres affections précisées (B23), d'autres maladies (B24) et pré-sida sans précision (B24+0).

⁵⁹ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).

Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).

Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une CPAM en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Hépatite C

Concernant l'hépatite C (VHC), la **prévalence de l'infection actuelle ou passée est estimée à 0,2 %**, pour un âge moyen de 56,3 ans et sans réelle distinction en fonction du sexe [37].

Ces résultats, en 2019, confirment que **Mayotte est une zone de faible endémie pour le VHC** [37].

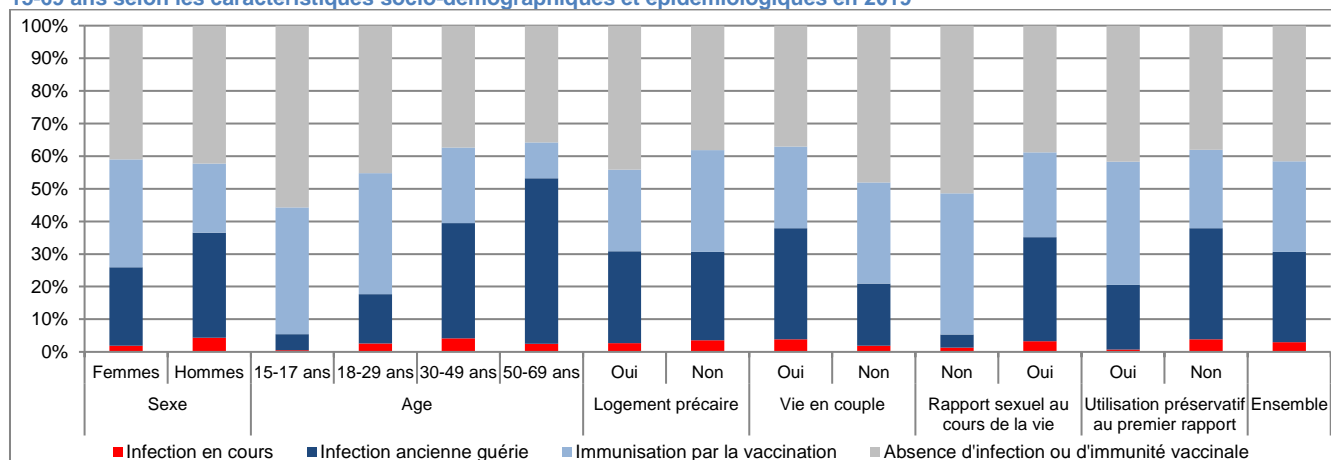
Hépatite B

En 2019, la prévalence de l'infection en cours à l'hépatite B est de 3 % chez les 15-69 ans [37]. Si l'on cumule avec les infections passées, **près d'un tiers de la population a été infectée par cette maladie** et seulement **28 % sont non infectés mais immunisés par la vaccination** [37].

Les hommes sont généralement plus touchés que les femmes (infection en cours et infection ancienne) : 36 % contre 26 %, et **près de la moitié des 50-69 ans** dénote une infection à un moment de leur vie [37]. En fonction du fait d'avoir eu un **rapport sexuel au cours de sa vie**, le taux d'infection en cours ou (anciennement) guérie est **sept fois plus important** : 35 % chez ceux en ayant eu un contre 5 % chez les autres [37]. De même pour **l'utilisation du préservatif lors du premier rapport** : **21 %** pour ceux concernés **contre 38 %** pour ceux n'en ayant pas utilisé [37] (Figure 60).

Enfin, la prévalence de la **co-infection hépatite B-hépatite Delta** est de **0,7 %** sur le territoire [37].

Figure 60 : Statut sérologique vis-à-vis du VHB (hépatite B) de la population générale vivant à Mayotte et âgée de 15-69 ans selon les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques en 2019



Champ: Habitants de Mayotte de 15-69 ans

Source: SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [37]

Chlamydia trachomatis

La **prévalence globale**, en 2019, de l'infection à Chlamydia trachomatis⁶⁰ est de **9 %** chez les 15-69 ans [33]. **Les femmes sont plus concernées que les hommes** : 11 % contre 7 % [15]. La classe d'âge la plus touchée est celle des **20-29 ans** : 14 % contre 6 % chez les 15-19 ans, 11 % chez les 30-44 ans et 5 % chez les 45-69 ans [33].

En 2021, le taux de dépistage⁶¹ des infections à Chlamydia trachomatis chez les 15 ans ou plus est de 10,2 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+31 % par rapport à 2020), soit le plus faible observé en France (41,8) [33]. Le **taux de diagnostiqués positifs est alors de 0,6 pour 1 000 pour les 15 ans ou plus** (contre 0,4 en 2020), contre 1,7 pour 1 000 au niveau national [33].

Trichomonas vaginalis

La **prévalence globale**, en 2019, de l'infection à Trichomonas vaginalis⁶² est de **8 %** chez les 15-69 ans [33]. **Les femmes sont près de six fois plus concernées que les hommes** : 13 % contre 2 % [33]. C'est **à partir des 20-29 ans que l'on observe une hausse importante** du taux d'infection (9 %

⁶⁰ L'infection à Chlamydia ne provoque aucun symptôme dans 60 à 70 % des cas, elle est dite alors « silencieuse », ce qui n'empêche pas son développement. C'est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes, particulièrement chez les moins de 25 ans. Elle touche les hommes comme les femmes et peut entraîner de graves complications. C'est l'une des premières causes de stérilité en France. Chez les femmes, la Chlamydia peut causer des écoulements vaginaux anormaux, des saignements vaginaux entre les règles ou pendant ou après des relations sexuelles, des douleurs abdominales ou dans le bas du dos, une sensation de brûlure en urinant et des douleurs au moment des rapports sexuels.

⁶¹ La majorité des dépistages des infections à Chlamydia trachomatis à Mayotte est réalisée dans le secteur privé (98 %).

⁶² Trichomonas vaginalis est un parasite de l'être humain appartenant à la famille des protozoaires. Il est responsable d'infection sexuellement transmissible, le plus souvent bénigne. Il se transmet par contact sexuel. Les symptômes chez les femmes sont des pertes vaginales anormales et abondantes, habituellement décrites comme verdâtres et sentant mauvais ; des brûlures et démangeaisons au niveau de la vulve et du vagin ; et des douleurs lors de la miction (action d'uriner).



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



contre 1,2 % chez les 15-19 ans), qui se stabilise sur les classes d'âge plus avancées (10 % chez les 30-44 ans et 9 % chez les 45-69 ans) [33].

Gonocoque⁶³

En 2021, le taux de dépistage⁶⁴ des infections à Gonocoque chez les 15 ans ou plus est de 14,6 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+32 % par rapport à 2020), soit le plus faible observé en France (48,5) [33]. La majorité des cas concernaient des hommes (73 %, tendance confirmée sur la période 2018 à 2020 : 62 %) et la classe d'âge la plus représentée est celle des moins de 26 ans (72 %, similaire à la période 2018 à 2020) [33].

Sur la période 2018 à 2021, 517 individus ont été diagnostiqués positifs [33].

Syphilis

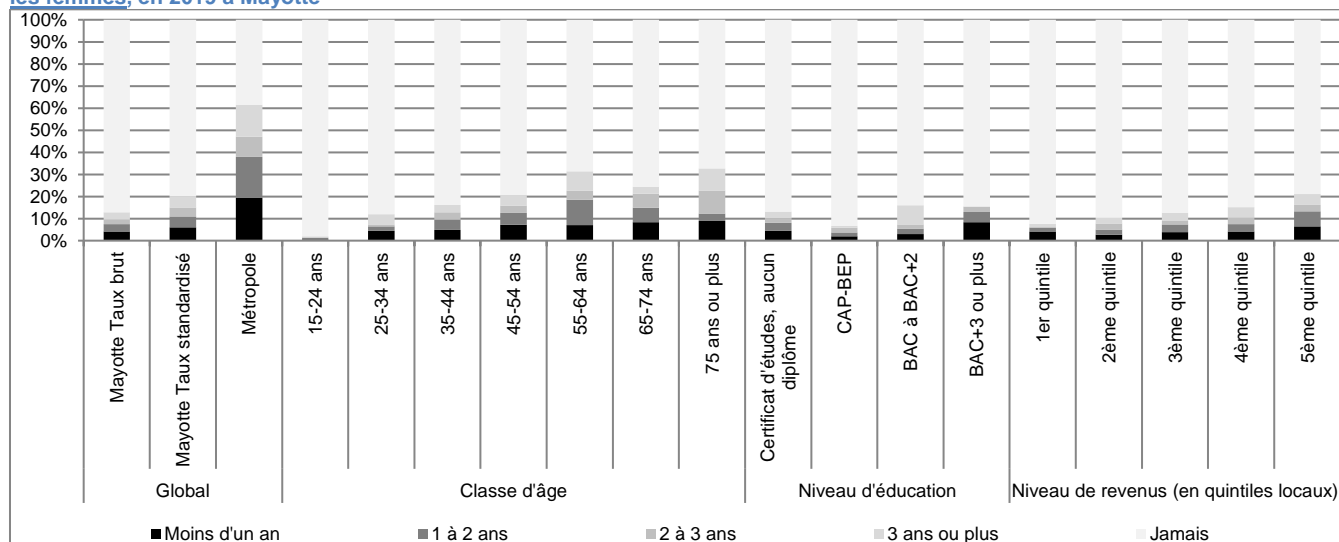
En 2021, le **taux de dépistage⁶⁵** de la syphilis chez les 15 ans ou plus est de 30,5 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+18 % par rapport à 2020), soit **le plus faible observé en France** (48,5) [33]. La **majorité des cas concernaient des femmes** (83 %, similaire à 2020). Chez les femmes de plus de 25 ans, le taux est en constante évolution depuis ces quatre dernières années : 31,6 à 55,7 pour 1 000; alors que chez les hommes un constat similaire peut être observé mais dans des proportions bien moindre : respectivement 12,0 et 14,6 pour 1 000 [33].

f) Dépistages du cancer

À Mayotte, **quatre femmes de 15 ans ou plus sur cinq n'ont jamais réalisé de mammographie pour le dépistage du cancer du sein** [24]. À **structure de population équivalente**, les femmes de Mayotte sont **trois fois plus concernées** [24].

Chez celles de 15-24 ans, 0,5 % en ont réalisé une il y a moins d'un an, ce taux double entre les 25-44 ans et les 45 ans ou plus : 5 % contre 7 à 9 % [24] (*Figure 61*).

Figure 61 : Durées écoulées depuis la réalisation de la dernière mammographie de dépistage du cancer du sein parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Concernant le dépistage du **cancer du col de l'utérus**, **trois femmes sur cinq n'en ont jamais réalisé un**, ce qui reste **trois fois plus important** que chez celles de l'Hexagone à **structure de population équivalente** [24].

7 % des femmes de 15-24 ans ont réalisé ce dépistage il y a **moins d'un an**, ce taux **triple chez les 25-44 ans** (20 à 23 %) puis **diminue** pour les **classes d'âge qui suivent** : 8 % des 55-64 ans et 1,5 % des 65 ans ou plus [24] (*Figure 62*).

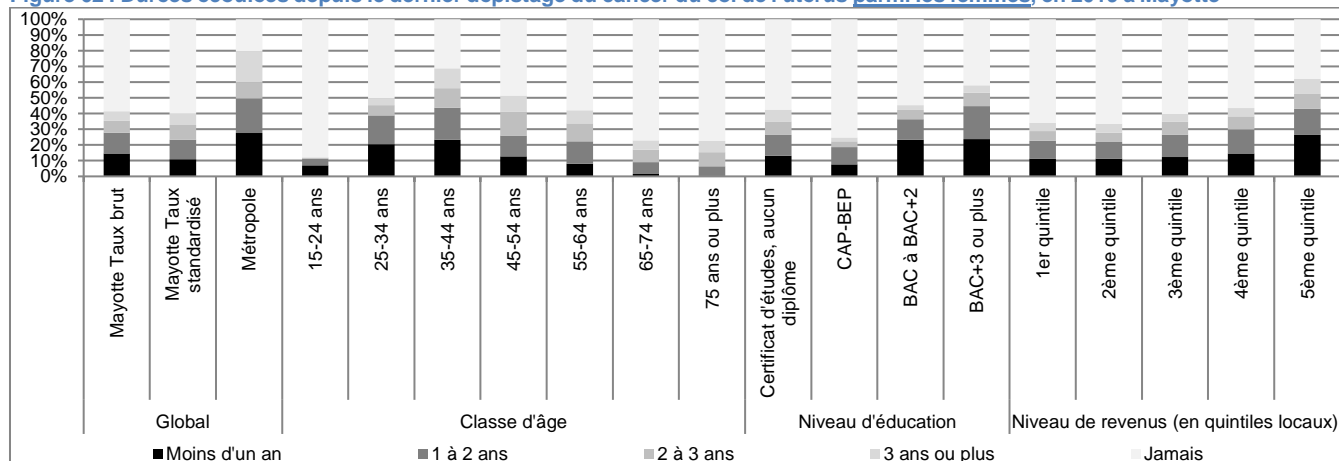
⁶³ La gonococcie (également appelée blennorragie, gonorrhée ou encore « chaude pisse ») est une infection d'origine bactérienne. Elle provoque des brûlures et/ou un écoulement jaune par la verge, le vagin ou l'anus. Cette infection se transmet lors de rapports sexuels, bucco-génitaux, vaginaux ou anaux.

⁶⁴ La majorité des dépistages des infections à gonocoque à Mayotte est réalisée dans le secteur privé (97 %).

⁶⁵ La majorité des dépistages de la syphilis à Mayotte est réalisée dans le secteur privé (99 %).



Figure 62 : Durées écoulées depuis le dernier dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
 Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]
 Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

g) Affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale

À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » représentent **8 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières ». **9 % chez les femmes et 8 % les hommes**. Dans l'Hexagone, ce taux est de 1 %.

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **18,8 jours**, le **taux de recours standardisé est 1,8 fois inférieur** à l'Hexagone.

« Certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » représentent **2 % des évacuations sanitaires de 2020** (identique en 2019 et 2018).

Sur la période de 2020 à 2022, Le premier motif de séjour lié à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » sont les « **affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale** », 33 % chez les femmes et 35 % chez les hommes.

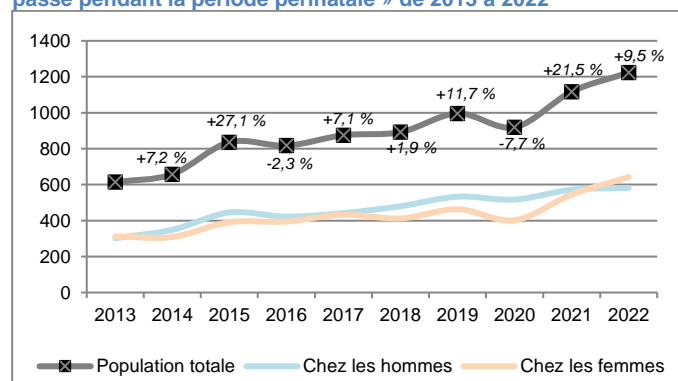
Suivies des « **autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » et des « **Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement** » aussi bien chez les femmes (respectivement 20 % et 17 %) que chez les hommes (19 % et 16 %) (Tableau 32).

Tableau 32 : Motifs de séjour au CHM liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » de 2020 à 2022 chez les femmes et les hommes

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---|-------------|-------------|--------------|--------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement | 253 | 282 | 16,6 | 16,3 |
| Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus | 227 | 200 | 14,9 | 11,6 |
| Traumatismes obstétricaux | <10 | <10 | 0,4 | 0,4 |
| Affections respiratoires et cardio-vasculaires spécifiques de la période périnatale | 500 | 610 | 32,7 | 35,2 |
| Infections spécifiques de la période périnatale | 16 | 32 | 1,0 | 1,8 |
| Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né | 69 | 125 | 4,5 | 7,2 |
| Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né | 62 | 67 | 4,1 | 3,9 |
| Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né | 15 | 12 | 1,0 | 0,7 |
| Affections intéressant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né | 69 | 73 | 4,5 | 4,2 |
| Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale | 311 | 323 | 20,4 | 18,7 |
| Total | 1528 | 1731 | 100 | 100,0 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
 Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 63 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » de 2013 à 2022



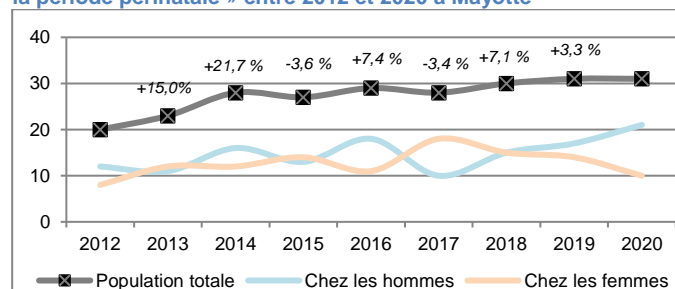
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
 Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



« Certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » représentent 4 % des décès sur la période 2012 à 2020 (4 % chez les hommes et chez les femmes), soit 247 décès cumulés (133 hommes – 52 % – et 114 femmes – 48 % –) et, en moyenne, **31 décès par an**. L'intégralité des décès concernent des moins de 15 ans.

À structure de population équivalente, les habitants de Mayotte meurent 1,7 fois plus que ceux de l'Hexagone et les habitantes de Mayotte 1,6 fois plus que celles de l'Hexagone sur la période 2018-2020 et, respectivement, 1,6 fois et 2,2 plus sur la période 2015 à 2017 [23].

Figure 64 : Nombre de décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » entre 2012 et 2020 à Mayotte



Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Tableau 33 : Détail des causes de décès domiciliés liées à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|--|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement travail et de l'accouchement | <10 | 21 | 12 | 23 |
| Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus | <10 | 21 | <10 | 8 |
| Traumatismes obstétricaux | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale | 12 | 31 | 13 | 25 |
| Infections spécifiques de la période périnatale | <10 | 10 | <10 | 15 |
| Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né | <10 | 3 | <10 | 11 |
| Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né | <10 | 10 | <10 | 9 |
| Affections intéressant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale | <10 | 5 | <10 | 9 |
| Somme 2018 à 2020 | 39 | 100 | 53 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

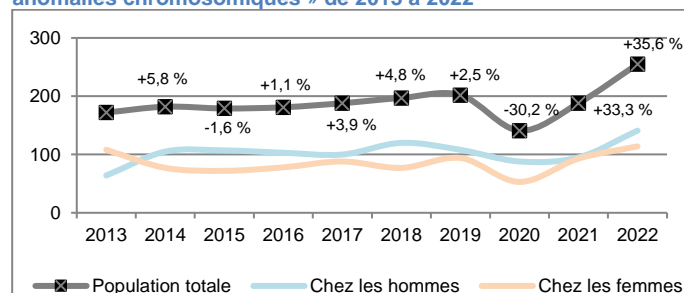
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

h) Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » représentent **1,5 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », quel que soit le sexe. Dans l'Hexagone, ce taux est de 0,7 %.

La durée moyenne de séjour hospitalier est alors de **9,8 jours**, et le **taux de recours standardisé est 5,7 fois inférieur** à l'Hexagone.

Figure 65 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » de 2013 à 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Les « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » représentent **1,1 % des évacuations sanitaires de 2020** (4 % en 2019 et 5 % en 2018).

En moyenne, sur la période de 2020 à 2022, chez les femmes, les principaux motifs de séjour liés à cette nomenclature sont : les « **malformations congénitales de l'appareil circulatoire malformations** » (16 %), les « **malformations congénitales de l'appareil urinaire** » et les « **malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles** » (15 %) (Tableau 34).



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Chez les hommes, le premier motif de séjour est lié aux « **malformations congénitales des organes génitaux** » (20 %), suivies des « **malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles** » (15 %) et la « **fente labiale et fente palatine** » (14 %) (Tableau 34).

Tableau 34 : Motifs de séjour au CHM liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

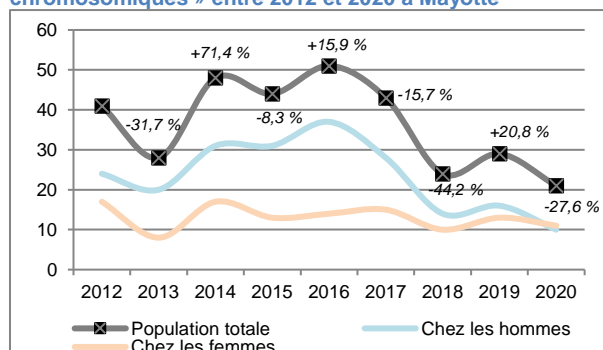
| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---|------------|------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Malformation congénitales du système nerveux | 34 | 25 | 13 | 8 |
| Malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou | 20 | 25 | 8 | 8 |
| Malformations congénitales de l'appareil circulatoire | 42 | 31 | 16 | 10 |
| Malformations congénitales de l'appareil respiratoire | 5 | 10 | 2 | 3 |
| Fente labiale et fente palatine | 34 | 44 | 13 | 14 |
| Autres malformations congénitales de l'appareil digestif | 13 | 19 | 5 | 6 |
| Malformations congénitales des organes génitaux | 5 | 65 | 2 | 20 |
| Malformations congénitales de l'appareil urinaire | 9 | 14 | 3 | 4 |
| Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles | 40 | 50 | 15 | 15 |
| Autres malformations congénitales | 38 | 30 | 15 | 9 |
| Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs | 20 | 11 | 8 | 3 |
| Total | 260 | 324 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Les « **malformations congénitales et anomalies chromosomiques** » représentent **4 % des décès** sur la période 2012 à 2020 (sans distinction entre hommes et femmes), soit 221 décès cumulés (114 hommes – 52 % – et 107 femmes – 48 % –) et, en moyenne, **28 décès par an**.

À structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurent 2,7 fois plus** que ceux de l'Hexagone et les **habitantes de Mayotte 1,8 fois plus** que celles de l'Hexagone sur la période 2018-2020 et, respectivement, 2,4 et 2fois plus sur la période 2015 à 2017 [23].

Figure 66 : Nombre de décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » entre 2012 et 2020 à Mayotte



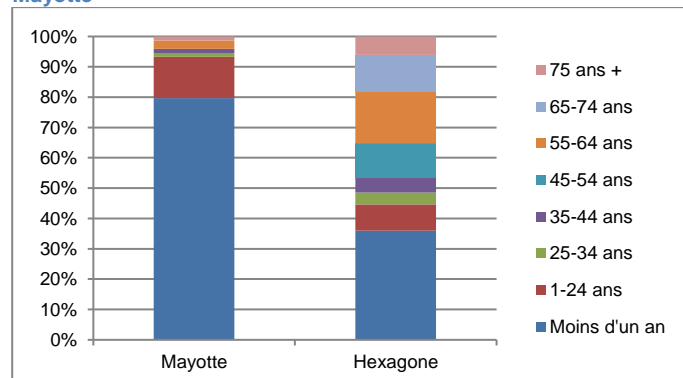
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 67 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » sur la période de 2018-2020 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Tableau 35 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|---|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Malformations congénitales du système nerveux | <10 | 6 | <10 | 15 |
| Malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malformations congénitales de l'appareil circulatoire | 10 | 29 | 11 | 28 |
| Malformations congénitales de l'appareil respiratoire | 0 | 0 | <10 | 8 |
| Fente labiale et fente palatine | <10 | 3 | 0 | 0 |
| Autres malformations congénitales de l'appareil digestif | <10 | 3 | <10 | 3 |
| Malformations congénitales des organes génitaux | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malformations congénitales de l'appareil urinaire | <10 | 3 | <10 | 15 |
| Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles | <10 | 6 | <10 | 3 |
| Autres malformations congénitales | <10 | 24 | <10 | 18 |
| Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs | <10 | 26 | <10 | 13 |
| Somme 2018 à 2020 | 34 | 100 | 40 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés à aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



3 – Couverture vaccinale

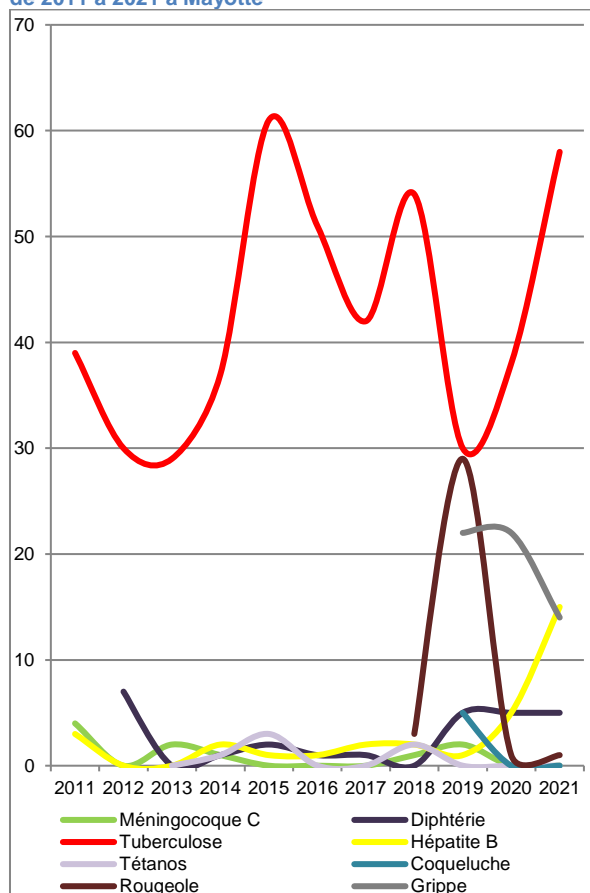
a) Cas recensés

Parmi les **pathologies en lien avec le schéma de couverture vaccinale** (Figures 68 & 69) recensant le plus de cas sur le territoire, on peut observer : la **tuberculose**⁶⁶ avec une moyenne de 46 cas déclarés par an au DÉSUS de l'ARS Mayotte pour 47 hospitalisations de 2014 à 2022.

L'**hépatite B** représente une moyenne de 4 cas pour 1,3 hospitalisation par an. En termes de cas déclarés, cette moyenne est surtout portée par les années 2019 à 2021 avec notamment 15 cas pour la dernière tandis que du point de vue des hospitalisations, le pic était atteint sur la période **2018-2019** avec 4 individus ayant eu recours au CHM contre, sur la période 2020-2022, une moyenne de 1 cas par an constatée. Enfin, la troisième pathologie qui ressort est la **diphtérie**, avec 3 cas en moyenne pour 0,9 hospitalisation par an. Pour la première moyenne, on peut voir que les années les plus touchées sont surtout celles de 2012 (7 cas) et de la période 2019 à 2022 (6 cas en moyenne), les années se situant entre présentent un creux. En termes d'hospitalisations, seule l'année **2019** et **2022** confirment le **regain de la circulation** de la diphtérie avec respectivement 3 et 2 individus ayant eu recours au CHM. Concernant les autres pathologies pour lesquels une circulation importante peut être constatée depuis les données hospitalières : le **pneumocoque**⁶⁷ avec une moyenne d'hospitalisations de 20 individus par an sur la période 2014 à 2022 et notamment un maximum observé en 2020 : 27 hospitalisations. La **grippe** connaît un effet similaire et même plus accentué avec un pic observé en 2022 : 136 hospitalisations.

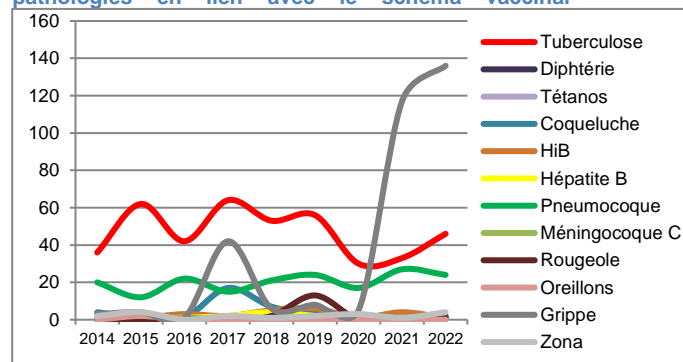
A noter que concernant la **poliomyélite** et la **rubéole**, aucune hospitalisation n'a été observée.

Figure 68 : Cas déclarés auprès du DÉSUS des différentes pathologies en lien avec le schéma vaccinal, de 2011 à 2021 à Mayotte



Source: ARS Mayotte – DÉSUS
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 69 : Recours au CHM pour les différentes pathologies en lien avec le schéma vaccinal



Note : Le terme « Tuberculose » regroupe les nomenclatures CIM-10 « A15-tuberculose de l'appareil respiration, avec confirmation », « A16-Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation », « A18-tuberculose d'autres organes », « M490-Tuberculose vertébrale ». Le terme « Diphtérie » concerne la nomenclature « A36-Diphtérie ». Le terme « Tétanos » concerne la nomenclature « A35-Tétanos, NCA ou SAI ». Le terme « Coqueluche » concerne la nomenclature « A37-Coqueluche ». Le terme « HiB » concerne la nomenclature « J14-pneumopathie due à Haemophilus Influenzae ». Le terme « Hépatite B » concerne la nomenclature « B16-Hépatite aiguë B ». Le terme « Pneumocoque » concerne la nomenclature « G00-méningite bactériologie, NCA ». Le terme « Méningocoque C » concerne la nomenclature « A39-infection à méningocoque ». Le terme « Rougeole » concerne la nomenclature « B5-Rougeole ». Le terme « Oreillons » concerne la nomenclature « B26-Oreillons ». Le terme « Grippe » regroupe les nomenclatures « J09-Grippe, à virus grippal zoonotique ou pandémique identifié », « J10-Grippe, à autre virus grippal saisonnier identifié », « J11-Grippe, virus non identifié ». Le terme « Zona » concerne la nomenclature « B02-zona ».

Champ: Habitants de Mayotte – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Source: PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

⁶⁶ La tuberculose ne peut être vue que partiellement comme une maladie à prévention vaccinale. En effet, le vaccin protège uniquement contre les formes graves chez l'enfant.

⁶⁷ Le vaccin contre le pneumocoque est réservé aux enfants et aux immunodéprimés, les chiffres présentés ici ne font pas de distinction entre personne éligible et non éligible.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

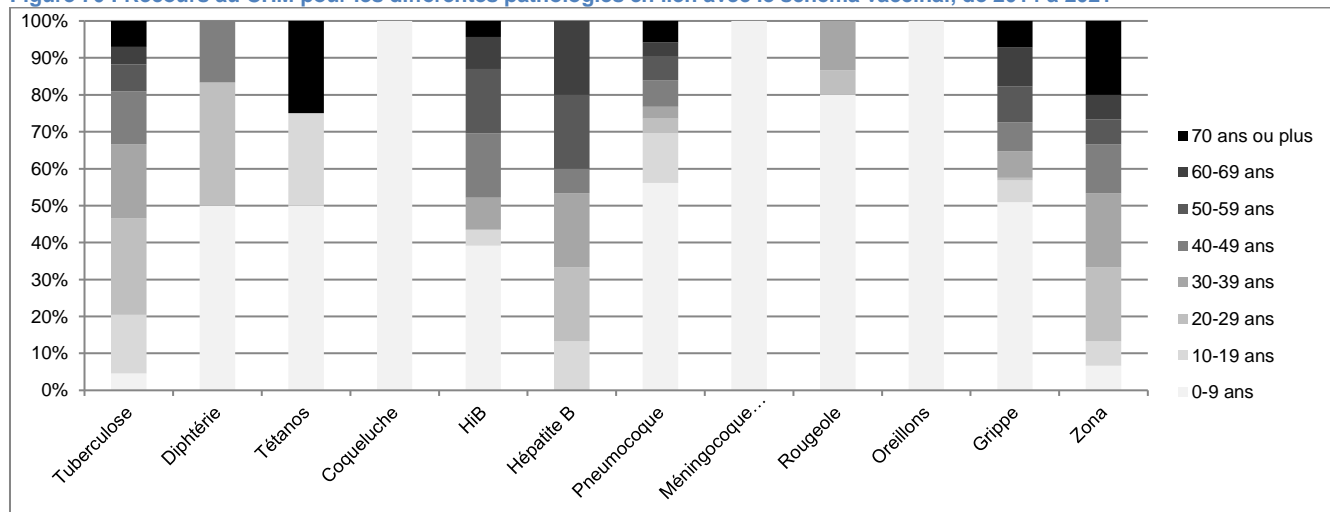
www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



Outre les pathologies relatives aux enfants (Coqueluche, Méningocoque C et Oreillons), on peut constater que pour les hospitalisations associées à la **tuberculose**, l'**HiB**, l'**hépatite B** et le **Zona**, la moitié des individus concernés a **moins de 40 ans**. Concernant la **grippe**, l'**âge médian** se situe cette fois-ci à **20 ans**, **10 ans** pour le **pneumocoque**. Enfin, concernant la **rougeole**, **quatre sur cinq** ont également **moins de 10 ans** (Figure 70).

Figure 70 : Recours au CHM pour les différentes pathologies en lien avec le schéma vaccinal, de 2014 à 2021



Note : Il convient de prendre ces répartitions avec précaution. En effet, les effectifs, même regroupés sur sept années, restent faibles pour la diphtérie (N = 6), le tétanos (N = 4), l'HiB (N = 23), l'hépatite B (N = 15), le méningocoque C (N = 3), la rougeole (N = 15), les oreillons (N = 2) et le zona (N = 15).

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

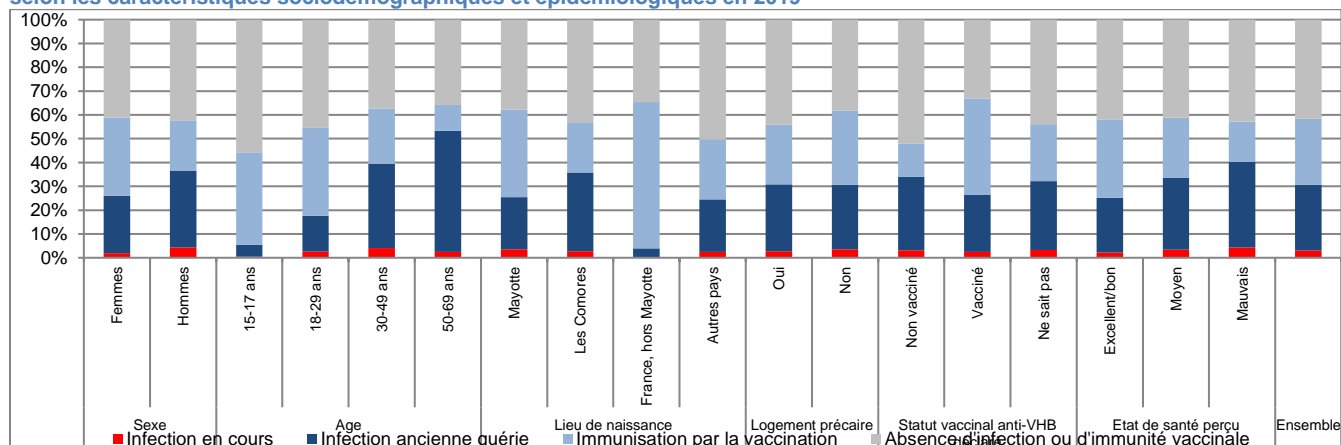
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

En 2019, la prévalence de l'infection en cours à l'hépatite B⁶⁸ est de 3 % chez les 15-69 ans [37]. Si l'on cumule avec les infections passées⁶⁹, **près d'un tiers de la population a été infectée par cette maladie** et seulement **28 % sont non infectés mais immunisés par la vaccination**⁷⁰ [37].

Les hommes sont généralement plus touchés que les femmes (infection en cours et infection ancienne) : 36 % contre 26 %, et **près de la moitié des 50-69 ans** dénote d'une infection à un moment de leur vie [37].

En fonction du lieu de naissance, les Français **nés hors Mayotte sont ceux qui ont le taux d'infection le plus faible** : 4 % contre 26 % des natifs de Mayotte (36 % pour ceux des Comores) et **d'immunité par la vaccination le plus fort** : 62 % contre 37 % des natifs de Mayotte (21 % des Comores) [37] (Figure 71).

Figure 71 : Statut sérologique vis-à-vis du VHB (hépatite B) de la population générale vivant à Mayotte âgée de 15-69 ans selon les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques en 2019



Champ : Habitants de Mayotte de 15-69 ans

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [37]

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

⁶⁸ AgHBs(+).

⁶⁹ AcHBc(+), AgHBs(-), +/- AcHBs(+).

⁷⁰ AgHBs(+), AcHBc(-), AgHBs(-).



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!

b) Les épidémies

Deux épidémies en lien avec un défaut de couverture vaccinale ont été recensées.

En **2017, 15 cas de Coqueluche** sont observés et **21 cas en 2018**. Il s'agit majoritairement d'enfants de **moins d'un an**. 80 % des cas diagnostiqués depuis 2017 n'ont **aucune couverture vaccinale**. Les communes les plus touchées sont : **Mamoudzou** et **Koungou**. Cette année-là, deux nourrissons atteints de cette pathologie sont décédés en réanimation.

En **2019, 29 cas de Rougeole** sont observés, en nette augmentation par rapport à l'année précédente. Dans sept cas sur dix il s'agit d'un enfant de **moins de 18 mois**. Les communes les plus touchées sont : **Mamoudzou, Koungou** et **Acoua**.

c) Les campagnes de vaccination

La campagne de 2018

En **2018**, en réponse à l'alerte lancée par SpF sur la menace épidémique qui pesait sur l'île de Mayotte, le directeur général de la santé a chargé l'ARS de mener une **campagne de rattrapage vaccinal à destination des enfants de moins de 6 ans** [38]. **Sur les 23 955 enfants** s'étant présentés dans les centres de vaccination, **plus de la moitié a nécessité un rattrapage vaccinal** pour un à trois des vaccins proposés [38]. La couverture vaccinale était insuffisante, quel que soit l'âge des enfants [38]. Elle atteignait des **taux inquiétants chez les moins de 2 ans** (plus de 80 % des enfants non à jour) [38]. Les taux de couverture vaccinale pour les premiers rappels étaient **insuffisants pour tous les antigènes chez les 15 mois et plus** : 76 % pour le DTPC, 70 % pour HiB, 77 % pour l'hépatite B et moins de 50 % pour le pneumocoque [38]. Seuls 70 % des enfants de 24 mois et plus avaient reçu les deux doses de ROR [38]. La **vaccination contre le BCG**, majoritairement administrée au CHM à la naissance, était la seule à montrer des **résultats satisfaisants** : 89 % des enfants avaient reçu la dose unique [38].

La campagne de 2022

L'ARS Mayotte a mis en place avec le Rectorat de Mayotte une **nouvelle campagne de rattrapage vaccinal en 2022**, centrée sur les vaccins **DTPC Tetravac***, **HPV-1 Gardasil***, **dTPC Boostrix* / Repevax*** et **ROR priorix**, à destination des enfants scolarisés en primaire et au collège sur l'ensemble du territoire. Il en ressort que **21 % des enfants de 6 à 15 ans ont pris part à cette nouvelle campagne**⁷¹. **66 % des enfants ont nécessité un rattrapage vaccinal pour un à quatre vaccins proposés**⁷². 73 % de l'ensemble des enfants n'étaient pas à jour des vaccins proposés⁷³. **30 % d'enfants ont nécessité un rattrapage vaccinal de DTPC Tetravac, 33 % DTPC Boostrix/Repevax, 75 % HPV-1 Gardasil. 0,3 % pour les deux doses de ROR priorix, 8 % une dose de ROR-1 priorix et 0,4 % une dose de ROR-2 priorix.**

La campagne de 2023

Sur un schéma similaire, une nouvelle campagne a eu lieu en 2023. Pour cette troisième menée sur les cinq dernières années, **12 % des enfants de 6 à 15 ans y ont pris part**⁷⁴.

La campagne de vaccination contre la fièvre typhoïde de 2023

Une campagne de vaccination contre la fièvre typhoïde s'est déroulée sur la période de juillet et à août 2023 et a permis de réaliser **2 491 vaccinations**. Les vaccinations ont été réalisées dans des zones ciblées au sein des villages de **Koungou** (44 %) et **Dzoumogné** (32 %) principalement, et un peu moins à Combani. Les personnes vaccinées sont **en majorité des femmes** (57 %) et les classes d'âges les plus représentées sont les 6-15 ans (35 %) et les 26-55 ans (28,7 %).

Les zones ciblées sont des zones avec une précarité très élevée : 83 % des vaccinés vivent dans des maisons en tôles. L'accès à l'eau potable est très limité dans ces zones : seulement un vacciné sur deux (52 %) a un accès à l'eau potable. Concernant les antécédents de maladies, 9,3 % des vaccinés étaient touchés de diarrhée et 15 % de fièvre.

⁷¹ Soit un volume de 17 552 enfants. 60 % étaient des filles, 2 % avaient entre 6 et 10 ans, 70 % entre 11 et 13 ans et 28 % 13 ans ou plus. 0,2 % étaient en CP, 0,3 % en CE1, 0,2 % en CE2, 0,6 % CM1, 0,6 % CM2, 30 % en 6e, 27 % 5e, 23 % 4e et 18 % en 3e.

⁷² Dont 50 % 1 vaccin proposé, 15 % : 2 vaccins proposés, 0,3 % : 3 vaccins proposés et 0,02 % 4 vaccins proposés.

⁷³ De 62 % chez les enfants de 6 à 10 ans non à jour, de 74 % chez les 11 à 13 ans non à jour et de 71 % chez les plus de 13 ans non à jour des vaccins proposés. De 73 % chez ceux qui étaient à Mayotte l'an dernier contre 71 % qui n'étaient pas à Mayotte, de 77 % enfants nés à l'étranger contre 71 % nés à Mayotte.

⁷⁴ Soit un volume de 10 101 enfants.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

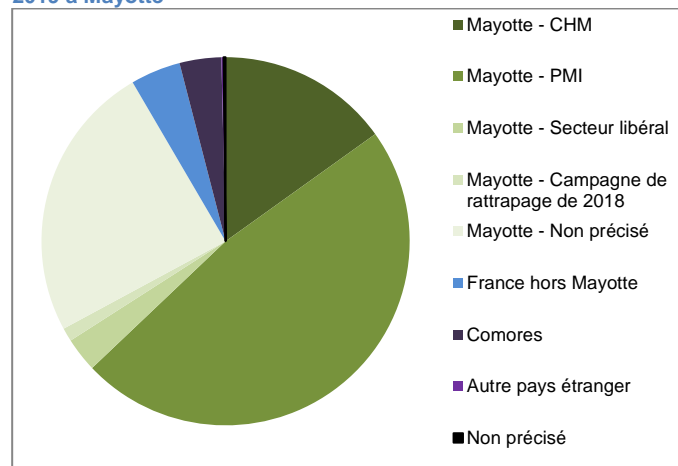


Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!

d) Lieux de vaccination

En 2019, chez les enfants de 24-59 mois, 7-11 ans et 14-16 ans et hors individus dont il n'est pas possible de déterminer la provenance de leur vaccination (0,2 %), **la très grande majorité (91 %) des injections vaccinales ont été réalisées à Mayotte**, 5 % dans un autre département français, 4 % aux Comores, et 0,2 % dans un autre pays étranger [39] (*Figure 72*). Parmi les injections réalisées à Mayotte, **plus de la moitié (52 %) ont été faites dans un centre de PMI, 17 % au CHM** (site central, dispensaires ou maternités), 3 % dans le secteur libéral et 1,3 % lors de la campagne de rattrapage vaccinal de 2018 (28 % des injections chez les 1 mois-6 ans en 2018) [39]. L'information du lieu exact était manquante pour près d'un quart des injections réalisées à Mayotte (27%) [39] (*Figure 72*).

Figure 72 : Répartition (%) des lieux de vaccination en 2019 à Mayotte



Champ : Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans et 14-16 ans et enfants hors Mayotte-SPF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39]

Que ce soit chez les **moins d'un mois (94 %)** ou les **6 ans ou plus (76 %)**, le **principal lieu de vaccination reste le CHM⁷⁵** depuis 2003 et 2011 [39].

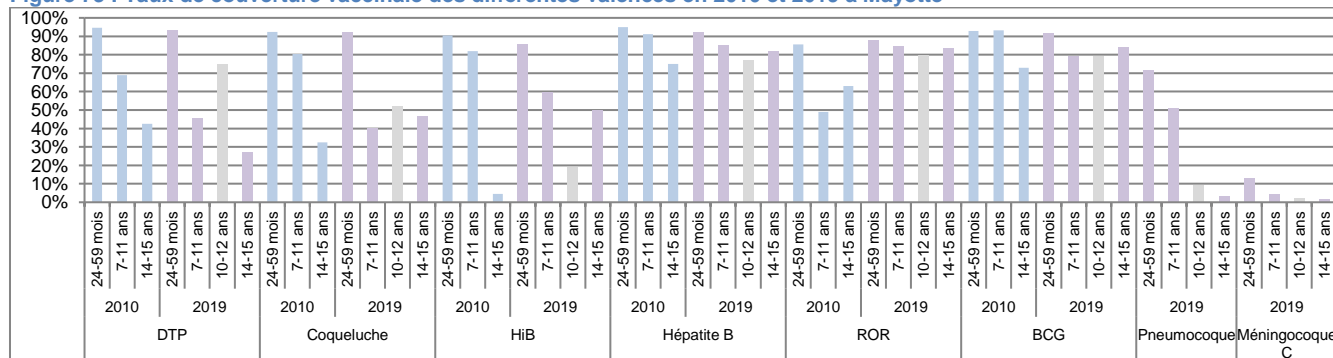
La **PMI** représente le principal lieu de vaccination des enfants de **1 mois à 6 ans** avec **82 %** d'enfants concernés [39]. Toutefois, depuis 2007, **cette part diminue nettement** : de **93 % sur la période 2007-2010 à 74 % sur 2015-2019** [39].

La **montée en puissance progressive du secteur libéral explique ce constant**. Il réalisait moins de 1 % des injections entre 2003 et 2006, le triple (3 %) en 2007-2010, et 5 à 6 % sur la période 2011-2019 [39].

e) Evolution de la couverture vaccinale

Quel que soit la valence observée, le premier constat marquant est la **forte chute du taux de couverture entre les 24-59 mois et les 14-15 ans**, aussi bien en 2010 qu'en 2019 [39]. Les baisses **les plus marquées** en 2019 sont alors pour le **pneumocoque** : 72 % chez les 24-59 mois à 4 % chez les 14-16 ans (-68 points), liées au fait que cette dernière classe d'âge n'est alors plus éligible à la vaccination ; le **DTP** : 93 % et 27 % (-66 points en 2019 et -52 points en 2010), la **coqueluche** : 92 % et 47 % (-45 points en 2019 et -60 points en 2010) et le **HiB** : 86 % et 50 % (-36 points en 2019 et -86 points en 2010) [39] (*Figure 73*).

Figure 73 : Taux de couverture vaccinale des différentes valences en 2010 et 2019 à Mayotte



Note : Les histogrammes en gris sont déterminés chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème}. Pour deux vaccins la classe d'âge des 10-12 correspondait à une période où une nouvelle dose était attendue, Le DTP où l'on constate 75 % d'enfants à jour dont 23 % doivent recevoir une nouvelle injection, pourraient être classés non couverts si elle n'est pas réalisée, et la coqueluche, 37 % à jour dont 17 % dans la même situation.

Champ : Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} et 14-16 ans

Source : ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39] et ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

⁷⁵ Suivi de la PMI : 5 %, et le secteur libéral : 1,1 %, pour les moins d'un an. Respectivement 20 % et 4 % pour les 6 ans ou plus [39].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

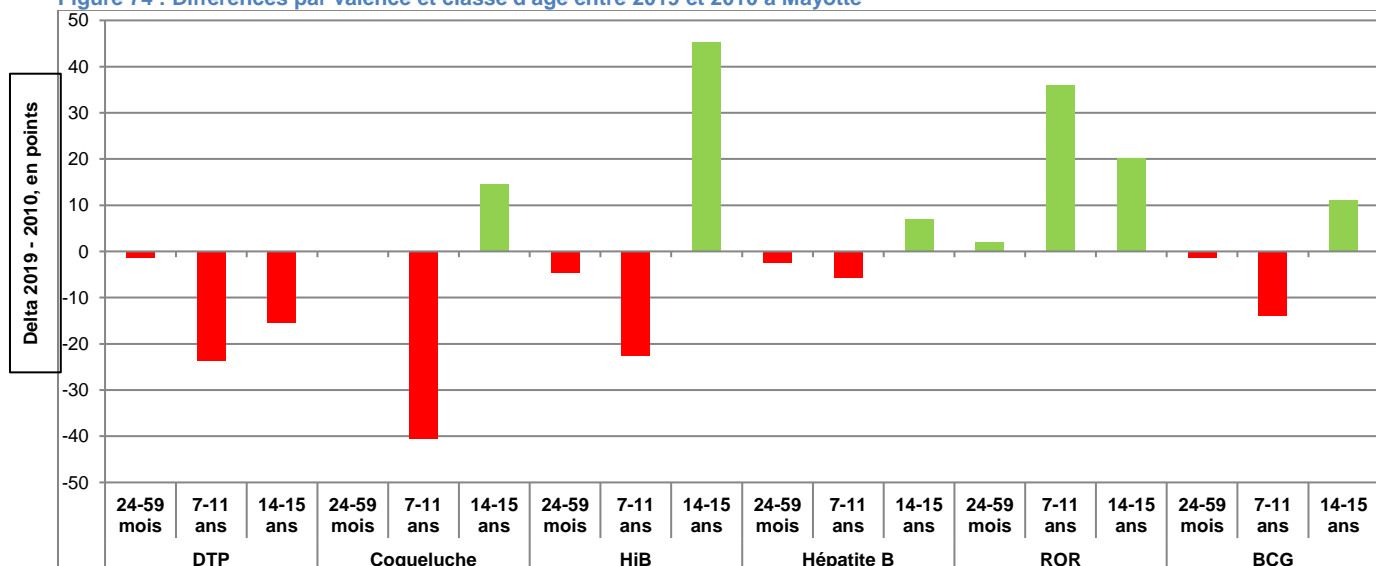
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Entre 2010 et 2019 la **couverture vaccinale ne s'est améliorée que pour une partie des vaccins** et des classes d'âge [39]. Ainsi, à l'exception du ROR, les **7-11 ans sont ceux pour lesquels le recul de la vaccination est constant** : -41 points pour la coqueluche, près de -20 points pour le DTP et l'HiB, -14 points pour le BCG [39]. **Même constat**, dans des mesures beaucoup moins fortes, **pour les 24-59 mois** [39]. Cependant, concernant les **14-15 ans** et sauf pour le DTP, **la couverture augmente** sur toutes les valences : +45 points pour le HiB, +20 points pour le ROR et +15 points pour la coqueluche [39] (Figure 74).

Figure 74 : Différences par valence et classe d'âge entre 2019 et 2010 à Mayotte



Champ: Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, 10-12 ans et 14-16 ans

Source: ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39]

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Tableau 36 : Statut vaccinal à 2, 7 et 14 ans en fonction de l'âge en 2019 à Mayotte

| % | 24-59 mois | | 7-11 ans | | 14-15 ans | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | A jour à 2 ans | A jour à 2 ans | A jour à 2 ans | A jour à 7 ans | A jour à 2 ans | A jour à 7 ans |
| DTP | 88 | 63 | 30 | 55 | 21 | 25 |
| Coqueluche | 87 | 63 | 26 | 54 | 74 | 45 |
| Hépatite B | 89 | 76 | 83 | 74 | 76 | 81 |
| HiB | 82 | 51 | 59 | 39 | 49 | 50 |
| ROR | 69 | 74 | 82 | 77 | 76 | 83 |
| BCG | 89 | 68 | 74 | 77 | 80 | 81 |
| Pneumocoque | 70 | 49 | 51 | | | |
| Méningocoque C | 8 | 1,2 | 4 | | 1 | 1,6 |

Champ: Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, 10-12 ans et 14-16 ans

Source: ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39]

Tableau 37 : Statut vaccinal à 2, 7 et 14 ans en fonction de l'âge en 2010 à Mayotte

| % | 24-59 mois | | 7-11 ans | | 14-15 ans | |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | A jour à 2 ans | A jour à 2 ans | A jour à 2 ans | A jour à 7 ans | A jour à 2 ans | A jour à 14 ans |
| DTP | 79 | 58 | 29 | 49 | 16 | 42 |
| Coqueluche | 78 | 50 | 77 | 30 | 43 | 29 |
| Hépatite B | 93 | 85 | 90 | 62 | 69 | 74 |
| HiB | 78 | 56 | 77 | 2 | 3 | 3 |
| ROR | 67 | 2 | 43 | 0,4 | 19 | 57 |
| BCG | 91 | 89 | 93 | 66 | 70 | 73 |

Champ: Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, 10-12 ans et 14-16 ans

Source: ARS-InVS, enquête couverture vaccinale de 2010 [40]

Vaccination contre la Covid-19

La campagne vaccinale contre la Covid-19 a démarré en janvier 2021. Elle a connu deux phases à Mayotte : avant octobre 2021 avec une progression de +4,5 points par mois en moyenne [41]. Jusqu'à fin 2022, elle ralentit nettement et augmente seulement de + 0,3 point par mois [41]. Cet effet est également observé en France entière où la campagne a connu un frein net un mois avant Mayotte [42]. En population générale et à la date de fin décembre 2022, la moitié des individus n'avaient pas démarré leur schéma vaccinal à Mayotte, soit 30 points de plus que dans l'Hexagone (20 %) [41] [42]. Logiquement faible chez les moins de 12 ans du fait des recommandations (<6 %), ce taux se porte à 34 % chez les 12-17 ans [41]. Il diminue de manière significative chez les 18-49 ans d'au moins 26 points puis augmente à 11 % chez les 80 ans ou plus [41] (Figure 75).



ARS MAYOTTE

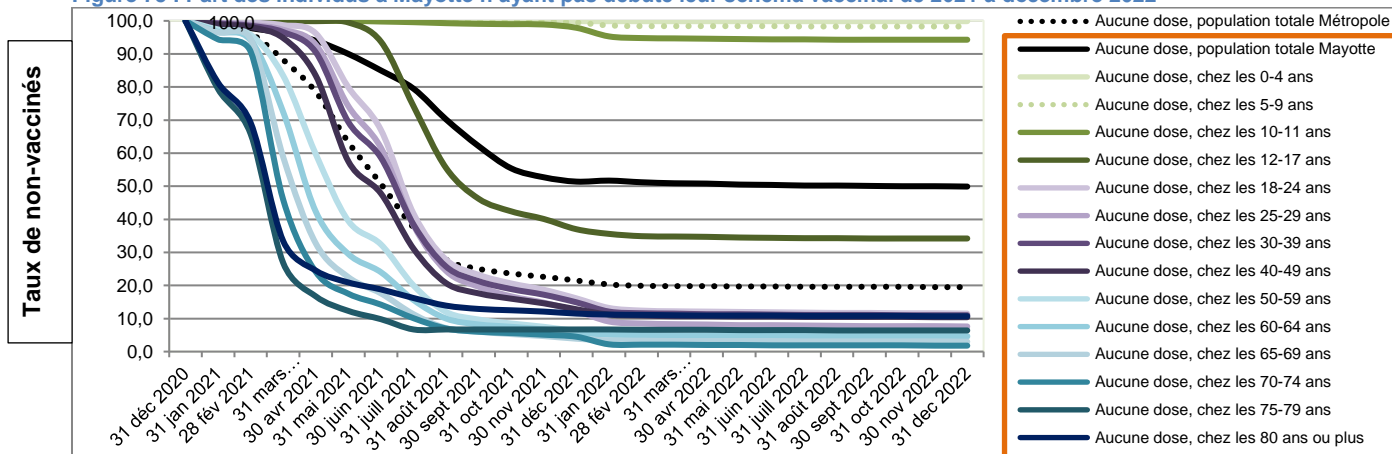
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 75 : Part des individus à Mayotte n'ayant pas débuté leur schéma vaccinal de 2021 à décembre 2022



Source : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/> [41]

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Mayotte

En fin 2021, le **principal motif de non-vaccination contre la Covid-19** cité pour les personnes concernées est le **manque de temps** : **34 %** des habitants de 15 ans ou plus [43]. Il est ainsi cité comme étant la première raison chez la majorité des profils de cette population et, lorsque ce n'est pas le cas, comme seconde voire troisième motif [43]. Les individus qui **ne le citent qu'en 3^{ème} position** sont : les 75 ans ou plus (11 %), les ménages disposant de plus de 1 090 euros par mois et par unité de consommation (14 %) et les individus dont la catégorie socio-professionnelle est « employés » (27 %) ou « cadres et professions intellectuelle supérieures » (21 %) [43]. Et à l'exception de ces derniers, les autres déclarent alors comme premier et second motif : le fait d'avoir peur du vaccin « Covid-19 » et d'être, plus généralement, contre les vaccins [43].

Le **second motif** le plus souvent déclaré est le **peur du vaccin** : **29 %** des personnes non-vaccinées. Outre les profils présentés ci-avant, ce sont également les 45-54 ans (35 %), les 65-74 ans (34 %), les femmes (35 %), les ménages vivant dans des maisons en dur (31 %), les français nés à Mayotte (32 %) ou à l'étranger (37 %), les ménages disposant d'un revenu compris entre 140 et 1 090 euros par mois par unité de consommation (34 %) et les « cadres et professions intellectuelles supérieures » (27 %) qui sont les plus concernés [43]. Le **troisième motif** principal de non-recours à la vaccination est le fait d'être **plus généralement contre les vaccins** : **14 %** [43].

Concernant les autres motifs, **5 %** des non vaccinés déclarent la **peur de la police aux frontières** (PAF), notamment les ménages ayant recours à l'eau en dehors de leur foyer (12 %) [43]. Sur une part comparable, **5 % ne voient pas l'intérêt de se faire vacciner contre la Covid-19** et ce sont les « cadres et professions intellectuelles supérieures » ainsi que ceux estimant que la Covid-19 est une maladie sans gravité qui citent ce motif le plus souvent : respectivement 23 % et 17 % [43]. **La distance avec les centres de vaccination** est déclarée par **4 %** des non vaccinés et l'on retrouve les 75 ans ou plus parmi ceux-là citant le plus souvent (7 %) [43]. Viennent ensuite les **motifs médicaux**, cités par **3 %** dont principalement les « cadres et professions intellectuelles supérieures » (8 %) [43]. Enfin, les **problèmes d'accessibilité**, concernant **3 %** des non vaccinés et plus particulièrement les 65-74 ans et les Français natifs de l'étranger (6 %) [43].

f) Respect des schémas vaccinaux

En 2019, concernant la vaccination du **DTP**, de l'**HiB** et de la **coqueluche**, pour les **primovaccinations** et les **premiers rappels** on constate des **retards** : de l'ordre de un mois pour la moitié des 24-59 mois (*Tableau 38*), d'un à trois mois pour la moitié des 7-11 ans (*Tableau 39*) et de 2 à 4 mois pour la moitié des 14-16 ans⁷⁶ [39] (*Tableau 40*).

Moins d'un quart des 7-11 ans a eu le rappel à six ans (DTP, coqueluche) [39]. Pour la moitié des 7-11 ans, un retard supérieur à 10 mois avait été observé [39].

Le retard pour le rappel des six ans est encore plus important chez les 14-16 ans (DTP uniquement, pas de rappel coqueluche pour cette classe d'âge) : seulement un quart des enfants ont été vaccinés avec moins de dix mois de retard et la moitié avec un retard supérieur à deux ans [39].

⁷⁶ Un mois de retard minimum pour 75 % des enfants [39].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



Cependant, le **rappel des 11-13 ans** (DTP, coqueluche) a été réalisé sans retard pour plus de 75 % des 14-16 ans [39].

Pour le **ROR, près de la moitié des 24-59 mois** (Tableau 38) ont complété leur vaccination en retard (âge médian à la deuxième injection de 18 mois alors que cette vaccination est recommandée à 16-18 mois), près d'un quart pour plus de cinq mois [39].

Pour les deux autres catégories, l'âge au moment de la deuxième injection est plus délicat à apprécier du fait de modifications concomitantes du calendrier vaccinal [39].

L'âge médian de la deuxième injection est de : 21 mois chez les 7-11 ans⁷⁷ (Tableau 39) et 23 mois chez les 14-16 ans⁷⁸ (Tableau 40) [39].

Pour la vaccination de l'hépatite B, quelle que soit la classe d'âge considérée (Tableaux 38, 39 & 40), pour les **trois quarts la première vaccination correspond au premier mois de vie**⁷⁹, la vaccination à la naissance étant recommandée depuis 2006 à Mayotte [39].

Les injections suivantes ont également été réalisées avec peu de retard, l'âge médian de la troisième dose étant de : 11 mois chez les 24-59 mois⁸⁰ (Tableau 38) et de 8 mois pour les deux autres classes d'âge⁸¹ (Tableaux 39 & 40) [39].

L'âge médian lors de l'injection BCG est de 0 mois chez les 24-59 mois (Tableau 38) contre 2 mois chez les 7-11 ans (Tableau 39) et les 14-16 ans (Tableau 40) [39].

Une très large majorité (84 %) des 24-59 mois ont reçu le BCG dans leur premier mois de vie (Tableau 38) contre 19 % des 7-11 ans (Tableau 39) et 15 % des 14-16 ans (Tableau 40), ce qui est conforme aux recommandations⁸² [39].

Plus de la moitié des enfants ont reçu la première dose de pneumocoque avec un retard supérieur à un mois et un retard supérieur à deux mois pour les deuxième et troisième doses [39] (Tableaux 38 & 39).

Concernant la vaccination pour le méningocoque C, elle est recommandée depuis 2010⁸³.

L'âge médian de la première dose est de 23 mois chez les 24-59 mois⁸⁴ (Tableau 38), 25 mois chez les 7-11 ans⁸⁵ (Tableau 39) et 76 mois (6 ans) chez les 14-16 ans⁸⁶ (Tableau 40) [39].

Tableau 38 : Distribution des âges aux injections pour les différents vaccins chez les 24-59 mois en 2019 à Mayotte

| Age (en mois) au moment de l'injection | | Moyenne | Min | Q1 | Médiane | Q3 | Max |
|--|----------------------------|---------|------|------|---------|------|------|
| BCG | 1ère dose (naissance) | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 48,9 |
| | Primo 1 (2 mois) | 3,9 | 0,0 | 2,0 | 2,8 | 3,9 | 47,9 |
| DTP | Primo 2 (4 mois) | 7,2 | 1,0 | 4,0 | 5,0 | 7,5 | 43,9 |
| | Rappel 1 (11 mois) | 14,2 | 2,0 | 11,0 | 12,0 | 15,9 | 42,9 |
| Coqueluche | Primo 1 (2 mois) | 3,9 | 0,0 | 2,0 | 2,8 | 3,9 | 47,9 |
| | Primo 2 (4 mois) | 7,2 | 1,0 | 4,0 | 5,0 | 7,5 | 43,9 |
| | Rappel 1 (11 mois) | 14,2 | 2,0 | 11,0 | 12,0 | 15,9 | 42,9 |
| HiB | Primo 1 (2 mois) | 4,0 | 0,0 | 2,0 | 2,9 | 4,0 | 47,9 |
| | Primo 2 (4 mois) | 7,6 | 1,0 | 4,0 | 5,3 | 8,0 | 43,9 |
| | Rappel 1 (11 mois) | 14,0 | 2,0 | 11,0 | 12,0 | 15,9 | 42,9 |
| Hépatite B | Primo 1 (naissance) | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 47,9 |
| | Primo 2 (2 mois) | 3,8 | 0,9 | 2,0 | 3,0 | 4,0 | 43,9 |
| | Rappel 1 (11 mois) | 11,6 | 3,0 | 9,0 | 11,0 | 13,0 | 43,9 |
| ROR | Primo 1 (12 mois) | 14,7 | 1,0 | 11,8 | 13,0 | 15,2 | 47,9 |
| | Deuxième dose (16-18 mois) | 21,0 | 11,0 | 17,0 | 18,3 | 22,9 | 50,9 |
| Pneumocoque | Primo 1 (2 mois) | 4,1 | 0,0 | 2,0 | 3,0 | 4,5 | 35,9 |
| | Primo 2 (4 mois) | 8,2 | 3,0 | 4,9 | 6,2 | 9,9 | 37,9 |
| | Rappel 1 (11 mois) | 14,6 | 4,0 | 11,0 | 13,0 | 16,0 | 36,9 |
| Méningocoque C | Primo 1 (naissance) | 24,2 | 0,0 | 14,8 | 22,8 | 32,9 | 56,9 |
| | Deuxième dose | 23,5 | 16,0 | 16,0 | 18,2 | 26,4 | 33,0 |

Champ: Enfants de 24-59 mois

Source: ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39]

⁷⁷ Deuxième dose recommandée à 16-18 mois pour les plus jeunes et deux ans pour les plus âgés [39].

⁷⁸ Deuxième dose recommandée à deux ans pour les plus jeunes et entre trois et six ans pour les plus âgés [39].

⁷⁹ 84 % des 24-59 mois, 76 % des 7-11 ans et des 14-16 ans [39].

⁸⁰ Âge recommandé depuis 2013 [39].

⁸¹ Dans les recommandations en vigueur avant 2013 [39].

⁸² La recommandation de vacciner dès la naissance a été mise en place à Mayotte en 2012, soit après la naissance des enfants des deux dernières classes d'âge [39].

⁸³ En dose unique de rattrapage pour les enfants nés avant 2017, en dose unique à un an pour les enfants nés entre 2010 et 2017, puis en deux doses à partir de 2017 [39].

⁸⁴ Alors que les recommandations en cours pour cette classe d'âge étaient de 1 an [39].

⁸⁵ Les enfants les plus âgés de cette classe d'âge avaient deux ans quand cette vaccination a été recommandée [39].

⁸⁶ Les enfants avaient entre cinq et sept ans en 2010 quand cette vaccination a été recommandée [39].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 39 : Distribution des âges aux injections pour les différents vaccins chez les 7-11 ans en 2019 à Mayotte

| Age (en mois) au moment de l'injection | | Moyenne | Min | Q1 | Médiane | Q3 | Max |
|--|--------------------------------------|---------|------|------|---------|------|-------|
| BCG | 1ère dose | 9,6 | 0,0 | 1,0 | 2,0 | 4,0 | 113,8 |
| DTP | Primo 1 (2 mois) | 9,9 | 0,0 | 2,0 | 3,0 | 4,0 | 128,7 |
| | Primo 2 (3 mois) | 9,8 | 0,9 | 4,0 | 5,0 | 7,0 | 99,8 |
| | Primo 3 (4 mois) | 12,3 | 2,0 | 5,0 | 6,7 | 10,0 | 112,8 |
| | Rappel 1 (16-18 mois) | 25,7 | 4,0 | 17,9 | 19,9 | 25,0 | 119,7 |
| | Rappel 2 (6 ans) | 79,6 | 16,0 | 74,3 | 81,5 | 91,8 | 126,7 |
| Coqueluche | Primo 1 (2 mois) | 9,9 | 0,0 | 2,0 | 3,0 | 4,3 | 128,7 |
| | Primo 2 (3 mois) | 9,9 | 1,0 | 4,0 | 5,0 | 7,0 | 99,8 |
| | Primo 3 (4 mois) | 11,8 | 2,0 | 5,0 | 6,7 | 10,0 | 116,8 |
| | Rappel 1 (16-18 mois) | 25,3 | 4,0 | 17,9 | 19,9 | 25,0 | 119,7 |
| | Rappel 2 (6 ans) | 80,4 | 16,0 | 74,9 | 81,8 | 91,8 | 126,7 |
| HiB | Primo 1 (2 mois) | 7,3 | 0,0 | 2,0 | 3,0 | 5,0 | 105,8 |
| | Primo 2 (3 mois) | 8,4 | 1,0 | 4,0 | 5,0 | 7,0 | 99,7 |
| | Primo 3 (4 mois) | 10,5 | 2,0 | 5,0 | 7,0 | 12,0 | 84,9 |
| | Rappel 1 (16-18 mois) | 24,0 | 4,0 | 17,4 | 19,0 | 24,6 | 101,8 |
| Hépatite B* | Primo 1 (naissance) | 5,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 128,7 |
| | Primo 2 (1 mois) | 7,1 | 0,9 | 1,0 | 2,0 | 4,0 | 119,7 |
| | Rappel 1 (6 mois) | 14,2 | 2,0 | 6,8 | 8,0 | 12,0 | 103,8 |
| ROR** | Première dose (12 mois) | 22,8 | 3,0 | 11,6 | 13,0 | 19,0 | 128,7 |
| | Deuxième dose (16-18 mois / 24 mois) | 28,3 | 12,0 | 16,0 | 20,8 | 27,0 | 118,7 |
| Pneumocoque | Primo 1 (2 mois) | 5,1 | 0,0 | 2,9 | 4,0 | 5,5 | 105,8 |
| | Primo 2 (4 mois) | 8,2 | 2,0 | 5,0 | 6,5 | 9,0 | 75,8 |
| | Rappel 1 (12 mois) | 15,1 | 3,0 | 12,0 | 14,0 | 17,9 | 34,9 |
| Méningocoque C | Dose unique (1 an) | 31,8 | 13,0 | 23,2 | 24,9 | 28,9 | 87,8 |

Note : * Le schéma classique a été indiqué. Les recommandations étaient de réaliser 2 primovaccinations séparées de 1 mois puis un rappel 5 à 12 mois après la deuxième primovaccination. ** A partir de 2013, la seconde dose de ROR est recommandée à 16-18 mois, avant 2013, elle était recommandée à 2 ans. Une partie des enfants de 7-11 ans ont eu 2 ans avant 2013 et donc aurait dû recevoir la seconde injection à 2 ans. L'autre partie a eu 2 ans après 2013 et aurait dû recevoir la seconde injection à 16-18 mois.

Champ: Enfants de 7-11 ans

Source: ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39]

Tableau 40 : Distribution des âges aux injections pour les différents vaccins chez les 14-16 ans en 2019 à Mayotte

| Age (en mois) au moment de l'injection | | Moyenne | Min | Q1 | Médiane | Q3 | Max |
|--|--------------------------------------|---------|------|-------|---------|-------|-------|
| BCG | 1ère dose | 6,9 | 0,0 | 1,0 | 2,0 | 3,0 | 161,3 |
| DTP | Primo 1 (2 mois) | 20,2 | 0,0 | 3,0 | 4,0 | 5,9 | 184,6 |
| | Primo 2 (3 mois) | 15,1 | 1,0 | 4,0 | 5,3 | 7,0 | 170,6 |
| | Primo 3 (4 mois) | 13,3 | 3,0 | 6,0 | 7,9 | 9,6 | 167,7 |
| | Rappel 1 (16-18 mois) | 30,1 | 6,0 | 18,7 | 20,9 | 26,9 | 170,7 |
| | Rappel 2 (6 ans) | 104,1 | 18,0 | 81,9 | 96,7 | 125,5 | 189,6 |
| | Rappel 3 (11-13 ans) | 144,8 | 83,8 | 134,7 | 143,1 | 154,2 | 179,6 |
| Coqueluche | Primo 1 (2 mois) | 17,2 | 0,0 | 3,0 | 4,0 | 5,0 | 182,6 |
| | Primo 2 (3 mois) | 15,1 | 1,0 | 4,0 | 5,5 | 7,0 | 170,6 |
| | Primo 3 (4 mois) | 12,7 | 3,9 | 6,0 | 7,9 | 9,8 | 167,7 |
| | Rappel 1 (16-18 mois) | 28,7 | 7,0 | 18,3 | 20,9 | 26,0 | 148,7 |
| | Rappel 2 (11-13 ans) | 117,4 | 23,9 | 86,8 | 120,4 | 141,5 | 189,6 |
| HiB | Primo 1 (2 mois) | 7,5 | 0,0 | 3,0 | 4,0 | 5,0 | 155,7 |
| | Primo 2 (3 mois) | 7,9 | 2,0 | 4,0 | 5,0 | 7,0 | 158,7 |
| | Primo 3 (4 mois) | 9,3 | 3,9 | 6,0 | 7,0 | 9,0 | 143,7 |
| | Rappel 1 (16-18 mois) | 23,5 | 15,9 | 18,0 | 20,0 | 22,9 | 145,7 |
| Hépatite B* | Primo 1 (naissance) | 9,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 178,6 |
| | Primo 2 (1 mois) | 9,7 | 0,9 | 1,4 | 2,0 | 4,0 | 180,7 |
| | Rappel 1 (6 mois) | 14,5 | 1,9 | 7,0 | 8,0 | 10,0 | 184,6 |
| ROR** | Première dose (12 mois) | 27,5 | 0,0 | 11,5 | 13,0 | 16,9 | 180,7 |
| | Deuxième dose (16-18 mois / 24 mois) | 31,1 | 12,0 | 17,2 | 23,4 | 29,2 | 184,6 |
| Méningocoque C | Dose unique (mise en place en 2010) | 67,9 | 6,0 | 7,1 | 75,7 | 99,3 | 146,7 |

Note : * Le schéma classique a été indiqué. Les recommandations étaient de réaliser 2 primovaccinations séparées de 1 mois puis un rappel 5 à 12 mois après la deuxième primovaccination. ** A partir de 2006 (et jusqu'à 2013), la seconde dose de ROR est recommandée à 24 mois. Avant 2006, elle était recommandée entre 3 et 6 ans. Une partie des enfants de 14-16 ans ont eu 2 ans après 2006 et donc aurait dû recevoir la seconde injection à 2 ans. L'autre partie a eu 2 ans avant 2006 et aurait dû recevoir la seconde injection à 3-6 ans.

Champ: Enfants de 14-16 ans

Source: ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39]

g) Profils à risque

En fonction de l'âge, la couverture vaccinale (globale) diminue nettement de -66 points : 81 % des 24-59 mois à jour pour dix valences et plus, à 34 % chez les 7-11 ans [39], 20 % chez les 10-12 ans [44] et 15 % chez les 14-16 ans [39].

Un enfant de 14-16 ans sur dix n'est à jour pour aucune valence contre 10 % des 10-12 ans [44], 7 % des 7-11 ans [39] et seulement 1,3 % des 24-59 mois [39] (Figure 76).

La couverture vaccinale des enfants ayant au moins un tuteur en activité (51 % pour dix valences ou plus) est meilleure de +8 points que celle des enfants n'ayant aucun tuteur en activité (43 %) [39]. Elle est également liée à la nationalité du/des tuteur(s) : 57 % des enfants ayant leur(s) tuteur(s) français sont à jour vis-à-vis de dix valences ou plus contre 43 % des enfants ayant au moins un tuteur de nationalité étrangère (-14 points) [39].



ARS MAYOTTE

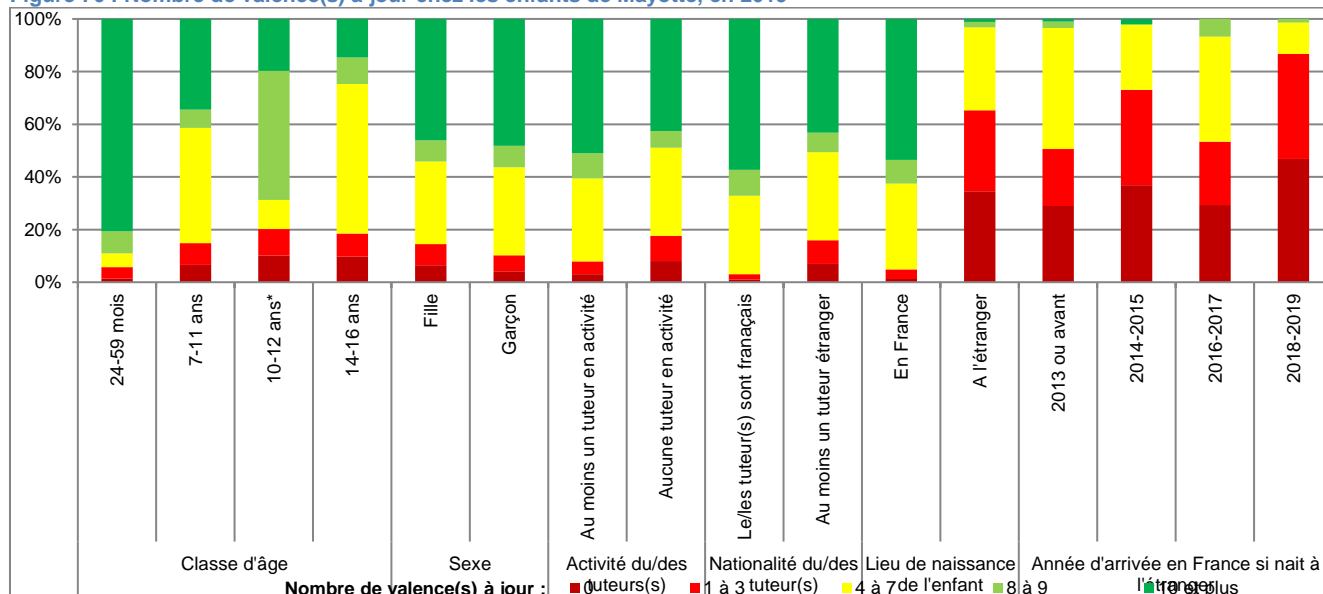
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 76 : Nombre de valence(s) à jour chez les enfants de Mayotte, en 2019



Champ : Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, *10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} et 14-16 ans

Source: ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [39] et *ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5]

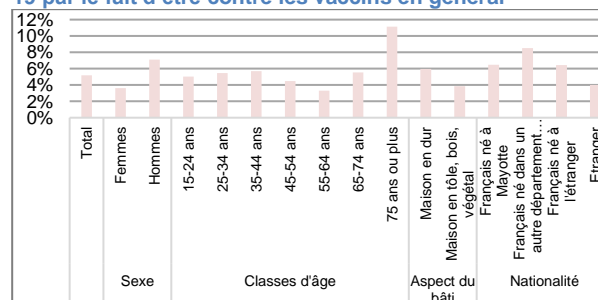
Le lieu de naissance de l'enfant influence très fortement : les deux tiers nés en France sont à jour vis-à-vis de huit valences ou plus contre seulement 3 % des enfants nés à l'étranger (-60 points) [39]. A noter que les enfants nés à l'étranger et arrivés depuis longtemps sur le territoire semblent davantage couverts : la part ayant une couverture vaccinale (A jour vis-à-vis de moins de 4 valences) diminue ainsi avec le temps de présence sur le territoire, 87 % des enfants arrivés en 2018-2019 et seulement 51 % de ceux arrivés en 2013 ou avant, -26 points (Figure 76).

h) Population refusant de se faire vacciner

En 2021, lorsque les habitants, qu'ils soient vaccinés ou non, ont été interrogés sur le motif de refus de se faire vacciner contre la Covid-19, 5 % ont répondu être contre les vaccins en général [6]. Les hommes sont alors deux fois plus concernés que les femmes : 7 % contre 4 % [6] (Figure 77).

Ce sont notamment les 75 ans ou plus (11 %) et les Français nés dans un autre département que Mayotte (9 %) qui sont les plus fréquents à citer cette raison [6] (Figure 77).

Figure 77 : Part des individus de 15 ans ou plus à Mayotte justifiant le refus de la vaccination à la Covid-19 par le fait d'être contre les vaccins en général



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte

Source: ARS Mayotte-CNRS MODCOV9, extraction enquête séroprévalence à SARS-CoV-2 en 2021 [6]

i) Projection chez les adultes

Aucune donnée sur la couverture vaccinale chez les adultes n'est disponible. Néanmoins, à partir des indicateurs observés chez les moins de 17 ans, de ceux sur l'hépatite B et en se plaçant dans un contexte de couverture non obligatoire sauf pour ceux qui doivent voyager, on peut estimer une tendance⁸⁷, nécessitant une grande précaution d'usage, de :

- Un individu sur cinq immunisé pour le DTP et l'HiB ;
- Un individu sur quatre pour la coqueluche ;
- De trois individus sur quatre pour l'hépatite A ;
- De quatre individus sur cinq pour le ROR et le BCG ;
- Un taux quasi-nul pour le pneumocoque et le méningocoque C.

⁸⁷ Basé sur le modèle linéaire construit depuis les taux par classe d'âge [39] et pondéré par la comparaison des données sur l'hépatite B [37]. Ces indicateurs ne permettent pas de distinguer l'immunité par la vaccination de celle par l'infection cependant.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



4 – Santé mentale

a) Offre de soins

Le secteur Psychiatrie, seul de l'île sous pilotage du CHM, a traversé de mai 2020 à juin 2022 des difficultés structurelles et de départs en nombre de ses professionnels. De nombreuses réorganisations de ses services, équipes mobiles et consultations ambulatoires, ont été réalisées pour s'adapter à la situation du moment.

Néanmoins et au travers de la dynamique de la validation du PTSM de Mayotte, par l'ARS en 2020, le CHM s'est engagé dans une transformation de son service de psychiatrie en un pôle de Santé Mentale. En 2023, la densité des psychologues est de **23 professionnels pour 100 000 habitants**, cinq fois inférieure à celle de l'Hexagone (108), et reste stable depuis 2017 (19). En 2022, **10 lits pour la psychiatrie sont disponibles**.

Le nombre de séjours a doublé entre 2013 (151) et 2020 (315), cependant il diminue ensuite fortement (-32 %) en 2022 : 238 (Tableau 41).

Le nombre d'actes, soins et interventions au **CMP** est de 8 473, soit une hausse de 73 % par rapport à 2021, dont **42 % en psychiatrie infanto-juvénile**.

On en observe 748 séjours pour l'**unité d'hospitalisation somatique**, également en hausse de +204 %, dont **aucun en psychiatrie infanto-juvénile** (Tableau 41).

Tableau 41 : Caractéristiques des filières de prise en charge en psychiatrie à Mayotte de 2014 à 2022

| Type | Structure | Psychiatrie | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | |
|--|---|--|------|------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----|
| Lits | | Générale | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | |
| Nombre de séjours | | Générale | 151 | 170 | 197 | 223 | 230 | 299 | 306 | 315 | 238 | 215 | |
| Nombre d'actes, soins, interventions | CMP | Générale | | | 11 117 | | | 6 349 | 5 024 | 4 918 | 3 274 | 4 949 | |
| | | Infanto-juvénile | | | | | 2 148 | 1 896 | 1 143 | 1 641 | 3 524 | | |
| | Unité de consultation des services de psychiatrie | Générale | | | | | 374 | | | | | 995 | |
| | CATTP | Générale | | | | | 2 995 | | | | 227 | 334 | |
| | | Infanto-juvénile | | | | | 243 | | | | 37 | 210 | |
| | A domicile ou en institution substitutive au domicile | Générale | | | | | | | 2 495 | 747 | | | 113 |
| | | Infanto-juvénile | | | | | | | 510 | 252 | | | |
| | En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) | Générale | | | 982 | | | | 747 | 964 | 227 | 748 | |
| Infanto-juvénile | | | | | | | | 87 | 175 | 37 | | | |
| File active – Nombres de patients vus au moins une fois dans l'année | Générale | Générale | | | 3 195 | 2 273 | 2 641 | 2 048 | 2 326 | 1 262 | 1 508 | | |
| | | ... dont ambulatoire exclusif | | | 3 043 | | | 1 879 | 2 141 | 1 095 | 1 487 | | |
| | Infanto-juvénile | Générale | | | 516 | 639 | | 764 | 671 | 630 | 709 | | |
| | | ... dont ambulatoire exclusif | | | 516 | | | 761 | 662 | 624 | 708 | | |
| Mode légal de soins – Nombre de patients | Soins psychiatriques libres | Générale | | | 98 | | 62 | 110 | 195 | 151 | 125 | 65 | |
| | | Sur décision de représentation de l'état | | | 14 | | 7 | 19 | 27 | 10 | 8 | 13 | |
| | OPP | | | | | | 1 | | | | | | |
| | Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence | Générale | | | 57 | | 13 | 55 | 81 | 56 | 59 | 81 | |
| | | Soins psychiatriques pour péril imminent | | | 19 | | 3 | 7 | 3 | 3 | 17 | 29 | |

Source : SAE

b) Recours aux soins

Le recours à des professionnels de la santé mentale est très faible⁸⁸ : 2 % de la population en a consulté un dans l'année (7 % dans l'Hexagone) [45]. Parmi les personnes de 15 ans ou plus qui

⁸⁸ Le très faible recours aux soins de santé mentale à Mayotte pourrait tout d'abord s'expliquer par le fait que la très grande majorité des personnes souffrant d'un syndrome dépressif n'en ont pas conscience : 23 % des personnes présentant un état dépressif sévère ou modéré, reconnaissent avoir connu une dépression au cours des 12 mois précédant [45].

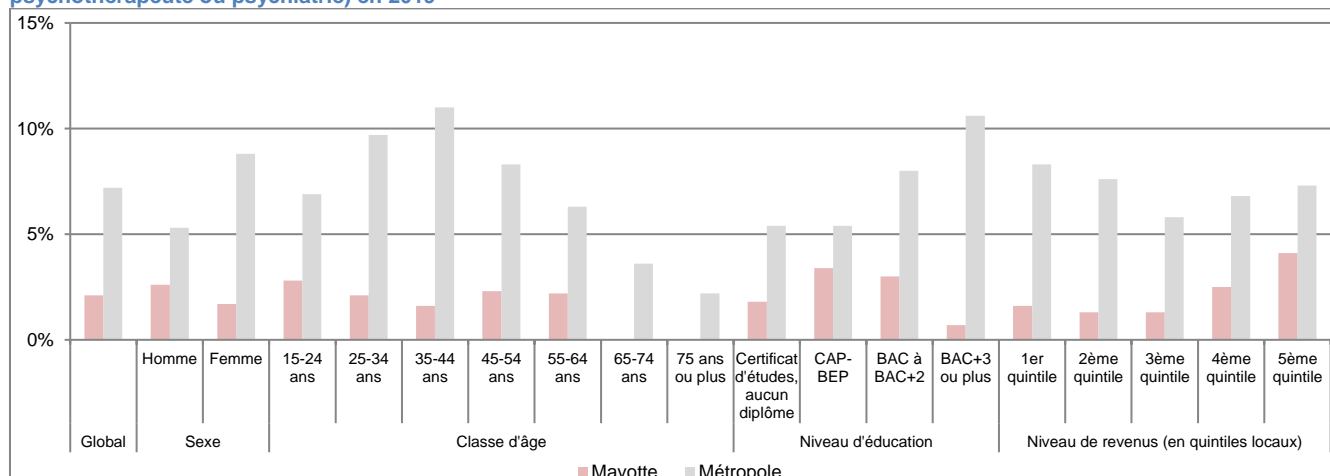


reconnaissent avoir connu **une dépression** dans l'année, **10 % ont eu recours** à un suivi psychologique ou psychiatrique, soit **cinq fois plus** que ceux qui ne pensent pas avoir été en dépression [45].

12 % des habitants ayant eu besoin d'un suivi psychologique dans l'année n'ont pas pu se le payer [45]. De plus, 17 % des personnes qui estiment avoir été en dépression pendant l'année écoulée ont renoncé à un suivi psychologique ou ont dû le reporter⁸⁹ [45].

Une part importante de la population majeure de Mayotte ne bénéficie pas d'une complémentaire santé, ni même de la PUMa, ce qui complique l'accès aux soins. On observe d'ailleurs que 44 % des 15 ans ou plus souffrant de dépression ne sont pas couvertes, contre 34 % pour les autres [45].

Figure 78 : Taux de consultation à un professionnel de la Santé mentale à Mayotte dans l'année (psychologue, psychothérapeute ou psychiatrie) en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

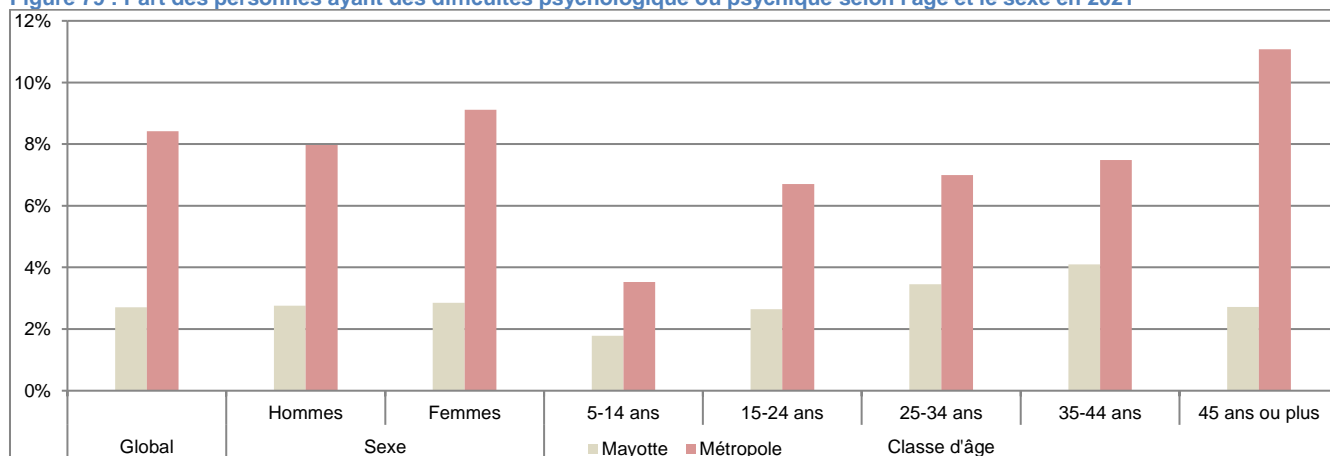
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

En 2021, **3 % de la population** de 5 ans ou plus **déclarent avoir des difficultés psychiques ou psychologiques qui perturbent leur vie quotidienne à Mayotte**⁹⁰, contre 8 % dans l'Hexagone [46]. Le taux double des 5-14 ans au 35-44 ans, puis diminue chez les 45 ans ou plus [46] (Figure 79).

On retrouve une **part similaire d'individus déclarant avoir été hospitalisés dans un service psychiatrique au cours des 10 dernières années**⁹¹ à Mayotte. Ce taux est alors **proche de celui de l'Hexagone** (4 %) [46] (Figure 80).

Figure 79 : Part des personnes ayant des difficultés psychologique ou psychique selon l'âge et le sexe en 2021



Champ : Habitants de 5 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [47]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

⁸⁹ 64 % d'entre elles ont ajourné des soins médicaux [45].

⁹⁰ Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière la Guyane (6 %), La Réunion (7 %), l'Hexagone, la Martinique (9 %) et la Guadeloupe (10 %).

⁹¹ Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière l'Hexagone, la Martinique et La Réunion (4 %), la Guadeloupe et Guyane (5 %).



ARS MAYOTTE

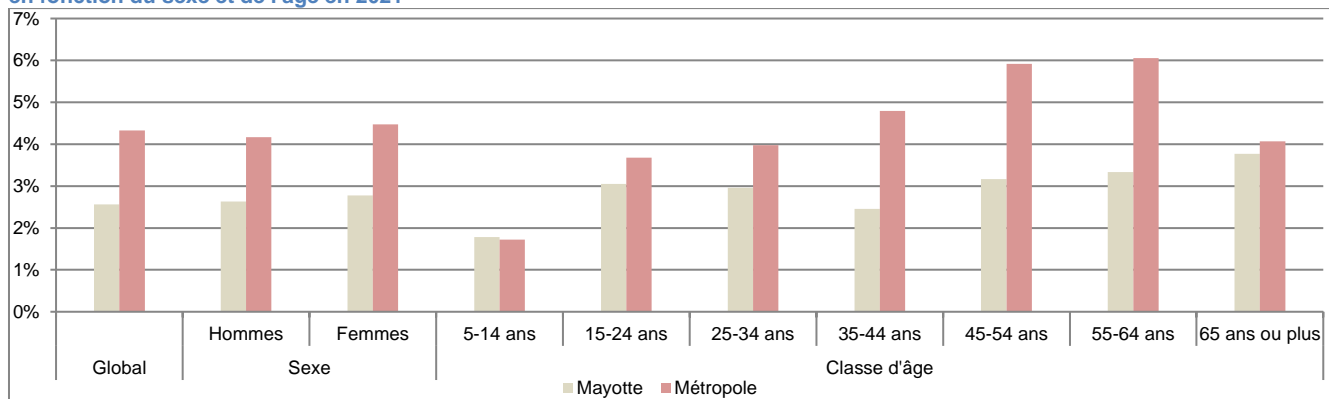
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 80 : Part de personnes ayant été hospitalisées dans un service psychiatrique au cours des 10 dernières années en fonction du sexe et de l'âge en 2021

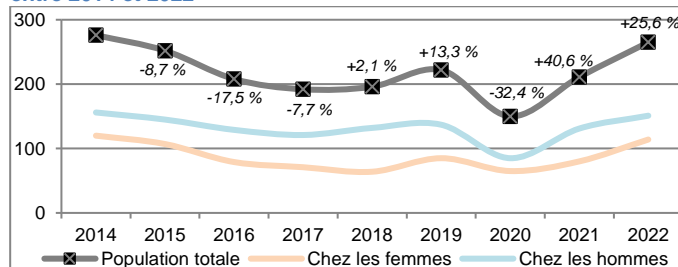


Champ : Habitants de 5 ans ou plus de Mayotte
 Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [47]
 Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les troubles mentaux représentent **1,6 % des motifs de séjour au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière ». **1,5 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes.** Dans l'Hexagone, ce taux est de 3 %.

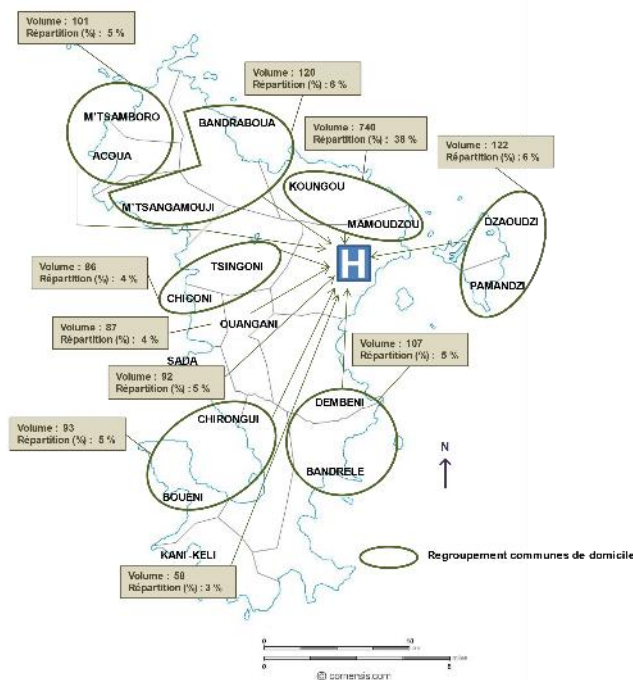
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **3,1 jours**, et le **taux de recours standardisé est 7,2 fois inférieur** à l'Hexagone.

Figure 81 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « troubles mentaux et du comportement » entre 2014 et 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
 Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 82 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM, par commune, pour motif « troubles mentaux et du comportement » de 2014 à 2022



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2022 des volumes associés aux « troubles mentaux et du comportement ». La somme des pourcentages donne 81 % auquel il faut rajouter 13 % de communes non renseignées et 6 % domiciliés hors territoire.
 Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
 Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

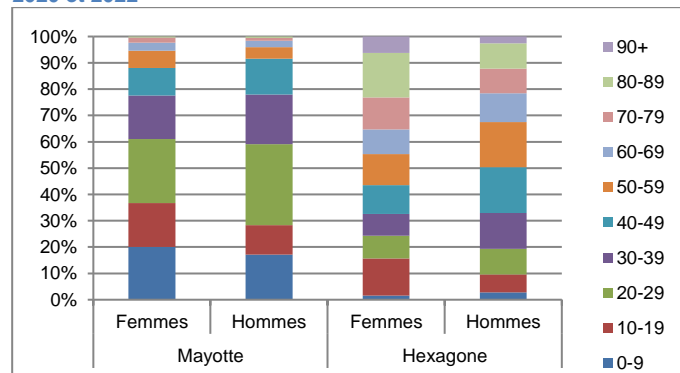


Sur les **626** séjours liés aux « troubles mentaux » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, **59 %** (chez les hommes) à **61 %** (chez les femmes) des cas concernent un individu de **moins de 30 ans** (Figure 83).

Sur la période de 2020 à 2022, la « **schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants** » représentent 40 % des motifs liés aux « troubles mentaux et du comportement » chez les hommes et 25 % chez les femmes.

Chez les femmes, viennent ensuite les « **troubles de l'humeur (affectifs)** » qui en représentent 21 %, et les « **troubles du développement psychologique** » chez les hommes, 16 % (Tableau 42).

Figure 83 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « troubles mentaux » entre 2020 et 2022



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Tableau 42 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « troubles mentaux et du comportement » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|--|------------|------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques | 16 | 13 | 6 | 4 |
| Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives | <10 | 35 | 2 | 9,5 |
| Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants | 66 | 145 | 25 | 40 |
| Troubles de l'humeur (affectifs) | 55 | 54 | 21 | 15 |
| Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes | 47 | 29 | 18 | 8 |
| Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques | <10 | <10 | 1 | 0 |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte | <10 | 9 | 3 | 2 |
| Retard mental | <10 | <10 | 2 | 1 |
| Troubles du développement psychologique | 39 | 60 | 15 | 16 |
| Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence | 16 | 17 | 6 | 5 |
| Trouble mental, sans autre indication | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 259 | 367 | 100 | 100 |

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Les « troubles mentaux » représentent **0,3 % des évacuations sanitaires de 2020** (0,8 % en 2019 et 0,7 % en 2018).

En **2019**, le taux standardisé pour les « **affections psychiatriques de longue durée** » chez les assurés sociaux est de **46 prises en charge⁹² pour 100 000 habitants**. Il a augmenté de **+11 points** par rapport à 2013. Il est de **6 prises en charge pour 100 000 habitants pour la « maladie de Parkinson »**, stable depuis 2013 (5) avec un creux sur 2015 (2), 2016 (0) et 2017 (3).

Il est deux fois plus important pour la « **maladie d'Alzheimer et autres démences** » : **4 prises en charge pour 100 000 habitants**, similaires à 2018 (5) et ayant **diminué de moitié** depuis 2017 (9) alors qu'il était resté stable de 2013 à cette année-là (10).

⁹² Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

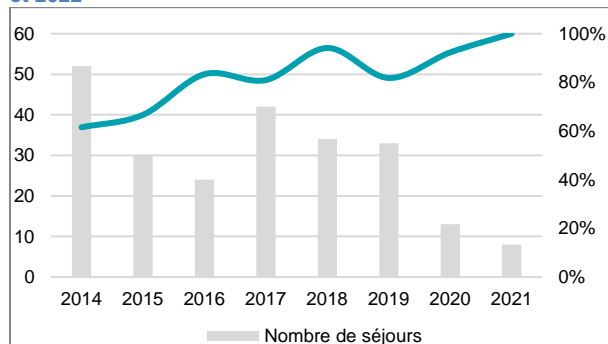
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).

Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).

Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une CPAM en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

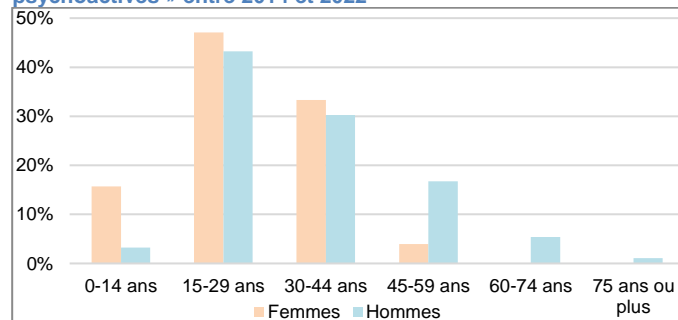


Figure 84 : Evolution du nombre de séjours au CHM pour « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » entre 2014 et 2022



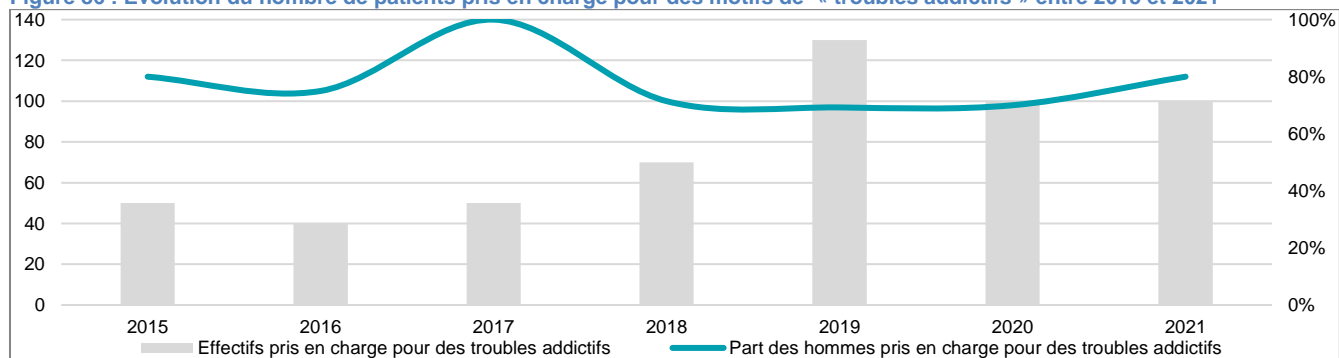
Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 85 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » entre 2014 et 2022



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 86 : Evolution du nombre de patients pris en charge pour des motifs de « troubles addictifs » entre 2015 et 2021



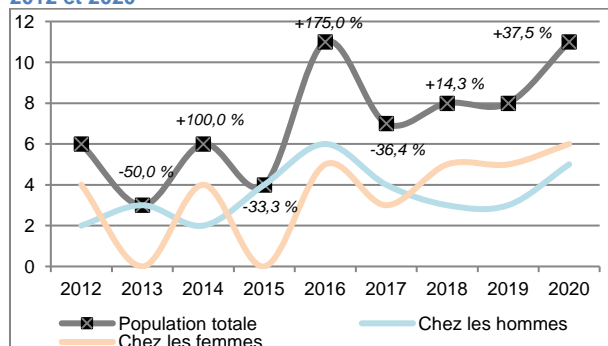
Source : Assurance maladie (Cartographie des pathologies et des dépenses)
Exploitation : ORS Mayotte

c) Mortalité

Les « troubles mentaux et du comportement » représentent **1,0 % des décès** sur la période 2012 à 2020 (1,0 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes), soit 64 décès cumulés (32 hommes – 50 % – et 32 femmes – 50 % –) et, en moyenne, **8 décès par an**.

À structure de population équivalente et sur la période 2018 à 2020, **Les habitants de Mayotte meurent 1,9 fois moins** que ceux de l'Hexagone et **les habitantes de Mayotte 1,0 fois moins** que celles de l'Hexagone de « troubles mentaux et du comportement ». Respectivement 1,7 et 2,8 fois moins sur la période 2015 à 2017 [23].

Figure 87 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « troubles mentaux et du comportement » entre 2012 et 2020



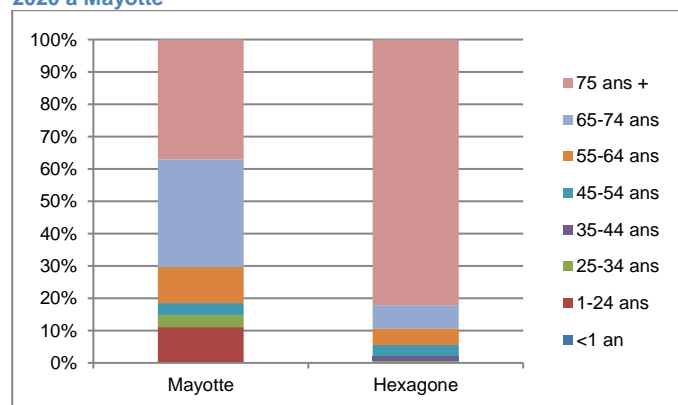
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportement », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 88 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « troubles mentaux et du comportement » sur la période de 2018-2020 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportement », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



Sur la période de 2018 à 2020, **chez les femmes et les hommes**, les « **troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques** » (respectivement 88 % et 45 % chez les hommes) sont les motifs de décès les plus fréquents. Les « **troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives** » sont également des motifs de décès fréquents chez les hommes (45 %) (Tableau 43).

Tableau 43 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « troubles mentaux et du comportement » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|--|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques | 14 | 88 | <10 | 45 |
| Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives | 0 | 0 | <10 | 45 |
| Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Troubles de l'humeur (affectifs) | <10 | 6 | 0 | 0 |
| Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques | <10 | 6 | 0 | 0 |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Retard mental | 0 | 0 | <10 | 9 |
| Troubles du développement psychologique | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Trouble mental, sans précision | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Somme 2018 à 2020 | 16 | 100 | 11 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportement », causes initiales de décès

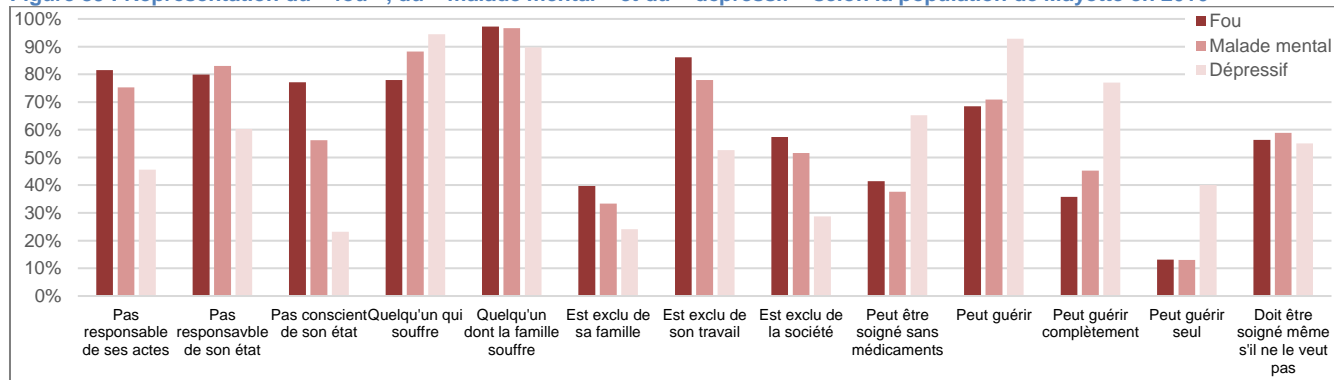
Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

d) Représentation de la santé mentale

En 2016 et **selon les habitants de Mayotte**, les images du « **fou** »⁹³ et du « **malade mental** »⁹⁴ sont **relativement proches**, souvent associées à la **dangerosité** et l'**anormalité** [48]. L'origine la plus fréquemment citée pour la « **folie** » est de loin l'**origine addictive**, et l'origine **physique** pour la « **maladie mentale** », suivies par les origines liées à des **événements** de vie qui sont en particulier citées en premier pour le « **dépressif** »⁹⁵ [48].

Figure 89 : Représentation du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » selon la population de Mayotte en 2016



Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [48]

Le « **fou** », le « **malade mental** » et le « **dépressif** » seraient principalement **reconnaisables à leur comportement**, perçus comme **irresponsables**, en **souffrance** et **exclus du travail** [48]. Selon les personnes, ils peuvent guérir, **mais seul le dépressif peut guérir complètement** [48]. Le **soutien relationnel** est le recours aux soins le plus fréquemment déclaré pour la « **dépression** ».

Les soins pour « **folie** » et « **maladie mentale** » nécessiteraient d'être **davantage médicalisés** (psychothérapie, médicaments, hospitalisation) [48].

⁹³ Il est alors vu : comme une personne qui a perdu/jamais eu toute sa raison, intellectuellement déficient, malade de la tête/du cerveau/des pensées (absentes/envahissantes), parlant tout seul, ayant des problèmes de mémoire, instable mentalement et psychologiquement, associé à la violence dans un contexte positif et aux capacités intellectuelles dans un contexte négatif, prenant des drogues ou autres produits similaires et n'ayant pas conscience de qui l'entoure ou de ses actes [48].

⁹⁴ Il est alors vu : comme souffrant d'une maladie/dysfonctionnement du cerveau depuis sa naissance, dangereux pour lui-même et les autres, peut et doit être soigné à l'hôpital, considéré comme « fou » mais soignable, la notion de « maladie » est également associée au « retard mental » et au « handicap intellectuel » [48]

⁹⁵ Il est alors vu : comme menant une vie difficile, notamment parce qu'il est « pauvre », ayant des soucis, des problèmes, des événements ont bouleversé sa vie, n'arrivant pas à les surmonter ou à trouver des solutions, vu comme une personne qui s'isole, déprimée, triste, malheureux, incompris et seul [48].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Quelques points différencient néanmoins ces trois catégories (Figure 89) :

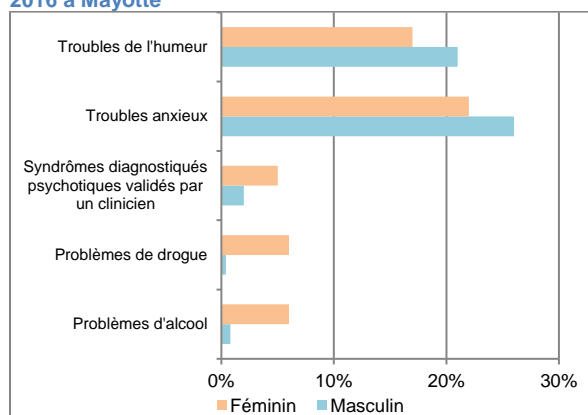
- Le « **fou** » n'est **pas responsable** de ses actes, et il est jugé **en dehors de la norme** [48] ;
- Le « **malade mental** » est toujours vu comme **souffrant** d'une maladie présente depuis la naissance, qui a **besoin de soins** [48] ;
- Le « **dépressif** » est **victime** d'événements particuliers (stress, choc, etc.) [48].

e) Indicateurs

En 2016, **quatre adultes sur dix présentent au moins un trouble de santé mentale**, notamment chez les moins de 30 ans [48]. Les **troubles anxieux** sont les plus fréquents (24 %), suivis par les **troubles de l'humeur** (19 %) [48]. Un peu plus de **3 %** présentent un problème lié aux **drogues** (3 %) et à la consommation **d'alcool** (4 %) [48] (Tableau 44).

Si on n'observe pas de différence du risque de présenter au moins un trouble psychique en fonction du sexe, les femmes et les hommes présentent néanmoins des types de troubles différents : davantage de **troubles anxieux et dépressifs chez les femmes**, davantage de **troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes** [48] (Figure 90). Le fait d'être **célibataire, séparé, ou divorcé**, et le fait d'être **sans emploi** (40 % contre 30 % pour ceux en emploi) représente un facteur de risque d'avoir un trouble psychique [48].

Figure 90 : Prévalence des troubles selon le sexe en 2016 à Mayotte



Note : L'acronyme S.D. correspond à Syndrome dissociatif.

Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [48]

En 2019 et selon le PHQ9, **20 % des habitants de 15 ans ou plus** présentent des **symptômes dépressifs**⁹⁷ (22 % chez les femmes et 19 % chez les hommes, 11 % dans l'Hexagone), 17 % en 2016 selon le MINI chez les 18 ans et plus [48], et **6 % des symptômes majeurs**⁹⁸ (4 % dans l'Hexagone), notamment les jeunes de **15 à 29 ans**⁹⁹ : 8 % contre 3 % dans l'Hexagone [36] (Figure 91).

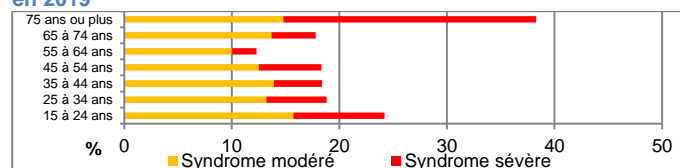
Tableau 44 : Prévalence des différents troubles repérés par le MINI chez les personnes de 18 ans et plus en 2016 à Mayotte

| Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie) | | 36 % |
|--|--|-------|
| Troubles de l'humeur | 19 % | |
| | Episode dépressif (2 dernières semaines) | 17 % |
| | ... Dont trouble dépressif récurrent (vie entière) | 6 % |
| | Dysthymie ⁹⁶ (2 dernières années) | 3 % |
| | Episode maniaque (vie entière) | 2 % |
| Troubles anxieux | | 4 % |
| Problèmes de drogue | | 3 % |
| Syndrome d'allure psychotique (vie entière) | 4 % | |
| | Syndrome psychotique isolé actuel | 0,6 % |
| | Syndrome psychotique isolé passé | 0,6 % |
| | Syndrome psychotique récurrent actuel | 2 % |
| | Syndrome psychotique isolé récurrent passé | 0,7 % |
| Risque suicidaire | 10 % | |
| | Léger | 6 % |
| | Moyen | 2 % |
| | Élevé | 2 % |
| Insomnie | | 11 % |

Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [48]

Figure 91 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré¹⁰⁰ ou sévère¹⁰¹ selon l'âge en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

⁹⁶ La dysthymie est un trouble de l'humeur, chronique et persistant, impliquant un spectre dépressif. Elle est moins sévère qu'une dépression clinique.

⁹⁷ La dépression constitue un trouble de l'humeur courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

⁹⁸ Sont dits « majeurs » si la personne ressent « plus de la moitié des jours »/« presque tous les jours » au moins cinq des symptômes dont un des deux premiers.

⁹⁹ La société traditionnelle à Mayotte 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 habitats insalubres et dépourvus de confort de base » [36]. Les jeunes de moins de 20 ans sont particulièrement exposés à ces mutations sociétales ce qui peut engendrer « des conflits familiaux et sociaux (voire ruptures), des violences physiques/sexuelles, des échecs scolaires, des troubles du comportement et conduites addictives » [36].

¹⁰⁰ Mayotte se situe au premier rang, devant la Guyane (19 %), la Martinique (17 %), la Guadeloupe (15 %), La Réunion et l'Hexagone [36].

¹⁰¹ Mayotte se situe au second rang, à ex-aequo avec la Martinique, derrière la Guyane (7 %) et devant la Guadeloupe, La Réunion et l'Hexagone (4 %) [36].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

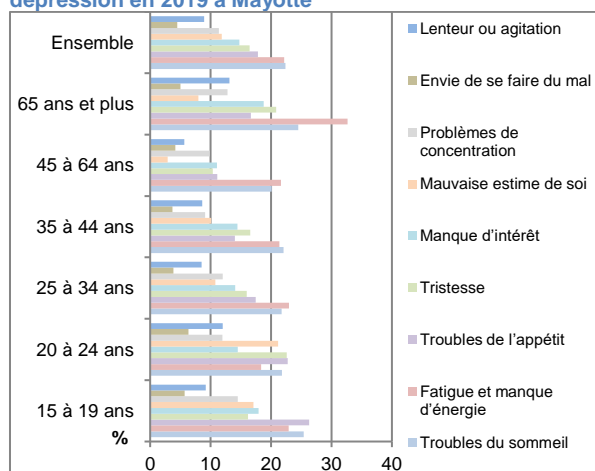
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Dans tous les territoires, un niveau de vie plus élevé a un effet protecteur sur la présence de symptômes dépressifs, confirmant l'association entre pauvreté relative et dégradation de la santé mentale [36]. **Une fois contrôlés, le sexe et le niveau de vie, la moins bonne santé mentale des jeunes à Mayotte ne ressort plus** [36]. Chez les 15 ans ou plus, les **troubles du sommeil** sont les plus fréquents à Mayotte : **22 %** de la population, contre 18 % en **France entière** [45]. Les **troubles de l'appétit** sont également importants, **18 %** sont concernés [45]. Les deux symptômes généraux de la dépression y sont aussi plus fréquents : **16 %** des habitants déclarent s'être sentis « **tristes, déprimés ou désespérés** »¹⁰² et **15 %** estiment avoir eu « **peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses** » [45]. **22 %** de la population évoque avoir ressenti une **fatigue ou un manque d'énergie**¹⁰³ [45] (Figure 92). **Le niveau de satisfaction de la vie**¹⁰⁴ à Mayotte est faible, avec une moyenne de 5,6 chez les individus sans épisode dépressif (7,1 dans l'Hexagone) [36]. Il baisse de -1 point (4,7) chez ceux avec épisodes dépressifs mais reste en deçà du niveau Hexagonal (5,3) [36].

Figure 92 : Prévalence des différents syndromes de la dépression en 2019 à Mayotte



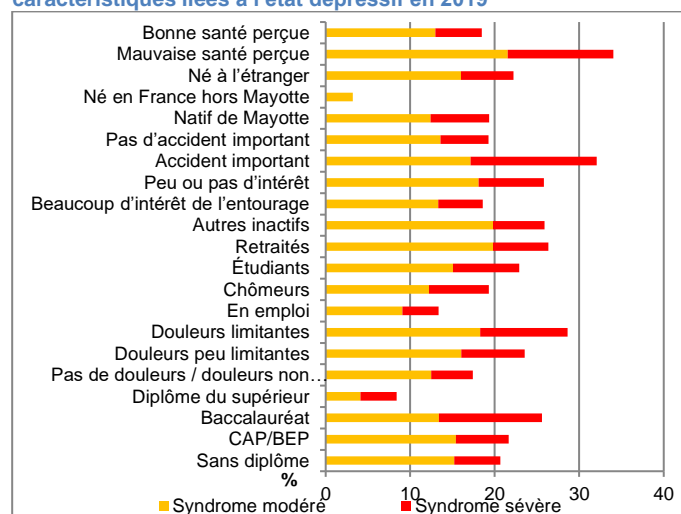
Note : Au moins la moitié des jours pendant les 15 derniers jours.

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 93 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré ou sévère selon les caractéristiques liées à l'état dépressif en 2019



Champ : Habitants de 15 ans et plus à Mayotte

Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [45]

Neuf enfants de 10-12 ans¹⁰⁵ sur dix s'estiment en bonne santé, 90 % chez les garçons et 85 % chez les filles [51]. **Logiquement dépendant de la présence de problème(s) de santé** dépisté(s)¹⁰⁶ par les infirmier(e)s de l'Education Nationale : 3 % s'estiment en mauvaise santé chez ceux sans et 26 % pour au moins quatre dépistés. Ce sont toutefois **les filles qui sont les plus affectées** : +33 points (pour l'estimation d'une mauvaise santé) contre +15 points pour les garçons [51].

La **mauvaise qualité des nuits**¹⁰⁷ passées a un fort retentissement, on observe **quatre fois plus** de 10-12 ans **s'estimant en mauvaise santé** : 37 % contre 9 % chez ceux déclarant avoir bien dormi la veille de l'entretien [51]. Ces problèmes de sommeil peuvent s'identifier par **l'absence du repas du soir**, ils sont alors trois fois plus concernés, et par une **litière précaire** avec un enfant sur dix dormant sur un matelas posé sur le sol ou directement sur le sol (sans matelas) [51]. Un quart des enfants met en moyenne 40 minutes à deux heures pour aller de son domicile à l'école, écourtant fortement la durée de leur nuitée [51].

Les problèmes de concentration interpellent : la moitié (55 %) en déclare [51]. Un enfant sur dix se sent mal chez lui ou à l'école, renforcé par un dialogue pas forcément systématique entre l'enfant et ses parents [51].

11 à 12 % des enfants déclarent avoir ressenti « en permanence ou souvent » de la **tristesse** et de la **colère**, la **moitié** de l'**apaisement** et de la **joie** au cours des trois derniers jours [51]. En fonction de la

¹⁰² Dans les deux dernières semaines.

¹⁰³ « Plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours ».

¹⁰⁴ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe, la Guyane, l'Hexagone (7,1), la Martinique et La Réunion (7,0) [36]. Du fait de l'ampleur de la délinquance, principale préoccupation des habitants de l'île, six habitants sur dix se sentent en insécurité à leur domicile ou dans leur quartier, plus particulièrement les femmes et les victimes de vols/menaces [49] [50].

¹⁰⁵ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].

¹⁰⁶ Problème de vue (11 % s'estiment en mauvaise Santé chez les non concernés contre 23 % pour ceux en présentant un), moins de cinq vaccins à jour (9 % contre 12 %), problème bucco-dentaire (8 % contre 20 %), problème auditif (13 % contre 21 %), IMC hors des seuils de normalité (12 % contre 15 %, et plus particulièrement les filles : 6 % contre 22 %) [51].

¹⁰⁷ En moyenne, les enfants déclarent s'être couchés, la veille de l'entretien, à 20 heures et 5 % après 22 heures. Pour l'heure du levé, en moyenne 5h30 et 5 % entre 3 et 4 heures du matin [51]. 11 % ont dormi moins de 8 heures [51].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



précarité, les sentiments de colère et de tristesse ne varient pas, contrairement à ceux d'apaisement (+20 points « rarement ou jamais » chez les plus précaires) et de joie (+12 points) [51]. **Les enfants déclarant la consommation d'une substance psychoactive sont alors plus fréquemment en colère** : 27 % contre 12 % chez ceux n'en consommant pas [51]. On constate par ailleurs que les enfants des familles les moins nombreuses sont ceux qui sont les plus souvent heureux : 86 % « en permanence ou souvent » contre 59 % [51]. Un 10-12 ans sur cent déclare n'avoir ressenti **aucune émotion** récemment, **cinq fois plus souvent les garçons (2 %) que les filles (0,4 %) [51]**. A contrario, **un quart a ressenti les quatre émotions proposées** (colère, heure, triste et calme), sans distinction du sexe cette fois-ci [51].

En cumulant les différents indicateurs disponibles, il ressort qu'**un enfant sur dix connaît au moins cinq problèmes liés au bien-être** [51]. Le Sud et la Petite-Terre sont les deux régions regroupant le plus d'enfants en situation de mal-être [51].

f) Consommation de tabac¹⁰⁸

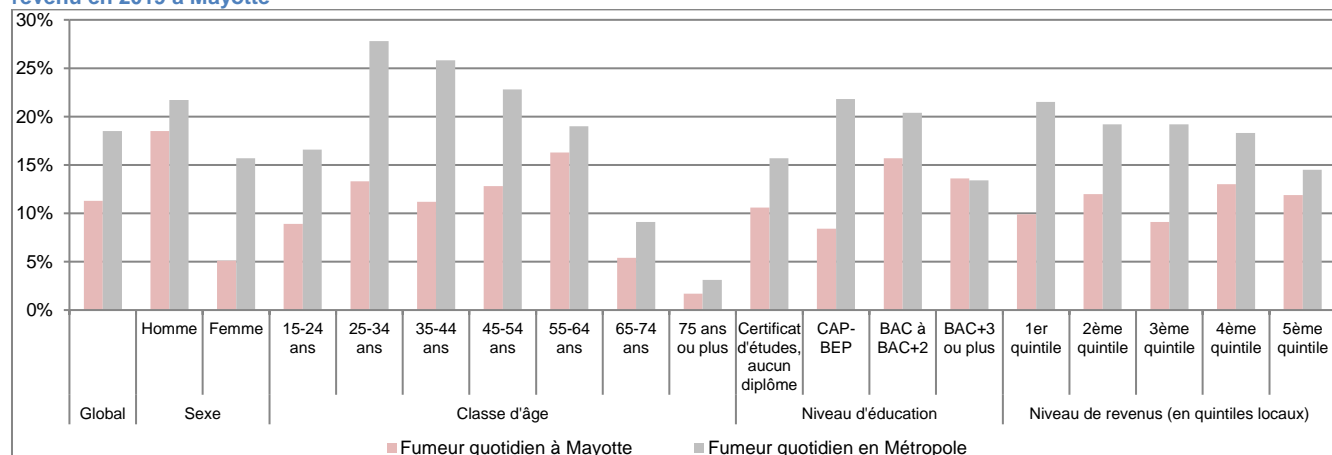
En 2019, **11 %** des 15 ans ou plus déclarent **fumer quotidiennement**^{109 110}, **particulièrement les hommes** : 18 % (22 % dans l'Hexagone) contre 5 % chez les femmes (16 % dans l'Hexagone) qui se déclarent non fumeuses dans 89 % des cas (60 % chez les hommes) [36] (*Figure 94*). **Il s'agit d'une baisse de -6 points** par rapport à ce qui avait été constaté en **2006**¹¹¹, principalement influencée par la consommation chez les hommes : 32 %, soit une baisse de -14 points tandis que chez les femmes la fréquence augmente de +1 point : 4 % [52].

À Mayotte, **6 %** des habitants se définissent comme d'**ancien fumeur d'un an au moins**¹¹² (12 % chez les hommes et 2 % chez les femmes), contre 31 % dans l'Hexagone [36].

En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**, **2 %** déclarent avoir déjà consommé du **tabac** (9 % dans l'Hexagone) [5].

L'augmentation du niveau de vie est corrélée à celui de la consommation de tabac, probablement lié au coût du paquet de cigarettes [36]. **L'influence de l'âge est assez faible**, les 15-29 ans ont une fréquence plus basse de consommation quotidienne que les 30-54 et les 55-74 ans [36]. Les 75 ans ou plus sont très peu à fumer quotidiennement vis-à-vis des 30-54 ans [36] (*Figure 94*). Les fumeurs de Mayotte de 15 ans ou plus déclarent une **consommation moyenne de 12 cigarettes par jour**, comparable à l'Hexagone (12,4) [36]. La cigarette électronique reste marginalement utilisée : 1 %, trois fois moins que dans l'Hexagone (3 %), et 92 % n'y ont jamais eu recours (84 % dans l'Hexagone) [36].

Figure 94 : Habitudes de consommation tabagique en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation et du niveau de revenu en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

¹⁰⁸En 2021, près de 58 tonnes de produits de tabacs ont été importés à sur l'île, soit 46 % d'augmentation entre 2020 et 2021 après la forte baisse des importations entre 2014 et 2020 (-55 %).

¹⁰⁹ Mayotte se situe au troisième rang, derrière l'Hexagone (19 %) et La Réunion (16 %), et devant la Guyane, la Guadeloupe (10 %) et la Martinique (9 %) [36].

¹¹⁰ Le tabagisme passif concerne 10 % des individus contre 13 % dans l'Hexagone [36].

¹¹¹ En 2006, 55 % des hommes déclaraient être non-fumeur et 90 % pour les femmes [52]. En 2008, les 30-69 ans étaient : 13 % d'ex-fumeurs (22 % chez les hommes et 4 % chez les femmes) et 17 % actuellement fumeurs (31 % chez les hommes dont la moitié consommait 10 cigarettes/jour, et 3 % chez les femmes dont les trois quarts consommaient 10 cigarettes/jour) [54]. Soit 70 % étaient ainsi non-fumeurs [54].

¹¹² 9 % en 2006 [52].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

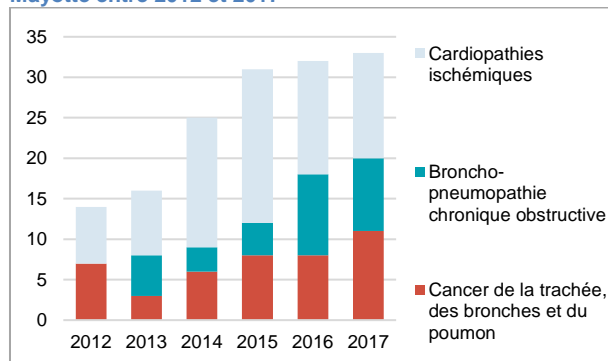
www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



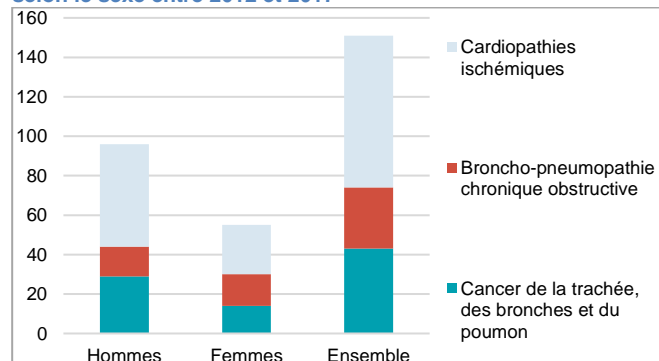
Sur la période de 2015 à 2017, **32 décès en moyenne par an sont imputables à la consommation de tabac**. Concernant le cancer du poumon, 9 décès en moyenne par an sont observés et à structure de population équivalente le taux est cinq fois plus faible que dans l'Hexagone sur la période de 2015 à 2017.

Figure 95 : Nombre annuel de décès liés au tabac à Mayotte entre 2012 et 2017



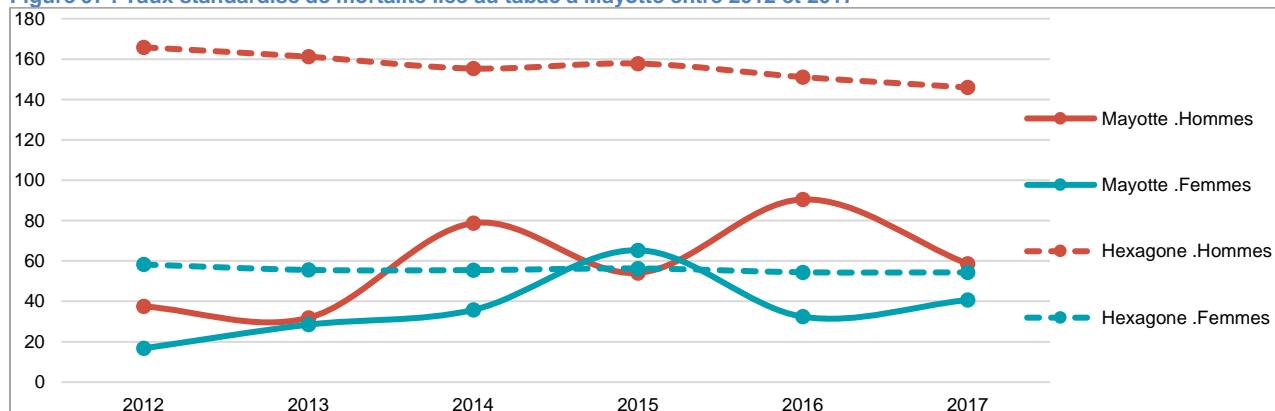
Champ : Décès domiciliés liés aux tabacs, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 96 : Nombre de décès liés au tabac à Mayotte selon le sexe entre 2012 et 2017



Champ : Décès domiciliés liés aux tabacs, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 97 : Taux standardisé de mortalité liée au tabac à Mayotte entre 2012 et 2017



Champ : Décès domiciliés liés aux « tabacs », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Sur la période de 2020 à 2022 et sans être totalement lié à la consommation de tabac, les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **13 % des motifs** de consultation au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière ».

Enfin, **34 décès** en moyenne par an liés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » sur la période de 2018 à 2020 sont constatés et à structure de population équivalente le taux est plus important que dans l'Hexagone (1,5 fois contre 1,1 sur la période 2015 à 2017) [23].

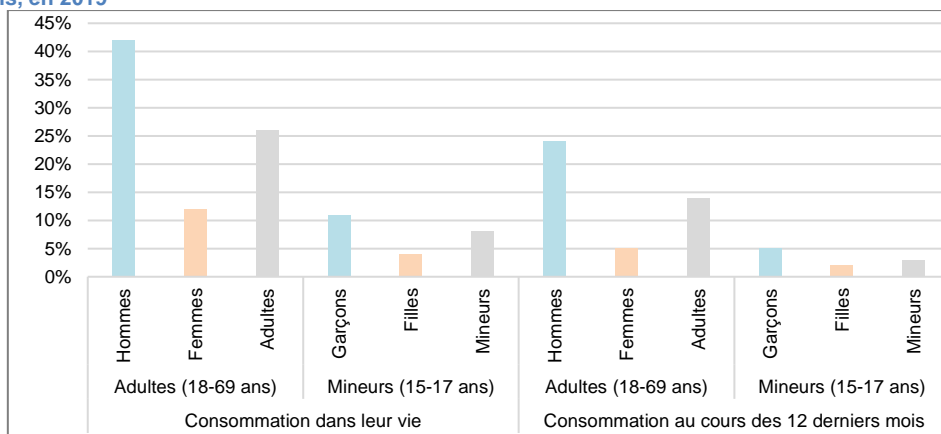
g) Consommation d'alcool¹¹³

En 2019, **un quart (23 %)** des 15-69 ans **déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie** (95 % des 18-75 ans dans l'Hexagone), **8 % des mineurs** (85 % des lycéens d'Hexagone) et 26 % des adultes [53]. La part des 15-69 ans en ayant **consommé dans l'année est de 14 %** (85 % des Hexagonaux), respectivement 3 % et 14 % [53]. **Ces deux comportements étaient plus fréquents parmi les hommes adultes**, 42 % avaient expérimenté l'alcool et 24 % en avaient consommé dans l'année, contre 12 % et 5 % des femmes [53]. Parmi les mineurs, l'écart entre garçons et filles est également marqué [53] (Figures 98 & 99).

¹¹³ En 2017, l'alcool et le tabac représentent 1 % de la structure de consommation [118], soit une baisse de -1 point par rapport à 2011 [75]. En 2011, le montant mensuel par ménage est de 22 euros, deux fois moins que dans l'ensemble des DOM et trois fois moins qu'en France Hexagonale [75]. De plus en 2021, 6 230 tonnes de boissons alcoolisées ont été importées à Mayotte, soit une hausse de 74 % entre 2014 et 2021.



Figure 98 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool dans leur vie et au cours des 12 derniers mois, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [53]

33 % des hommes consommateurs et **60 % des femmes** consommatrices ont une fréquence d'une fois par mois ou moins, 26 % des hommes et 24 % des femmes deux à quatre fois par mois, respectivement 28 % et 13 % deux à trois fois par semaine [53]. **13 % des hommes et 3 % des femmes** avaient une consommation plus régulière [53].

De plus, parmi les adultes consommateurs d'alcool dans l'année, dont **52 % des hommes et 72 % des femmes** en consomment un ou deux verre(s) [53] (Figure 100).

En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**¹¹⁴, **2 %** ont déjà connu une consommation d'alcool (59 % dans l'Hexagone) [5].

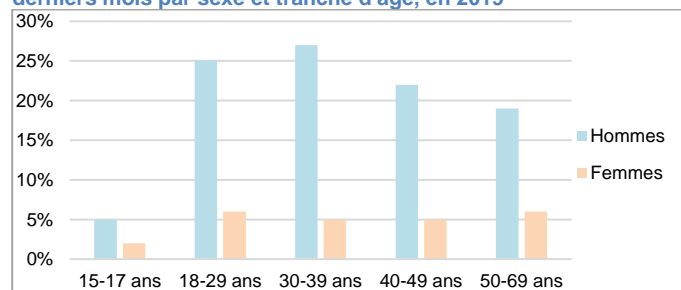
En 2008, **92 % des 30-69 ans** déclaraient ne pas consommer d'alcool avec une nette distinction entre hommes et femmes [54]. Ainsi, **15 % des hommes** déclaraient une consommation d'au moins d'une fois par semaine (3 % tous les jours) contrairement aux **femmes** qui n'étaient que **0,3 %** et auraient toutes une consommation quotidienne [54] (Tableau 45).

En 2016, **6 % des hommes** de 18 ans ou plus avaient un **problème d'alcool** contre **0,8 % des femmes**, 6 % des 18-29 ans, 3 % des 30-49 ans et 1,1 % des 50-59 ans [48].

Sur la période de 2015 à 2017, **7 décès en moyenne par an** sont imputables à la consommation d'alcool ainsi qu'au cancer du foie, dont majoritairement des hommes. Concernant le cancer du foie, à structure de population équivalente, le taux est **1,4 fois moins important** que dans l'Hexagone.

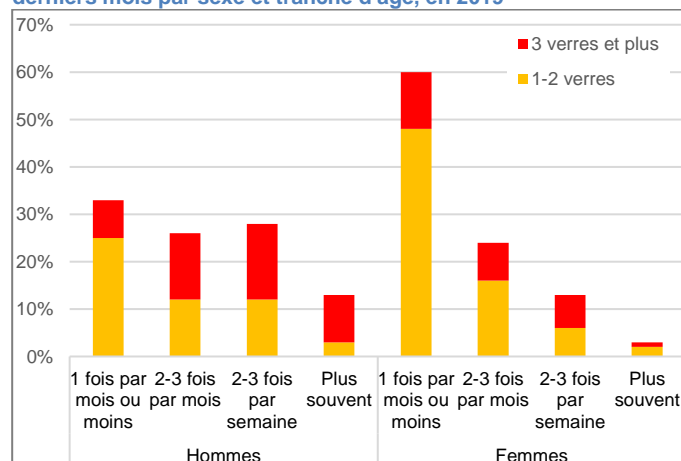
Depuis 1996, on dénombre entre 5 et 25 accidents (en moyenne 12 par an) de la route où l'alcool est en cause (174 à 222 accidents corporels sur les routes mahoraises sur la période de 2019-2022) [52].

Figure 99 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [53]

Figure 100 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [53]

Tableau 45 : Consommation d'alcool selon le sexe en 2008 à Mayotte

| % | Homme | Femme | Ensemble |
|--------------------|-------|-------|----------|
| Jamais | 85 | 100 | 92 |
| 1 fois/semaine | 7 | 0 | 3 |
| 1 à 4 fois/semaine | 5 | 0 | 3 |
| Tous les jours | 3 | 0,3 | 2 |
| | 100 % | 100 % | 100 % |

Champ : Habitants de 30-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête MayDia de 2008 [54]

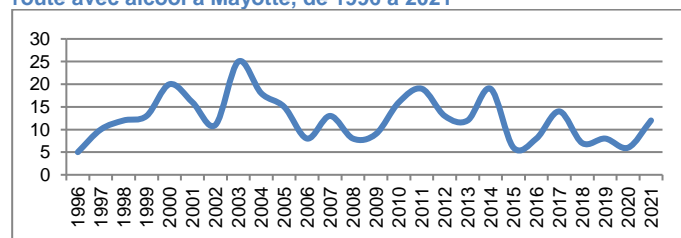
¹¹⁴ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].



En 2021, la tendance était à la hausse vis-à-vis de 2020 [52]. Sur la vingtaine d'accidents avec alcool survenus sur la période de 2019-2021, trois sur cinq ont eu lieu la nuit [52]. (Figure 101).

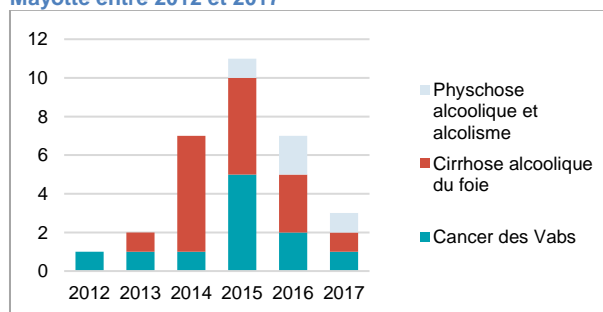
En 2020, sur les 502 infractions constatées pour permis de conduire non valide, pour **près de trois sur dix un taux d'alcoolémie au-dessus du seuil a été relevé** [55].

Figure 101 : Evolution du nombre d'accidents de la route avec alcool à Mayotte, de 1996 à 2021



Source : ORS Mayotte, Tableau de bord addictions [52]

Figure 102 : Nombre annuel de décès liés à l'alcool à Mayotte entre 2012 et 2017

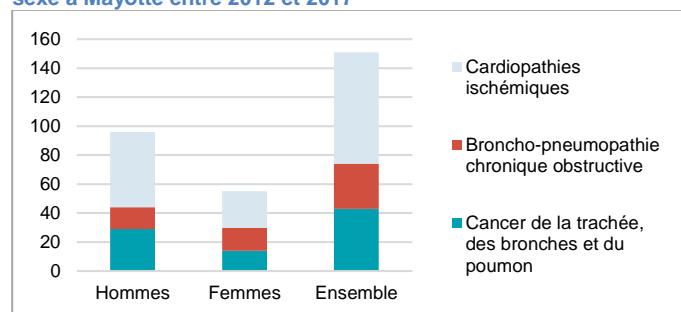


Champ : Décès domiciliés liés à l'alcool, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 103 : Nombre de décès liés à l'alcool selon le sexe à Mayotte entre 2012 et 2017

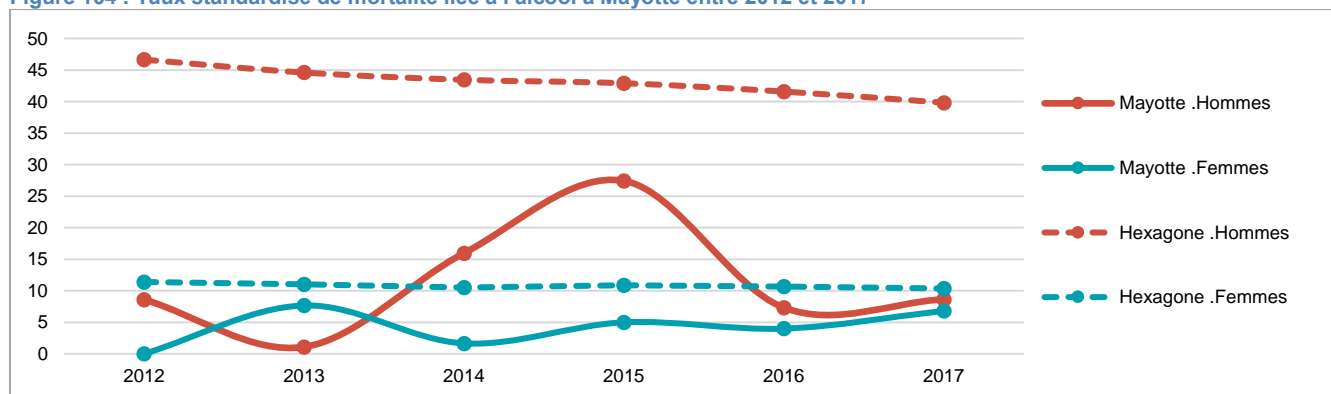


Champ : Décès domiciliés liés aux tabacs, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 104 : Taux standardisé de mortalité liée à l'alcool à Mayotte entre 2012 et 2017



Champ : Décès domiciliés liés à l'alcool, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

h) Consommation de drogues¹¹⁵

Le cannabis

En 2019, l'**expérimentation de cannabis**¹¹⁶ concerne **6 % des adultes** (11 % des hommes et 1 % des femmes) et **3 % des mineurs** (5 % des garçons et 1 % des filles), contre 45 % et 33 % dans l'Hexagone [53].

La **consommation dans l'année** est déclarée par **2 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et par **2 % des mineurs** (2 % des garçons et 1 % des filles) [53]. Enfin, celle **dans le mois** l'est par **1 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et **1 % des mineurs** (2 % des garçons et moins de 1 % des filles) [53]. Elle est alors plus fréquente parmi les **hommes de 18-39 ans** : 5 % [53] (Figure 209).

De plus, l'**accès au cannabis était jugé facile** (8 %) **ou très facile** (56 %) **pour la très large majorité des personnes** en ayant déjà consommé [53].

¹¹⁵ De 2015 à 2022, 3 976 kg de tabac ont été saisis en moyenne chaque année à Mayotte. En moyenne de 2016

à 2022, 4 % des dépistages réalisées sont positives à l'alcool et 2 % aux produits stupéfiants.

¹¹⁶ Couramment appelé bangué.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



La chimique¹¹⁷

L'expérimentation de la chimique a été déclarée par **5 % des hommes et moins de 1 % des femmes de 15-69 ans** [53]. Elle est particulièrement importante chez les jeunes hommes de **18-29 ans** (4 %) et les filles de **15-17 ans** (0,2 %) [53] (Figure 210).

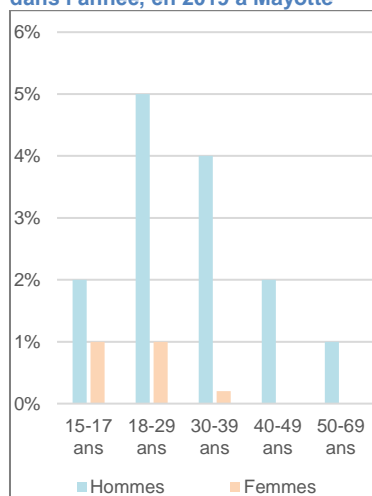
En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**¹¹⁸ : **quatre sur mille** déclarent consommer de la chimique, et parmi les autres 2 % s'en sont vus proposer [5].

Séjours au centre d'addictions

En 2016, **6 % des hommes** de 18 ans ou plus déclarent avoir un **problème de drogue, 0,4 % chez les femmes** [48]. Ce sont notamment **les plus jeunes** qui en font le plus souvent la déclaration : 5 % des 18-29 ans, 3 % des 30-39 ans et 2 % des 40-49 ans [48].

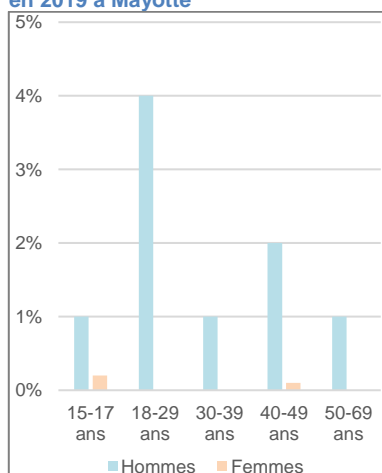
En moyenne, on observe **133 consultations au centre d'addictologie** de Mayotte sur la période 2011 à 2021 et sur cette dernière année, **85 %** qui y ont recours **sont des hommes et 48 % des individus de moins de 30 ans** [57] (Figure 108).

Figure 105 : Usage de cannabis dans l'année, en 2019 à Mayotte



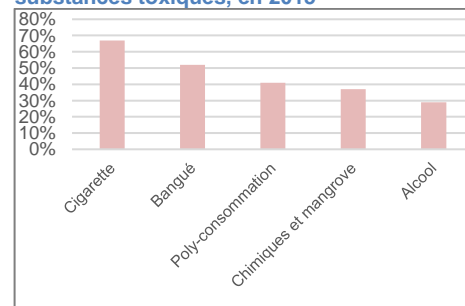
Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [53]

Figure 106 : Prévalence d'expérimentation de la chimique, en 2019 à Mayotte



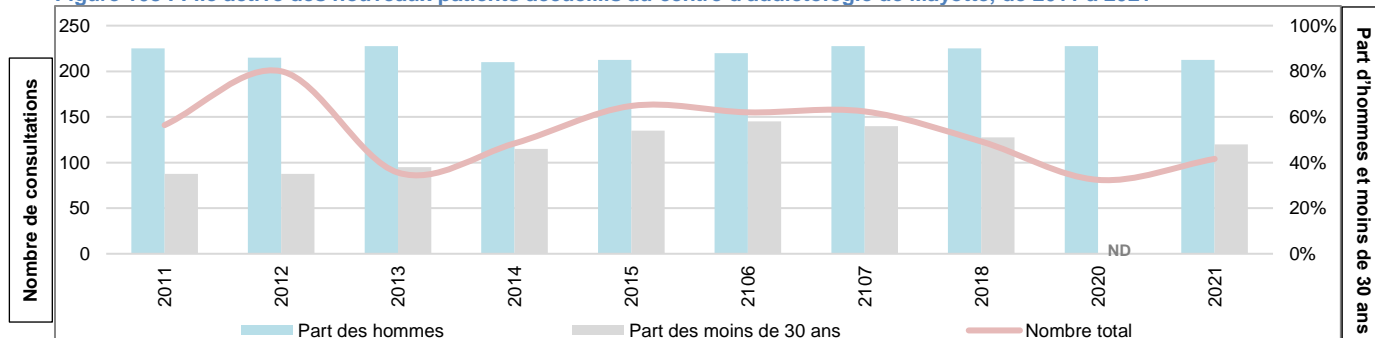
Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [53]

Figure 107 : Fréquence d'exposition personnelle ou connue des jeunes de Mayotte interrogés au sujet des substances toxiques, en 2015



Note : la notion d'exposition a été mesurée au travers de la question « As-tu déjà ou connais-tu quelqu'un de ton âge qui a déjà consommé... ? », reflétant une exposition pas systématiquement personnelle.
Champ : Adolescent de Mayotte
Source: ORS OI, Tableau de bord addictions [57]

Figure 108 : File active des nouveaux patients accueillis au centre d'addictologie de Mayotte, de 2011 à 2021



Note : En raison de la crise Covid-19, les données du centre d'addictologie du CHM sont indisponibles en 2019 et incomplètes en 2020
Champ : File active du centre d'addictologie de Mayotte
Source: ORS Mayotte, Tableau de bord addictions [57]

Le tabac est le **principal motif de consultation au centre** en 2021 : **43 %**, suivies de l'alcool : 26 %, devant la **chimique** (17 %) et du **Bangué** (9 %) [57].

Les **poly-consommations** représentent, quant à elles, 2 % des consultations [57] (Figure 109).

¹¹⁷ Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [56]. Un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [56]. Ces individus sont parfois initiés dès 10-12 ans, à la consommation par des pairs et notamment via le phénomène des bandes d'adolescents et de jeunes adultes très présents dans l'île [56]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [56].

¹¹⁸ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].



ARS MAYOTTE

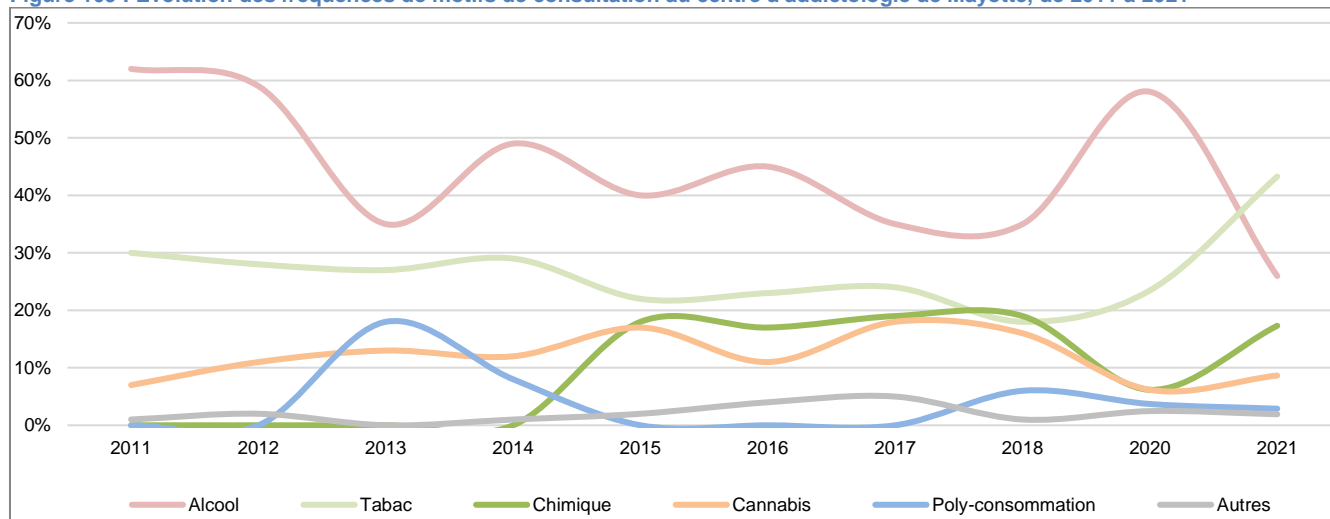
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 109 : Evolution des fréquences de motifs de consultation au centre d'addictologie de Mayotte, de 2011 à 2021



Note : En raison de la crise Covid-19, les données du centre d'addictologie du CHM sont indisponibles en 2019 et incomplètes en 2020
 Champ : File active du centre d'addictologie de Mayotte
 Source : ORS Mayotte, Tableau de bord addictions [57]

i) Le suicide

Culturellement, à Mayotte, le suicide peut être vu comme un sujet tabou. Par conséquent, **les données de Santé sur le sujet sont quasi-inexistantes voire fortement sous-évaluées.**

Sur la période 2018 à 2021, près de **245 passages aux urgences pour gestes suicidaires**¹¹⁹ ont été observés [58].

Les **15-24 ans représentent un peu plus de la moitié des cas**, 40 % pour les 35 ans ou plus (6 % pour les moins de 15 ans) [58]. Pour les **deux tiers** des passages, il s'agit également de **femmes** [58].

62 séjours hospitaliers pour tentatives de suicide ont été enregistrés au CHM chez les personnes âgées de 10 ans et plus qui résident à Mayotte, soit en moyenne **16 hospitalisations par an**. Il s'agit plus fréquemment de femmes (71 %) que d'hommes (29 %).

Le principal mode opératoire des tentatives de suicide est **l'auto-intoxication médicamenteuse** (77 % chez les femmes et 50 % chez les hommes).

Tableau 46 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « tentatives de suicides » chez les femmes et les hommes de 2018 à 2021

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---------------------------------------|-----------|-----------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Auto-intoxication médicamenteuse | 34 | <10 | 77,3 | 50,0 |
| Auto-intoxication non médicamenteuse | <10 | <10 | 4,5 | 11,1 |
| Pendaison, strangulation, suffocation | <10 | 0 | 2,3 | 0,0 |
| Noyade | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Armes à feu | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Exposition fumée, gaz, flammes | <10 | <10 | 4,5 | 5,6 |
| Objets tranchants ou contondants | <10 | <10 | 6,8 | 33,3 |
| Saut dans le vide | <10 | 0 | 4,5 | 0,0 |
| Collision intentionnelle | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Autres moyens non précisés | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 44 | 18 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic associé
 Exploitation : ORS Mayotte

En 2016, **10 %** des individus de 18 ans ou plus présentaient un **risque suicidaire**, 6 % léger, 2 % moyen et **1,9 % élevé** [48]. Sur la période de **2018 à 2020**, **8 décès classés comme étant des « suicides » ont été recensés. 68 % sont des hommes.** La moitié sont âgés de moins de 35 ans.

À structure de population équivalente, les décès liés au « suicide » sont **nettement plus faibles à Mayotte que dans l'Hexagone** : 10 fois moins, stable sur la période de 2015 à 2017 [23].

¹¹⁹ Gestes suicidaires : cet indicateur regroupe les passages aux urgences en lien avec un geste suicidaire certain (auto-intoxications et lésions auto-infligées) ou probable (intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée) [58].



5 – Le handicap

a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte

En 2021, **11 % de la population de 15 ans ou plus déclarent des restrictions d'activité depuis au moins 6 mois à Mayotte contre 20 % dans l'Hexagone** [47] (Figure 110).

Ces résultats sont liés à la jeunesse de la population de Mayotte. À structure d'âge comparable avec l'Hexagone et en 2019, la part des restrictions d'activité y est **plus élevée à Mayotte**¹²⁰ (28 %) [36].

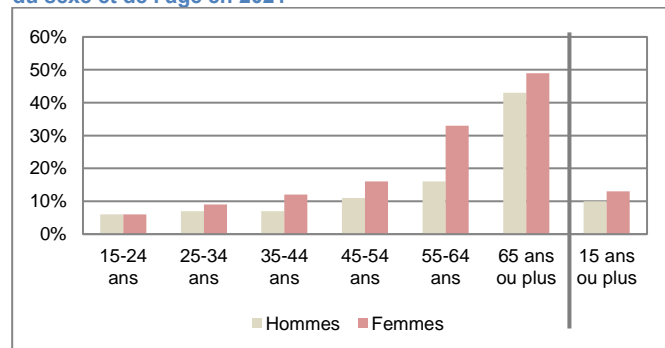
En 2016 et chez les 18-79 ans, les hommes (**20 %**) et femmes (**16 %**) **natifs de l'étranger déclarent être limités dans leur activité depuis au moins 6 mois dans des proportions plus importantes** que les natifs de Mayotte (12 %) [34] (Figure 112).

Dès 45 ans, les déclarations deviennent particulièrement fréquentes : 34 % chez les femmes natives de l'étranger de 45-59 ans puis **66 % chez celles de 60 ans ou plus et 59 % chez les hommes natifs de l'étranger de 60 ans ou plus** ; 41 % chez les femmes natives de Mayotte et 35 % chez les hommes natifs de Mayotte [34]. **Chez les plus jeunes, la situation des hommes natifs de l'étranger de 18-24 ans interpelle avec un taux de 30 %** [34] (Figure 112).

En 2021, **dès 55 ans**, les habitants de Mayotte sont souvent limités voire **handicapés** dans certaines activités de la vie de tous les jours [47]. Leur motricité est affectée : **24 % d'entre eux rencontrent de fortes difficultés à gravir quelques marches d'un escalier ou marcher 500 mètres sur terrain plat** (13 % dans l'Hexagone) [47] (Figure 113).

Ils sont aussi plus souvent atteints de déficiences sensorielles : **12 % éprouvent beaucoup de difficultés pour voir** (5 % dans l'Hexagone). Ils évoquent aussi des troubles de l'attention : **9 % ont beaucoup de mal à se concentrer ou à se souvenir**, contre 5 % dans l'Hexagone [47] (Figure 113).

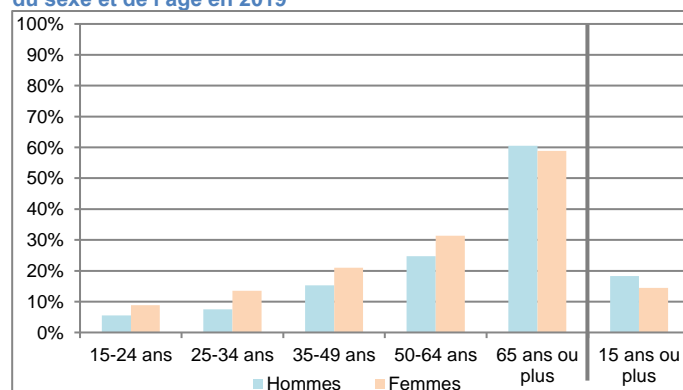
Figure 110 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe et de l'âge en 2021



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [47]

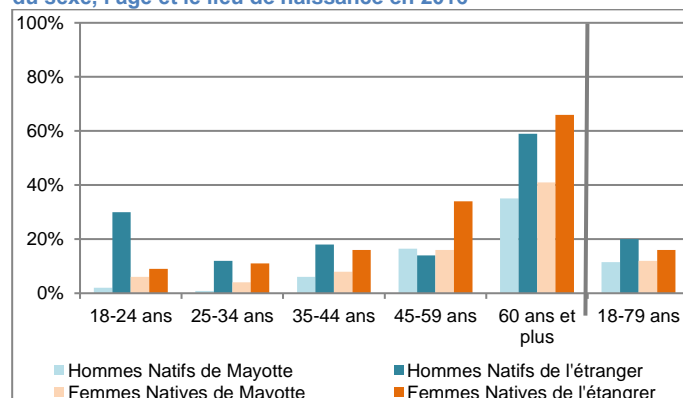
Figure 111 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe et de l'âge en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [24]

Figure 112 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe, l'âge et le lieu de naissance en 2016



Champ : Habitants de 18-79 ans à Mayotte

Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [34]

¹²⁰ Sans standardisation, et pour la déclaration de restrictions d'activité, Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière l'Hexagone et la Martinique (32 %), la Guadeloupe (30 %), La Réunion (22 %) et la Guyane (20 %) [36]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la troisième place (28 %), à égalité avec la Guyane devant La Réunion (24 %) et l'Hexagone, derrière la Martinique (30 %) et la Guadeloupe (29 %) [36].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

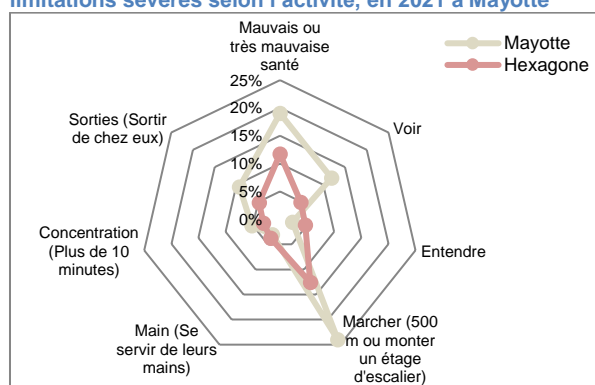
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!

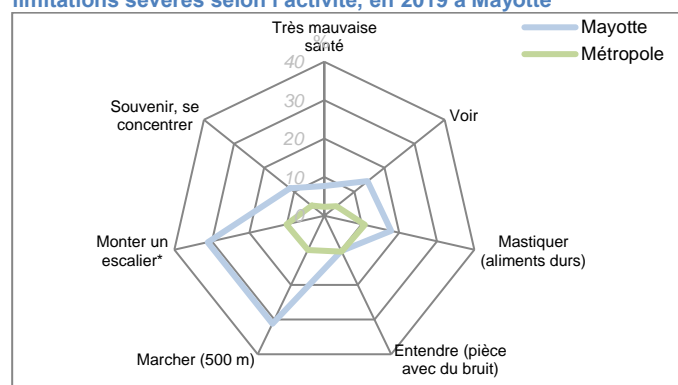


Figure 113 : Part des personnes de 55 ans ou plus se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères selon l'activité, en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 55 ans ou plus à Mayotte se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [47]

Figure 114 : Part des personnes de 55 ans ou plus se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères selon l'activité, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 55 ans ou plus à Mayotte se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères
Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [59]

Tableau 47 : Part des différentes limitations fonctionnelles par profil de population, en 2019 à Mayotte

| Personnes présentant une limitation... | Global | Sexe | | Classe d'âge | | | | | | Niveau d'éducation | | | | Niveau de revenus (en quintiles locaux) | | | | | | |
|--|---------|------|------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|------------------------------------|---------|-----------|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------|
| | | Hom. | Fem. | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75 ou + | Certificat d'études, aucun diplôme | CAP-BEP | BAC BAC+2 | ≥ BAC+3 | 1 ^{er} | 2 ^{ème} | 3 ^{ème} | 4 ^{ème} | 5 ^{ème} | |
| ... * fonctionnelle(s) physique(s) et sensorielle(s) et leur niveau de sévérité (**) | Modérée | 35% | 33% | 37% | 31% | 34% | 34% | 48% | 41% | 37% | 14% | 35% | 37% | 36% | 35% | 33% | 34% | 32% | 37% | 39% |
| | Sévère | 25% | 22% | 28% | 6% | 7% | 7,9+% | 16% | 29% | 47% | 81% | 32% | 6% | 7% | 7% | 21% | 35% | 34% | 19% | 12% |
| ... de la fonction visuelle et son niveau de sévérité | Modérée | 28% | 26% | 29% | 17% | 15% | 19% | 33% | 34% | 43% | 33% | 30% | 19% | 21% | 21% | 27% | 30% | 29% | 27% | 24% |
| | Sévère | 9% | 10% | 9% | 3% | 1,5% | 3% | 8% | 11% | 12% | 31% | 11% | 3% | 2% | 2,0% | 8% | 13% | 10% | 7% | 5% |
| ... * fonctionnelle(s) physique(s), sensorielle(s) ou intellectuelle(s) et leur niveau de sévérité (**, difficultés de mémorisation ou de concentration) | Modérée | 36% | 33% | 39% | 34% | 38% | 37% | 48% | 42% | 35% | 12% | 36% | 41% | 39% | 36% | 36% | 35% | 34% | 37% | 41% |
| | Sévère | 27% | 25% | 29% | 8% | 8% | 11% | 19% | 30% | 50% | 84% | 34% | 8% | 8% | 8% | 22% | 37% | 36% | 23% | 13% |
| ... de la fonction auditive (***) dans un environnement silencieux et son niveau de sévérité | Modérée | 9% | 10% | 8% | 4% | 6% | 3% | 5% | 8% | 17% | 22% | 10% | 4% | 5% | 8% | 6% | 13% | 10% | 7% | 5% |
| | Sévère | 3% | 3% | 3% | 0,5% | 1,0% | 0,2% | 2% | 1,1% | 1,5% | 18% | 4% | 0,3% | 0% | 0% | 4% | 5% | 2% | 1,2% | 1,6% |
| ... de la fonction auditive (***) dans un environnement bruyant et son niveau de sévérité | Modérée | 25% | 22% | 27% | 21% | 18% | 18% | 24% | 29% | 34% | 32% | 26% | 25% | 16% | 18% | 23% | 30% | 25% | 20% | 23% |
| | Sévère | 7% | 8% | 6% | 1,3% | 1,8% | 0,6% | 4% | 5% | 11% | 32% | 9% | 0,8% | 0,4% | 0,9% | 6% | 12% | 7% | 5% | 2% |
| ... de la fonction auditive (***) dans un environnement silencieux et/ou bruyant et son niveau de sévérité | Modérée | 25% | 24% | 27% | 22% | 19% | 19% | 24% | 31% | 34% | 31% | 27% | 26% | 19% | 19% | 23% | 31% | 25% | 22% | 23% |
| | Sévère | 7% | 8% | 6% | 1,5% | 2% | 0,6% | 5% | 5% | 11% | 34% | 9% | 1,1% | 0,4% | 0,9% | 7% | 12% | 8% | 5% | 3% |
| ... de la mobilité (marcher 500m sur terrain plat sans aide) et son niveau de sévérité | Modérée | 12% | 10% | 14% | 6% | 7% | 8% | 14% | 16% | 22% | 12% | 14% | 6% | 7% | 9% | 12% | 13% | 14% | 13% | 8% |
| | Sévère | 17% | 15% | 19% | 1,4% | 3% | 4% | 5% | 20% | 33% | 75% | 23% | 2% | 2% | 3% | 13% | 26% | 27% | 11% | 6% |
| ... de la mobilité (monter ou descendre des escaliers de 12 marches) et son niveau de sévérité | Modérée | 14% | 11% | 17% | 5% | 7% | 10% | 16% | 23% | 24% | 10% | 16% | 7% | 6% | 8% | 10% | 18% | 14% | 16% | 8% |
| | Sévère | 18% | 17% | 20% | 1,7% | 4% | 3% | 7% | 16% | 41% | 77% | 24% | 2% | 5% | 1,3% | 16% | 25% | 29% | 12% | 6% |
| ... de la mobilité (marcher 500m sur terrain plat sans aide ou monter/descendre des escaliers de 12 marches) et son niveau de sévérité | Modérée | 15% | 13% | 18% | 7% | 9% | 13% | 18% | 22% | 26% | 10% | 18% | 10% | 8% | 8% | 13% | 17% | 17% | 18% | 10% |
| | Sévère | 21% | 18% | 23% | 3% | 5% | 5% | 8% | 22% | 43% | 79% | 26% | 3% | 5% | 4% | 17% | 30% | 30% | 14% | 7% |
| ... des difficultés de concentration ou de mémorisation et son niveau de sévérité | Modérée | 19% | 18% | 19% | 14% | 13% | 15% | 18% | 21% | 25% | 30% | 20% | 20% | 11% | 12% | 20% | 23% | 22% | 17% | 11% |
| | Sévère | 8% | 9% | 8% | 2% | 1,7% | 4% | 5% | 4% | 14% | 35% | 11% | 3% | 0,8% | 0,4% | 7% | 12% | 10% | 8% | 3% |

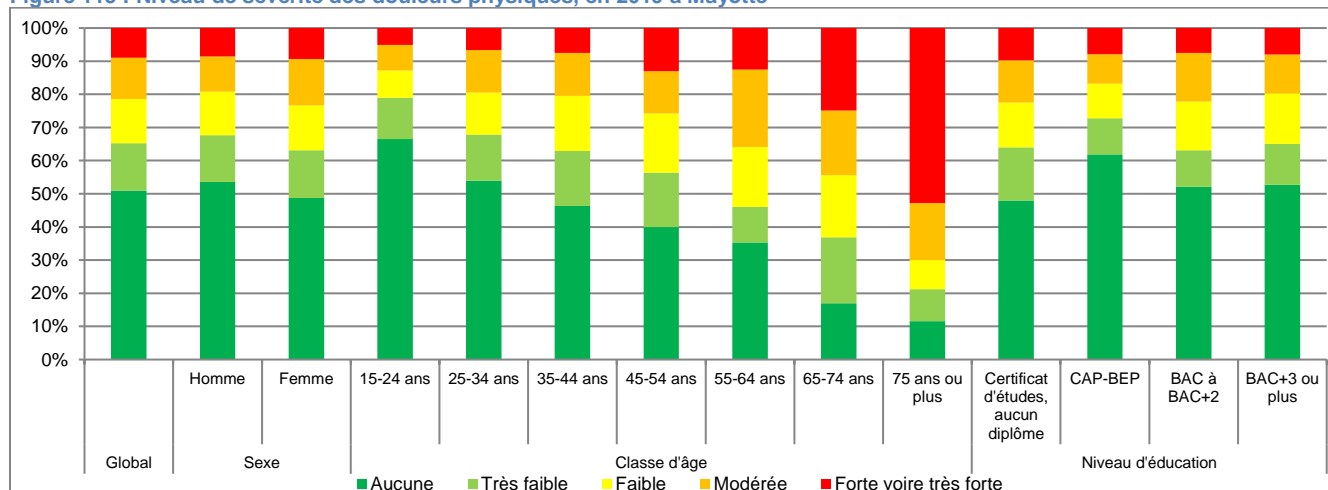
Note : * ou des. ** difficultés de vision, difficultés d'audition en milieu silencieux ou bruyant, difficultés pour marcher 500m, difficultés pour monter ou descendre des escaliers d'une douzaine de marches. *** entendre ce qui est dit dans une conversation avec une autre personne.

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques



Un individu sur deux de 15 ans ou plus déclare en 2019 être atteint de douleur physique, ce qui est plus important que dans l'Hexagone : 49 % contre 40 % [24]. Pour 9 % des habitants de Mayotte le niveau d'intensité est estimé comme fort voire très fort, équivalent à l'Hexagone : 10 % [24]. Toutefois, à structure de population équivalente, si le taux global devient équivalent à l'Hexagone, celui pour une intensité forte voire très forte devient 1,6 fois plus important [24]. En effet, les taux par classe d'âge demeurent proches de l'Hexagone pour les moins de 65 ans. Au-delà, il devient au moins deux fois supérieur pour Mayotte : 25 % contre 12 % dans l'Hexagone chez les 65-74 ans et 53 % contre 20 % chez les 75 ans ou plus (Figure 115).

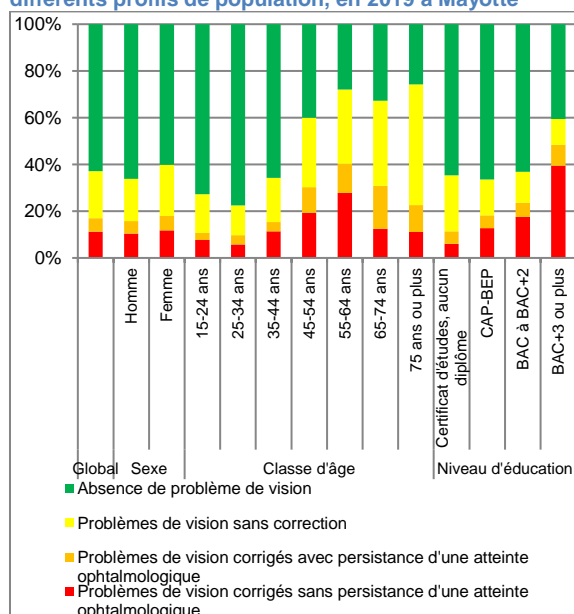
Figure 115 : Niveau de sévérité des douleurs physiques, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [24]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

En 2021, les difficultés sévères de vue concernent 4 % des personnes de 15 ans ou plus en (8 % en 2019) contre 3 % dans l'Hexagone (2 % en 2019) [47] [36]. À un niveau « modéré », elles sont plus fréquentes particulièrement sur le territoire (15 %, contre 19 % dans l'Hexagone) [47] (Figure 116). Des écarts s'observent également chez la population dès 55 ans ou plus, 12 % ont des difficultés sévères de vue, 2 % pour entendre, 24 % pour marcher 500 mètres ou utiliser les escaliers, 3 % à se servir de leur mains, 5 % à se concentrer plus de 10 minutes et 9 % à sortir de chez eux [47] (Figure 116 & Tableau 47).

Figure 116 : Problèmes visuels en fonction des différents profils de population, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [24]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 117 : Résultats du dépistage visuel chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte, en 2019



Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème}
Source : ARS Mayotte, Rectorat Mayotte, Enquête Santé des jeunes de 2019 [5]



Un enfant de 10-12 sur dix¹²¹ porte des lunettes ou des lentilles correctrices, même occasionnellement (32 % chez les enfants en classe de CM2 dans l'Hexagone) [5].

Les dépistages visuels des infirmier(e)s montrent que **sept enfants de 10-12 ans¹²² sur dix ont 10/10 aux deux yeux et un sur dix ne portant pas de lunettes a une acuité visuelle inférieure à 7¹²³** (6 % dans l'Hexagone¹²⁴) [5]. Ce taux est comparable à celui des enfants scolarisés en **établissement d'éducation prioritaire en dans l'Hexagone** [5]. Par ailleurs, la correction visuelle dont dispose l'enfant **n'était plus toujours adaptée** au moment du dépistage puisque trois enfants sur dix équipés ont tout de même une mauvaise acuité visuelle [5].

b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap

Allocation aux adultes handicapés

L'AAH est une aide financière accordée aux adultes et versée sous conditions :

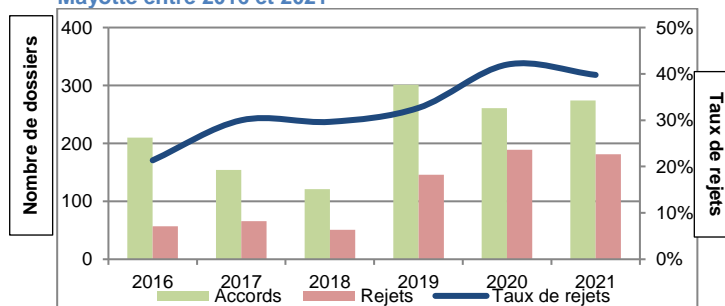
- D'avoir 20 ans et plus ;
- D'avoir un taux d'incapacité reconnu à 80 %, **seul taux retenu à Mayotte pour l'accès à cette prestation.**

Elle est attribuée par la CDAPH, instance constituée au sein de la MDPH ayant le pouvoir décisionnel sur l'ouverture des droits : attribution des aides financières et reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

À Mayotte, la MDPH a enregistré **455 demandes** pour les prestations de l'AAH dont 274 ont été accordées et 181 rejets. **La MDPH se mobilise pour l'extension de l'AAH-2** depuis le 1er octobre 2021 qui s'applique aux personnes ayant un taux compris en 50 % et 79 % et présentant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. Ainsi, 25 AAH-2 au titre de l'article L821-2 ont été attribuées depuis, soit 36 % des AAH accordées depuis l'application du décret.

Le taux de rejets a augmenté de +19 points entre 2016 (21 %) et 2021 (40 %) (Figure 118).

Figure 118 : Evolution de l'attribution des AAH à Mayotte entre 2016 et 2021



Source : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

En 2017, le **taux d'allocataires de l'AAH** est de 0,4 pour 100 personnes de 20 à 64 ans et de **0,5 en 2020** contre 3,3 dans l'Hexagone [60].

Allocation d'éducation de l'Enfant Handicapé

L'AEEH est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants de moins de 20 ans en situation de handicap. Comme pour l'AAH, la décision d'attribution est prise par la CDAPH. **Cette allocation est attribuée aux enfants de moins de 20 ans avec un taux d'incapacité à 80 % à Mayotte.** Le décret du 04/12/2020 rend **désormais applicable l'octroi de l'AEEH pour les taux de 50-79 %** à compter du 1er juin 2021.

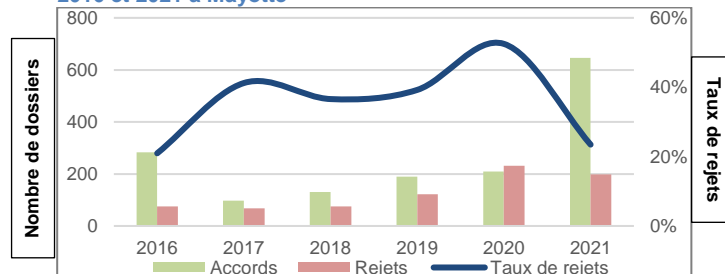
De plus, un second décret en avril 2021 **rallonge la durée du Cerfa médical de 6 mois à 1 an.**

En 2021, la CDAPH a notifié **646 accords** d'AEEH, multiplié par trois par rapport à 2020 (Figure 119).

En octobre 2021, la MDPH a été autorisée à réévaluer toutes les demandes déposées depuis le 1er janvier 2020 qui ont fait l'objet d'un rejet en raison du taux.

Ainsi, **288 AEEH sur 541 AEEH ont été accordés entre le 01/06/2021 et le 31/12/2021**, soit 53 % des accords AEEH depuis l'application du décret.

Figure 119 : Evolution de l'attribution des AEEH entre 2016 et 2021 à Mayotte



Source : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

¹²¹ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].

¹²² Le dépistage visuel a été réalisé avec l'échelle de Monoyer à 3-5 mètres.

¹²³ A l'un des deux yeux.

¹²⁴ Chez les enfants inscrits dans les « autres » établissements, la part est de 5 % [5].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



c) Scolarisation et orientations scolaires des enfants en situation de handicap

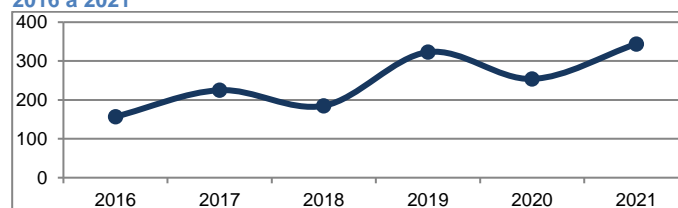
La scolarisation des enfants en situation de handicap est une priorité nationale. Un enfant porteur de handicap peut être accueilli en milieu scolaire dès lors que son handicap ou son comportement ne risque pas de poser de problème dans une classe ordinaire.

Des efforts importants en matière d'intégration scolaire ont été consentis par le Rectorat de Mayotte. En **2006**, le territoire comptait déjà **25 classes spécialisées** : 18 classes pour inclusion scolaire, 4 Unités pédagogiques d'intégration, 4 classes PPF-ASH et 1 classe pour les enfants de la lune. En **2013**, le nombre de classes spécialisées a doublé : **56** pour les **ULIS**. Plus particulièrement il a triplé pour les **PPF-ASH** : **14**.

Le travail en réseau avec les enseignants référents ainsi que l'aide précieuse du référent scolarisation de la MDPH représentent un appui important pour l'encadrement pédagogique de ces enfants.

En **2019**, la MDPH a enregistré **323 enfants scolarisés** en milieu ordinaire répartis dans les différentes classes spécifiques allant de l'enseignement primaire au secondaire (Figure 224). En **2020**, elle a notifié **254 orientations scolaires** dont plus de 74 % en ULIS – Troubles des fonctions cognitives ou mentales. En **2021**, **344 orientations scolaires** dont 17 en UEEA ont été réalisées.

Figure 120 : Evolution du volume de scolarisations des enfants de Mayotte en situation de handicap de 2016 à 2021



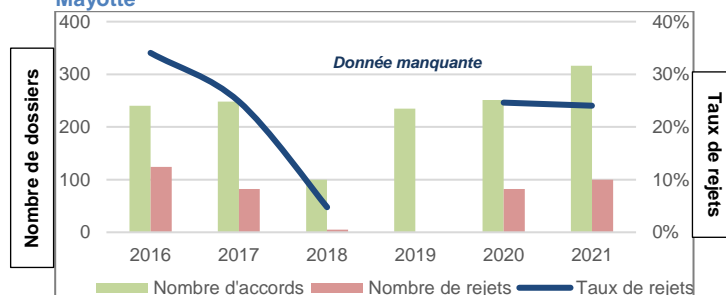
Sources : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

d) Emploi et orientation professionnelle

La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé est un dispositif accordé par la CDAPH qui permet aux personnes en situation de handicap de bénéficier de mesures spécifiques favorisant leur insertion professionnelle. À Mayotte, toutes entreprises privées d'au moins vingt salariés doivent embaucher des personnes en situation de handicap dans une proportion de 2 % de l'effectif total (6 % dans les autres régions). Cependant, cette obligation d'emploi de travailleur handicapé n'est pas respectée par les entreprises. En **2021**, la MDPH a enregistré **316 décisions d'accord de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé**, légèrement en hausse par rapport à 2020 (+26 %) (Figure 121).

Le nombre d'accords pour les orientations professionnelles a augmenté entre 2017 et 2021, passant de 93 à 254 (Tableau 48).

Figure 121 : Evolution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé de 2016 à 2021 à Mayotte



Sources : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Tableau 48 : Orientation professionnelle de 2017 à 2021 à Mayotte

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------|------|------|------|------|------|
| Accords | 93 | 36 | 174 | 186 | 254 |
| Refus | 0 | 1 | | | |

Sources : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

e) Etablissements et services médico-sociaux

Les établissements et services médico-sociaux permettent de répondre à des besoins plus spécifiques destinés aux personnes en situation de handicap. Comme pour l'accès au droit des prestations (AAH, AEEH), l'orientation vers les établissements et services médico-sociaux nécessite une décision de la CDAPH.

En **2021**, les orientations vers les établissements ou services médico-sociaux pour les adultes de 20 ans ou plus sont **stables par rapport à 2020** (64 contre 60) (Tableau 49). Pour les orientations chez les **enfants** (moins de 20 ans) : **563** ont été réalisées en **2020** et **773 en 2021**, soit une hausse de 37 % (Tableau 49)

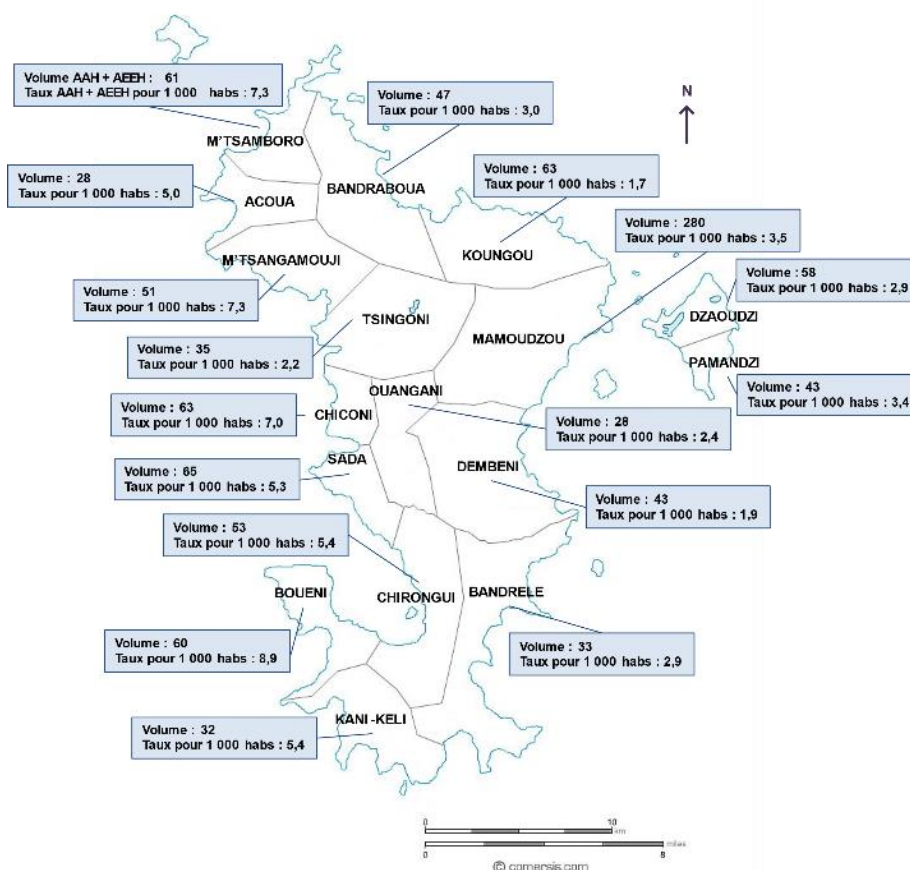
Tableau 49 : Orientations vers les ESMS pour les adultes de 2017 à 2021 à Mayotte

| Nombre d'orientations | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Chez les adultes de 20 ans ou plus | 75 | 42 | 110 | 60 | 64 |
| Chez les enfants de moins de 20 ans | | 377 | 485 | 563 | 773 |

Source : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques



Figure 122 : Taux d'allocataires de l'AAH (20 à 59 ans) ou l'AEEH (moins de 20 ans) par commune en 2022



Méthode : La population de référence par commune est déterminée après application des répartitions observées en 2017 sur l'estimation des 0-59 ans au 1^{er} janvier 2022.

Source : CSSM, *tableau de bord* [61]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

6 – Nutrition-Santé

a) Définition

Liées au dysfonctionnement des glandes endocrines (hypophyse, hypothalamus, pancréas, thyroïde, surrénales, ovaires, testicules...), les maladies endocriniennes touchent de nombreuses fonctions vitales et de nombreux organes. **Le diabète de type II en représente la principale** de cette nomenclature.

En deuxième position se trouvent les maladies thyroïdiennes (hypo et hyperthyroïdies notamment) puis les maladies affectant les autres glandes endocrines, beaucoup plus rares (acromégalie, hypogonadisme, hirsutisme, phéochromocytome, syndrome de Cushing...) mais aussi les cancers spécifiques de ces organes. **Les maladies nutritionnelles et métaboliques regroupent l'obésité et les autres excès d'apports**, les anomalies du métabolisme, la **malnutrition** et les carences nutritionnelles.

b) Indice de masse corporelle

En 2019, **7 %** des 15 ans ou plus étaient en **situation de maigreux**¹²⁵ (8 % chez les hommes et 6 % chez les femmes, et 5 % chez les 18 ans ou plus en 2021 [6]) [36], soit une **hausse de +4 points chez les hommes** et une **baisse de -1 point chez les femmes** par rapport à 2006 [62]. Chez les enfants de 10-12 ans¹²⁶, **deux fois plus de garçons que de filles**¹²⁷ sont en situation de maigreux [5] (*Tableau 50*).

¹²⁵ Mayotte se situe au premier rang, devant La Réunion (6 %), la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane (5 %) et l'Hexagone (4 %) [36].

¹²⁶ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].

¹²⁷ Le taux de maigreux global est de 10 %, soit deux fois supérieur aux enfants de CM2 dans l'Hexagone : 4 % [5].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



En 2019, un individu sur deux de 15 ans ou plus est en situation de surpoids (dont obésité)¹²⁸ [36]. Si la situation s'est **stabilisée** par rapport à 2006 **pour les femmes** : 60 % contre 58 % en 2019, **elle s'est nettement aggravée chez les hommes** : 33 % en 2006 contre 46 % en 2019 [36] [62].

Pour l'**obésité**, en 2019, **deux fois plus de femmes** de 15 ans ou plus **que d'hommes sont concernées** (près de trois fois plus chez les 18 ans ou plus en 2021 [6]) : 34 % contre 16 %¹²⁹ [36].

Avec l'âge, le taux d'obésité augmente fortement en fonction du sexe : **5 %** chez les filles et **1 %** chez les garçons **de 10-12 ans** [5], **13 %** chez les jeunes femmes et **3 %** chez les jeunes hommes **de 15-24 ans**, **38 %** chez les femmes et **17 %** chez les hommes **de 25-44 ans** et **52 %** chez les femmes et **28 %** chez les hommes **de 45 ans ou plus** [36] [59] (*Tableau 50, Figure 123*).

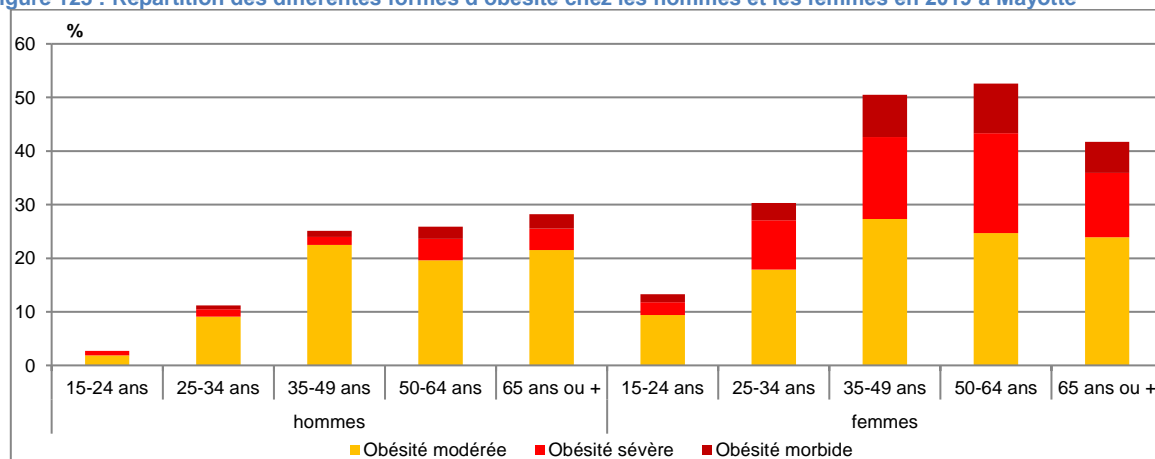
Tableau 50 : IMC de 2006 à 2021 à Mayotte

| | 2006 – 15 ans ou plus [62] | | | 2008 – 30-69 ans [54] | | | 2019 – 15 ans ou plus [36] | | | 2019 - 15-64 ans [64] | | | 2021 - 18 ans ou plus [6] | | |
|-----------------------------------|----------------------------|------|------|-----------------------|------|------|----------------------------|------|-----|-----------------------|------|------|---------------------------|------|------|
| | Hom. | Fem. | Ens. | Hom. | Fem. | Ens. | Hom. | Fem. | En. | Hom. | Fem. | Ens. | Hom. | Fem. | Ens. |
| Maigre | 4 | 5 | | 2 | 1,4 | | 8 | 6 | 7 | 6 | 8 | | 6 | 3 | 5 |
| Normale | 63 | 37 | | 46 | 19 | | 46 | 34 | 40 | 50 | 28 | | 48 | 27 | 37 |
| Surpoids | 25 | 26 | | 35 | 32 | | 30 | 26 | 28 | 30 | 25 | | 30 | 29 | 30 |
| Obésité | 8 | 32 | 25 | 17 | 47 | | 16 | 34 | 26 | 14 | 39 | | 15 | 41 | 29 |
| ... dont modérée | 8 | 23 | 20 | | | | 13 | 19 | 16 | | | | 11 | 22 | 17 |
| ... dont sévère ou morbide | 1 | 12 | 5 | 1,4 | 6 | | 3 | 15 | 9 | | | | 5 | 19 | 12 |

| | 2019 – 10-12 ans ^{130 131} [5] | | | 2019 – 5-14 ans [64] | | | 2006 - 5-14 ans [62] |
|-----------------------------------|---|--------|----------|----------------------|--------|----------|----------------------|
| | Garçons | Filles | Ensemble | Garçons | Filles | Ensemble | Ensemble |
| Maigre | 14 | 6 | 10 | 22 | 21 | 22 | 25 |
| Normale | 82 | 77 | 80 | 70 | 6 | 67 | 67 |
| Surpoids | 4 | 11 | 7 | 5 | 11 | 8 | 7 |
| Obésité | 1 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 0,9 |
| ... dont modérée | | | | 1 | 3 | 2 | 0,4 |
| ... dont sévère ou morbide | | | | 1 | 0,4 | 0,7 | 0,5 |

Source : InVS, enquête Nutrimay de 2006 [62], InVS, enquête Maydia 2008 [54], ARS-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [5], Insee-Drees-IRDES, enquête EHIS de 2019 [36], SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [64], ARS Mayotte, enquête de séroprévalence Covid-19 de 2021 [6]

Figure 123 : Répartition des différentes formes d'obésité chez les hommes et les femmes en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [59]

L'obésité a un impact visible sur la santé : **14 % des personnes obèses déclarent une mauvaise ou très mauvaise santé** contre 10 % des autres habitants de Mayotte [59].

Les personnes obèses se plaignent davantage de **fortes restrictions** dans leurs activités quotidiennes (21 %) que les personnes de corpulence normale (15 %) [59]. Leur motricité est particulièrement affectée : **plus du quart des personnes obèses éprouvent des difficultés pour marcher ou gravir**

¹²⁸ Sur le regroupement surpoids et obésité (et ses différents stades), Mayotte se situe au premier rang (54 %), a ex-aequo avec la Martinique (dont 20 % d'obésité), devant la Guadeloupe (52 % dont 19 % d'obésité), la Guyane (49 % dont 19 % d'obésité), l'Hexagone (45 % dont 14 % d'obésité) et La Réunion (44 % dont 16 % d'obésité) [36]. Restreint uniquement à l'obésité, elle tient également le premier rang, toute seule [36].

¹²⁹ Chez les hommes, l'emploi prédispose à l'obésité : 27 % des hommes en emploi sont obèses, soit trois fois plus que ceux sans travail [59]. Ce facteur influe davantage que le niveau de vie dans la probabilité d'être obèse [59]. Ce lien entre progression sociale et corpulence est à contre-courant des tendances observées au niveau national, où un faible niveau de vie favorise l'obésité [59].

¹³⁰ Le taux d'obésité global est de 10 %, soit un taux deux fois moins important que chez les enfants de CM2 dans l'Hexagone : 22 % dont 4 % en situation d'obésité [5].

¹³¹ Sur les huit enfants sur dix ayant un Indice de masse corporelle se situant dans le seuil de normalité, un sur dix est également proche de l'insuffisance pondérale avec un IMC légèrement supérieur au seuil fixé [63]. Dès lors, cela implique que pour une baisse mineure de leur poids, 15 % des filles et 22 % des garçons se situeraient en insuffisance pondérale [63].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

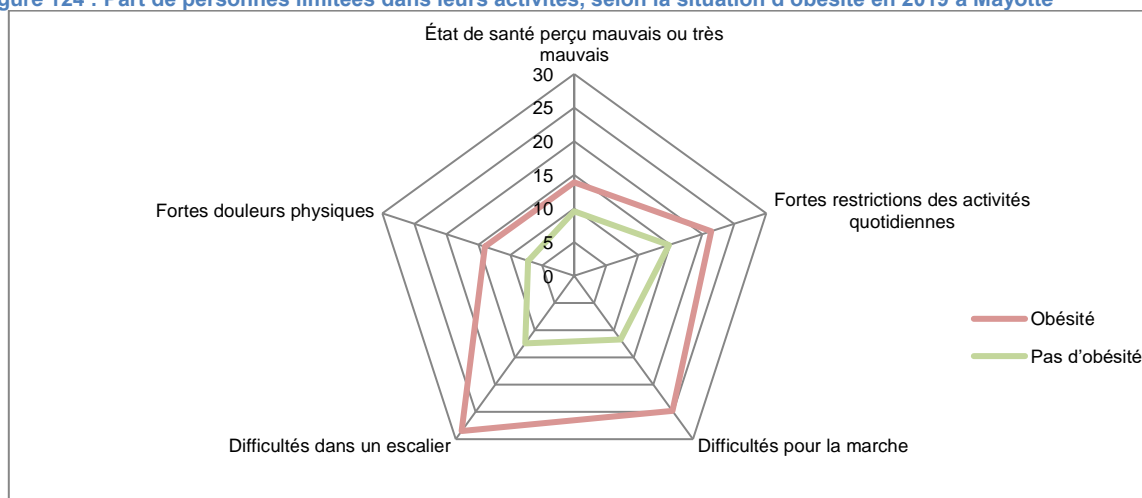
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



un escalier [59]. De plus, 14 % ont éprouvé des **douleurs physiques**, soit le double des autres [59] (Figure 14).

Figure 124 : Part de personnes limitées dans leurs activités, selon la situation d'obésité en 2019 à Mayotte



Lecture : à Mayotte en 2019, 21 % des personnes obèses déclarent de fortes restrictions dans leurs activités quotidiennes, contre 15 % des personnes non obèses.

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [59]

En 2019, 12 % des nouveau-nés présentaient un poids inférieur à 2,5 kg (contre 13 % en 2006), et 21 % un faible périmètre crânien (contre 37 % en 2006) [64]. Chez les 0 à 3 ans, la mesure du périmètre brachial permettait d'estimer que 3 % d'entre eux présentaient une **malnutrition modérée**¹³² et 5 % une **malnutrition sévère**¹³³ [64].

Parmi les enfants âgés de 3 à 5 ans, en 2019, la **maigreur** était l'indicateur qui présentait la prévalence la plus élevée : 7 % (contre 9 % en 2006), alors que le **retard de croissance** staturale concernait 5 % des enfants (contre 7 % en 2006) [64]. Lorsque les enfants étaient sous-nutris¹³⁴, il s'agissait souvent d'un stade **modéré** [64]. Cependant, 2 % présentaient une maigreur sévère [64].

c) Nutrition^{135 136}

En 2019, 16 % des 15 ans ou plus déclarent consommer **tous les jours des fruits**¹³⁷ et 9 % des **légumes**¹³⁸, soit des fréquences nettement inférieures à celles de l'Hexagone (respectivement 59 % et 63 %) [36]. **La probabilité de manger des fruits et légumes tous les jours n'est influencée ni par l'âge ni par le niveau de vie**, contrairement aux autres territoires français à l'exception de la Guyane

¹³² Périmètre brachial compris entre 11,5 et 12,5.

¹³³ Périmètre brachial inférieur à 11,5.

¹³⁴ La pharmacie de la PMI (dispensation des aliments thérapeutiques) apporte son aide pour la gestion et le stockage du plumpynut [87]. Ce produit, qui est un aliment thérapeutique prêt à l'emploi utilisé dans le cas de dénutrition aiguë ou sévère, fait partie d'un ensemble de produits utilisés dans la prise en charge globale des enfants dénutris [87]. En 2021, la pharmacie a dispensé près de 750 sachets de plumpynut dans les PMI [87]. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2020 [87].

¹³⁵ La dépense en produits alimentaires et boissons non alcoolisées représente en 2017 un quart de la structure de consommation (27 % en 2011) et reste en première position, devant celles en logement, eau, gaz, électricité et autres combustibles (15 %) et en transports (18 %) [66]. Cependant, sa part a diminué depuis 1995 de -18 points (40 % de la structure de consommation en 1995) [75]. L'alimentation représentait en 2017 le 4^{ème} choix d'utilisation prioritaire de ressources supplémentaires (10 % contre 18 % en 2011 soit le 3^{ème} choix [75]) à égalité avec l'épargne, et derrière la culture, l'éducation des enfants (26 %), le logement (17 %) et l'équipement du logement (11 %) [66].

¹³⁶ Mayotte a été marqué en 2004 par une épidémie de bérubéri infantile ayant eu pour conséquence la mort de 20 nourrissons sur 32 cas signalés, suite à une carence chez la mère durant la grossesse et dans le lait maternel, carence liée à un déficit en thiamine (vitamine B1) pouvant entraîner de graves troubles cardiaques et respiratoires [65]. Depuis les données du PMSI de 2008 à 2020, 256 cas de carence en thiamine ont été identifiés, parmi lesquels 4 patients sont décédés [65]. L'âge médian des cas était de 28 ans et le rapport homme-femme était de 0,4 [65]. Les femmes en âge de procréer (entre 15 et 44 ans) représentaient 61% des cas [65]. Le bérubéri a été relevé chez 22 enfants de moins de 5 ans dont la quasi-totalité (20) était âgé de moins d'un an [65]. Une augmentation a été observée à partir de 2014, touchant principalement les femmes : soit 76 % des cas identifiés après 2014, avec un pic en 2019 [65]. À partir de 2018, on observe également une hausse du nombre d'enfants concernés, alors qu'aucun cas n'avait été identifié entre 2016 et 2017 [65]. Ces résultats témoignent de la persistance de la carence en thiamine à Mayotte, et ce, principalement chez les femmes en âge de procréer du fait d'une alimentation constituée en majorité de riz blanc et d'apport glucidiques importants [65].

¹³⁷ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guyane (30 %), la Martinique (39 %), La Réunion (42 %), la Guadeloupe (45 %) et l'Hexagone (59 %) [36].

¹³⁸ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Martinique, la Guyane (35 %), la Guadeloupe (38 %), La Réunion (44 %) et l'Hexagone (63 %) [36].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



[36]. Concernant les **enfants de 10-12 ans**¹³⁹, **35 %** déclarent consommer tous les jours des **fruits** (36 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) et **15 %** des **légumes** [5].

Pour les **boissons sucrées**¹⁴⁰ chez les 15 ans ou plus en 2019, **les consommations sont plus importantes à Mayotte** que dans l'Hexagone : **15 %**¹⁴¹ ¹⁴² (tous les jours) contre 10 % [36]. **La fréquence**, contrôlée sur l'âge et le niveau de vie, **augmente parmi les jeunes et reste indépendante du niveau de vie** [36]. Les **enfants de 10-12 ans** sont **22 %** à en déclarer une quotidienne (20 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) [5] (*Tableau 52*).

Tableau 51 : Part (%) des fréquences de consommation des différentes catégories d'aliments chez les 15-69 ans de Mayotte

| | Jamais | Une fois/mois | Une fois/semaine | Plusieurs fois/semaine | Quotidiennement |
|-------------------------------------|--------|---------------|------------------|------------------------|-----------------|
| Fruits et légumes | 0,2 | 1,7 | 19 | 53 | 27 |
| Féculents | 0,1 | 0 | 0,2 | 5 | 95 |
| Légumes secs | 25 | 44 | 17 | 12 | 2 |
| Produits laitiers | 7 | 21 | 20 | 28 | 25 |
| Viande, poisson, œuf | 0,2 | 0,1 | 6 | 44 | 49 |
| Poisson | 3 | 19 | 23 | 36 | 19 |
| Aliments gras, salés, sucrés | 16 | 12 | 34 | 24 | 14 |

Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête *Unono Wa Maoré de 2019* [64]

Tableau 52 : Part (%) des fréquences de consommation des différentes catégories d'aliments chez les enfants de Mayotte

| | | Chez les filles | Chez les garçons | Totale |
|---|-----------------------------------|-----------------|------------------|--------|
| Légumes (crus et cuits) | Plusieurs fois par semaine | 35 | 32 | 34 |
| | Tous les jours | 13 | 17 | 15 |
| | Total | 48 | 49 | 49 |
| Féculents | Plusieurs fois par semaine | 21 | 18 | 20 |
| | Tous les jours | 75 | 79 | 77 |
| | Total | 96 | 97 | 97 |
| Fruits (sauf jus) | Plusieurs fois par semaine | 35 | 34 | 34 |
| | Tous les jours | 32 | 38 | 35 |
| | Total | 67 | 72 | 69 |
| Viandes (hors poulet) | Plusieurs fois par semaine | 43 | 37 | 40 |
| | Tous les jours | 35 | 46 | 40 |
| | Total | 78 | 83 | 80 |
| Poissons | Plusieurs fois par semaine | 36 | 42 | 39 |
| | Tous les jours | 10 | 12 | 11 |
| | Total | 46 | 54 | 50 |
| Boissons sucrées et sucreries (sodas, sirops, laits aromatisés sucrés, jus de fruits, ...) | Plusieurs fois par semaine | 34 | 40 | 37 |
| | Tous les jours | 24 | 20 | 22 |
| | Total | 58 | 60 | 59 |
| Laitages (lait, yaourt, fromage, ... sauf lait (de cocos)) | Plusieurs fois par semaine | 29 | 35 | 32 |
| | Tous les jours | 35 | 30 | 33 |
| | Total | 64 | 65 | 65 |
| Boissons à base de taurine (red bull, ...) | Plusieurs fois par semaine | 3 | 4 | 4 |
| | Tous les jours | 2 | 0,3 | 1 |
| | Total | 5 | 4 | 5 |

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème

Source : ARS Mayotte, *Enquête Santé des jeunes de 2019* [63]

Insécurité alimentaire¹⁴³

En 2019, **près de la moitié des adultes de 15-69 ans sont en insécurité alimentaire**¹⁴⁴ modérée (25 %) ou sévère (23 %), contre 6 % en France Hexagonale ou dans les autres DOM [64]. Cette prévalence diffère fortement selon le lieu de naissance et l'âge. Ainsi, elle était de 36 % pour les natifs de l'île (contre 63 % pour ceux des Comores) et au plus haut (c'est-à-dire 50 %) chez les 30-49 ans toutes nationalités confondues [64] (*Figure 125*).

¹³⁹ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].

¹⁴⁰ Boissons industrielles sucrées : sodas ou jus industriels, boissons allégées exclues.

¹⁴¹ En 2006, 10 % de la population de cette classe d'âge déclaraient consommer au moins 12,5 % de l'apport énergétique sans alcool (AESA) en glucides simples issus des produits sucrés [62].

¹⁴² Mayotte se situe au second rang, devant la Guyane (16 %), La Réunion (13 %), la Guadeloupe (12 %), l'Hexagone (10 %) et la Martinique (9 %) [36].

¹⁴³ En 2008, plus d'un tiers des personnes avaient un LDL-cholestérol bas (<1g/L), un autre tiers un LDL-cholestérol compris entre 1g/l et 1,3 g/l, 18 % entre 1,3 et 1,6 g/l et seulement 8 % un LDL-cholestérol au-dessus de 1,6 g/l, sans grande différence entre les sexes [54]. Les valeurs de triglycérides étaient normales (<= 2g/l) pour la majorité de la population (92 %) et davantage les femmes que chez les hommes (96 % contre 86 %) [54]. L'anémie (carence en fer) concernait 2 % des hommes et 10 % des femmes, soit un ensemble de 6 % [54]. Aucun homme était touché par l'anémie régénérative, il s'agissait alors exclusivement d'anémie arégénérative tandis que chez les femmes, elles étaient 7 % pour la première forme [54].

¹⁴⁴ Mesurée à partir du HFSSM qui se concentre sur les auto-déclarations (au travers de 18 questions spécifiques du manque d'argent ou de la capacité à se payer de la nourriture comme raison de la condition ou du comportement) d'accès, de disponibilité et d'utilisations alimentaires incertains, insuffisants ou inadéquats en lien avec des ressources financières limitées, et des habitudes alimentaires et de la consommation alimentaire compromises qui peuvent en résulter.



ARS MAYOTTE

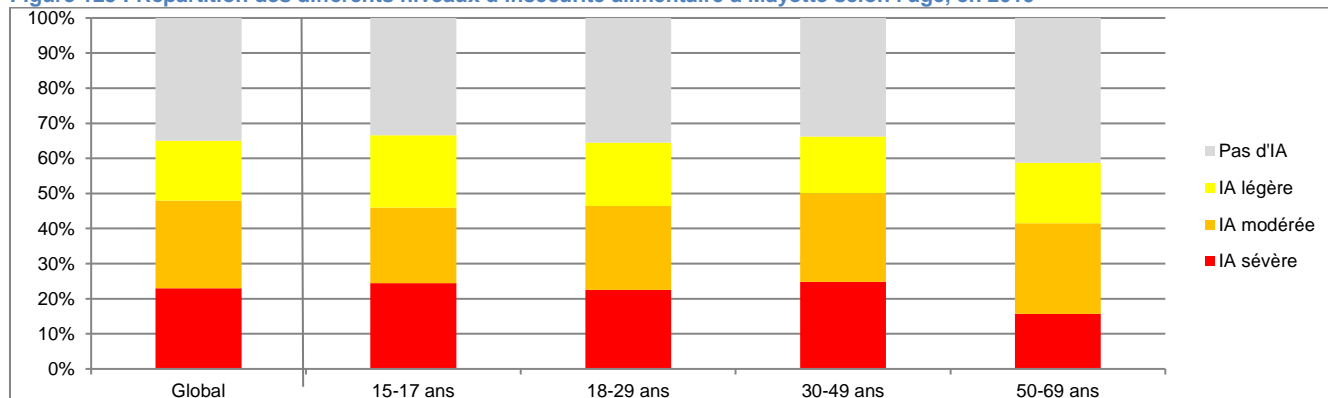
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 125 : Répartition des différents niveaux d'insécurité alimentaire à Mayotte selon l'âge, en 2019



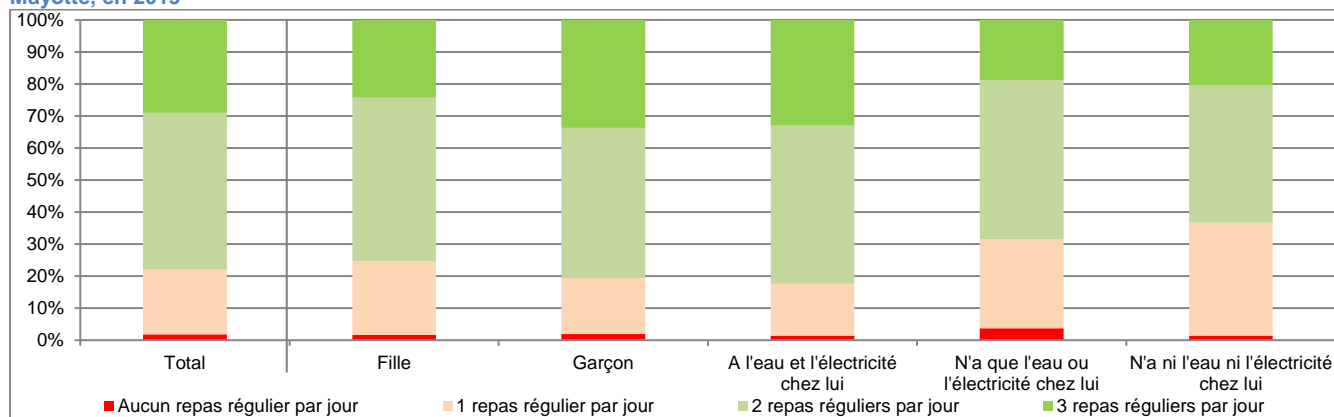
Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [64]

Trois enfants de 10-12 ans¹⁴⁵ sur dix déclarent prendre trois repas par jour de manière quotidienne^{146 147} [63]. Ils sont la moitié pour la prise de deux repas, parmi eux trois sur dix en consomment un troisième de manière irrégulière [63]. Concernant la prise d'un seul repas fréquemment : un sur cinq est constaté, les trois quart déclarent alors manger au moins l'un des deux autres repas de manière irrégulière [63].

Un enfant sur cinquante est concerné par un rythme alimentaire particulièrement inconstant, n'en déclarant la prise d'aucun de manière quotidienne [63]. Les garçons déclarent plus souvent la prise de trois repas que les filles : 34 % contre 24 % [63]. La précarité a un retentissement important sur le nombre de repas pris régulièrement, 82 % en prennent au moins deux pour les moins précaires contre 63 % pour les plus précaires [63] (Figure 126).

Figure 126 : Nombre de repas par jour pris régulièrement en fonction du sexe et de la précarité chez les enfants de Mayotte, en 2019



Note : Un repas est considéré comme régulier si l'enfant déclare le prendre « tous les jours ».

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème

Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, Enquête santé des jeunes de 2019 [63]

15 % des enfants vivant dans les conditions les moins précaires ont une alimentation variée, soit cinq fois plus que les plus précaires : 3 % [63]. Dès lors, les aliments les plus consommés par les plus « aisés » sont les fruits, les poissons et les laitages [63]. Chez ceux prenant quotidiennement trois repas par jour, trois fois plus déclarent une grande variété d'aliments consommés par rapport à ceux n'en prenant qu'un seul : respectivement 22 % et 5 % [63]. La consommation de laitages est la plus marquée, en particulier chez les enfants déclarant trois repas par jour : 79 % contre 47 % [63]. La

¹⁴⁵ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [4].

¹⁴⁶ Le matin, 47 % des filles déclarent manger régulièrement et 59 % chez les garçons [63]. Un enfant sur dix ne prend pas systématiquement un repas à midi les jours d'école, dont 4 % rarement ou jamais et dans des proportions similaires entre filles et garçons [63]. Le repas du soir est régulièrement pris pour 95 % des enfants, dont 81 % tous les jours, sans distinction entre les filles et les garçons également [63].

¹⁴⁷ Les enfants ne déclarant qu'un seul repas par jour sont plus souvent concernés par l'insuffisance pondérale : 13 % contre 10 % pour ceux en déclarant deux voire trois par jour [63]. Ils sont également deux fois plus nombreux à se retrouver en surpoids (10 %) par rapport aux enfants prenant trois repas par jour (5 %) [63]. Les enfants prenant trois repas par jour ont la plus forte proportion de corpulence « normale » [63].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!



consommation de **légumes** est également concernée : 61 % contre 41 %, ainsi que les **poissons** : 55 % contre 42 %, et les **fruits** : 78 % contre 66 % [63]. Quel que soit la situation sociale et le nombre de repas pris par jour, **la consommation de féculents reste stable** [63].

Les enfants en surpoids, voire en situation d'obésité, sont deux fois moins à déclarer une alimentation variée contrairement aux autres : respectivement 5 % et 11 % [63]. Quel que soit le statut pondéral de l'enfant, les consommations de **féculents** et de **fruits** restent citées dans la **même fréquence** [63]. La consommation de **viandes** (hors poulet) est **plus régulière** chez les enfants ayant un **IMC dans la norme** que chez les enfants en insuffisance pondérale ou en surpoids (82 % contre 75-77 %) [63]. Elle est à l'inverse plus faible chez les enfants en situation d'obésité (58 %), se **substituant à la consommation de poissons** qui est alors plus importante chez eux vis à vis des enfants en surpoids ou avec un IMC dans la norme (69 % contre 45-48 %) [63]. **Ce constat peut s'expliquer par le fait que les poissons sont souvent consommés en friture mais sont également liés à la consommation de boissons sucrées et sucreries** [63]. La fréquence de consommation des **laitages croît avec l'IMC**, 52 % chez ceux en insuffisance pondérale contre 79 % chez les enfants en situation d'obésité [63]. Elle est **stable pour celle des légumes**, corrélée aussi à la consommation de boissons sucrées et sucreries [63].

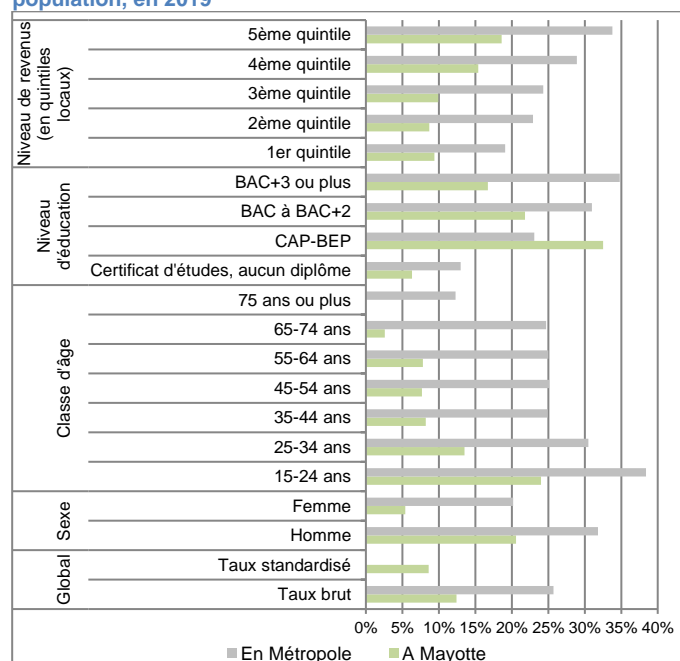
d) Activité physique

70 % des 15 ans ou plus déclarent réaliser au moins un trajet de 10 minutes ou plus à pied par semaine¹⁴⁸ (63 % chez les femmes et 77 % chez les hommes) contre 81 % dans l'Hexagone [36]. La pratique d'au moins **30 minutes de marche à pied ou de vélo**¹⁴⁹ est trois fois plus importante chez les hommes (45 %) que les femmes (18 %) [36].

21 % des 15 ans ou plus à Mayotte déclarent pratiquer une activité sportive¹⁵⁰ en semaine¹⁵¹, 45 % dans l'Hexagone [36]. A un niveau plus élevé, **au moins 150 minutes de sport par semaine, 13 % des adultes de 18-64 ans sont concernés**, ce qui reste deux fois inférieur à l'Hexagone (28 %) [36]. Cette part augmente chez les 15-29 ans : 20 %, mais reste encore plus faible que dans l'Hexagone : 36 % [36]. **Le renforcement musculaire concerne 4 % des 18 ans ou plus de Mayotte**¹⁵², quatre fois moins que dans l'Hexagone (16 %) [36]. Les **femmes** sont alors **2 %** à en faire au moins deux fois par semaine (13 % dans l'Hexagone) et les **hommes 6 %** (18 % dans l'Hexagone) [36]. De manière plus générale et en lien avec les **recommandations de l'OMS** sur l'activité physique, **le taux standardisé est trois fois inférieur à l'Hexagone** [24].

Pour toutes les classes d'âge, on constate un taux de conformité à ces recommandations nettement inférieures à l'Hexagone, même chez les 15-24 ans : 24 % à Mayotte contre 38 % dans l'Hexagone [24] (*Figure 127*).

Figure 127 : Part de la population de Mayotte en conformité avec les recommandations de l'OMS relatives à l'activité physique^{153 154} par profil de la population, en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

¹⁴⁸ Mayotte se situe au second rang, derrière l'Hexagone et devant la Guyane, La Réunion (65 %), la Guadeloupe, et la Martinique (57 %) [36].

¹⁴⁹ Selon les recommandations de l'OMS.

¹⁵⁰ La réalisation d'une activité sportive peut nécessiter des équipements sportifs qui sont onéreux [36]. Ainsi, le taux d'équipements est de 12,9 pour 10 000 habitants à Mayotte contre 39,9 au niveau national en 2010 [36].

¹⁵¹ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe (30 %), la Guyane (31 %), la Martinique, La Réunion (35 %) et l'Hexagone [36].

¹⁵² Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe (9 %), la Guyane (11 %), la Martinique, La Réunion (12 %) et l'Hexagone [36].

¹⁵³ Au moins 150 minutes de sport par semaine et renforcement musculaire deux fois par semaine.

¹⁵⁴ En 2008, 31 % des hommes de 30-69 ans déclaraient une faible fréquence des activités quotidiennes professionnelles ou domestiques, 61 % chez les femmes [54]. Ils et elles sont ensuite 35 % et 28 % pour une fréquence modérée, 26 % et 10 % importante et 8 % et 1,1 % intense [54]. Concernant les activités sportives, 38 % des hommes en pratiquaient à un niveau modéré (marche, promenade à vélo, etc.) et 28 % des femmes pour une activité intense (jogging, natation, etc.) et 2 % des femmes [54]. Les autres n'en déclaraient pas [54].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

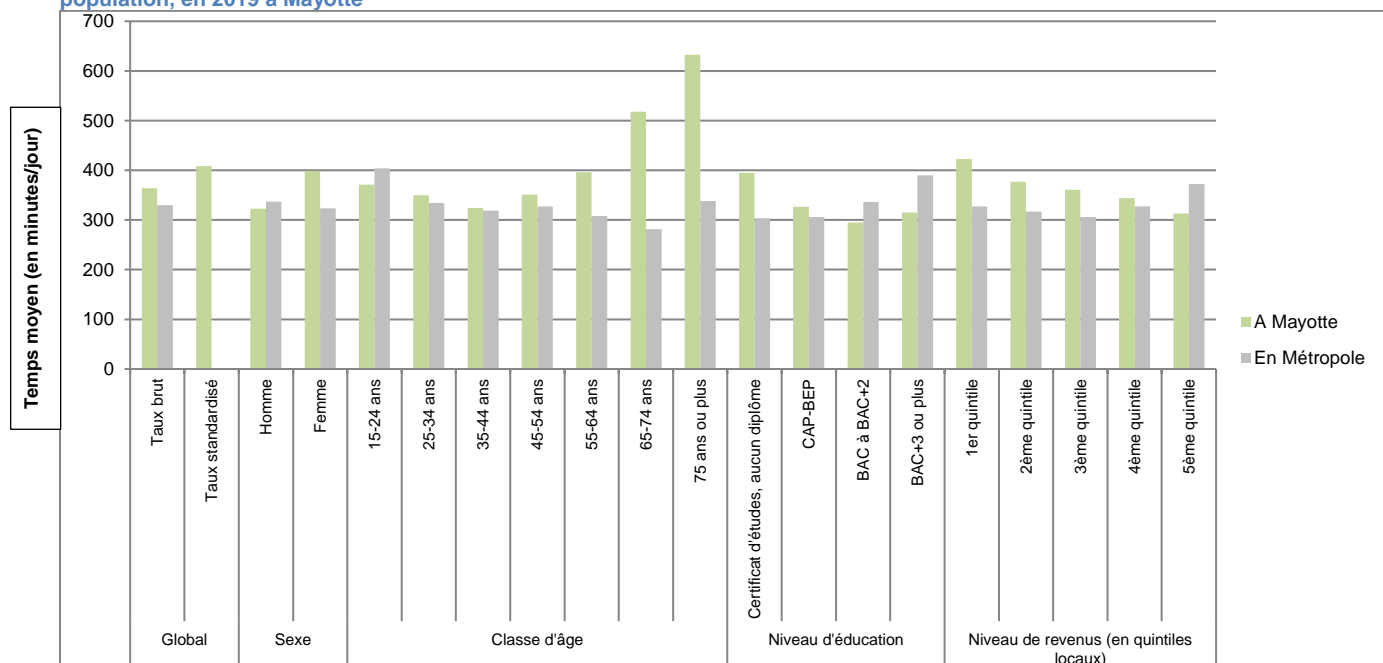
Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé!



Dans un cadre beaucoup plus général **d'efforts physiques pour une activité quotidienne principale**¹⁵⁵ : la moitié déclare rester principalement assis ou debout (43 % dans l'Hexagone), 27 % déclarent un **effort physique modéré** (44 % dans l'Hexagone), 9 % un effort physique important (11 % dans l'Hexagone) et 14 % **aucun effort physique**¹⁵⁶ (2 % dans l'Hexagone) [36].

À **structure de population équivalente**, le temps moyen standardisé **passé assis ou allongé sans dormir est plus important** à Mayotte que dans l'Hexagone : +10 % [24]. Ce sont notamment les **femmes de Mayotte** qui s'éloignent le plus de leurs homologues de l'Hexagone : +23 % [24]. En comparant les classes d'âge, on constate qu'un décrochage se fait à **partir de 55 ans**, +28 % chez les 55-64 ans par rapport aux Hexagonaux, +84 à 87 % chez les 65 ans ou plus [24].

Figure 128 : Temps moyen passé assis ou allongé sans dormir¹⁵⁷ et fréquence de l'excès de sédentarité par profil de population, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

e) Sédentarité¹⁵⁸

37 % des 15 ans ou plus présentent un excès de sédentarité¹⁵⁹ (32 % dans l'Hexagone) avec un écart significatif entre les femmes¹⁶⁰ et les hommes : 42 % contre 31 %, contrairement à l'Hexagone [36]. **Mayotte se démarque des autres territoires français avec un effet inversé du niveau de vie**, une sédentarité plus fréquente chez les individus aux faibles revenus vis-à-vis de ceux aux revenus les plus importants [36]. Il n'est sans doute pas lié au temps passé devant l'ordinateur à Mayotte où le taux d'équipement est faible (32 % des ménages équipés en 2017, 77 % pour un téléviseur [67]) mais plus à l'absence d'activité professionnelle et au temps passé devant la télévision [36]. **L'excès de sédentarité est plus fréquent parmi les plus jeunes** : les 15-29 ans ont une probabilité plus importante vis-à-vis des 30-54 ans [36].

Chez les **enfants de 10-12 ans, quatre sur cinq déclarent passer du temps devant un « écran »** : 74 % pour la télé, 23 % pour le téléphone, 22 % pour une tablette numérique et 17 % pour un ordinateur [5]. Un enfant sur deux y passe au moins une heure les jours d'école (55 % pour les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone), et cette proportion augmente fortement les jours où il n'y a pas école : quatre enfants sur cinq (contre 55 % dans l'Hexagone) [5].

¹⁵⁵ La question exacte est : « qu'est ce qui décrit le mieux les activités que vous réalisez dans le cadre de votre activité principale ? ».

¹⁵⁶ Mayotte se situe au premier rang, devant la Guadeloupe (10 %), la Guyane (8 %), la Martinique (5 %), La Réunion et l'Hexagone (2 %) [36].

¹⁵⁷ En minutes par jour.

¹⁵⁸ L'OMS définit l'excès de sédentarité comme le fait de passer sept heures ou plus assis ou allongé sans dormir [36].

¹⁵⁹ Mayotte se situe au premier rang, devant l'Hexagone, la Guadeloupe (24 %), la Martinique, La Réunion et la Guyane (23 %) [36].

¹⁶⁰ On peut dès lors constater que 40 % des femmes concernées sont obèses contre 30 % des moins sédentaires [59].

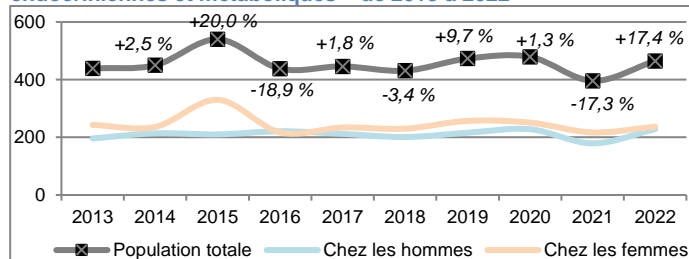


f) Motifs de séjour hospitalier

A Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent **3 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralité », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », **4 % chez les femmes et 3 % chez les hommes**. Dans l'Hexagone, cette part est de 2 %.

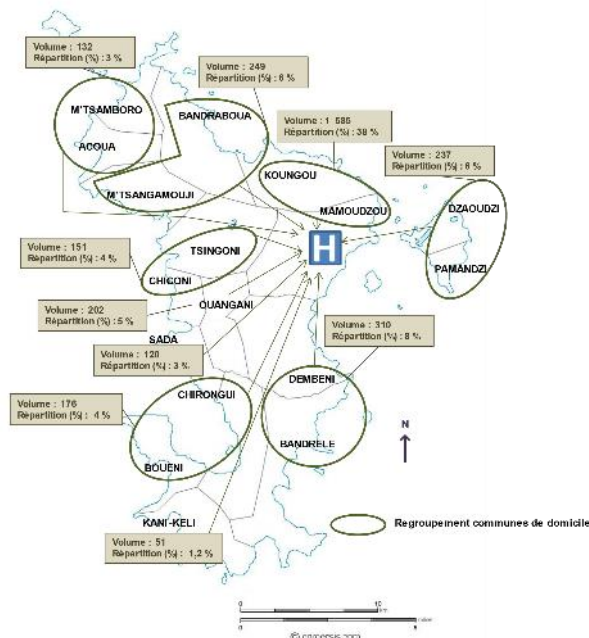
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **9,2 jours**, et le **taux de recours standardisé** est **1,5 fois inférieur** à l'Hexagone.

Figure 129 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques » de 2013 à 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 130 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » par commune et de 2014 à 2022

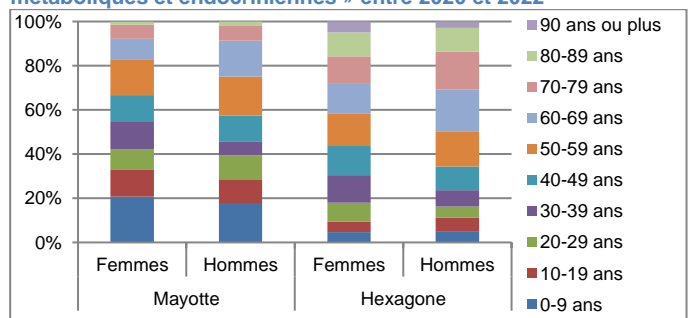


Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2022 des volumes associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes ». La somme des pourcentages donne 78 % auquel il faut rajouter 18 % de communes non renseignées et 4 % de domiciliés hors territoire.
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur les **1 340 séjours** liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, **46 % (chez les hommes) à 54 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 40 ans** (Figure 131).

Les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent **1,4 % des évacuations sanitaires de 2020** (0,8 % en 2019 et 0,3 % en 2018).

Figure 131 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » entre 2020 et 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



Sur la période de 2020 à 2022, le « **diabète** » représente 36 % des motifs de séjour liés aux « maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques » chez les femmes et 55 % chez les hommes. Viennent ensuite les « **anomalies du métabolisme** » (21 % chez les femmes et 19 % chez les hommes). Les « **affections de la glande thyroïde** » sont le troisième motif de séjour pour cette nomenclature chez les femmes (16 %) tandis que pour les hommes il s'agit de la « **malnutrition** » (11 %) (Tableau 53).

Tableau 53 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|--|------------|------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Affections de la glande thyroïde | 112 | 15 | 16 | 2 |
| Diabète sucré | 255 | 350 | 36 | 55 |
| Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne | 26 | 40 | 4 | 6 |
| Maladie des autres glandes endocrines | 38 | 21 | 5 | 3 |
| Malnutrition | 77 | 70 | 11 | 11 |
| Autres carences nutritionnelles | 48 | 18 | 7 | 3 |
| Obésité et autres excès d'apport | <10 | <10 | 0 | 0 |
| Anomalies du métabolisme | 146 | 120 | 21 | 19 |
| Total | 705 | 635 | 100 | 100 |

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

g) Mortalité

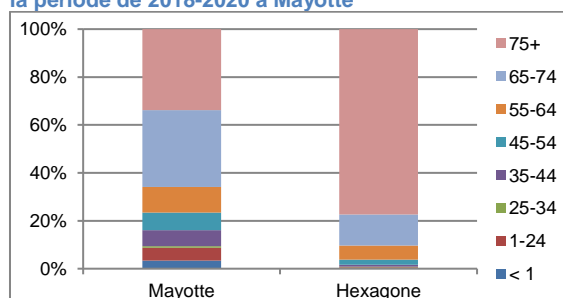
Les « **maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes** » représentent **6 % des décès** sur la période 2012 à 2020 (6 % chez les hommes et 7 % chez les femmes), soit 383 décès cumulés (185 hommes – 48 % – et 198 femmes – 52 % –) et, en moyenne, **48 décès par an**.

Les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent la **troisième cause de décès à Mayotte** (6 % des décès domiciliés) sur la période de 2018 à 2020. S'il s'agit également de la **3^{ème} cause de mortalité chez les femmes**, elle en est la **4^{ème} cause chez les hommes**.

À structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurent 3,4 fois plus** de ces pathologies que ceux de l'Hexagone et les **habitantes de Mayotte 4,1 fois plus** que celles de l'Hexagone, respectivement 2,3 et 3,8 fois moins sur la période 2015 à 2017 [23].

Sur la période de 2018 à 2020, **chez les femmes et les hommes**, respectivement 75 et 74 décès domiciliés sont liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes ». C'est le « **diabète sucré** » (67 % chez les femmes et 73 % chez les hommes) suivies des « **anomalies du métabolisme** » (20 % et 19 %) et de la « **malnutrition** » (7 % et 8 %) qui ressortent le plus (Tableau 53).

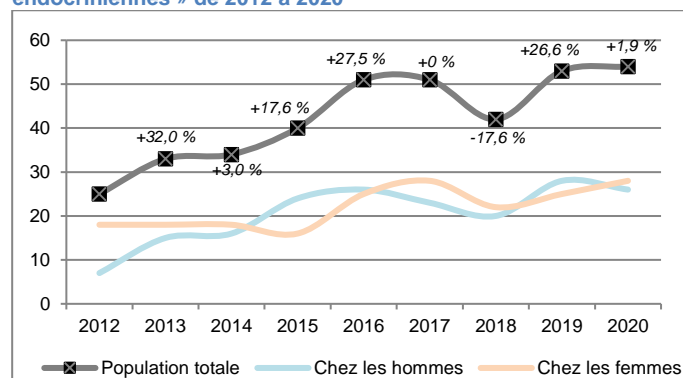
Figure 133 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » sur la période de 2018-2020 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 132 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » de 2012 à 2020



Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Tableau 54 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|--|-----------------|------------|-----------------|------------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Affection de la glande thyroïde | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Diabète sucré | 50 | 67 | 54 | 73 |
| Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maladies des autres glandes endocrines | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malnutrition | 5 | 7 | 6 | 8 |
| Autres carences nutritionnelles | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Obésité et autres excès d'apport | 4 | 5 | 0 | 0 |
| Anomalies du métabolisme | 15 | 20 | 14 | 19 |
| Somme 2018 à 2020 | 75 | 100 | 74 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé!



h) Diabète

Le problème du diabète¹⁶¹ est particulièrement important dans les Drom, Tom et collectivités d'outre-mer où la prévalence y est en moyenne bien plus élevée que dans l'Hexagone. En effet, différents facteurs en favorisent l'émergence rapide : changements des habitudes alimentaires relativement récents, alcoolisation, « coca-cola-nisation », changements du mode de vie avec sédentarité croissante (voiture, vie urbaine, désintérêt pour le travail en campagne, etc.), population jeune sensible à ces influences et génétiquement à risque.

Prévalence

En 2019, 11 % des personnes âgées de **15 à 69 ans** sont prédiabétiques¹⁶² tandis que le diabète connu s'élève à 7 % et non connu à 4 %, portant la **prévalence globale du diabète à Mayotte à 11 %** [68]. Ces taux sont plus hauts chez les femmes de 18-69 ans que les hommes (12 % en cumul global) : 8 % contre 6 % pour le diabète connu et 5 % contre 4 % pour le diabète non connu, soit en cumul un taux de diabétiques de 13 % chez les femmes contre 10 % chez les hommes [68].

En 2008 et selon une méthodologie différente, la prévalence était de 11 % chez les 30 à 69 ans (14 % pour le prédiabète) [54], 18 % selon la méthodologie de 2019 sur cette même classe d'âge [68] (*Tableau 55*).

En 2019, les personnes ayant un **diabète connu** était **plus âgées** que celles ayant un statut non diabétique avec une moyenne de **49 ans contre 34 ans (48 ans contre 34 ans pour le diabète non connu)** et un déséquilibre vis-à-vis du sexe de **61 % en faveur des femmes** (59 % pour le diabète non connu) [68]. Leur profil métabolique était également dégradé, avec un **IMC moyen de 30,2 kg/m² (32,7 kg/m² pour le diabète non connu)**, une **hypertension** chez **69 % (62 % pour le diabète non connu)** et elles présentaient une moyenne **d'hémoglobine glyquée¹⁶³ de 8 %** (identique pour le diabète **non connu**) [68]. Ces personnes avaient, par ailleurs, un **profil socialement défavorisé** et percevant leur **situation financière** comme **difficile** dans **45 % des cas (61 % pour le diabète non connu)** [68]. Enfin, 43 % sont natifs de Mayotte et 55 % des Comores (respectivement 37 % et 57 % pour le diabète **non connu**) [68].

Tableau 55 : Prévalence du diabète connu et non connu (dépisté) à Mayotte selon l'âge et selon deux méthodologies différentes, en 2008 et 2019

| | | 2008* [54] | | | 2019** [68] | | |
|----------------------------|------------|-------------------|---------------------|-----------|-------------------|---------------------|-----------|
| | | Diabète connu (%) | Diabète dépisté (%) | Total (%) | Diabète connu (%) | Diabète dépisté (%) | Total (%) |
| Sexe | Homme | 4 | 5 | 10 | | | |
| | Femme | 5 | 7 | 12 | | | |
| Classe d'âge | 18-29 ans | | | | 0,8 | 0,3 | 1 |
| | 30-39 ans | 1 | 2 | 3 | 5 | 3 | 8 |
| | 40-49 ans | 6 | 10 | 15 | 9 | 9 | 18 |
| | 50-59 ans | 8 | 8 | 15 | 21 | 12 | 33 |
| | 60-69 ans | 14 | 12 | 26 | 26 | 11 | 37 |
| Lieu de naissance | Mayotte | 6 | 7 | 13 | | | |
| | Comores | 3 | 5 | 8 | | | |
| | Madagascar | 6 | 7 | 13 | | | |
| | Autre | 10 | 0 | 10 | | | |
| Taux global corrigé | | 5 | 6 | 11 | 7 | 5 | 12 |

Note : * Dosage de l'HbA1c après dépistage capillaire. Le statut diabétique était défini si la glycémie était supérieure à 1g/L à jeun ou supérieur à 1,4g/L non à jeun ou proportion de l'HbA1c > 6 %. ** Mesure directe de l'HbA1c. Le statut diabétique était défini si le taux d'HbA1c était supérieur à 6,5 %.

Source : *Enquête MayDia de 2008* [54], *Enquête Unono Wa Maoré de 2019* [68]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Rediab'Ylang est une association mahoraise de lutte contre le diabète sur l'île de Mayotte, dont la vocation est la prise en charge des personnes atteintes de diabète, notamment de type 2, mais aussi

¹⁶¹ Le diabète de type 1 représente environ 6 % des cas traités chez l'adulte en France, débutant en général dans l'enfance ou l'adolescence. Il s'agit d'une pathologie auto-immune, aboutissant à une absence de sécrétion d'insuline. Ce type de diabète est dit insulino-dépendant car le traitement par insuline est indispensable (injection quotidienne d'insuline pour assurer la survie). Le diabète de Type 2, dit non insulino-dépendant, est la forme la plus fréquente du diabète (plus de 92 % des cas traités). Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les adultes d'âge mûr mais peut également survenir à un âge plus jeune, voire même pendant l'adolescence dans un contexte d'obésité. Le traitement repose sur des mesures hygiéno-diététiques (régimes alimentaires, activité physique) qui peuvent être associées à des médicaments antidiabétiques oraux ou à l'insuline. Le diabète de type « Autre » comme le diabète gestationnel correspond à une intolérance au glucose chez les femmes enceintes ou celui résultant de conditions spécifiques ou génétiques.

¹⁶² La notion de prédiabète renvoie à l'absence de déclaration d'un diabète par la personne et un taux d'HbA1c comprise entre 6 % (inclu) et 6,5 % (exclu) [68].

¹⁶³ HbA1c, l'hémoglobine glyquée représente le biomarqueur de référence permettant de déterminer le statut diabétique d'un individu.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



de tous les types. Sur les **2 806 personnes dépistées** par l'association pour la période de 2020 à 2022, **17 %** présentaient une **glycémie élevée** et **31 %** une **tension artérielle élevée** [69] (Tableau 56).

Tableau 56 : Dépistages du diabète et de la tension artérielle par Rediab'Ylang à Mayotte entre 2015 et 2022

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Nombre de personnes dépistées | 130 | 103 | 296 | 216 | 289 | 436 | 931 | 1 439 |
| Nombre de personnes présentant une glycémie élevée* | 51 | 40 | 71 | 67 | 42 | 65 | 138 | 276 |
| Nombre de personnes présentant une tension artérielle élevée | | | | | 66 | 148 | 244 | 483 |
| Proportion avec glycémie élevée (%) | 39% | 39% | 24% | 31% | 15% | 15% | 15% | 19% |
| Proportion avec tension artérielle élevée (%) | | | | | 23% | 34% | 26% | 34% |

Note : * le résultat est considéré comme « élevée » lorsque qu'un patient présente une glycémie supérieure à 1.10 gr à jeun ou au-dessus de 1.40 gr en post prandial (soit 1h30 après un repas)

Source : ORS Mayotte, tableau de Bord Nutrition Santé

Motifs de séjour hospitalier

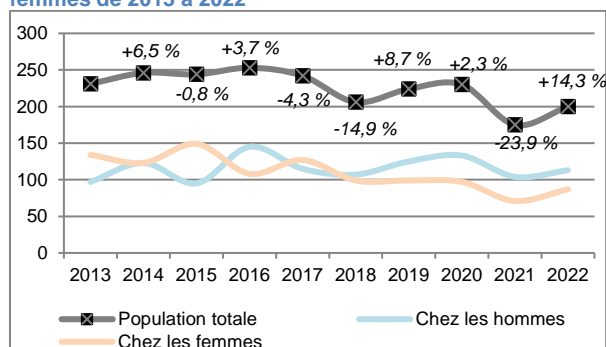
Le nombre de motifs de séjour au CHM associés au diabète était de 231 en 2013. **Stable** sur la période 2014 à 2016, il **diminue** de 23 % en 2018. Jusqu'en 2020, il **accroît** de 12 % puis diminue en 2021 (24 %). En 2022, on constate **200 séjours**, soit une reprise des hospitalisations de +14 % (Figure 135).

Sur la période 2020 à 2022, dans 58 % des cas il s'agit d'hommes (42 % de femmes), le diabète représente 2,8 séjours sur 1 000. Dans l'Hexagone, ce taux est de 5,4 pour 1 000.

La durée moyenne de séjour hospitalier est alors de **9,5 jours** contre 6,4 dans l'Hexagone.

Sur les **605 séjours** liés au « diabète » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, **53 % (chez les hommes) à 62 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 50 ans**.

Figure 134 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés au diabète chez les hommes et les femmes de 2013 à 2022

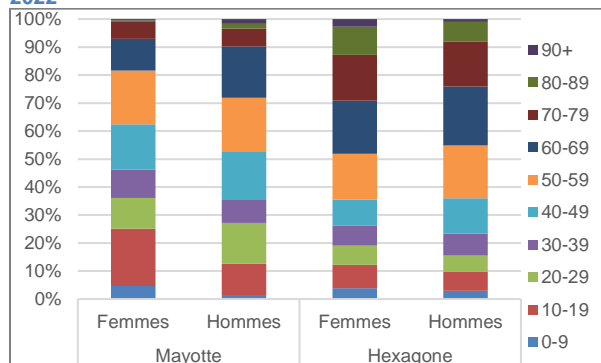


Note : Hors nomenclature O24 « Diabète sucré au cours de la grossesse ».

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A

Figure 135 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés au « diabète » entre 2020 et 2022

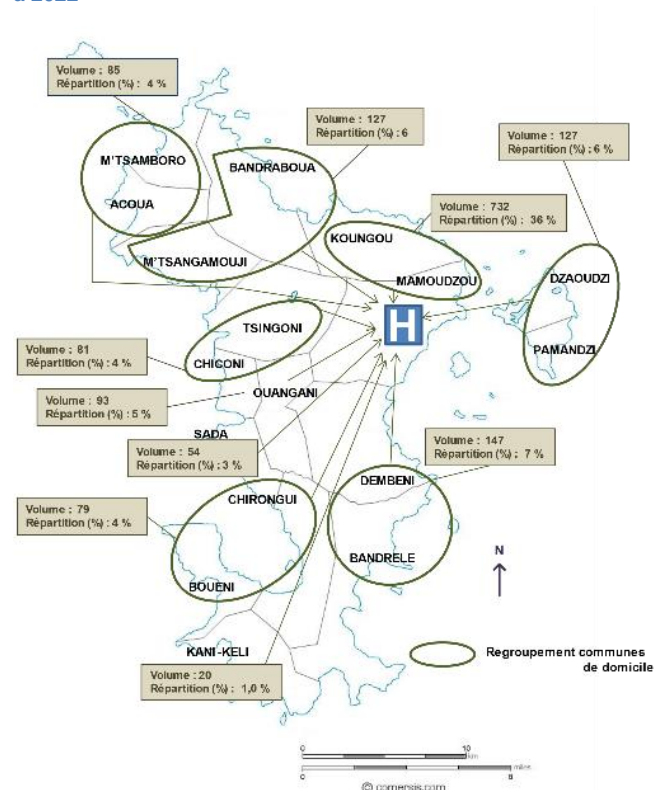


Note : Hors nomenclature O24 « Diabète sucré au cours de la grossesse ».

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A

Figure 136 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « Diabète » par commune et de 2014 à 2022



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2022 des volumes associés au « Diabète ». La somme des pourcentages donne 77 % auquel il faut rajouter 19 % de communes non renseignées et 4 % de domiciliés hors territoire.

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Prises en charge

Sur la période 2017 à 2019, le **diabète** représente **15 %** des motifs de prise en charge renseignés (35 %) des assurés sociaux¹⁶⁴.

Le taux brut était de 39 diabétiques pour 1 000 habitants en 2013 et a **augmenté de +10 points** en 2019 (49 ‰). **En 2019**, le taux standardisé ¹⁶⁵ est de **103,5 diabétiques pour 1 000 habitants**.

Mortalité

Le « **diabète** » représentent **4 % des décès** sur la période 2012 à 2020 (4 % chez les hommes et 5 % chez les femmes), soit 272 décès cumulés (132 hommes – 49 % – et 140 femmes – 51 % –) et, en moyenne, **34 décès par an**.

Sur la période de 2018 à 2020, **104 décès** domiciliés liés au « diabète sucré », ont pu être observés (**54 chez les hommes et 50 chez les femmes**).

À structure de population équivalente, les habitants de Mayotte meurent **4,7 fois plus** du diabète sucré que ceux de l'Hexagone et les habitantes de Mayotte **5,9 fois plus** que celles de l'Hexagone, respectivement 3,3 et 4,4 fois plus sur la période 2015 à 2017 [23].

Tableau 57 : Détail des causes de décès domiciliés liées au « diabète » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020 à Mayotte

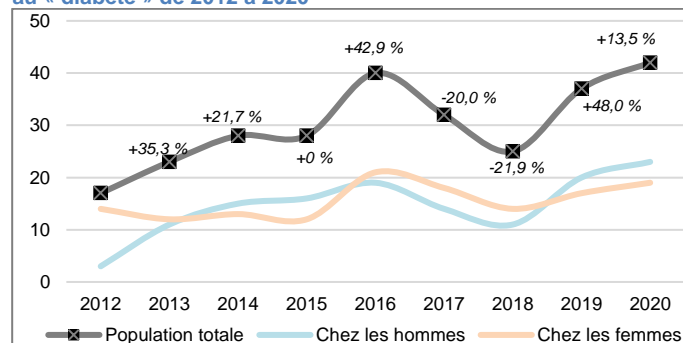
| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|---------------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Diabète sucré de type 1 | <10 | 12 | <10 | 13 |
| Diabète sucré de type 2 | 11 | 22 | 13 | 24 |
| Diabète sucré de malnutrition | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres diabètes sucrés précisés | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Diabète sucré, sans précision | 33 | 66 | 34 | 63 |
| Somme 2018 à 2020 | 50 | 100 | 54 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés au « diabète », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 137 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés au « diabète » de 2012 à 2020



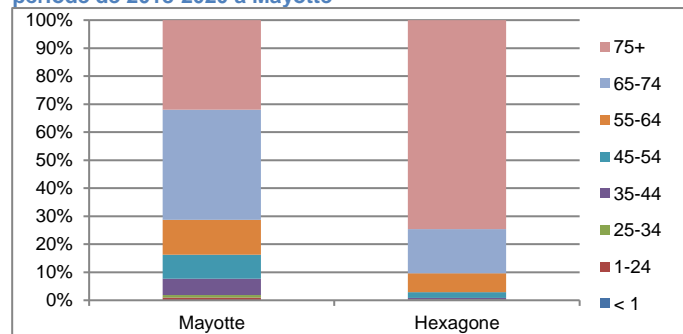
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés au « diabète », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 138 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés au « diabète » sur la période de 2018-2020 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés au « diabète », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

¹⁶⁴ Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans [34] [35], et trois habitants sur cinq en 2019 [36].

¹⁶⁵ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).

Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).

Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une CPAM en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Centre de dialyse

Mayotte dispose d'un **centre assurant une activité d'autodialyse assistée, de centre d'hémodialyse et de dialyse médicalisée** géré par la société Maydia (établissements de santé privés). Ce centre peut accueillir jusqu'à **72 patients** (Tableau 58).

Par ailleurs, une unité d'autodialyse gérée par Maydia a été ouverte en 2015 à M'Ramadoudou.

Tableau 58 : Equipements et activité en dialyse à Mayotte de 2013 à 2022

| | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|
| Autodialyse | Nombre de postes utilisés | 19 | 19 | | 30 | | 16 | 16 | 20 | 22 | 22 |
| | Nombre de patients pris en charge | 48 | | 33 | 22 | 30 | 23 | 17 | 33 | 30 | 35 |
| | Nombre de séances dans l'année | 5 364 | 2 856 | 9 188 | 2 903 | 3 165 | 2 986 | 3 177 | 4 280 | 4 885 | 4 509 |
| Hémodialyse en centre | Nombre de postes utilisés | | 16 | 16 | 14 | 19 | 19 | 19 | 12 | 19 | 19 |
| | Nombre de patients pris en charge | | 77 | 84 | 56 | 58 | 49 | 75 | 105 | 62 | 68 |
| | Nombre de séances dans l'année | | 6 921 | 4 821 | 8 226 | 8 321 | 7 533 | 8 024 | 8 749 | 9 300 | 9 009 |
| Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée | Nombre de postes utilisés | | | | 16 | 35 | 35 | 35 | 38 | 37 | 37 |
| | Nombre de patients pris en charge | | | | 47 | 60 | 84 | 50 | 111 | 142 | 177 |
| | Nombre de séances dans l'année | | | | 5 732 | 8 789 | 11 619 | 7 962 | 15 810 | 17 352 | 21 807 |

Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

7 – Maladies de l'appareil circulatoire

a) Définition

Les maladies de l'appareil circulatoire sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est notamment le cas de l'hypertension artérielle, des cardiopathies ischémiques, des cardiopathies valvulaires, de l'insuffisance cardiaque, des troubles du rythme cardiaque fréquemment associés à ces pathologies et des maladies vasculaires cérébrales. Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes, ...) sont également fréquentes, mais en général de moindre gravité, à l'exception de l'embolie pulmonaire.

b) Motifs de séjour hospitalier

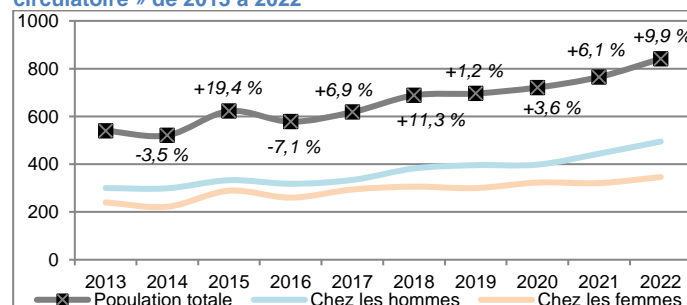
À Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les « maladies de l'appareil circulatoire » concernent **6 % des motifs de séjour au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », sans distinction femme et homme. Dans l'Hexagone, cette part est de 12 %.

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **8,3 jours**, et le **taux de recours standardisé est 2,6 fois inférieur** à l'Hexagone.

Les « maladies de l'appareil circulatoire » représentent **15 % des évacuations sanitaires de 2022** (24 en 2020, 25 % en 2019 et 22 % en 2018).

Sur les **2 283 séjours** liés aux « maladies de l'appareil circulatoire » et cumulés sur la période de 2020 à 2022, **56 % (chez les hommes) à 55 % (chez les femmes) des cas** concernent un individu de **moins de 60 ans ou plus** (Figure 140).

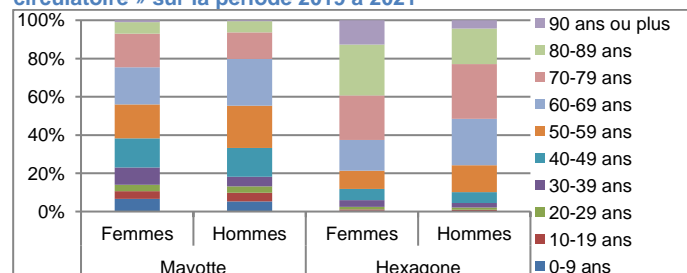
Figure 139 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » de 2013 à 2022



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 140 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » sur la période 2019 à 2021



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



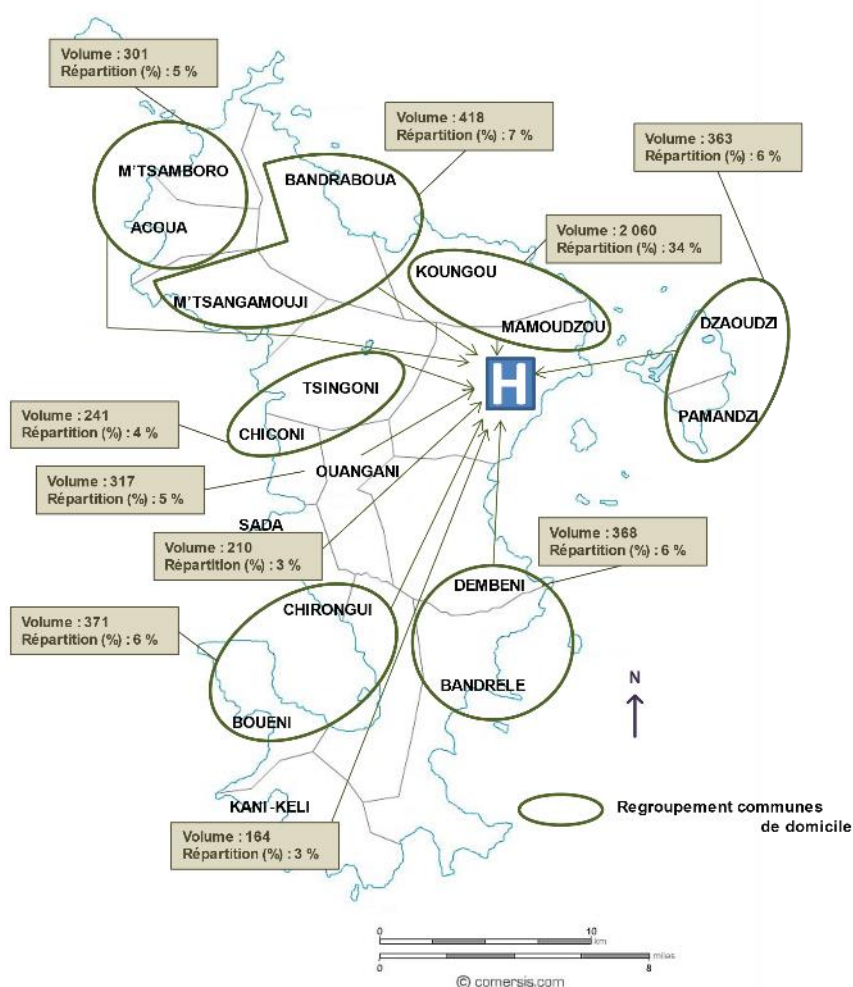
Sur la période de 2020 à 2022, les « **maladies cérébrovasculaires** » représentent les principaux motifs de séjour associés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » chez les femmes et les hommes (41 %). Elles sont suivies des « **autres formes de cardiopathies** » (28 %) et des « **affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire** » (7,1 %) chez les femmes. Pour les hommes, ce sont les « **cardiopathies ischémiques** » (10 %) et les « **autres formes de cardiopathies** » (27 %) (Tableau 59).

Tableau 59 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » chez les femmes et les hommes moyenné sur la période de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|---|------------|-------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Rhumatisme articulaire aigu | 23 | 18 | 2 | 1 |
| Cardiopathies rhumatismales chroniques | 36 | 26 | 4 | 2 |
| Maladies hypertensives | 68 | 71 | 7 | 5 |
| Cardiopathies ischémiques | 50 | 130 | 5 | 10 |
| Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire | 70 | 66 | 7 | 5 |
| Autres formes de cardiopathies | 277 | 367 | 28 | 27 |
| Maladies cérébrovasculaires | 401 | 554 | 41 | 41 |
| Maladies des artères, artérioles et capillaires | 19 | 40 | 2 | 3 |
| Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs | 35 | 35 | 4 | 3 |
| Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire | 11 | 30 | 1 | 2 |
| Total | 990 | 1337 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 141 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « **maladies de l'appareil circulatoire** » par commune de 2014 à 2022



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2022 des volumes associés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** ». La somme des pourcentages donne 84 % auquel il faut rajouter 16 % de communes non renseignées et 4 % de domiciliés hors territoire.

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques



c) Prises en charge¹⁶⁶

Sur la période de 2017 à 2019, **les maladies cardio-neurovasculaires** concernent **3 %** des prises en charge, les traitements du risque vasculaire hors pathologies 13 % et avec ou hors¹⁶⁷ 24 % des motifs renseignés (35 %) chez les assurés sociaux. Depuis 2013, le taux des **maladies cardio-neurovasculaires** **croît** : 16,7 ‰ en 2013 contre 24,6 en 2019 (+7,9 points). Les traitements du risque vasculaire (hors pathologie) ont, quant à eux, augmenté de +20,3 points sur ces huit années, +44,7 pour les traitements du risque vasculaire avec ou hors pathologie.

En 2019, Les pathologies associées et présentant les taux de prise en charge standardisés les plus forts sont : les « **séquelles d'accident vasculaire cérébral** », les « **insuffisances cardiaques chroniques** » et les « **troubles du rythme ou de la conduction cardiaque** » (Tableau 60).

Tableau 60 : Taux pour 1 000 habitants des maladies cardio-neurovasculaires de 2012 à 2019 à Mayotte et en France entière

| Pathologie (% habitants) | Mayotte | | | | | | | | | France entière |
|---|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|--------------------------|----------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2019 – Taux standardisé* | |
| Syndrome coronaire aigu | 0,32 | 0,35 | 0,36 | 0,33 | 0,33 | 0,36 | 0,35 | 0,46 | 0,7 | |
| Maladie coronaire chronique | 1,65 | 1,74 | 1,66 | 1,84 | 2,16 | 1,91 | 2,02 | 2,08 | 4,3 | |
| Accident vasculaire cérébral aigu | 0,79 | 0,74 | 0,77 | 0,70 | 1,02 | 0,93 | 1,32 | 1,28 | 3,4 | |
| Séquelle d'accident vasculaire cérébral | 1,79 | 2,25 | 2,14 | 2,29 | 2,59 | 2,25 | 2,71 | 2,93 | 6 | |
| Insuffisance cardiaque aiguë | 0,37 | 0,39 | 0,51 | 0,60 | 0,71 | 0,63 | 0,75 | 0,65 | 2,1 | |
| Insuffisance cardiaque chronique | 1,19 | 1,43 | 1,25 | 1,29 | 1,79 | 1,73 | 1,91 | 1,98 | 4,8 | |
| Artériopathie oblitérante du membre inférieur | 0,24 | 0,37 | 0,37 | 0,34 | 0,57 | 0,45 | 0,45 | 0,44 | 1,1 | |
| Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque | 1,48 | 1,84 | 1,77 | 1,95 | 2,30 | 1,99 | 2,00 | 2,06 | 4,7 | |
| Maladie valvulaire | 0,95 | 1,09 | 0,83 | 0,89 | 0,92 | 0,84 | 0,98 | 0,93 | 1,5 | |
| Embolie pulmonaire aiguë | 0,11 | 0,04 | 0,11 | 0,19 | 0,10 | 0,20 | 0,17 | 0,23 | 0,4 | |
| Autres affections cardiovasculaires | 0,06 | 0,08 | 0,05 | 0,11 | 0,16 | 0,15 | 0,12 | 0,16 | 0,1 | |
| Total brut | 8,95 | 10,32 | 9,82 | 10,53 | 12,65 | 11,44 | 12,63 | 10,5 | | |
| Total standardisé | 16,7 | 18,72 | 19,07 | 19,02 | 21,82 | 21,41 | 22,59 | | 24,6 | |
| Total standardisé traitements du risque vasculaire (hors pathologie) | 78,77 | 78,76 | 80,89 | 85,05 | 95,87 | 88,61 | 94,41 | | 99,1 | |
| Total standardisé traitements du risque vasculaire (avec/hors pathologie) | 145,65 | 153,37 | 156,68 | 164,82 | 187,92 | 177,08 | 184,87 | | 190,3 | |
| | | | | | | | | | 207,5 | |

Note : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [70], trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [34] [35], et trois habitants sur cinq en 2019 [36].

* Taux standardisé sur l'âge et le sexe.

Champ : Assurés sociaux

Source : Assurance maladie

d) Pathologies déclarées

En taux brut, **1,7 %** des habitants de 15 ans ou plus déclare avoir été atteint d'un « **infarctus du myocarde** » (taux standardisé deux fois supérieur à l'Hexagone), **7 %** pour les « **maladies coronariennes** » (cinq fois supérieur à l'Hexagone), **12 %** d' « **HTA** » (1,4 fois supérieur¹⁶⁸) et **0,7 %** avoir fait un « **AVC** » (deux fois supérieur) [24].

¹⁶⁶ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).

Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).

Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

¹⁶⁷ Les traitements dits « hors pathologies » et les traitements sans mention (« avec ou sans pathologies ») ne sont pas construits de la même façon. Par exemple, les traitements neuroleptiques « hors pathologies » prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année mais qui n'ont pas de code diagnostic de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS. Les traitements neuroleptiques sans mention prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année et qui peuvent avoir ou non un code diagnostic de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS.

¹⁶⁸ Après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte, et la Guadeloupe, est le second territoire déclarant le plus souvent un statut d'HTA, derrière la Guyane (26 %), à un niveau proche de la Martinique (23 %) et au-dessus de La Réunion (20 %) et l'Hexagone [36].



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

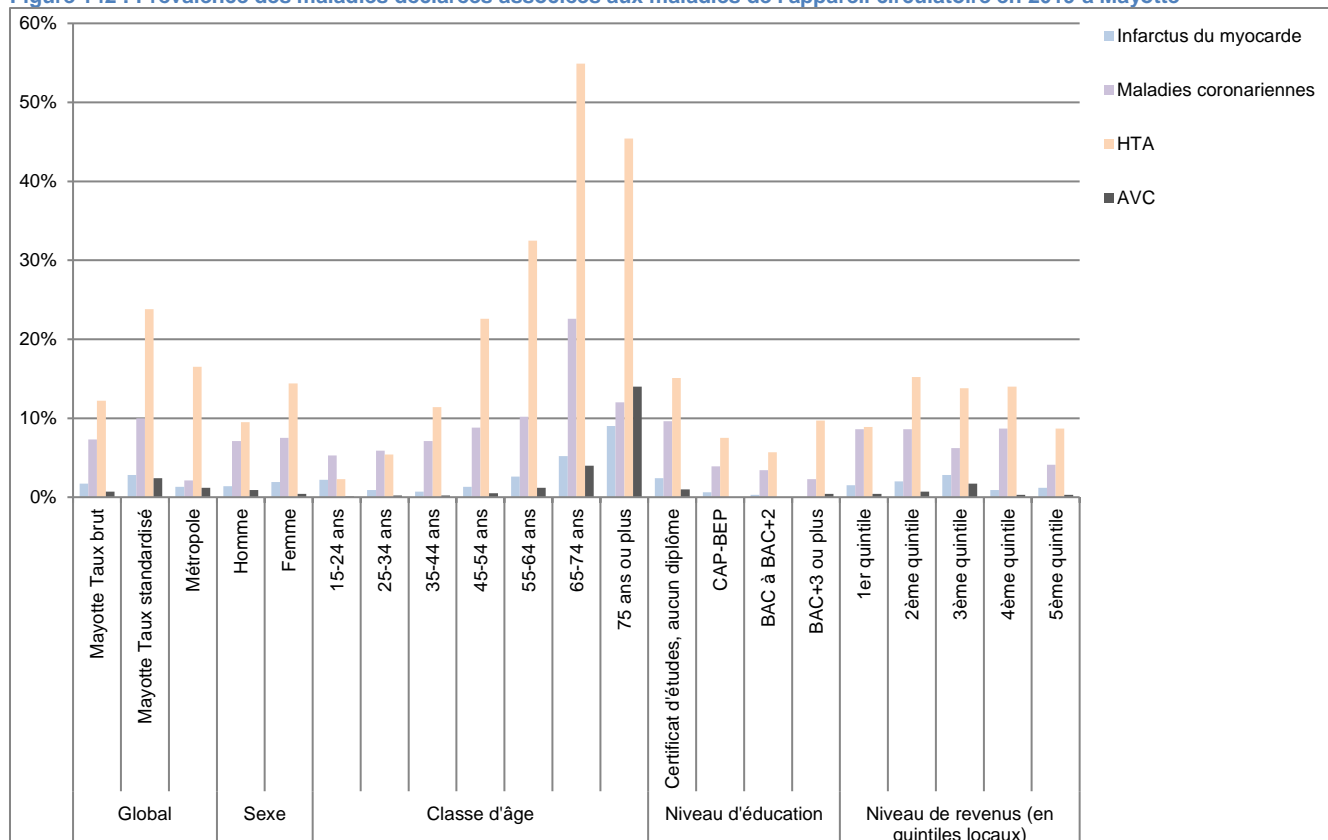
www.ars.mayotte.santé



Globalement, **les femmes déclarent plus souvent ces quatre pathologies que les hommes** : deux fois plus pour l' « infarctus du myocarde », un point de plus pour les « maladies coronariennes » et quatre points de plus pour l' « HTA » [24]. C'est pour les « **AVC** » que **les hommes sont plus fréquents** : deux fois plus [24].

Les déclarations augmentent fortement avec l'âge : multipliées par neuf pour l' « **infarctus du myocarde** », 1 à 2 % chez les 15-34 ans contre 9 % chez les 75 ans ou plus ; multipliées par **quatre** pour les « **maladies coronariennes** », 5 à 7 % chez les 15-44 ans contre 23 % chez les 65-74 ans ; par **vingt** pour l' « **HTA** », 2 % chez les 15-24 ans contre 45 % à 55 % chez les 65 ans ou plus ; et pour l' « **AVC** » les déclarations passent de 0,1 % chez les 15-24 ans à 14 % chez les 75 ans ou plus [24] (Figure 142).

Figure 142 : Prévalence des maladies déclarées associées aux maladies de l'appareil circulatoire en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
 Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]
 Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

e) Hypertension artérielle

En 2019, **la prévalence de l'HTA est de 38 %** chez les 18-69 ans (**3 % pour celle de grade 3**) [71]. Comparativement avec **2008** et sur la classe d'âge des 30-69 ans, **la prévalence de l'HTA a augmenté de +4 points** (44 % [54] contre 48 % en 2019) [71].

De plus, en 2019, ce taux était similaire entre les hommes et les femmes de 30-69 ans [71] tandis qu'en 2008 il était plus élevé chez les hommes : 50 % contre 37 % [54].

En 2019, la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge, passant de **19 % chez les 18-29 ans** (dont 0,1 % de grade 3) à **83 % chez les 60-69 ans** (dont 12 % de grade 3) [71].

Parmi les hypertendus, la moitié connaît son diagnostic d'HTA [71] (un tiers chez les 30-69 ans en 2008 [54]). **Les femmes ont plus souvent connaissance de leur statut que les hommes** : 56 % contre 38 % [71] (Tableau 61).

Six habitants sur dix déclarent avoir mesuré leur pression artérielle il y a moins d'un an [24] (Figure 143).

Les individus présentant une HTA déclarent plus souvent un diabète : 13 % contre 4 % pour ceux non touchés par l'HTA [71]. Ils sont également **plus fréquemment en surpoids ou situation d'obésité** : dont 75 % contre 53 % [71].



On dénote cependant l'absence de lien avec le statut tabagique et la consommation d'alcool [71].

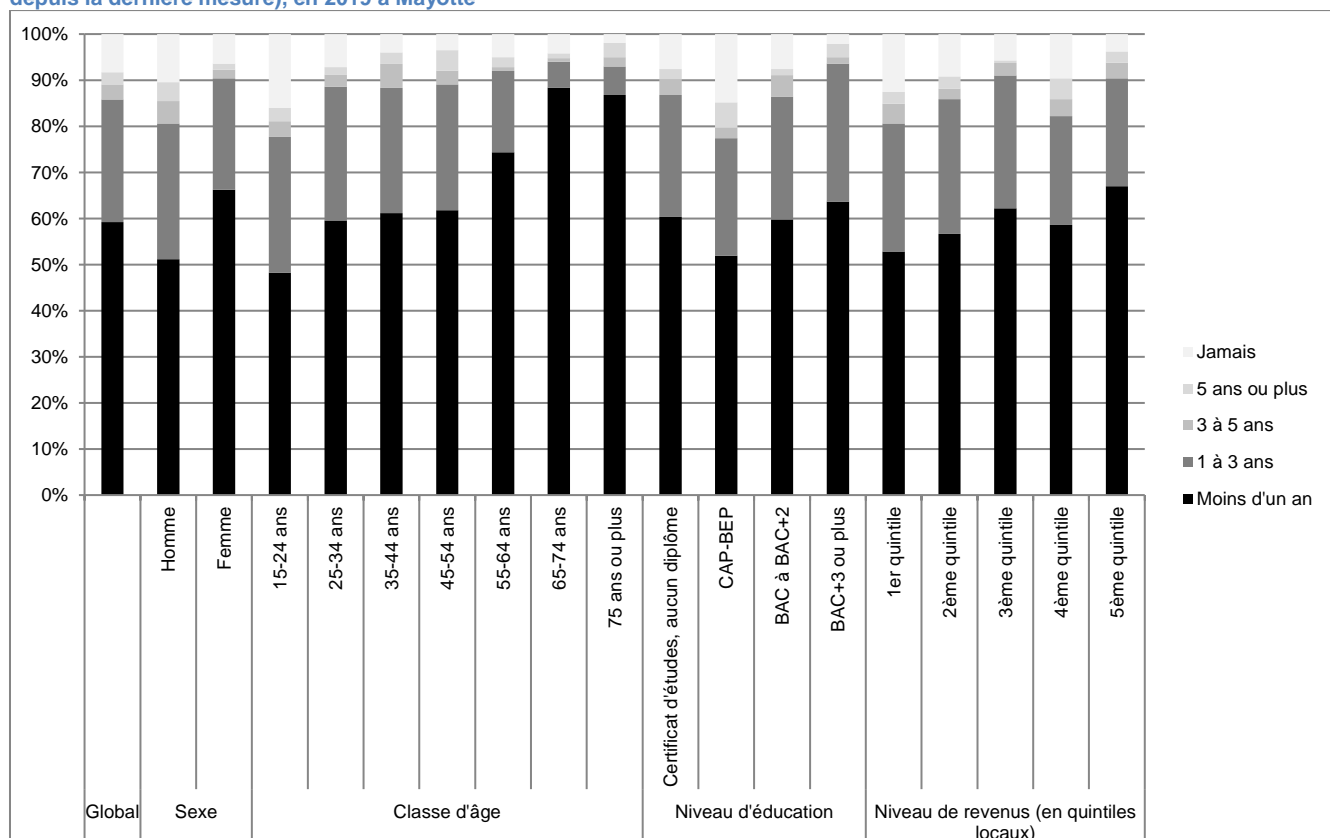
Tableau 61 : Mesures de la pression artérielle et prévalences de l'hypertension artérielle, connaissance, traitement et contrôle, en 2019 à Mayotte

| | 18-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | Hommes | Femmes | Population totale |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------------------|
| Mesure de la pression artérielle | | | | | | | | |
| PAS (mmHg) | 118,9 | 123,3 | 132 | 139,1 | 149,1 | 130,6 | 123,7 | 126,8 |
| PAD (mmHg) | 76,5 | 81,4 | 86,5 | 87,6 | 88,1 | 82 | 81,8 | 81,8 |
| Pression pulsée (mmHg) (PAS-PAD) | 42,4 | 42 | 45,5 | 51,5 | 61 | 48,7 | 41,9 | 45 |
| HTA systolique isolée (%) (PAS≥140 et PAD<90) | 3% | 5% | 4% | 13% | 32% | 9% | 5% | 7% |
| Classification des pressions artérielles et grade de l'HTA (%) | | | | | | | | |
| Optimale (≤120/80) | 48 | 34 | 18 | 9 | 5 | 23 | 38 | 31 |
| Normal (120-129/80-84) | 25 | 26 | 22 | 19 | 14 | 27 | 20 | 23 |
| Normale haute (130-139/85-89) | 15 | 16 | 17 | 19 | 12 | 18 | 14 | 16 |
| Hypertension grade 1 (140-149/90-99) | 11 | 18 | 29 | 35 | 40 | 24 | 19 | 21 |
| Hypertension grade 2 (160-179/100-109) | 1,7 | 4 | 11 | 13 | 18 | 6 | 7 | 7 |
| Hypertension grade 3 (≥ 180/≥ 110) | 0,1 | 1,8 | 3 | 6 | 12 | 3 | 2 | 3 |
| Mesures de pression artérielle élevées | 12 | 25 | 44 | 54 | 70 | 33 | 28 | 30 |
| Prévalences de l'hypertension artérielle et proportions de connaissance, traitement et contrôle (%) | | | | | | | | |
| Prévalence de l'HTA ¹⁶⁹ | 19 | 32 | 52 | 65 | 83 | 39 | 38 | 38 |
| Proportion d'HTA connue ¹⁷⁰ | 45 | 43 | 43 | 59 | 57 | 38 | 56 | 48 |
| Proportion d'HTA avec activité physique pour diminuer la pression artérielle ¹⁷¹ | 26 | 35 | 56 | 71 | 46 | 61 | 42 | 49 |
| Proportion d'HTA traitée pharmacologiquement ¹⁷² | 10 | 21 | 49 | 68 | 79 | 50 | 43 | 45 |
| Proportion d'HTA contrôlée ¹⁷³ | 42 | 53 | 29 | 26 | 27 | 29 | 31 | 30 |

Champ : Habitants de 18-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [71]

Figure 143 : Taux de dépistage de la pression artérielle en fonction des différents profils de population (durées écoulées depuis la dernière mesure), en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

¹⁶⁹ En 2008 : 33 % chez les 30-39 ans, 51 % chez les 40-49 ans, 58 % chez les 50-59 ans, 62 % chez les 60-69 ans [54]. Toutes classes d'âge confondues, 50 % chez les hommes et 37 % chez les femmes [54].

¹⁷⁰ Proportion de personnes déclarant être hypertendues, parmi l'ensemble des personnes hypertendues.

¹⁷¹ Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.

¹⁷² Proportion de personnes déclarant prendre un traitement pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.

¹⁷³ Proportion de personnes ayant des pressions artérielles < 140/90 mmHg lors de l'examen clinique, parmi l'ensemble des personnes déclarant prendre un traitement pour diminuer leur pression artérielle.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



f) Mortalité

Les « **maladies de l'appareil circulatoire** » représentent **20 % des décès** sur la période 2012 à 2020 (identique chez les hommes et chez les femmes), soit 1 233 décès cumulés (650 hommes – 53 % – et 583 femmes – 47 % –) et, en moyenne, **154 décès par an**.

Les « maladies de l'appareil circulatoire » représentent la **première cause de mortalité** à Mayotte (un **décès domicilié sur dix**) sur la période de 2018 à 2020, 18 % chez les femmes et 17 % chez les hommes.

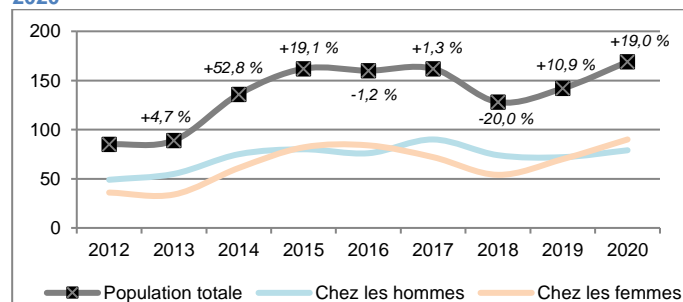
À **structure de population équivalente**, les **habitants de Mayotte** meurent **1,5 fois plus** de ces pathologies que ceux de l'Hexagone et les **habitantes de Mayotte 2,5 fois plus** que celles de l'Hexagone, respectivement 1,2 et 3 fois plus sur la période 2015 à 2017 [23].

En moyenne sur la période de 2018 à 2020, **146 décès** domiciliés liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » ont pu être observés (**75 chez les hommes** et **71 chez les femmes**). Ces décès concernent majoritairement des individus de **55 ans ou plus** (respectivement **78 % chez les femmes** et **76 % chez les hommes**) (Figure 145).

Sur la période de 2018 à 2020, **chez les femmes et les hommes**, respectivement 214 et 225 décès domiciliés cumulés sont liés aux « maladies de l'appareil circulatoire ».

Ce sont les « **maladies vasculaires cérébrales** » dont 49 % chez les femmes et 47 % chez les hommes) suivies, des « **maladies hypertensives** » (46 % et 50 %) qui ressortent le plus (Tableau 62).

Figure 144 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « maladies de l'appareil circulatoire » entre 2012 et 2020



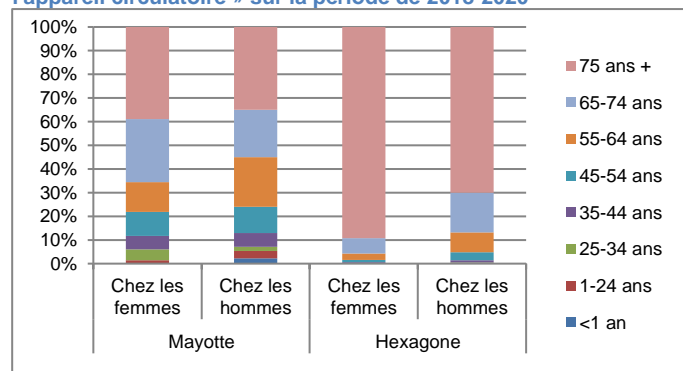
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil circulatoire », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 145 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les décès domiciliés à Mayotte associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » sur la période de 2018-2020



Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil circulatoire », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Tableau 62 : Détail des causes de décès domiciliés à Mayotte liées aux « maladies de l'appareil circulatoire » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|---|-----------------|------------|-----------------|------------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Rhumatisme articulaire aigu | 1 | 0 | 3 | 1 |
| Cardiopathies rhumatismales chroniques | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maladies hypertensives | 99 | 46 | 112 | 50 |
| Cardiopathies ischémiques | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres formes de cardiopathies | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maladies cérébrovasculaires | 105 | 49 | 105 | 47 |
| Maladies artères, artérioles et capillaires | 7 | 3 | 4 | 2 |
| Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Somme 2018 à 2020 | 214 | 100 | 225 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil circulatoire », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



8 – Cancers

Entre 2013 et 2022, le nombre total de séjours avec traitement de chimiothérapie a augmenté de **+25 %** et celui du nombre de séances de **28 %**. A contrario, le nombre de patients atteints d'un cancer et ayant eu un traitement par chimiothérapie a diminué sur cette période de **-18 %** (Tableau 63).

Tableau 63 : Activité de chimiothérapie à Mayotte de 2013 à 2022

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nombre total de séjours avec traitement de chimiothérapie (réalisés pendant une hospitalisation complète ou ambulatoire) | 1 229 | 1 470 | 1 283 | 1 122 | 1 498 | 1 330 | 1 502 | 1 544 | 1 659 | 1 539 |
| Nombre de séances (ou séquences en HAD) de chimiothérapie | 1 171 | 1 401 | 1 223 | 1 079 | 1 445 | 1 276 | 1 453 | 1 502 | 1 599 | 1 495 |
| Nombre de patients atteints de cancer ayant eu un traitement par chimiothérapie dans l'année | 107 | 115 | 79 | 73 | 87 | 85 | 100 | 108 | 91 | 88 |

Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

a) Dépistages

À Mayotte, **quatre femmes de 15 ans ou plus sur cinq n'ont jamais réalisé de mammographie pour le dépistage du cancer du sein** [24]. A structure de population équivalente, les femmes de Mayotte sont **trois fois plus concernées que celles de l'Hexagone** [24].

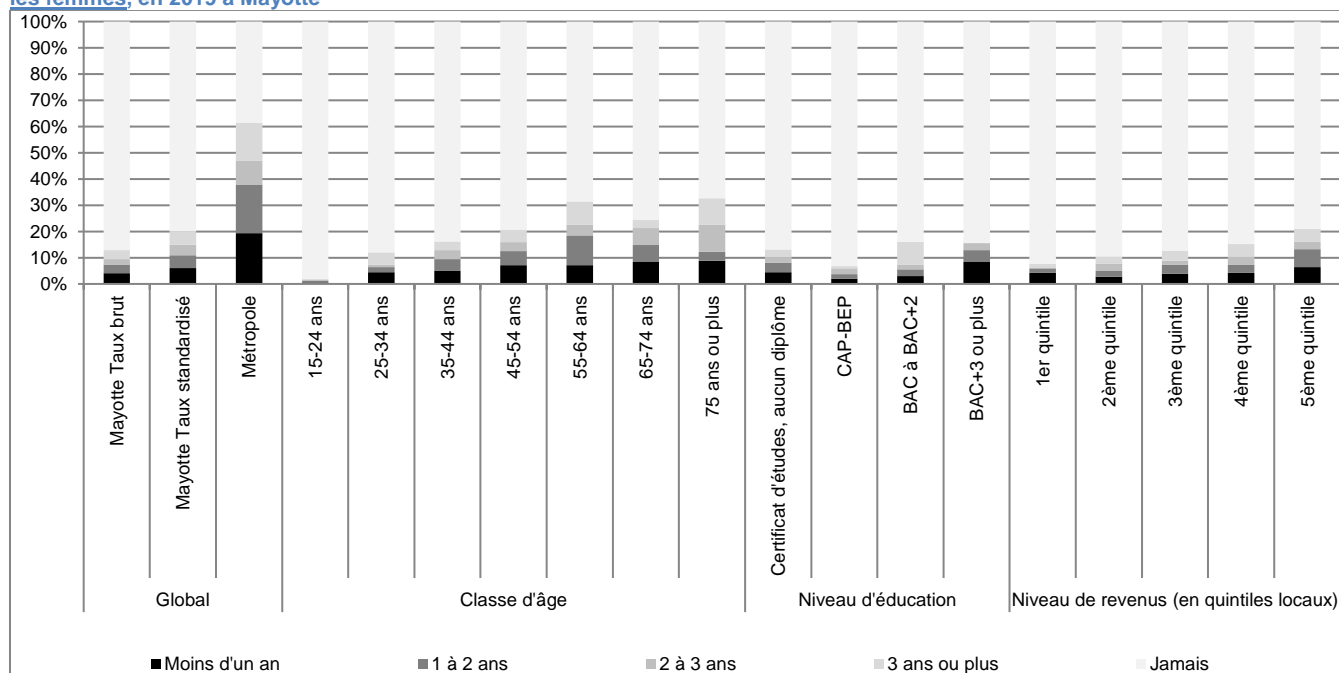
Chez celles de 15-24 ans, 0,5 % en ont réalisé une il y a moins d'un an, ce taux double entre les 25-44 ans et les 45 ans ou plus : 5 % contre 7 à 9 % [24] (Figure 146).

Concernant le dépistage du **cancer du col de l'utérus**, **trois femmes sur cinq n'en ont jamais réalisé un**, ce qui reste **trois fois plus important** que chez celles de l'Hexagone à structure de population équivalente [24].

7 % des femmes de 15-24 ans ont réalisé ce dépistage il y a moins d'un an, il triple chez les 25-44 ans (20 à 23 %) puis diminue sur les classes d'âge qui suivent : 8 % des 55-64 ans et moins de 1,5 % des 65 ans ou plus [24] (Figure 147).

Pour le dépistage du **cancer colorectal** chez les hommes et les femmes, ils sont, dans des proportions similaires, **peu concernés** : 94-95 %, ce qui est **20 points de plus au-dessus** des Hexagonaux (72 %) [24] (Figure 148).

Figure 146 : Durées écoulées depuis la réalisation de la dernière mammographie de dépistage du cancer du sein parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

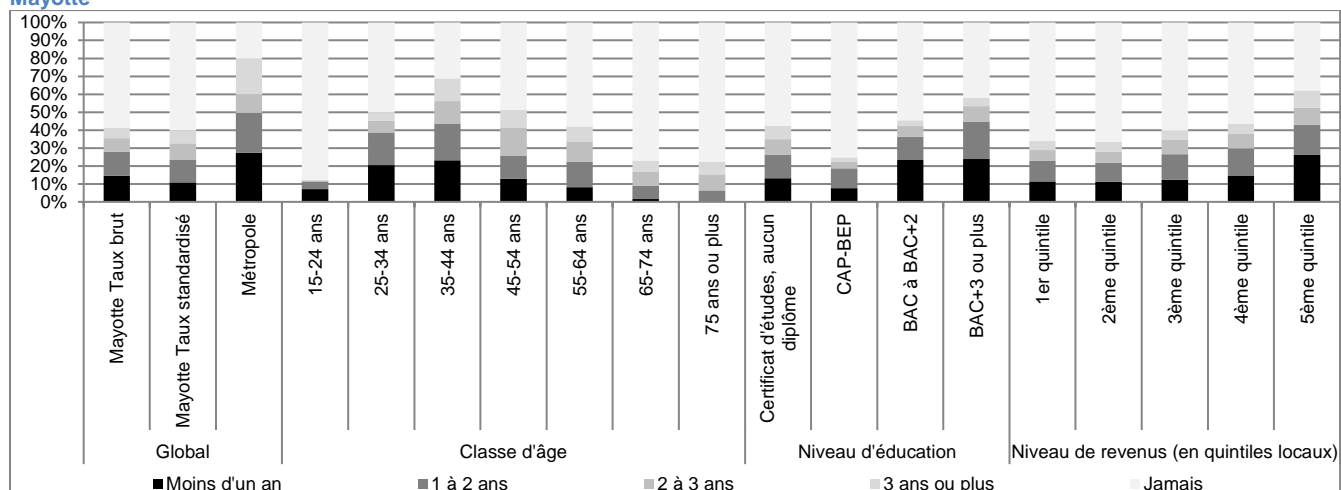
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!

Figure 147 : Durées écoulées depuis le dernier dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes, en 2019 à Mayotte

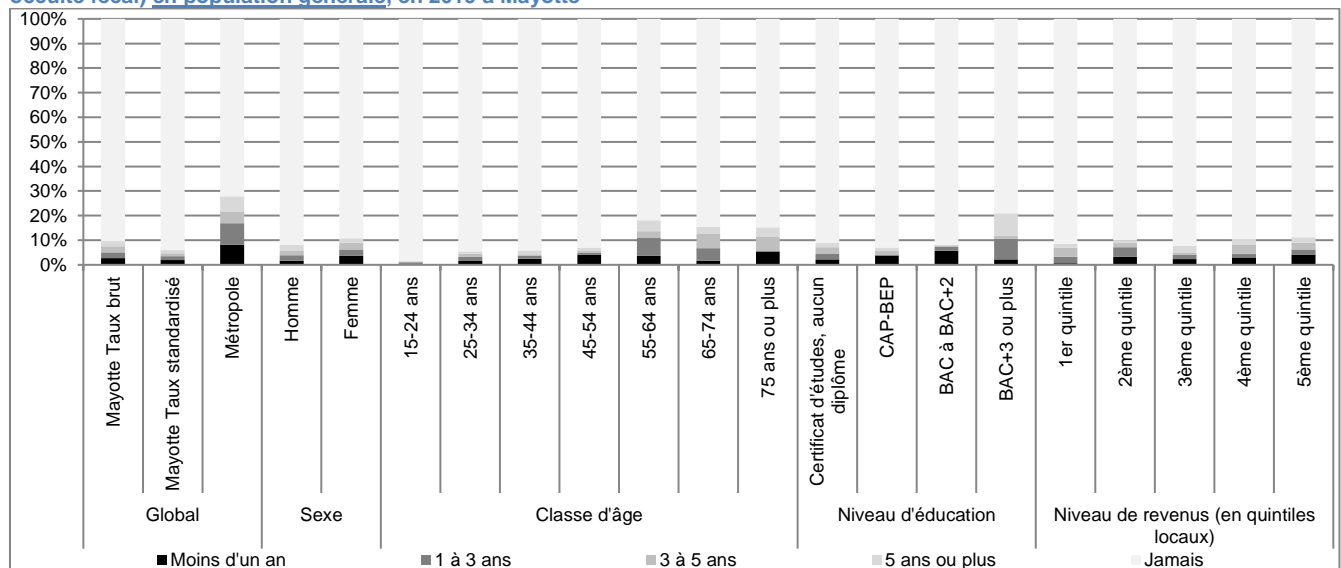


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]

Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 148 : Durées écoulées depuis le dernier dépistage du cancer colorectal (par test de détection de saignement occulte fécal) en population générale, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [24]

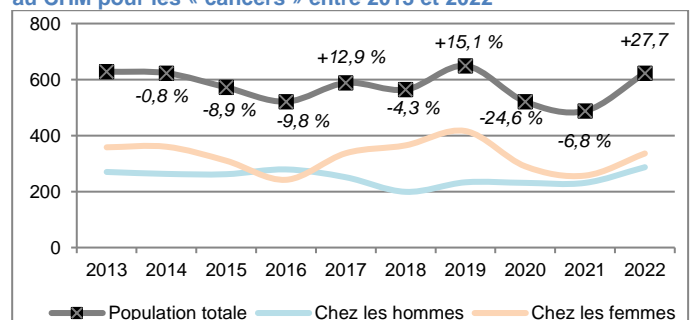
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

b) Motifs de séjour hospitalier

A Mayotte, sur la période de 2020 à 2022, les « tumeurs » représentent **un motif de séjour sur vingt au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « Codes d'utilisation particuliers ». **4 % chez les femmes** et **3 % chez les hommes**. Dans l'Hexagone, cette part est de 10 %.

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **10,3 jours**, et le **taux de recours standardisé** est **4,4 fois inférieur** à l'Hexagone.

Figure 149 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « cancers » entre 2013 et 2022



Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

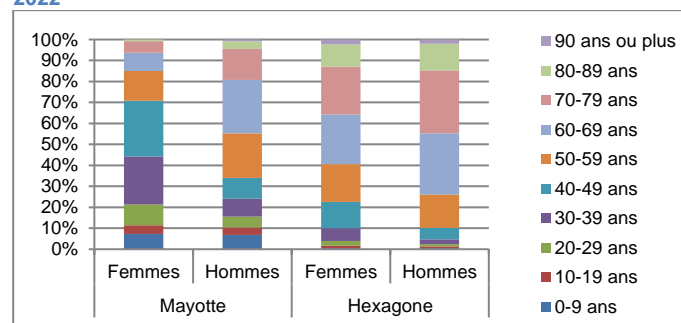
www.ars.mayotte.santé



Sur les 1 595 séjours liés aux tumeurs et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **46 % des femmes** concernées ont **moins de 40 ans**, **21 % chez les hommes** (Figure 150).

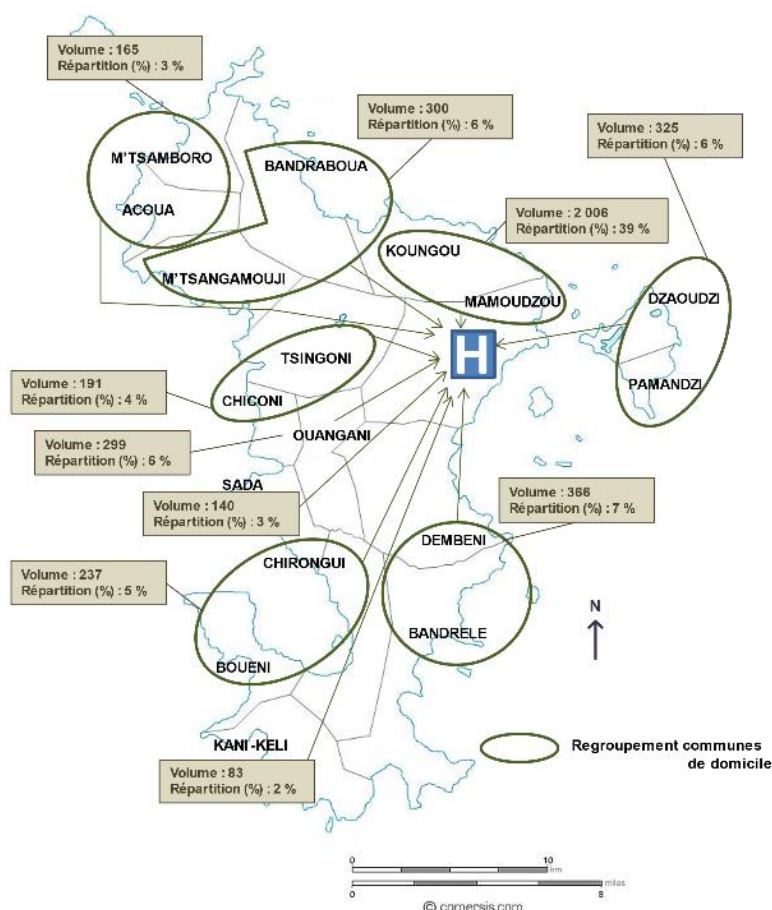
Les « tumeurs » représentent **14 % des évacuations sanitaires de 2022** (19 % en 2020, 14 % en 2019 et 17 % en 2018).

Figure 150 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « cancers » entre 2020 et 2022



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 151 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « Tumeurs » par commune de 2014 à 2022



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2022 des volumes associés aux « tumeurs ». La somme des pourcentages donne 80 % auquel il faut rajouter 17 % de communes non renseignées et 3 % de domiciliés hors territoire.

Source : PMSI
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur la période de 2020 à 2022, les « tumeurs bénignes » représentent 33 % des motifs liés aux cancers chez les hommes et 41 % chez les femmes.

Chez les **femmes**, viennent ensuite les « tumeurs malignes du sein et des organes génitaux de la femme » qui en représentent 20 %, et les « tumeurs malignes des organes digestifs » chez les **hommes**, 15 % (Tableau 64).



Tableau 64 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « cancers » chez les femmes et les hommes de 2020 à 2022

| | Effectifs | | Pourcentages | |
|--|------------|------------|--------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Tumeurs malignes, lèvre, cavité buccale et pharynx | 19 | 22 | 2,2 | 2,9 |
| Tumeurs malignes, organes digestifs | 62 | 112 | 7,0 | 15,0 |
| Tumeurs malignes, organes respiratoires et intrathoraciques | 18 | 44 | 2,0 | 5,9 |
| Tumeurs malignes, os et cartilage articulaire | 8 | 20 | 0,9 | 2,7 |
| Tumeurs malignes, peau | 7 | 16 | 0,8 | 2,1 |
| Tissu mésothélial et tissus mous | 9 | 20 | 1,0 | 2,7 |
| Tumeurs malignes, seins, organes génitaux de la femme | 173 | 0 | 19,6 | 0,0 |
| Tumeurs malignes, organes génitaux masculins | 0 | 81 | 0,0 | 10,8 |
| Tumeurs malignes, voies urinaires | 6 | 15 | 0,7 | 2,0 |
| Tumeurs malignes, œil, cerveau et autres parties du système nerveux central | 24 | 15 | 2,7 | 2,0 |
| Thyroïde et autres glandes endocrines | 13 | 1 | 1,5 | 0,1 |
| Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés | 19 | 7 | 2,2 | 0,9 |
| Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives, des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés | 49 | 112 | 5,5 | 15,0 |
| Tumeurs in situ | 85 | 4 | 9,6 | 0,5 |
| Tumeurs bénignes | 361 | 245 | 40,9 | 32,7 |
| Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue | 30 | 35 | 3,4 | 4,7 |
| Total | 883 | 749 | 100 | 100 |

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

c) Prises en charge¹⁷⁴

Sur la période de 2017 à 2019, les **cancers** concernent **2 %** des motifs renseignés (35 %) chez les assurés sociaux. Depuis 2013, le taux standardisé associé aux **cancers reste stable** : 12,6 ‰ en 2013 contre 12,5 ‰ en 2019 (-0,1 point). En 2019, Les pathologies associées et présentant les taux de prise en charge standardisés les plus forts sont : le « **cancer de la prostate** » et le « **cancer du sein de la femme** » (Tableau 65).

Tableau 65 : Prévalence standardisée des cancers actifs et sous surveillance (SS) de 2012 à 2019 à Mayotte et en France entière

| Cancer... (‰o habitants) | Mayotte | | | | | | | | | | | | | | | | France entière | |
|-----------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------|
| | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2019 – Taux standardisé** | |
| | Actif | SS* | Actif | SS | Actif | SS | Actif | SS | Actif | SS | Actif | SS | Actif | SS | Actif | SS | Actif | SS |
| ... du sein de la femme | 0,4 | 0,35 | 0,46 | 0,37 | 0,55 | 0,29 | 0,54 | 0,41 | 0,61 | 0,48 | 0,48 | 0,37 | 0,58 | 0,34 | 0,53 | 0,34 | 1,8 | 1,1 |
| ... colorectal | 0,25 | 0,09 | 0,2 | 0,11 | 0,13 | 0,12 | 0,2 | 0,13 | 0,24 | 0,22 | 0,15 | 0,17 | 0,13 | 0,16 | 0,11 | 0,09 | 0,3 | 0,3 |
| ... du poumon | 0,1 | 0,04 | 0,1 | 0,02 | 0,13 | 0,05 | 0,12 | 0,03 | 0,06 | 0,06 | 0,12 | 0,05 | 0,11 | 0,06 | 0,16 | 0,02 | 0,2 | 0,1 |
| ... de la prostate | 0,92 | 0,32 | 0,83 | 0,31 | 0,89 | 0,33 | 0,9 | 0,37 | 1,17 | 0,37 | 0,98 | 0,31 | 0,87 | 0,33 | 0,82 | 0,41 | 5,4 | 1 |
| Autres cancers | 2,35 | 1,42 | 2,32 | 1,45 | 2,11 | 1,48 | 2,28 | 1,53 | 2,52 | 1,92 | 2,08 | 1,69 | 2,42 | 1,86 | 2,48 | 1,68 | 4 | 2,6 |
| Total brut | 4,02 | 2,22 | 3,91 | 2,26 | 3,81 | 2,27 | 4,04 | 2,47 | 4,6 | 3,05 | 3,81 | 2,59 | 4,11 | 2,75 | 4,10 | 2,54 | | |
| Total standardisé | 12,62 | | 12,16 | | 11,41 | | 11,99 | | 12,51 | | 12,01 | | 12,19 | | | | 12,5 | 48,7 |

Note : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [70], trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [34] [35], et trois habitants sur cinq en 2019 [36]. * Sous surveillance, ** Taux standardisé sur l'âge et le sexe

Champ : Assurés sociaux

Source : Assurance maladie

d) Mortalité

Les « **cancers** » représentent **15 % des décès** sur la période 2012 à 2020 (14 % chez les hommes et 16 % chez les femmes), soit 911 décès cumulés (460 hommes – 50 % – et 251 femmes – 50 % –) et, en moyenne, **114 décès par an**.

¹⁷⁴ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).

Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).

Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

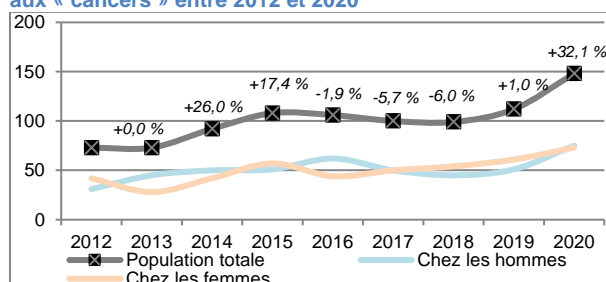
Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé!

Les « tumeurs » représentent la **seconde cause de mortalité** à Mayotte (14 % des décès domiciliés) sur la période de 2018 à 2020, 16 % chez les femmes et 13 % chez les hommes.

Cependant, à **structure de population équivalente**, les habitants de Mayotte meurent **1,6 fois moins** de ces pathologies que ceux de l'Hexagone et les habitantes de Mayotte **1,0 fois moins** que celles de l'Hexagone, respectivement 1,6 et 1,3 fois plus sur la période 2015 à 2017 [23].

En moyenne sur la période de 2018 à 2020, **120 décès** domiciliés liés aux « cancers » ont pu être observés (**57 chez les hommes et 63 chez les femmes**). Chez les femmes et les hommes, **trois décès sur cinq liés à un « cancer » concerne un individu de moins de 65 ans** (Figure 153).

Figure 152 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « cancers » entre 2012 et 2020



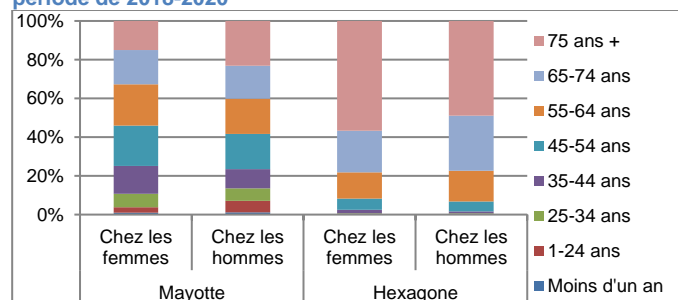
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « cancers », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 153 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les décès domiciliés à Mayotte associés aux « cancers » sur la période de 2018-2020



Champ : Décès domiciliés liés aux « cancers », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Pour la période de 2018 à 2020, chez les **femmes**, sur les 188 décès domiciliés cumulés et liés aux cancers, ce sont les « **cancers du sein** » (20 %) qui ressortent en premier suivis des « **cancers de l'utérus** » (11 %).

Chez les **hommes**, sur les 171 décès, ce sont les « **cancers de la prostate** » (25 %) qui ressortent en premier suivis des « **cancers du foie et voies biliaires intra-hépatiques** » (11 %) (Tableau 81).

Tableau 66 : Détail des causes de décès domiciliés à Mayotte liées aux « cancers » chez les femmes et les hommes sur la période de 2018 à 2020

| | Chez les femmes | | Chez les hommes | |
|--|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx | 3 | 1,6 | 2 | 1,2 |
| Cancer de l'œsophage | 1 | 0,5 | 2 | 1,2 |
| Cancer de l'estomac | 6 | 3,2 | 7 | 4,1 |
| Cancer du côlon-rectum | 7 | 3,7 | 2 | 1,2 |
| Cancer du foie et des voies biliaires intra-hépatiques | 10 | 5,3 | 16 | 9,4 |
| Cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires extra-hépatiques | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Cancer du pancréas | 4 | 2,1 | 12 | 7,0 |
| Cancer du larynx | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Cancer de la trachée, des bronches et du poumon | 7 | 3,7 | 15 | 8,8 |
| Cancer de la plèvre | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Mélanome malin de la peau | 0 | 0,0 | 2 | 1,2 |
| Cancer du sein | 38 | 20,2 | 0 | 0,0 |
| Cancer de l'utérus | 21 | 11,2 | 0 | 0,0 |
| Cancer de l'ovaire | 7 | 3,7 | 0 | 0,0 |
| Cancer de l'os, cartilage articulaire | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Cancer de la prostate | 0 | 0,0 | 42 | 24,6 |
| Cancer du rein | 3 | 1,6 | 1 | 0,6 |
| Cancer de la vessie | 0 | 0,0 | 5 | 2,9 |
| Cancer du système nerveux central | 2 | 1,1 | 2 | 1,2 |
| Cancer de la thyroïde | 3 | 1,6 | 0 | 0,0 |
| Lymphome malin non hodgkinien | 8 | 4,3 | 6 | 3,5 |
| Myélome multiple et maladies immunoprolifératives malignes | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Leucémie | 7 | 3,7 | 6 | 3,5 |
| Autres cancers | 49 | 26,1 | 42 | 24,6 |
| Tumeurs in situ | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Tumeurs bénignes | 12 | 6,4 | 9 | 5,3 |
| Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Somme 2018 à 2020 | 188 | 100 | 171 | 100 |

Champ : Décès domiciliés liés aux « cancers », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!

Références

- [1] Insee, C. Chaussy, S. Merceron et V. Genay, «À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère,» *Insee Première*, 2019, Février.
- [2] Insee et P. Thibault, «Evolution des conditions de logement à Mayotte : Quatre logements sur dix sont en tôle en 2017,» *Insee Analyses*, 2019, Août.
- [3] Insee, «L'Etat du logement à Mayotte fin 2013 - Des conditions précaires d'habitat,» *Insee Dossier*, 2017, Juin.
- [4] Insee, «Extraction des données du recensement de la population de 2007, 2012 et 2017».
- [5] ARS Mayotte-Rectorat Mayotte-ORS Mayotte, J. Balicchi, M. Arnaud, F. Mazeau et A. Aboudou, «Santé des jeunes de 10-12 ans en 2019 : focus sur une précarité avérée,» *In extenso*, 2021, Mai.
- [6] ARS Mayotte, «Extractions de l'enquête de séroprévalence Covid-19 à Mayotte de 2021».
- [7] ARS Mayotte, «Qualité de l'eau aux robinets».
- [8] ARS Mayotte, «Qualité des eaux de baignade».
- [9] <https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie/>.
- [10] <https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701>.
- [11] <https://meteofrance.yt/fr/actualites/la-saison-des-pluies-2021-2022-mayotte>.
- [12] G. Le Goff et V. Robert, «Les moustiques (Diptera : Culicidae) de Mayotte : protocole d'étude, inventaire des espèces, structures des communautés, et biogéographie,» 2014, Février.
- [13] SpF, «Surveillance du paludisme à Mayotte. Bilan de la surveillance 2021-2022.,» *Le point épidémiologique*, Février 2023.
- [14] SpF, «Syndromes dengue-like à Mayotte. Point au 10 juillet 2021,» *Le point épidémiologique*.
- [15] SpF, «Extraction de l'enquête Unono Wa Maoré de 2019».
- [16] D. Sissoko, A. Moendandze, D. Malvy, C. Giry, K. Ezzedine, J.-L. Solet et V. Pierre, «Seroprevalence and Risk Factors of Chikungunya Virus Infection in Mayotte, Indian Ocean, 2005-2006 : A Population-Based Survey,» 2008, Août.
- [17] N. Haider, F. Vairo, G. Ippolito, A. Zumla et R. A. Kock, «Basic Reproduction Number of Chikungunya Virus Transmitted by Aedes Mosquitoes,» 2020, Octobre.
- [18] Insee et C. Mureau, «L'emploi à Mayotte en 2017 : secteurs d'activités et localisation - Des emplois marchands encore peu nombreux, très concentrés dans l'Est,» *Insee Analyses*, 2019, Septembre.
- [19] Association Hawa Mayotte, «Bilan de l'évaluation préliminaire des PM2.5 dans l'air ambiant à Mayotte - 2019 à 2021».
- [20] <https://www.airparif.asso.fr/les-particules-fines>.
- [21] Association Hawa Mayotte, «Bilan des mesures de la qualité de l'air à Kawéni en 2020».
- [22] Association Hawa Mayotte, «Bilan des émissions de polluants atmosphériques et Gaz à Effet de Serre à Mayotte,» 2022, Février.
- [23] ARS et J. Balicchi, «La mortalité à Mayotte entre 2012 et 2014,» *Fiches nos îles notre santé*, 2018.
- [24] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».
- [25] ODSR, «Baromètre sécurité routière,» 2022.
- [26] Répéma-ARS, «Panel des indicateurs de santé périnatale à Mayotte,» 2021.
- [27] ARS-SpF, F. Parenton et Y. Hassani, «Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte,» *In Extenso*, 2018, Octobre.
- [28] Inserm-EPOPé, H. Cinelli, N. Lelong et C. Le Ray, «Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2021,» 2022, Octobre.
- [29] Insee et C. Touzet, «Plus de 10 000 naissances en 2021 et décès en forte hausse,» *Insee Flash*, 2022, Septembre.
- [30] ARS Mayotte, J. Balicchi, F. Chauvin, A. Barbail et N. Guy, «Enquête Migrations-Famille-Vieillesse : Perception de la parentalité et contraception,» 2020, Octobre.



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



- [31] ORS et C. Louacheni, «Les interruptions volontaires de grossesses à Mayotte : analyse des bulletins statistiques d'interruption de grossesse de 2013-2014,» *Tableau de bord*, 2017.
- [32] ARS et A. Barbail, «Note épidémiologie VIH-SIDA à Mayotte 2018,» 2018.
- [33] SpF, «Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles,» *Bulletin de Santé Publique*, 2022, Novembre.
- [34] ARS-Ined, J. Balicchi, R. Antoine, D. Breton, C.-V. Marie et E. Mariotti, «Une bonne perception de la santé, mais qui se dégrade dès 45 ans malgré la progression de la couverture maladie,» *In Extenson*, 2019, Mai.
- [35] Ined-ARS Mayotte, R. Antoine, J. Balicchi et A. Barbail, «Un recours et un renoncement aux soins liés à une couverture maladie incomplète,» *In Extenso*, 2020, Octobre.
- [36] Drees-IRDES-Insee, A. Leduc, T. Deroyon, T. Rochereau et A. Renaud, «Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019,» *Les dossiers de la Drees*, 2021, Avril.
- [37] SpF-CNRHV-ARS, C. Brouard, F. Parenton, Y. Hassani, S. Chevaliez, E. Gordien, M. Jean, M. Bruyand, S. Vaux, F. Lot et M. Ruello, «Hépatites B, C et Delta en population générale adulte vivant à Mayotte, enquête Unono Wa Maoré 2018-2019,» 2022, Février.
- [38] SpF-ARS, M. Subiros, A. Barbail et C. Larsen, «Evaluation épidémiologique de la campagne de rattrapage vaccinal chez les enfants de moins de 6 ans à Mayotte,» 2018, Juin.
- [39] SpF, «Rapport enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2019,» 2022.
- [40] ARS OI - InVS, «Maladies infectieuses - Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010,» 2012, Janvier.
- [41] <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/>.
- [42] <https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/synthese/>.
- [43] ARS Mayotte-CNRS-ORS Mayotte-Eurofins Biomnis-SpF, J. Balicchi, A. Aboudou, MODCOV19, M. Jean, C. Coignard et Y. Hassani, «Enquête de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte : Le 21 octobre 2021, deux tiers des habitants de 15 ans ou plus à Mayotte avaient déjà démarré leur schéma vaccinal contre la Covid-19,» 2022.
- [44] ARS Mayotte, «Extraction des données de l'enquête Santé des jeunes de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte».
- [45] Insee, E. Floury, J. Mekkaoui, S. Meceron et P. Thibault, «A Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole,» *Insee Analyses*, 2022, Février.
- [46] F. L. V. B.-E. C. R. E. C. J. E. Drees, «En France, une personne sur sept, âgée de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021,» Février 2023.
- [47] Drees, «Extraction des données de l'Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) de 2021,» Février 2023.
- [48] OMS, «Santé mentale en population générale : Images et Réalité - Mayotte,» 2019.
- [49] Insee et C. Grangé, «Six habitants sur dix se sentent en insécurité - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Flash*, 2021, Novembre.
- [50] Insee et C. Grangé, «Une délinquance hors norme - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Analyses*, 2021, Novembre.
- [51] ORS Mayotte-ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, Y. Kilani, J. Balicchi, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «Santé des jeunes de 10-12 ans : la moitié des enfants déclarent des difficultés pour se concentrer,» *In extenso*, 2023, Février.
- [52] ORS et M. Ricquebourg, «Les conduites addictives à Mayotte,» 2017, Mars.
- [53] SpF, R. Andler, M. Ruello, J.-B. Richard, Y. Hassani, R. Guignard, G. Quatremère et V. Nguyen-Thanh, «Consommation de substances psychoactives à Mayotte - Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maoré 2019,» 2022, Octobre.
- [54] InVS, J. Solet et N. Baroux, «Étude Maydia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte,» 2008.
- [55] ODSR, «Mayotte 2020 - Bilan de l'accidentalité,» 2021.
- [56] A. Cadet-Taïrou et M. Grandilhon, «L'offre, l'usage et l'impact des consommations de "chimiques" à Mayotte : une étude qualitative,» 2018, Mai.



- [57] ORS, A. Aboudou et M. Ricquebourg, «Indicateurs sur les consommations de substances psychoactives à Mayotte,» 2020, Décembre.
- [58] SpF, «Surveillance de la grippe à Mayotte,» *Le point épidémiolo*, Août 2022.
- [59] Insee-ARS Mayotte, P. Thibault, S. Merceron et J. Balicchi, «Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer,» *Insee Analyses*, 2021, Juillet.
- [60] ARS Mayotte/OI, «Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social».
- [61] CSSM, «Tableau de bord».
- [62] InVS, M. Vernay, B. Ntab, A. Malon, P. Gandin, D. Sissoko et K. Castetbon, «Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude NutriMay,» 2006.
- [63] ARS Mayotte-ORS Mayotte-Rectorat Mayotte, J. Balicchi, A.-M. Aurousseau, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «A 10-12 ans, les filles sont trois fois plus touchées par le surpoids que les garçons de Mayotte,» *In extenso*, 2022, Septembre.
- [64] SpF, V. Deschamps, I. Soulaïmana, J. Chesneau, D. Jezewski-Serran, P. Bernillon, B. Salanave, C. Verdot et Y. Hassani, «Etat nutritionnel de la population mahoraise enfants et adultes : résultats de l'étude Unono Wa Maoré 2019 et évolutions depuis 2006,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, Mai.
- [65] SpF-CHM, C. de Latour, M. Subiros, F. Parenton, L. Filleul, A. Chamouine et Y. Hassani, «Le déficit en thiamine (Vitamine B1) toujours endémique en 2021 à Mayotte,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, Mars.
- [66] Insee, L. Audoux et C. Mallemanche, «En 2017, les dépenses de consommation des ménages des DOM sont moindres qu'en métropole,» 2020, Janvier.
- [67] Insee, V. Genay et S. Merceron, «256 500 habitants à Mayotte en 2017 : la population augmente plus rapidement qu'avant,» *Insee Analyses*, 2017, Décembre.
- [68] SpF, A. Azaz, D. Jezewski-Serra, M. Ruello, Y. Hassani, C. Piffaretti et S. Fosse-Edorh, «Estimation de la prévalence du diabète et du prédiabète à Mayotte et caractéristiques des personnes diabétiques,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, mars.
- [69] A. A. S. E. ORS Mayotte, «Indicateurs sur la Nutrition Santé à Mayotte en 2022,» Avril 2023.
- [70] ARS OI, «Situation sanitaire Réunion et Mayotte,» 2017, Janvier.
- [71] SpF-CHM, C. Grave, L. Calas, M. Subiros, M. Ruello, Y. Hassani, A. Gabet, O. Pointeau, M. Angue et V. Olié, «L'Hypertension artérielle à Mayotte : prévalence, connaissance, traitement et contrôle en 2019,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, mars.

