



La nutrition-santé à Mayotte

Tableau de
bord



Mars 2019

Rédaction :

ABOUDOU Achim
MEDEVIELLE Sébastien
RICQUEBOURG Monique

Contribution et comité de relecture :

ARS OI
CHM
CSSM
Conseil Départemental de Mayotte
Croix Rouge
DAAF de Mayotte
DJSCS
DGDDI
Douanes de Mayotte
IREPS Mayotte
MEDETRAM
Rediab'Ylang
Santé publique France
Solidarité Mayotte
UNSS
UFOLEP
Préfecture

Ce travail a été commandité et financé par l'ARS OI,

Sous la direction du Dr RACHOU Emmanuelle

Sommaire

INTRODUCTION	4
■ CONTEXTE	4
■ OBJECTIF.....	4
■ METHODOLOGIE.....	4
FAITS MARQUANTS POUR MAYOTTE.....	5
PORTRAIT DU TERRITOIRE	7
ALIMENTATION	10
■ OFFRE ALIMENTAIRE.....	11
■ COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES	17
ACTIVITE PHYSIQUE	19
■ OFFRE D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE	20
■ PRATIQUES EN CLUBS.....	22
PATHOLOGIES NUTRITIONNELLES.....	23
■ OBESITE ET SURPOIDS	25
■ DENUTRITION INFANTILE	27
■ DIABETE.....	29
POLITIQUES, ACTEURS ET ACTIONS.....	32
■ POLITIQUES PUBLIQUES.....	33
■ ACTEURS, ACTION ET PREVENTION	36
■ DEPISTAGE DU DIABETE	40
■ OFFRE DE SANTE ET PRISE EN CHARGE	42
DISCUSSIONS-CONCLUSION-PERSPECTIVES	45
SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXES	50
■ ANNEXE 1 : LES SOURCES D'INFORMATIONS.....	50
■ ANNEXE 2 : REPERTOIRE DES SIGLES	53

Introduction

■ Contexte

La nutrition dans ses 3 dimensions (alimentation, activité physique et état nutritionnel) est un déterminant majeur de la santé, notamment en termes de morbidité et de mortalité.

A Mayotte, face aux constats partagés sur le surpoids et l'obésité, les comportements et l'offre alimentaires, les pratiques d'activité physique et la prise en charge des maladies nutritionnelles et de leurs facteurs de risques, l'amélioration de la santé nutritionnelle est l'un des 8 enjeux définis dans le cadre d'orientation stratégique du projet de santé 2018-2028 [1-2]. Les acteurs locaux se mobilisent face à cette problématique au travers notamment du Plan Régional de Santé 2 (PRS2) et de la conférence de consensus du diabète (2016-2017).

Dans le cadre de la convention entre l'ARS OI et l'ORS OI concernant sa mission d'observation, l'ORS a été sollicité pour mettre en place un tableau de bord sur la nutrition-santé à Mayotte.

■ Objectif

- L'objectif principal de ce tableau de bord est de mettre à disposition les données disponibles sur la nutrition-santé à Mayotte, à une période donnée.
- Les objectifs spécifiques de ce travail sont de :
 - rassembler et de présenter de manière synthétique des chiffres récents, de nature et d'origine diverses (données de contexte, offre et consommations alimentaires, offre et pratiques d'activités physique, données sur les pathologies liées à la nutrition en termes de prévalences, mortalité, morbidité, offre de soins, prise en charge, ...) sur la nutrition-santé à Mayotte ;
 - suivre les évolutions dans le temps ;
 - faire apparaître les particularités locales.
- L'objectif final est de guider les actions de prise en charge et de prévention.

■ Méthodologie

- Ce travail, à visée descriptive, repose sur la collecte, l'analyse et la mise à jour des données existantes sur la nutrition-santé.
- Le travail est structuré autour des axes suivants :
 - Données de cadrage : contextes démographique, socio-économique et sanitaire,
 - Alimentation : offre alimentaire, comportements alimentaires,
 - Activité physique : offre d'activité physique et sportive, pratiques déclarées, pratiques en club,
 - Pathologies nutritionnelles. **Dans le cadre de ce tableau de bord, sont ciblées : l'obésité, la dénutrition infantile, le diabète.**
 - Politiques, acteurs et actions.
- Plusieurs sources d'informations ont été mobilisées au niveau local et national : des recueils de données en continu, des données d'enquêtes ponctuelles ou régulières, des données d'activités, ...
- Les principales sources de données utilisées sont issues des producteurs suivants : ARS OI, Insee, DAAF, Douanes, CHM, DJSCS, Rediab'Ylang, Croix Rouge, Solidarité Mayotte, ... Ces principales sources d'informations sont décrites en annexe.
- Ce travail est un outil départemental de synthèse des données existantes sur la nutrition-santé, réalisé avec les partenaires et à destination des acteurs publics et institutionnels, et des professionnels.

Faits marquants pour Mayotte

Alimentation

Offre alimentaire	- La production locale, un enjeu majeur - Plus de 80% d'autoconsommation dans la majorité des exploitations - 50% de taux de couverture du marché global par la production locale - Un taux de couverture par la production locale en baisse ... - ... des importations en hausse - Des importations de boissons sucrées nettement en augmentation : +90% entre 2014 et 2016 - Un indice des prix à la consommation en hausse : + 8,8 points depuis 2016, avec une augmentation plus marquée pour les produits frais - Un tiers des écoles de Mayotte avec un service de restauration - 5% des écoles avec un service de repas chauds - 11 316 et 10 258 bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2017 pour les 2 associations proposant une aide alimentaire - Plus de 510 000 euros pour l'aide alimentaire en 2017
Comportements alimentaires	- 27% du budget des ménages dédiés à l'alimentation à Mayotte - Des inégalités de comportements selon le revenu : une alimentation plus diversifiée chez les ménages les plus aisés - Une autoconsommation réduisant les inégalités - Une alimentation traditionnelle en transformation : plus de produits gras et sucrés dans les habitudes alimentaires au détriment des produits de base (riz, volailles, viande bovine)

Activité physique et sportive

Offre d'activité physique et sportive	- 330 équipements sportifs recensés sur l'île - Une offre en équipements 4 fois moins importante qu'au niveau national : un taux d'équipements de 13 pour 10 000 habitants à Mayotte contre 50 pour 10 000 au niveau national - 366 clubs affiliés à une fédération sportive agréés par le Ministère des sports en 2017 - Une offre moindre qu'au niveau national ... - Une moindre diversité des disciplines proposées - ... mais une offre croissante : +65% de clubs entre 2013 et 2017
Pratiques en club	- Plus de 30 150 licences délivrées sur l'île en 2017 : soit 2 habitants sur 10 affiliés à un club sportif - Un taux de licences 2 fois inférieur au taux national - 73% de licences masculines ; une part de licences féminines moindre qu'au niveau national - +45% d'augmentation du nombre de licences délivrées entre 2014 et 2017 - Une pratique scolaire qui s'est développée sur l'île ... - ... et qui est plus important par rapport au niveau national - 25% des licences délivrées pour la pratique scolaire en 2017 sur l'île (11% en Métropole) - Pas de licences délivrées pour les élèves du 1^{er} degré ... - ...mais 2 élèves du 2nd degré sur 10 affiliés au sport scolaire - Une pratique sportive qui se féminise en milieu scolaire : plus de 40% des licences pour le sport scolaire en 2017

Pathologies nutritionnelles

Obésité	- La moitié des mères ayant accouché en 2016 en surcharge pondérale à Mayotte - Un quart des parturientes en 2016 en situation d'obésité avant leur grossesse, soit le double de ce qui est observé en Métropole - Des estimations anciennes en population générale et chez les enfants - Une part importante de la population adulte en surpoids et en obésité - 52% des hommes et 79% des femmes de 30 à 69 ans en surcharge pondérale en 2008 - Une obésité très fréquente chez les femmes, même jeunes en 2008 : 47% des femmes de 30-69 ans et 38% des femmes de 30-39 ans - Une obésité morbide (ou massive) 6 fois plus fréquente chez les femmes (6% contre 1% des hommes) - 5% des enfants de moins de 5 ans en surcharge pondérale (dont 0,4% en obésité) et 9% des enfants de 5-14 ans (1% en obésité) en 2006 - Des fréquences élevées de la surcharge pondérale également constatées en milieu du travail
Dénutrition	- Une dénutrition infantile persistante à Mayotte - Des formes modérées à sévères de dénutrition infantile aigüe ou chronique mises en évidence par différents travaux locaux auprès de différents publics d'enfants. - Une quarantaine d'hospitalisations d'enfants de moins de 15 ans recensées pour dénutrition en moyenne chaque année à Mayotte - 230 hospitalisations entre 2013 et 2017 : des enfants de 0 à 4 ans dans la grande majorité des cas
Diabète	- 10% des parturientes avec un diabète gestationnel en 2016 à Mayotte (25% des mères de plus de 35 ans) - Une estimation probablement sous-estimée en raison du suivi insuffisant des femmes enceintes sur l'île - Une estimation en population générale ancienne : une fréquence globale du diabète estimée à 10,5% chez les habitants de 30-39 ans en 2008 - En 2008, un diabète méconnu pour un patient sur 2 (nouvellement dépisté) - Près de 5 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (au moins 3 ADO délivrés) en 2017 parmi les patients « consommant » (ayant eu au moins un remboursement par l'Assurance maladie dans l'année) : soit une augmentation de 35% entre 2013 et 2017 des patients. - Une population salariée également concernée par le diabète : entre 3% et 6% des salariés des secteurs privé et public en 2015

Politiques publiques, prise en charge, et prévention

Politiques publiques	- L'amélioration de la santé nutritionnelle, un enjeu défini dans le plan de santé 2018-2028 pour Mayotte - Une thématique transversale et pluridimensionnelle, déclinée dans plusieurs plans d'actions locaux (santé, conférence de consensus sur le diabète, restauration scolaire, ...)
Prévention	- Augmentation des financements pour la prévention nutritionnelle sur l'île par l'ARS OI : un nombre d'actions financées multipliées par 4 entre 2015 et 2017 - Une dynamique de prévention autour de la nutrition - La nutrition, une thématique fréquente dans les actions de prévention - Une diversité d'acteurs et d'actions proposées sur l'île - Des actions en direction de différents publics : jeunes, population générale, professionnels, ... - Une forte mobilisation autour du dépistage du diabète : un dépistage largement généralisé chez les femmes enceintes, des actions renouvelées annuellement auprès des publics à risque mises en œuvre par Rediab'Ylang, des initiatives mises en place dans le milieu professionnel
Prise en charge et ETP	- Plusieurs professionnels de santé concernés par la prise en charge des pathologies nutritionnelles - Une offre de soins limitée sur l'île, en particulier pour les professionnels de santé spécialistes des pathologies nutritionnelles - 2 programmes d'Education Thérapeutique du Patient liés à la nutrition autorisés sur l'île

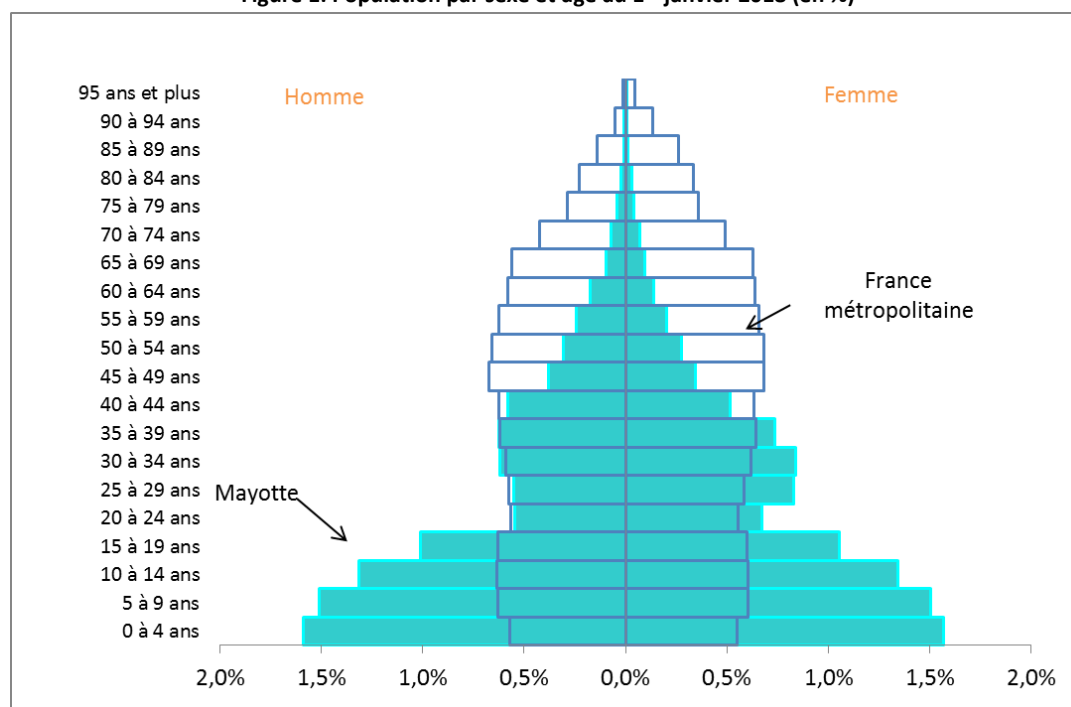
Portrait du territoire

- **Une population qui croît rapidement [3]**

En septembre 2017, la population vivant sur le territoire de Mayotte est estimée à 256 518 habitants. Avec une densité de 682 habitants au km², très largement supérieure à la moyenne nationale (104,6 hab. /km²), ce territoire français situé dans l'archipel des Comores est la deuxième région la plus dense après la région d'Île-de-France.

Mayotte est le territoire français ayant la plus forte croissance démographique, devant la Guyane. Si entre 2007 et 2012 le taux de croissance de la population diminuait progressivement, le rythme d'accroissement de celle-ci s'est finalement accéléré pour atteindre 3,8% par an en moyenne, soit 8 800 habitants de plus par an. En comparaison, la population de la France métropolitaine croît à un rythme moyen de 0,5% par an.

Figure 1. Population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2018 (en %)



Source : Insee, estimation de population

- **Des dynamiques démographiques singulières dans le paysage national [3]**

Cette augmentation rapide de la population est due en très grande partie à la composante naturelle. Mayotte n'a pas encore achevée sa transition démographique, la fécondité y reste beaucoup plus élevée que ce que l'on peut constater pour l'Hexagone. En 2017, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) est de 5 enfants par femme à Mayotte, ce qui est bien supérieur à ceux observés pour les autres régions françaises (l'ICF pour la France entière est de 1,9 enfant par femme sur la même année). En termes de naissance, cela se traduit par un nombre de naissances qui atteint 9 800 naissances domiciliées en 2017 (contre 7 300 en 2014). La natalité est donc forte à Mayotte, avec un taux de natalité de 38 naissances pour 1 000 habitants par an, taux équivalent à celui du Sénégal ou du Nigéria, ce qui place Mayotte au 1^{er} rang des régions françaises, devant la Guyane.

Si cette augmentation de la population est due pour la très grande majorité à la composante naturelle de la dynamique démographique, le solde migratoire y contribue lui aussi, étant redevenu positif sur la période 2012 – 2017, apportant environ 1 100 individus par an en moyenne. Cependant, les flux migratoires, sont eux bien plus importants. Les immigrations des natifs de l'étranger (en provenance très essentiellement de la République de Comores), composent l'essentiel des arrivées sur l'île (32 500 personnes entre 2012 et 2017). Il s'agit là surtout de femmes âgées de 15 à 34 ans, ainsi que de leurs enfants. Les départs quant à eux, concernent pour une large part les natifs de Mayotte (environ 25 900 personnes entre 2012 et 2017). Il s'agit principalement des jeunes natifs, âgés de 15 à 24 ans, qui partent vers La Réunion ou la France métropolitaine pour chercher du travail ou poursuivre des études. En 2015, 45% des natifs âgés de 18 à 24 ans vivaient en Métropole.

Du fait de l'intensité de la natalité et de l'immigration, la combinaison de leurs effets recompose le peuplement du territoire, amenant aujourd'hui ce que les natifs de Mayotte y soient minoritaires. L'enquête Migration, famille et vieillissement (MFV) menée en 2015 et 2016 a montré que plus de la moitié des adultes âgés de 18 à 79 ans résidant à Mayotte n'y sont pas nés, et environ 40% de ces derniers sont de nationalité étrangère. Sans l'émigration des jeunes, les natifs seraient majoritaires à Mayotte (57% contre 45% aujourd'hui). A titre indicatif, en 1985, seuls 12% de la population de Mayotte n'étaient pas natifs de l'île.

- **Le département le plus jeune de France [3]**

Malgré l'émigration des jeunes natifs et grâce à une fécondité et une natalité importante, Mayotte se place comme le département français le plus jeune. En 2017, la moitié de la population de Mayotte a moins de 18 ans, avec un âge moyen des habitants s'élevant à 23 ans. Les 60 ans et plus ne représentent que 4,1% de la population, soit 6 fois moins qu'en Métropole. Aujourd'hui, 6 habitants sur 10 ont moins de 25 ans, et 3 sur 10 ont moins de 10 ans à Mayotte.

- **Une espérance de vie plus faible à Mayotte [3-4]**

A Mayotte, l'espérance de vie à la naissance est plus faible qu'en Métropole. En 2016, on l'estime à 74,1 ans pour les hommes et de 76,7 ans pour les femmes, soit 5,2 ans de moins pour les hommes et 8,6 ans de moins pour les femmes vivant à Mayotte en comparaison à la France métropolitaine.

En 2017, on a enregistré 735 décès à Mayotte. C'est le département français où le taux de mortalité est le plus faible, avec 2,9 décès pour 1 000 habitants, et cela, en raison de sa jeune population. Si la population de Mayotte avait la même structure par âge que la population de la France métropolitaine, le taux de mortalité y serait 1,5 fois plus élevé qu'en Métropole.

En lien avec le taux de natalité élevé, la santé périnatale et infantile constitue une problématique majeure de santé publique à Mayotte : les taux de mortalité infantile sont très largement supérieurs aux taux métropolitains. Pour Mayotte, le taux de mortalité infantile est de 10‰ en 2016, soit près de 2 fois supérieur à celui de La Réunion (6,8‰ en 2016) et près de 3 fois supérieur à celui de la Métropole (3,4‰ en 2016). Les conditions de vie précaires d'une forte proportion de mères expliquent en grande partie la mortalité infantile élevée sur le territoire mahorais.

La surmortalité concerne également les personnes de 60 ans et plus, notamment les femmes. La probabilité de décès pour les femmes entre 60 et 74 ans est 3 fois plus importante à Mayotte qu'en France métropolitaine, et 1,5 fois plus élevé pour les hommes. Le manque de professionnels de santé et les conditions de vie précaires peuvent expliquer en partie cette surmortalité à Mayotte.

Alors que 24% des décès ont une cause indéterminée, les deux premières causes de décès identifiées à Mayotte sont les maladies cardiovasculaires et les cancers. La troisième cause de décès chez les hommes regroupe les blessures et empoisonnements, alors que chez les femmes, il s'agit des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (notamment le diabète). A noter que pour ces maladies, les taux standardisés sont 2,5 fois plus élevés pour les mahorais que pour les métropolitains. A titre d'exemple, si la population de Mayotte avait la structure par âge de la population métropolitaine, le taux de mortalité liée au diabète serait quatre fois plus élevé que celui constaté en Métropole.

- **Une fragilité sociale [3]**

Illettrisme

En 2014, on estime à 36,3% des habitants de plus de 15 ans n'ayant jamais été scolarisés (moins de 2,5% en France métropolitaine en 2014) et plus de 73% de la population à Mayotte est sans diplôme qualifiant. Le développement de la scolarisation à Mayotte encore récent entraîne des difficultés face à l'écrit. Selon l'Insee, 41,6% de la population âgée de 16 à 64 ans en 2012 est en situation d'illettrisme. En 2015, plus de cinq jeunes sur dix étaient en situation d'illettrisme, et 75% des 17 - 24 ans en grave difficulté de lecture.

Revenus faibles

En 2015, 68,8 % des ménages mahorais déclarent un revenu annuel inférieur à 10 000 euros, ce taux étant supérieur à ceux des autres territoires outre-mer (50%) et bien au-dessus de celui observé pour la France métropolitaine (22,3%). L'Observatoire des inégalités estime à 84% la part de de la population vivant sous le seuil de pauvreté, ce qui est supérieur aux taux retrouvés dans les autres territoires outre-mer (40,4% à La Réunion en 2015) et largement au-dessus du taux métropolitain (14,9% en 2015).

Précarité face à l'emploi

Au 2^{ème} trimestre 2017, 48 900 résidents de Mayotte ont un emploi, soit un taux d'emploi de 38% chez les 15 - 64 ans, faisant de Mayotte le département connaissant la situation la moins favorable au regard de l'emploi. Cependant, on constate une nette progression avec 3 500 personnes supplémentaires en situation d'emploi. Ces nouvelles situations d'emploi concernent principalement les femmes, avec un taux d'emploi féminin qui progresse de 2,5 points en 2017, contre une progression de 1,1 pour les hommes. Les jeunes connaissent un taux d'emploi particulièrement faible, celui-ci étant de 15% chez les 15 – 29 ans à Mayotte, contre 45% en Métropole en 2017. Les femmes sont les plus touchées par le chômage, avec un taux de chômage qui s'établit à près de 30% en 2017, contre 23% pour les hommes. Le chômage concerne très fortement les jeunes également, avec un taux de chômage de 43% à Mayotte contre 16% chez les jeunes vivant en France métropolitaine. En additionnant chômage et halo autour du chômage, 29% des personnes de 15 ans ou plus sans emploi souhaitent travailler, soit 39 200 personnes.

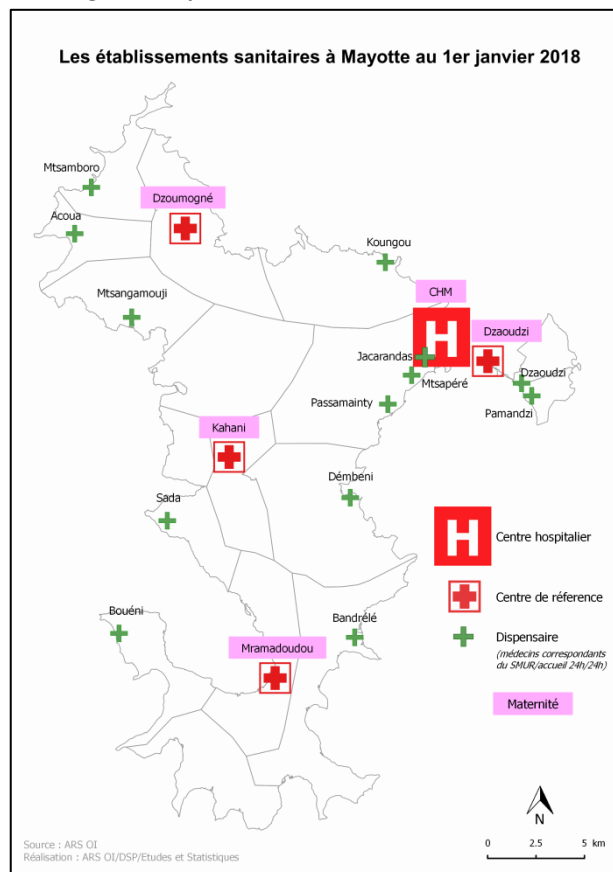
• Un système de santé présentant des caractéristiques particulières

L'offre de soins à Mayotte est structurée principalement autour d'un centre hospitalier à Mamoudzou (CHM) qui regroupe les services Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), Psychiatrie, Réanimation et Urgences ; l'offre médicale libérale y étant peu développée. Le CHM assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et les accouchements.

Le CHM dispose de 4 centres de référence (Dzaoudzi, M'Ramadoudou, Kahani et Dzoumogné). Ces sites assurent une permanence médicale pour traiter les urgences et disposent d'un service obstétrique.

Rattachés au CHM, treize dispensaires constituent le niveau de premier recours. Ils proposent des consultations de médecine générale et des consultations infirmières, le suivi des sorties d'hospitalisation, le suivi des patients atteints de maladies chroniques, la dispensation gratuite de médicaments pour les traitements aigus. La localisation des dispensaires est basée sur la densité de la population et permet l'accès aux patients à moins d'une heure de marche. En cas de nécessité médicale, ils assurent le transfert des patients vers le CHM. Le secteur privé demeure limité à Mayotte.

Figure 2. Répartition des établissements de soins



Source : ARS OI / Exploitation : ARS OI/DSP/ES

Mayotte doit faire face à un turn-over important des professionnels de santé ce qui entraîne de réelles difficultés de construction de projet à long terme, de suivi des patients ainsi qu'une surcharge de travail pour les professionnels de santé restants.

Alimentation

On connaît de mieux en mieux l'importance de l'alimentation pour le bien-être et la prévention des maladies chroniques. L'alimentation joue à ce titre un rôle primordial en santé publique.

Selon l'article L.230-1 du Code rural et de la pêche maritime (article 1er de la Loi 2010-874 du 27 juillet 2010), « La politique publique de l'alimentation vise à assurer à la population l'accès, dans des conditions économiquement acceptables par tous, à une alimentation sûre, diversifiée, en quantité suffisante, de bonne qualité gustative et nutritionnelle, produite dans des conditions durables. Elle vise à offrir à chacun les conditions du choix de son alimentation en fonction de ses souhaits, de ses contraintes et de ses besoins nutritionnels, pour son bien-être et sa santé » [5].

Au niveau national, les modes de vie actuels se caractérisent notamment par des évolutions dans les pratiques et les consommations alimentaires.

La consommation suffisante de fruits et de légumes est un objectif prioritaire de santé publique depuis 2001 dans le cadre du « Programme national nutrition santé », en raison des bénéfices démontrés pour la prévention de certaines maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, obésité, ostéoporose). Selon les données nationales [8], les fruits et légumes apparaissent comme insuffisamment consommés par la population en France. 40% de la population ont une consommation en fruits et légumes conforme aux recommandations du Programme national nutrition santé. D'importantes disparités socio-économiques sont observées avec, dans les populations les plus précaires comme les bénéficiaires de l'aide alimentaire, de très faibles fréquences de consommation. Seulement la moitié des enfants consomme chaque jour des fruits et des légumes [6].

Les faits marquants

Offre alimentaire	- La production locale, un enjeu majeur - Plus de 80% d'autoconsommation dans la majorité des exploitations - 50% de taux de couverture du marché global par la production locale - Un taux de couverture par la production locale en baisse ... - ... des importations en hausse - Des importations de boissons sucrées nettement en augmentation : +90% entre 2014 et 2016 - Un indice des prix à la consommation en hausse : + 8,8 points depuis 2016, avec une augmentation plus marquée pour les produits frais - Un tiers des écoles de Mayotte avec un service de restauration - 5% des écoles avec un service de repas chauds - 11 316 bénéficiaires et 10 258 bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2017 pour les 2 associations proposant une aide alimentaire - Plus de 510 000 euros pour l'aide alimentaire en 2017
Comportements alimentaires	- 27% du budget des ménages dédiés à l'alimentation à Mayotte - Des inégalités de comportements selon le revenu : une alimentation plus diversifiée chez les ménages les plus aisés - Une autoconsommation réduisant les inégalités - Une alimentation traditionnelle en transformation : plus de produits gras et sucrés dans les habitudes alimentaires au détriment des produits de base (riz, volailles, viande bovine)

■ Offre alimentaire

• Productions locales



Production locale : un enjeu majeur à Mayotte

La production locale à Mayotte n'est pas facile à estimer en raison des systèmes d'exploitation qui sont très diversifiés (jardin mahorais) et les rendements difficiles à évaluer. La part d'autoconsommation dépasse 80% dans la majorité des exploitations et les circuits de commercialisation sont très mal connus. La Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DAAF) de Mayotte estime cependant que sur les 71 000 tonnes de fruits et légumes produits à Mayotte, à peine 300 tonnes entrent dans les circuits de commercialisation formels. Il en est de même pour la pêche, où 330 tonnes sur 2 500 tonnes estimées produites localement sont vendues via les réseaux formels (poissonneries, coopératives de pêche, etc...).

Tableau 1. Production locale à Mayotte entre 2010 et 2016

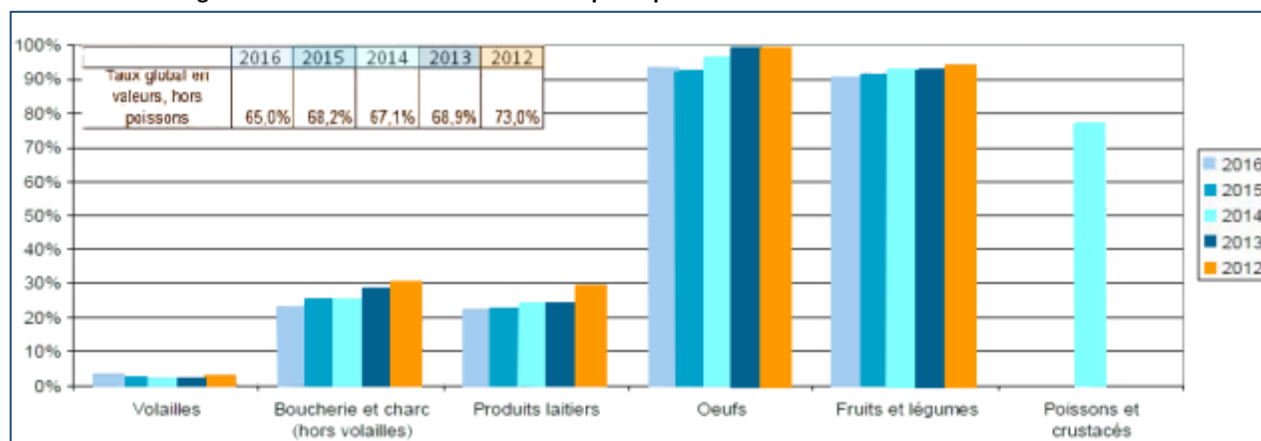
	2010	2015	2016
Légumes et féculents (en tonnes)	64 664	61 588	61 616
Fruits (en tonnes)	5 070	9 383	9 383
Autres (en tonnes)	0	0	25
Total Production (en tonnes)	69 734	70 971	71 024
Total Productions en M€	108	123	114
Rapport prix/quantité produit	646	577	623

Source : DAAF de Mayotte. Les données sont issues des statistiques douanières et retraitées par la DAAF. [7]

Une couverture des besoins par la production locale en diminution

La DAAF estime à 50% le taux de couverture du marché global (frais, transformé, congelé) par la production locale en 2016. La couverture du marché à Mayotte par la production locale est donc très proche de ce que l'on peut observer à La Réunion où ce taux est de 53%. En revanche, si l'on considère les productions locales (hors poissons), la couverture des besoins diminue, passant de 73% en 2012 à 65% en 2016.

Figure 3. Taux de couverture des besoins par la production locale selon les denrées alimentaires



Source : Rapport annuel SISE/DAAF Mayotte [7-8]

La diminution de la couverture des besoins par la production locale cache des disparités selon les productions :

- Pour le poisson, on estime d'après les chiffres du Syndicat Maritime des Pêcheurs Professionnels Mahorais que 77% de la consommation provient des pêcheurs locaux. La capacité de pêche des embarcations recensées est évaluée à 2 400 tonnes par an. Il faut ajouter à cela 100 tonnes de poissons issues des élevages aquacoles, dont 60% sont exportées, soit 40 tonnes qui resteront sur le territoire de Mayotte.
- Pour les fruits et légumes, on estime à 90% la couverture des besoins par la production locale.
- Pour la production d'œufs, la production locale couvre en 2016 plus de 93% des besoins. Cependant, on observe depuis 2014 une diminution de ce taux de couverture, qui avoisinait les 100% en 2012 et 2013. Cette diminution du taux de couverture s'explique en partie par une augmentation rapide de la consommation, ainsi que sur une planification difficile de la production pour des raisons internes et externes. De nouvelles capacités de production sont en cours d'installation aujourd'hui.
- En production laitière, on estime à 2 200 têtes le cheptel dit « laitier » (la race « zébu local » est plutôt une race à viande) et la production par animal à près de 2 500 l/an chez les 50 éleveurs qui ont monté un atelier « laitier » chez eux.
- Pour la production bouchère, Mayotte compterait environ 20 000 bovins sur 3 600 exploitations (difficile d'avoir des chiffres fiables car il n'y a pas d'abattoir à Mayotte). On estime à 4 000 le nombre d'abattages par an, avec un poids moyen carcasse de 120kg, soit 490 tonnes de viande. La production locale ne couvrirait qu'environ 22% des besoins en 2016 contre 30% en 2012.
- Enfin, la production de volaille de chair ne couvre quant à elle que 2,5% des besoins en 2016. Si un effort de structuration de la filière intervient et améliore la production de la filière depuis 2017, le déficit est important. En comparaison, la filière avicole à La Réunion couvre 95% des besoins en viande fraîche.

ZOOM : l'autoconsommation à Mayotte [9]

Sur l'ensemble du département, 31% des ménages mahorais déclarent consommer leur propre production. Selon la DAAF, l'autoconsommation dépasse les 80% dans la majorité des exploitations.

L'autoconsommation permet de réduire les écarts de consommation alimentaire entre les catégories de population. On estime qu'elle augmente de 17% en moyenne la consommation alimentaire des Mahorais. Chez les plus modestes, cette augmentation atteint jusqu'à 54%.

L'autoconsommation couvre les $\frac{3}{4}$ des besoins en fruits et légumes chez ceux qui la pratiquent.

Elle leur permet de consommer beaucoup plus de fruits et légumes que le reste de la population.



- **Importations [7]**

Les importations de boissons sucrées en forte augmentation

En 2016, 110 580 tonnes de produits alimentaires, d'animaux vivants et de nourriture pour animaux ont été importées à Mayotte, soit une augmentation de 28,4% par rapport à 2013. Si l'on regarde l'évolution des importations entre 2014 et 2016, on constate que les produits qui ont connu une augmentation conséquente sont les boissons rafraichissantes (jus de fruits et soda), avec une augmentation de 90% entre la quantité importée en 2014 et celle importée en 2016, en passant de 774 000 litres en 2014 à 1 471 000 litres importés. La valeur monétaire de l'importation en 2016 est la même que celle de la production locale, à savoir 130 millions d'euros.

En ce qui concerne les fruits et légumes, les importations ont augmenté de 70% depuis 2012, passant de 5 959 tonnes à 10 235 tonnes en 2016. Ces produits importés ne représentent cependant encore que 10% de la consommation des fruits et légumes à Mayotte.

Pour la production laitière, le lait local est vendu 4 euros le litre, ce qui pousse la population à se tourner vers les produits importés. En effet, si on estime la consommation annuelle de lait entre 35 à 50 litres par habitant, les trois quart de cette consommation sont importés.

Tableau 2. Produits alimentaires importés entre 2014 et 2016 à Mayotte (en tonnes)

Importation (tonnes)	2014	2015	2016	Evolution (%)
Volailles	11 359	11 846	13 668	20%
Boucherie et charcuterie (hors volailles)	4 810	4 935	5 677	18%
Produits laitiers (lait et fromage)	5 170	6 191	6 618	28%
Œufs	41	89	66	61%
Féculents (riz compris)	24 702	28 225	26 397	7%
Fruits et légumes	8 096	10 246	10 236	26%
Thé et café	142	167	142	0%
Condiments et assaisonnements	1 106	1 377	789	-29%
Huiles et graisses raffinées	1 740	2 151	2 487	43%
Poissons et crustacés	1 565	1 948	2 037	30%
Sucre	3 160	3 824	3 509	11%
Chocolaterie, confiserie	775	929	965	24%
Pâtes alimentaires	1 402	1 729	2 159	54%
Pain et pâtisserie	1 644	1 827	1 749	6%
Boissons rafraichissantes (jus de fruits + soda)	774	976	1 471	90%
Eaux de table	16 465	17 679	20 242	23%
Bières, vins, alcools et tabacs	4 076	4 912	6 058	49%
Total	91 494	104 350	110 580	21%

Source : SISE/DAAF Mayotte [7]

* La somme des produits importés peut différer du total en raison des arrondis

• Indice des prix à la consommation [10-11]

Indice des prix à la consommation en hausse



L'indice des prix pour la consommation alimentaire a gagné 8,8 points depuis 2016, passant de 138 en janvier 2016 à 146,8 en novembre 2018, soit une augmentation de 6,4%. Lorsque l'on regarde l'évolution des indices par produit, à l'exception des boissons alcoolisées dont l'indice a diminué de 1,5%, on constate une augmentation des indices pour tous les autres produits. Les augmentations les plus importantes concernent les produits frais et les boissons non alcoolisées. La seule baisse de prix constatée concerne les boissons alcoolisées.

Tableau 3. Evolution de l'indice des prix à la consommation selon le produit.

	Evolution janv. 2016 – Nov. 2018
ALIMENTATION	6,4 %
Produits céréaliers	6,1 %
Produits frais	13,0 %
Viandes et volailles	4,4 %
Œufs et produits laitiers	1,9 %
Poissons	5,7 %
Boissons alcoolisées	-1,5 %
Boissons non alcoolisées	10,7 %
Autres produits alimentaires	6,8 %

Source : Insee, indice des prix à la consommation [10-11]

Au cours des 12 derniers mois, soit entre novembre 2018 et novembre 2017, l'indice des prix à la consommation pour l'alimentation a augmenté de 2,8%. L'augmentation la plus importante concerne les produits céréaliers, dont l'indice a augmenté de 8,2%. Les produits frais et les boissons alcoolisées ont vu leur indice diminuer, respectivement de 1,2% et 1% au cours de cette année.

Mayotte est le seul département outre-mer dont le panier local coûte plus cher qu'en Métropole (2% plus cher). Les produits qui composent l'alimentation de base des Mahorais coûtent plus chers en Métropole qu'à Mayotte. En revanche, pour les autres produits alimentaires, les prix métropolitains sont moins élevés que ce que l'on constate à Mayotte. Si l'on considère les produits alimentaires et boissons non alcoolisées consommés habituellement en France métropolitaine, les prix sont 42% plus élevés à Mayotte. Cet écart de prix est encore plus évident pour les boissons non alcoolisées où le prix est 73% plus élevé à Mayotte. Les boissons alcoolisées elles aussi ont un prix deux fois plus élevé à Mayotte qu'en Métropole.

Définition et méthodologie

Qu'est-ce que l'indice des prix à la consommation ?

L'indice des prix à la consommation est l'instrument de mesure de l'inflation. Il permet d'estimer, entre deux périodes données, la variation du niveau général des prix des biens et des services proposés aux consommateurs sur le territoire. C'est une mesure synthétique des évolutions de prix à qualité constante. La quasi-totalité des biens et des services marchands proposés aux consommateurs fait partie du champ de l'indice.

Méthodologie

Il est mesuré à Mayotte en base 100 par rapport à décembre 2006. Une valeur de 118 signifie ainsi que les prix ont augmenté de 18 % pour la catégorie concernée, entre décembre 2006 et la date de référence. L'évolution des indices des prix à la consommation est présentée en variation mensuelle (pourcentage d'évolution des indices du mois par rapport au mois précédent) et en glissement annuel. Ce dernier correspond à la variation au cours des douze derniers mois, qui est calculée en rapportant l'indice du mois à celui du même mois l'année précédente. Ainsi par exemple, l'indice du mois d'octobre 2018 est rapporté à celui d'octobre 2017.

• Restauration scolaire

La restauration scolaire : un levier de lutte contre la malnutrition

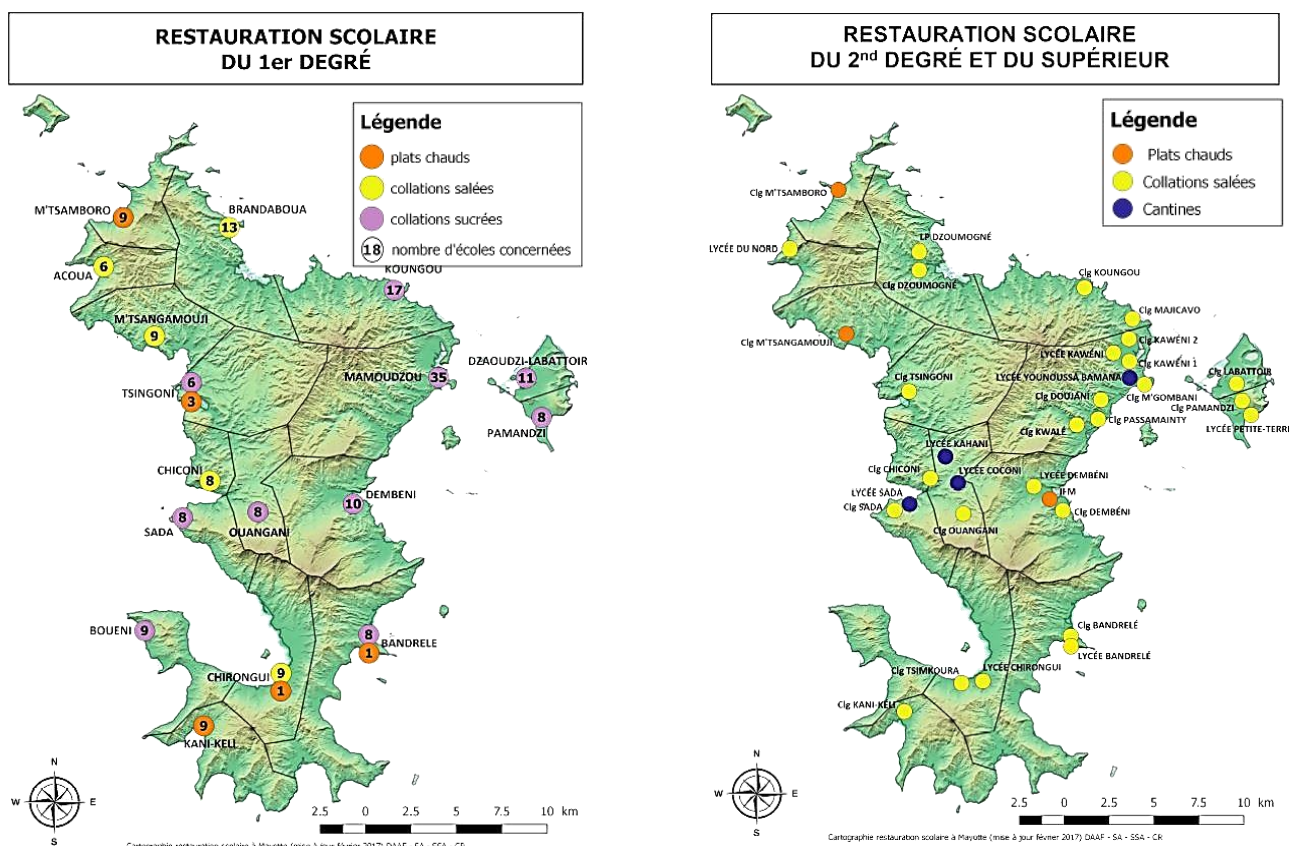


En février 2017, 47 écoles (18 dans le 1^{er} degré et 29 dans le 2nd degré) sur les 146 que compte Mayotte proposaient au moins un service de restauration, soit 32,2% des écoles. Cependant, seulement 8 écoles (5 dans le 1^{er} degré et 3 dans le second degré) proposent des repas chauds, soit 5,5% des écoles. Les collations sucrées et salées sont présentes quant à elles dans 7% et 21% des écoles de Mayotte. Il s'agit là du service de restauration le plus fréquent dans les écoles mahoraises.

La restauration scolaire apparaît être nécessaire pour lutter contre les nombreux cas de malnutrition voire de dénutrition d'enfants, dont certains ne bénéficient que d'un repas par jour à travers la collation servie. C'est également un moyen de lutter contre le développement rapide des cas de diabète et d'obésité du fait d'une alimentation riche et déséquilibrée (consommation de sodas, ventes de produits dégradés à l'entrée des écoles).

Mais les collations ne constituent pas une réponse à long terme pour lutter contre la malnutrition. Des associations et des chefs d'établissements scolaires portent déjà des initiatives, mais celles-ci restent isolées et non structurées sur le département. Des structures comme l'IREPS et Rediab'Ylang organisent différentes actions comme les « classes du goût », ou participent à la déclinaison de la « semaine du goût » en lien avec les établissements scolaires.

Figure 4. Service de restauration scolaire à Mayotte début 2016



Source : Plan d'actions restauration scolaire 2017 [12]

Zoom : les enjeux de la restauration scolaire [12]

Mayotte devant faire face à des problèmes de malnutrition (obésité et dénutrition), la mise en place d'un réel service de restauration scolaire, cuisiné et équilibré apporte une réponse pour répondre à une partie de ces difficultés. En effet, l'ensemble des acteurs s'accorde à dire que le service des collations salées ou sucrées n'est qu'une solution provisoire et non envisageable comme réponse dans le temps long.

La restauration scolaire est donc un enjeu important à Mayotte, qui permettrait de servir à tous les enfants au moins un repas équilibré par jour. En effet, elle ne vise pas seulement à nourrir l'ensemble des élèves scolarisés sur Mayotte, mais a plus largement vocation à participer à l'éducation à l'alimentation des élèves et à la promotion de la santé. Il s'agit aussi d'un temps qui pourrait permettre le repérage des enfants malnutris.

Cependant, la mise en place de la restauration scolaire en plateaux fait face aux mêmes difficultés que les constructions scolaires (forte démographie, faiblesse des infrastructures, manque d'ingénierie des communes...). En dehors de quelques communes et des nouveaux établissements du second degré qui intègrent des réfectoires, le système de collations reste le système de référence, faute de solutions plus adaptées.

Pour les écoles du premier degré, la programmation pluriannuelle 2016 – 2019 des constructions scolaires prévoit la construction de 38 réfectoires sur l'ensemble des communes de l'île. Cependant, il faudrait environ 150 réfectoires pour disposer des infrastructures adaptées.

L'insuffisance des cuisines centrales est également un frein à la mise en place de la restauration scolaire. Aujourd'hui, seul un prestataire dispose de l'agrément pour la fabrication de repas chauds. Il faut ajouter à cela la non-conformité d'un certain nombre d'infrastructure à la livraison.

• Aide alimentaire

Une aide alimentaire indispensable

À Mayotte, une grande partie de la population vit dans des conditions très précaires. Au cours des dernières années, les associations constatent que de nombreuses familles viennent depuis des années mais demeurent dans la précarité.

L'aide alimentaire qui devait être une aide d'urgence, devient et est déjà devenue pour un certain nombre une aide permanente, un « revenu de substitution », ce qui pour les associations comme les familles n'est pas soutenable dans la durée.

La Croix Rouge et Solidarité Mayotte comptent respectivement 11 316 bénéficiaires et 10 258 bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2017.

Au total, on estime le montant de l'aide alimentaire de ces deux associations à près de 513 725 euros sur l'année 2017.

A noter ici qu'un individu ou un foyer peut être à priori bénéficiaire à la Croix Rouge et à Solidarité Mayotte en même temps, cumulant ainsi les aides alimentaires.

Zoom : l'aide alimentaire mise en place par Solidarité Mayotte

Le public accueilli par Solidarité Mayotte se distingue en deux catégories : les demandeurs d'asile d'une part, et d'autre part, les personnes démunies orientées par des partenaires médico-sociaux, institutionnels et associatifs. La demande étant tellement importante, les critères d'attribution évoluent chaque année, l'association ne pouvant répondre aux besoins de tous.

Au cours de l'année 2017, Solidarité Mayotte a accueilli environ 573 nouveaux demandeurs d'asile, principalement de l'Union des Comores, du Burundi, de la République Démocratique du Congo, du Rwanda et de Madagascar. Au total, c'est 8 498 demandeurs d'asile ont bénéficié des bons alimentaires.

Sur cette même année 2017, l'association a reçu dans le cadre du dispositif d'aide alimentaire aux personnes démunies 1 760 individus qui ont bénéficiés de l'aide alimentaire.

L'association précise que malgré ses efforts, les bons alimentaires distribués ne couvrent pas la totalité des besoins nutritionnels journaliers des bénéficiaires, et que par conséquent, il s'agit là d'une aide de « survie ».

En 2018, Solidarité Mayotte a arrêté la distribution auprès des démunis pour se recentrer sur le public demandeur d'asile.

■ Comportements alimentaires

Une part importante du budget des ménages pour l'alimentation [9]

L'alimentation représente 27% du budget de la famille, alors qu'en Métropole, 16% des dépenses sont consacrées à l'alimentation. Le riz, la volaille et la viande bovine, qui constituent la base de l'alimentation mahoraise, représentent en moyenne 38% des dépenses alimentaires. Le riz à lui seul représente 11% du budget alimentaire, soit 4 points de moins qu'en 2005. En 2011, un ménage sur trois déclarait consommer sa propre production, ce qui permet chez les plus modestes d'accroître de moitié la consommation alimentaire. Les 20% des ménages les plus aisés sont ceux qui diversifient le plus leur alimentation, les trois aliments de base ne représentant plus que 27% de leur budget alimentaire.

Sur l'ensemble de la consommation alimentaire et en tenant compte de la taille du ménage, les 20% des ménages les plus aisés dépensent en moyenne 213 euros par mois et par unité de consommation, soit 4,3 fois plus que les 20% les plus modestes, qui eux dépensent 49 euros par mois en moyenne.

Tableau 4. Dépense alimentaire mensuelle moyenne par ménage selon le revenu par unité de consommation à Mayotte en 2011 (en euros)

	REVENU PAR UNITÉ DE CONSOMMATION					Ensemble
	Moins de 144 €	De 144 à 318 €	De 318 à 555 €	De 555 à 1 002 €	Plus de 1 002 €	
PRODUITS À BASE DE CÉRÉALES	28,4	60,6	71,7	63,9	59,8	56,9
VIANDE	32,8	79,8	125,5	127,4	98,5	92,8
POISSONS ET FRUITS DE MER	8,2	28,4	41,1	40,9	35,2	30,7
LAIT, FROMAGES, ŒUFS	4,2	14,4	27,6	33,3	41,4	24,2
HUILES ET GRAISSES	2,6	9,1	8,5	8,6	8,7	7,5
FRUITS	6,4	14,7	22,3	30,5	18,5	18,5
LÉGUMES	8,8	25,1	38,6	34,7	35,4	28,5
PRODUITS À BASE DE SUCRE ET CACAO	3,7	5,8	11,0	10,5	16,3	9,4
PRODUITS ALIMENTAIRES DIVERS	4,5	13,3	15,2	11,3	12,6	11,4
BOISSONS NON ALCOOLISÉES	6,5	16,1	22,7	25,4	32,0	20,6
AUTRES DÉPENSES D'ALIMENTATION	2,0	6,1	8,0	15,0	17,1	9,6
BOISSONS ALCOOLISÉES	0,4	2,1	8,3	2,6	27,1	8,1

Source : Insee, enquête Budget de famille Mayotte 2011. [9]

Tableau 5. Part du budget dédié à la consommation (sur l'ensemble des dépenses) par quintile de revenu mensuel des ménages par unité de consommation à Mayotte en 2011 (en euros)

	REVENU PAR UNITÉ DE CONSOMMATION					Rapport des montants Q5/Q1
	Moins de 144 €	De 144 à 318 €	De 318 à 555 €	De 555 à 1 002 €	Plus de 1 002 €	
Produits alimentaires et boissons non alcoolisés	33,1	39,4	35,0	29,5	16,5	3,5

Source : Insee, enquête Budget de famille Mayotte 2011. [9]

Une consommation traditionnelle en transformation [9]

L'INSEE estime que ce sont 18 800 tonnes de riz sec qui ont été consommé sur l'année 2011, soit environ 254g par personne et par jour.

Pour le poisson, la DAAF annonce une consommation moyenne de 17kg de poissons par an et par personne (contre 30 kg à La Réunion). Elle estime également qu'un habitant consommerait de 35 à 50 litres de lait par an, UHT ou en poudre, dont plus de la moitié est importée.

De nouveaux produits rentrent progressivement dans les habitudes de consommation. La consommation de pain et de viennoiserie a doublé depuis 2005, et s'estime à environ 80 euros par an et par unité de consommation en 2011.

Les dépenses en boissons gazeuses ou aromatisées augmentent de 45%, et s'estiment autour de 100 euros par an et par unité de consommation.

Zoom : les comportements alimentaires à Mayotte : Etude de D. Guyot en 2013 [13]

L'étude de D. Guyot met en avant l'existence de trois principaux modèles alimentaires à Mayotte en 2013.

- Le modèle de type « économique » où l'alimentation et la prise des repas sont fortement influencées par les faibles ressources du foyer. Dans les foyers isolés, ces repas se font à heure fixe en famille. En dehors des repas, les individus vont consommer des fruits dans les champs, pour les familles ayant accès à du foncier vivrier.
- Le modèle de type « intermédiaire » qui semble concerner la majorité des foyers mahorais. Ce modèle se construit autour d'une femme au foyer (sans autre activité), le foyer fonctionnant alors comme un self – service (pour le contenu de la prise alimentaire et des horaires). La femme consacre ici une très grande partie de son temps à la préparation de repas successifs (jusqu'à 5 préparations par jour).
- Le troisième et dernier modèle, de type « société développée », où les prises alimentaires se font en fonction des activités des personnes (horaires de travail, horaires scolaires...). Ici, la probabilité de prises alimentaires hors foyer chez un membre de la famille diminue en raison d'un certain « isolement social » (réseau familial moins fort en secteur urbain).

Plusieurs constats complémentaires ont été apportés par cette étude sur les comportements alimentaires :

- L'alimentation reste encore traditionnelle. Elle est peu variée et se caractérise par de faibles apports en produits laitiers, calcium, fruits et légumes. Les prises alimentaires gravitent autour du riz (40% des prises alimentaires), du « mabawa » (ailes de poulet, présentes dans 18,3% des prises alimentaires), des cuisses de poulet (16,2%), du pain (10,1%), du « bata » (banane, manioc, fruit à pain cuits à l'eau), du poisson (8,1%).
- Les séquences de prise alimentaire sont une source importante d'inégalité homme/femme et enfants/adultes, avec d'une manière générale une absence de référentiel de type « européen » avec ses 3 repas, des habitudes de « grignotage », des réflexes encore bien présents comme manger « en quantité » plus qu'en qualité. L'alimentation doit permettre avant tout la satiété, s'inscrivant dans une « mémoire » de carence alimentaire et de tradition festive...
- L'intérêt de travailler sur des publics cibles comme par exemple les femmes parce qu'elles sont prescriptrices, ainsi que leurs enfants, semblant moins conservatrices que les hommes et plus disposées à changer les habitudes alimentaires du foyer.
- Les inégalités socioéconomiques sont également mises en avant. Plus le niveau économique du foyer s'améliore, plus les membres du foyer accèdent à des prises alimentaires achetées à l'extérieur du foyer : sandwiches, pizzas, glaces, chips mais aussi consomment des « légumes » (à l'occidentale, haricots verts, brocolis, carottes).



Activité physique

L'activité physique (AP) se définit par « tout mouvement produit par la contraction des muscles entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos ». L'activité physique peut être réalisée dans quatre situations différentes :

- lors des activités professionnelles ;
- lors des déplacements (travail-domicile, école, courses) ;
- dans le cadre de la vie domestique (ménage, rangement, etc.) ;
- durant les loisirs (sport, jardinage, bricolage, etc.).

L'activité physique recouvre donc un champ relativement large, le sport n'en représentant qu'une partie.

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'activité physique sont actuellement [14] :

- pour les enfants et adolescents de 5 à 17 ans, « d'accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue » ;
- pour les adultes, de « pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'intensité modérée et soutenue » (par période d'au moins 10 minutes)

On parle d'inactivité physique lorsque la personne n'atteint pas les recommandations en matière d'activité physique [14 ; 15]. Les personnes très sédentaires semblent avoir besoin d'un volume d'AP plus important pour atteindre le même niveau de diminution de risque de mortalité toutes causes confondues en valeur absolue, que les personnes moins sédentaires [16]. L'AP intervient dans la prévention de nombreuses maladies chroniques et états de santé et, a été reconnue comme pratique thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé.

Au niveau national, les niveaux observés d'activité physique, que celle-ci soit mesurée de façon globale ou par la pratique habituelle d'un sport, apparaissent insuffisants par rapport aux recommandations [6]. La pratique semble en effet suffisante pour seulement la moitié des adultes avec des variations importantes selon le sexe et le niveau social des individus. Le temps passé devant des écrans est, quant à lui, élevé : la majorité de la population, aussi bien chez les adultes que chez les enfants au-delà d'un certain âge, passant plus de 3 heures par jour devant un écran, en dehors des temps de travail ou scolaire [6].

Les faits marquants

Offre d'activité physique et sportive	- 330 équipements sportifs recensés sur l'île - Une offre en équipements 4 fois moins importante qu'au niveau national : un taux d'équipements de 13 pour 10 000 habitants à Mayotte contre 50 pour 10 000 au niveau national - 366 clubs affiliés à une fédération sportive agréés par le Ministère des sports en 2017 - Une offre moindre qu'au niveau national ... - Une moindre diversité des disciplines proposées - ... mais une offre croissante : +65% de clubs entre 2013 et 2017
Pratiques en club	- Plus de 30 150 licences délivrées sur l'île en 2017 : soit 2 habitants sur 10 affiliés à un club sportif - Un taux de licences 2 fois inférieur au taux national - 73% de licences masculines ; une part de licences féminines moindre qu'au niveau national - +45% d'augmentation du nombre de licences délivrées entre 2014 et 2017 - Une pratique scolaire qui s'est développée sur l'île ... - ... et qui est plus important par rapport au niveau national - 25% des licences délivrées pour la pratique scolaire en 2017 sur l'île (11% en Métropole) - Pas de licences délivrées pour les élèves du 1^{er} degré ... - ...mais 2 élèves du 2nd degré sur 10 affiliés au sport scolaire - Une pratique sportive qui se féminise en milieu scolaire : plus de 40% des licences pour le sport scolaire en 2017

■ Offre d'activité physique et sportive

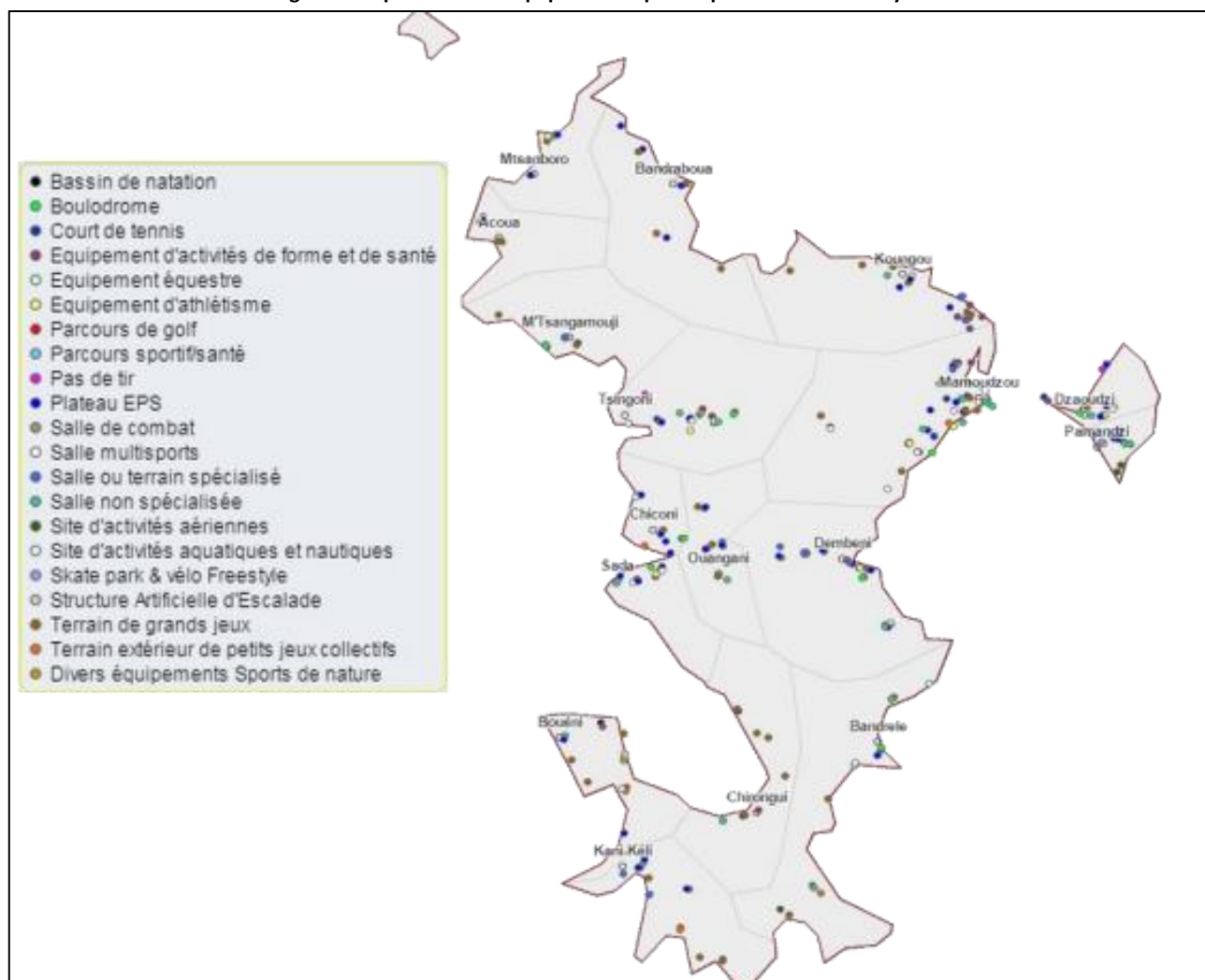
• Les équipements sportifs [17]



Une offre d'activités physiques et sportives moindre qu'en Métropole

Mayotte compte aujourd'hui 330 équipements sportifs. L'offre en équipements est très inférieure à celle que l'on observe à l'échelle nationale. Le taux d'équipement régional est de 12,9 pour 10 000 habitants alors que le taux d'équipement de la France métropolitaine frôle les 50 pour 10 000 habitants (au 1^{er} janvier 2019).

Figure 5. Répartition des équipements sportifs par commune à Mayotte.



Source : DRJSCS, Ministère des Sports (<http://www.res.sports.gouv.fr/>) [17]

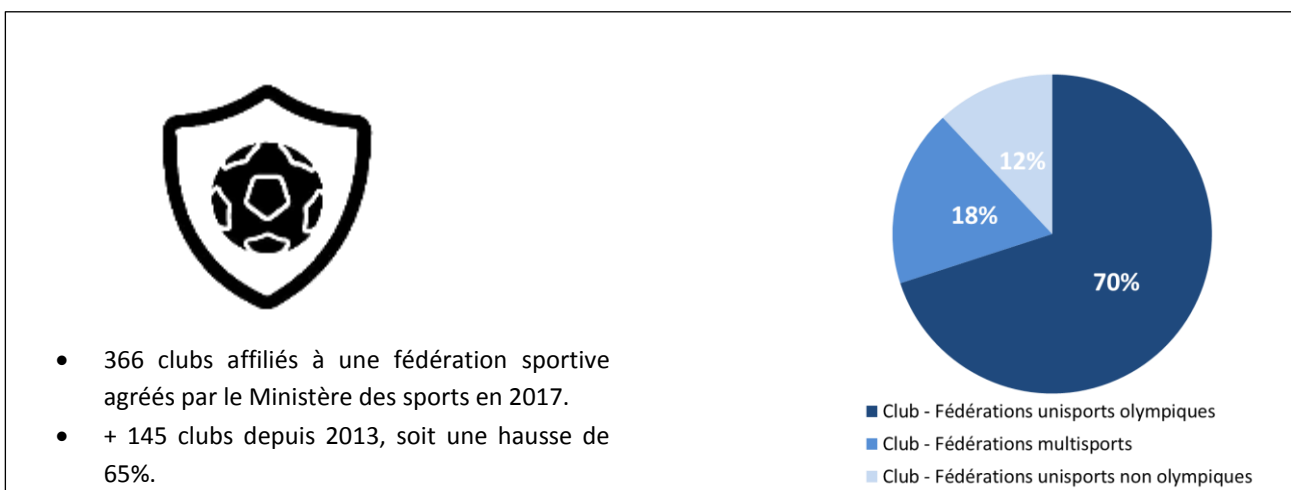
- **Les clubs de sport**

Une offre croissante de clubs sportifs

Près de 370 clubs affiliés à une fédération sportive ont été recensés en 2017 sur l'île. Le nombre de clubs a plus que doublé entre 2013 et 2017.

Il s'agit en majorité de clubs affiliés à une fédération unisport olympique.

Figure 6. Indicateurs clés sur les clubs affiliés à une fédération sportive à Mayotte



Source : MEOS – INJEP (Le recensement auprès des fédérations sportives du service statistique jeunesse et sport)

Au fil du temps, la part des clubs affiliés à une fédération unisport olympique a diminué, passant de 81% en 2014 à 70% en 2017, principalement au profit de clubs de fédérations multisports (+7 points). La part de ces derniers est en augmentation en raison de la hausse du nombre de clubs dédiés au sport des fédérations scolaires notamment.

L'écart peut s'expliquer en partie par une diversité de disciplines moins importantes sur l'île : 31 fédérations sportives sont représentées sur l'île contre 111 au niveau national.



■ Pratiques en clubs

• Dans les clubs sportifs, pour la population générale

Une pratique licenciée en augmentation

En 2017, selon les statistiques du Ministère des sports (recensement auprès des fédérations sportives du service statistique jeunesse et sport), plus de 30 150 licences ont été délivrées sur l'année à Mayotte, dans les différentes fédérations sportives. Le taux de licences sportives était de 12 pour 100 habitants en 2017, ce qui est 2 fois inférieur au taux national (23 pour 100 habitants).

La pratique sportive en clubs est essentiellement masculine, avec 73% des licences qui sont délivrées à des hommes, contre 27% à des femmes. La part des licences féminines progresse lentement depuis 2014, où elle était alors de 25%, mais reste en dessous du taux observé pour la France métropolitaine (37%) en 2017.

Le nombre d'affiliés a nettement augmenté ces dernières années, passant de 20 797 licenciés en 2014 à 30 150 en 2017, soit une augmentation de 45%. L'augmentation est due principalement aux fédérations unisport olympiques, qui ont délivré près de 6 300 licences supplémentaires sur la période (+46% entre 2014 et 2017). C'est l'affiliation aux fédérations unisport non olympiques qui a le plus progressée entre 2014 et 2017, avec une augmentation de 60%.

En 2017, 3 disciplines représentent à elles seules 55% des licences délivrées. Avec plus de 11 300 licences délivrées, le football est la discipline la plus pratiquée à Mayotte (38% des licences délivrées). Le handball vient en deuxième position avec plus de 3 470 inscrits (12% des licences). Le basketball compte plus de 1 840 inscrits, soit 3% des licences délivrées.

Entre 2014 et 2017, à l'exception du basketball qui n'a que légèrement progressé (+4%), le football et le handball ont vu leurs effectifs d'affiliés augmenter fortement (respectivement +61% et +72%).



• Le sport en milieu scolaire

Le sport en milieu scolaire plus pratiqué qu'en Métropole

La pratique sportive en milieu scolaire est plus pratiquée à Mayotte qu'en France métropolitaine : 25% des licences sont délivrées en milieu scolaire (11% en Métropole), et c'est la deuxième affiliation au sport la plus fréquente en 2017. Cependant, contrairement à la France métropolitaine, l'UNSS Mayotte ne compte pas de licenciés dans les écoles du premier degré, mais uniquement dans le second degré (collège et lycée).



Selon les statistiques du Ministère des sports, la pratique du sport en milieu scolaire s'est bien développée : les effectifs de licenciés ont augmenté de 64% entre 2014 et 2017. Par ailleurs, en 2017, on comptabilise 43% de filles parmi les licenciées du sport scolaire à Mayotte (41% au niveau national en 2017).

Selon le rapport d'activités de l'UNSS à Mayotte, plus de 9 000 licenciés sont comptabilisés pour l'année 2018 à Mayotte, soit plus de 21% des collégiens et des lycéens de l'île. Au cours des six dernières années, les effectifs à l'UNSS ont presque triplé. Aussi, alors que la part des filles à l'UNSS est de 40% à l'échelle nationale, celle-ci est de 50% à Mayotte en 2018.



Pathologies nutritionnelles

Il est aujourd'hui établi que la nutrition joue un rôle essentiel dans la survenue, le développement ou l'aggravation de pathologies chroniques très fréquentes : obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies rénales, dénutrition, ostéoporose, pathologies buccodentaires, ...

Dans le cadre de ce travail, les pathologies liées à la nutrition ont été restreintes à 3 maladies : l'obésité, la dénutrition, le diabète.

L'obésité est une maladie chronique. Elle peut, en particulier lorsqu'elle est sévère ou massive, entraîner des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle peut également menacer la santé et provoquer des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnées du sommeil... et augmente le risque de décès prématuré. Traiter la surcharge pondérale est donc essentiel pour lever les menaces qui pèsent sur l'organisme.

Selon les données nationales [6], la moitié des adultes est actuellement en surpoids ou obèse et un adulte sur six est obèse. Les dernières évolutions, fondées sur des données de poids et taille déclarées, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralenti. Le taux d'obésité reste stable en France. Concernant les enfants, 17% des enfants de 6 à 17 ans sont eux aussi concernés par la surcharge pondérale (surpoids + obésité). En 2014-2015, 18,1% des élèves scolarisés en CM2 sont en surpoids et 3,6% sont obèses. En 2012-2013, 11,9% des élèves des classes de grande section de maternelle sont en surpoids et 3,5% obèses. Depuis les années 2000, ces prévalences ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes (5-6 ans). Cette stabilisation s'accompagne néanmoins de fortes inégalités à la fois sociales et territoriales [6].

La dénutrition est la conséquence d'un déséquilibre entre apports en calories et/ou protéines insuffisants et besoins de l'organisme qui sont souvent augmentés. La dénutrition ne concerne pas uniquement les pays en voie de développement, elle atteint également les populations des pays développés. Elle affecte les personnes âgées ; les personnes souffrant de maladies aiguës ou chroniques, les individus en situation de précarité, les enfants comme les adultes. Selon les données nationales, la fréquence de la dénutrition est estimée entre 6 et 10% des personnes âgées (70 ans ou +), entre 20 et 40% des patients hospitalisés, et à environ 10% des enfants hospitalisés [18].

Le diabète est un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres. Il se caractérise par un excès de sucre dans le sang et donc un taux de glucose trop élevé (hyperglycémie). On distingue différents types de diabète. Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente (plus de 92% des cas de diabète traité de l'adulte). Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline, l'une ou l'autre de ces deux caractéristiques pouvant dominer à un degré variable. 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. Le diabète de type 1, beaucoup moins fréquent (environ 6% des cas de diabète traité de l'adulte), est principalement causé par la destruction des cellules bêta du pancréas, d'où l'incapacité de la personne atteinte à sécréter de l'insuline. Pour cette raison, les injections d'insuline sont vitales chez ces personnes. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes. Il existe d'autres formes de diabète sucré, comme le diabète gestationnel (correspondant à une intolérance au glucose chez les femmes enceintes) ou des cas de diabète résultant de conditions spécifiques ou génétiques.

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 5% de la population française en 2016 [19]. Elle est plus élevée chez les hommes, et augmente avec l'âge. La prévalence du diabète est plus élevée chez les personnes d'un niveau socio-économique moins favorisé et dans certaines catégories socio-professionnelles. Les variations géographiques sont importantes, avec une prévalence élevée particulièrement dans le Nord de la France et dans les DOM.

Les faits marquants

Obésité	- La moitié des mères ayant accouché en 2016 en surcharge pondérale à Mayotte - Un quart de ces parturientes en 2016 en situation d'obésité avant leur grossesse, soit le double de ce qui est observé en Métropole - Des estimations anciennes en population générale et chez les enfants - Une part importante de la population adulte en surpoids et en obésité - 52% des hommes et 79% des femmes de 30 à 69 ans en surcharge pondérale en 2008 - Une obésité très fréquente chez les femmes, même jeunes en 2008 : 47% des femmes de 30-69 ans et 38% des femmes de 30-39 ans - Une obésité morbide (ou massive) 6 fois plus fréquente chez les femmes (6% contre 1% des hommes) - 5% des enfants de moins de 5 ans en surcharge pondérale (dont 0,4% en obésité) et 9% des enfants de 5-14 ans (1% en obésité) en 2006 - - Des fréquences élevées de la surcharge pondérale également constatées en milieu du travail
Dénutrition infantile	- Une dénutrition infantile persistante à Mayotte - Des formes modérées à sévères de dénutrition infantile aigüe ou chronique mises en évidence par différents travaux locaux auprès de différents publics d'enfants. - Une quarantaine d'enfants de moins de 15 ans hospitalisés pour dénutrition en moyenne chaque année à Mayotte - 230 hospitalisations recensées entre 2013 et 2017 : des enfants de 0 à 4 ans dans la grande majorité des hospitalisations
Diabète	- 10% des parturientes avec un diabète gestationnel en 2016 à Mayotte ; 25% pour les mères de plus de 35 ans) - Une estimation probablement sous-estimée en raison du suivi insuffisant des femmes enceintes sur l'île - Une estimation en population générale ancienne : une fréquence globale du diabète estimée à 10,5% chez les habitants de 30-39 ans en 2008 - En 2008, un diabète méconnu pour un patient sur 2 (nouvellement dépisté) - Près de 5 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (au moins 3 ADO délivrés) en 2017 parmi les patients « consommant » (ayant eu au moins un remboursement par l'Assurance maladie dans l'année) : soit une augmentation de 35% entre 2013 et 2017 des patients - Une population salariée également concernée par le diabète : entre 3% et 6% des salariés des secteurs privé et public en 2015

■ Obésité et surpoids

• En population générale [20-21]

Une part importante de la population en surcharge pondérale en 2008

La surcharge pondérale (surpoids + obésité) concerne 52% des hommes et 79% des femmes, sur la tranche d'âge des 30 à 69 ans.

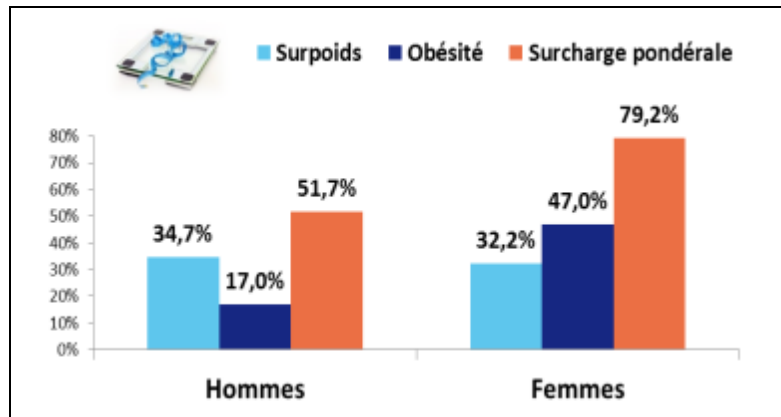
Une obésité très fréquente chez les femmes, même jeunes en 2008

L'obésité touche près de la moitié des femmes en 2008 et 17% des hommes. Chez les femmes, cette fréquence est de 38% chez les 30-39 ans pour atteindre 61 % chez les 60-69 ans.

L'obésité morbide (ou massive) concerne 6 fois plus les femmes (6% contre 1% des hommes).

Cette fréquence élevée de la surcharge pondérale chez les femmes est cohérente avec les données de l'étude Nutrimay réalisée en 2006 : 28,1% des femmes étaient en surpoids, 27,4% étaient obèses.

Figure 7. Prévalence du surpoids et de l'obésité, au sein de la population mahoraise de 30 à 69 ans, selon l'enquête Maydia, 2008



Sources : Etude Maydia 2008, InVS 2009 : Étude réalisée auprès de 1 268 adultes tirés au sort, âgés de 30 à 69 ans résidant depuis plus de 5 ans à Mayotte. La prévalence du diabète a été estimée à partir des 544 personnes s'étant présentées en centre de santé. [20-21]



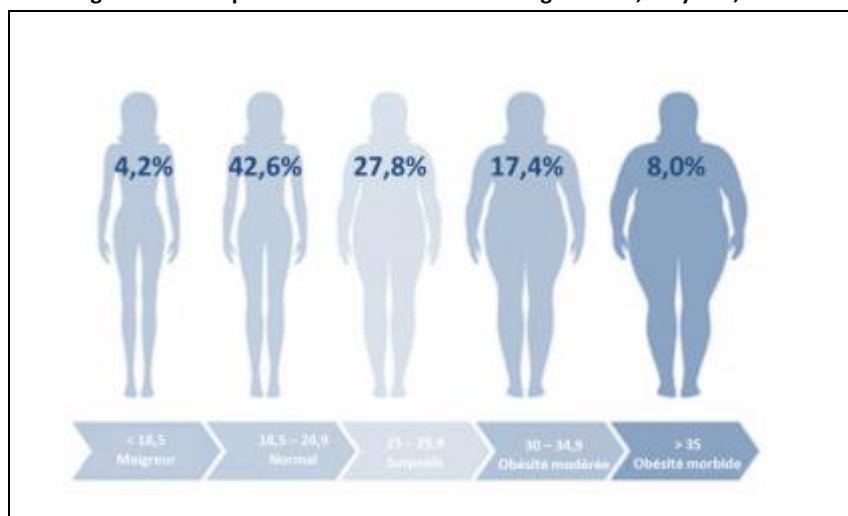
• Chez les femmes enceintes [22]

Un quart des mères ayant accouché en 2016 en situation d'obésité avant leur grossesse

D'après les données morphologiques déclarées par les femmes ayant accouché en 2016 à Mayotte, la moitié d'entre elles sont en surcharge pondérale avant leur grossesse.

L'obésité avant la grossesse concerne un quart des parturientes à Mayotte, soit le double de ce qui est observé en Métropole (12%).

Figure 8. Statut pondéral des mères avant leur grossesse, Mayotte, 2016



Source : Enquête nationale périnatale et extension à Mayotte : EENP Mayotte 2016 [22]

- **Chez les enfants**

Une obésité peu fréquente chez les enfants mahorais en 2006

En 2006, selon l'étude Nutrimay [23], 4,7% des enfants de 1 à 4 ans à Mayotte étaient en surcharge pondérale (surpoids : 4,3% et obésité : 0,4%). Chez les enfants âgés entre 5 et 14 ans, la fréquence de la surcharge pondérale s'élevait à 8,5% (6,2% chez les 5-10 ans et 13,1% chez les 11-14 ans). L'obésité concernait 1,4% des 5-14 ans.

■ Dénutrition infantile

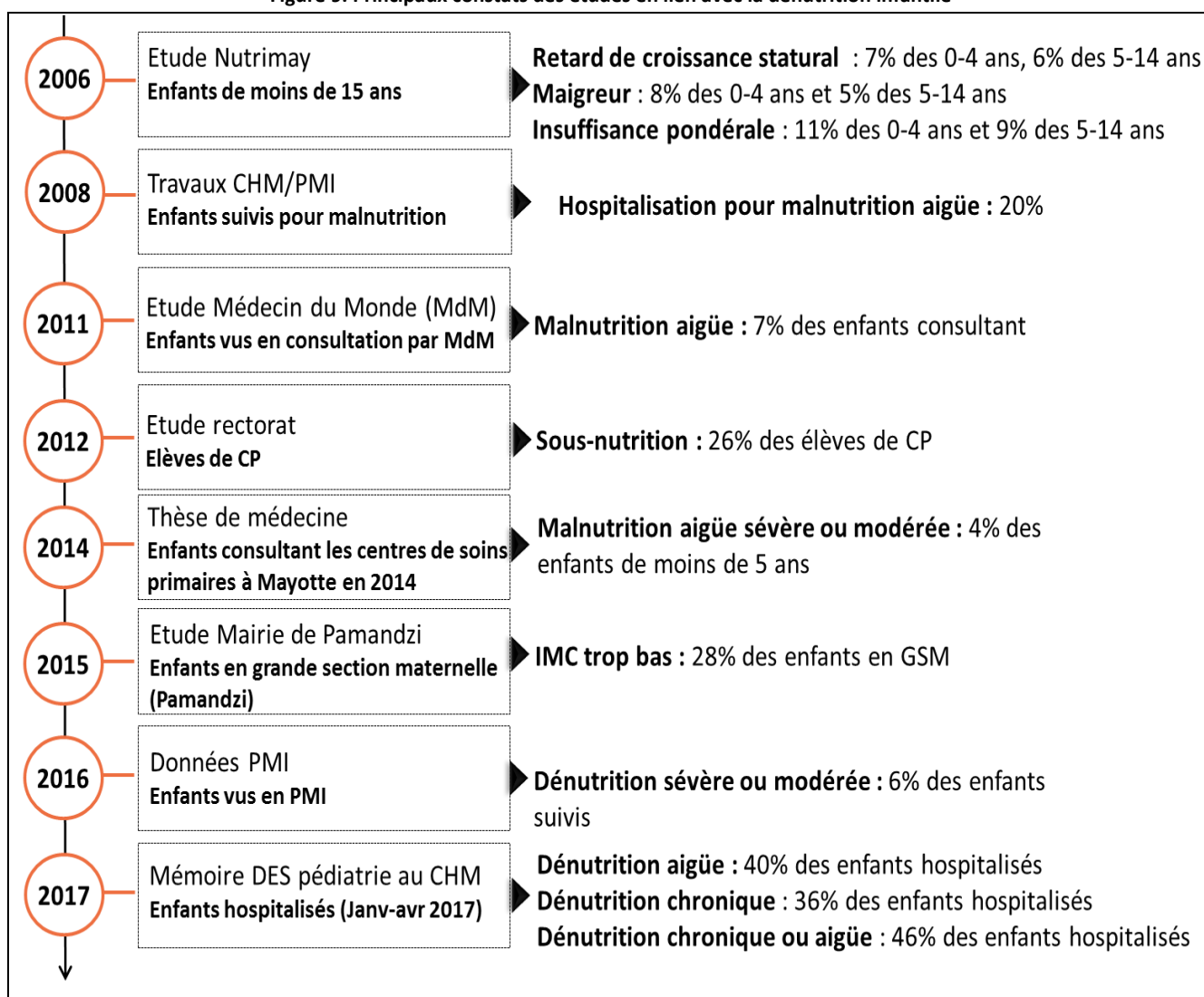
• Fréquence de la dénutrition infantile

Une dénutrition infantile persistante à Mayotte

Différentes études anciennes et d'autres travaux plus récents ciblés ou ponctuels ont exploré la problématique de la dénutrition infantile.

Les résultats de ces différents travaux, réalisés au cours des 15 dernières années, témoignent de la persistance de formes modérées à sévères de dénutrition infantile aigüe ou chronique à Mayotte.

Figure 9. Principaux constats des études en lien avec la dénutrition infantile



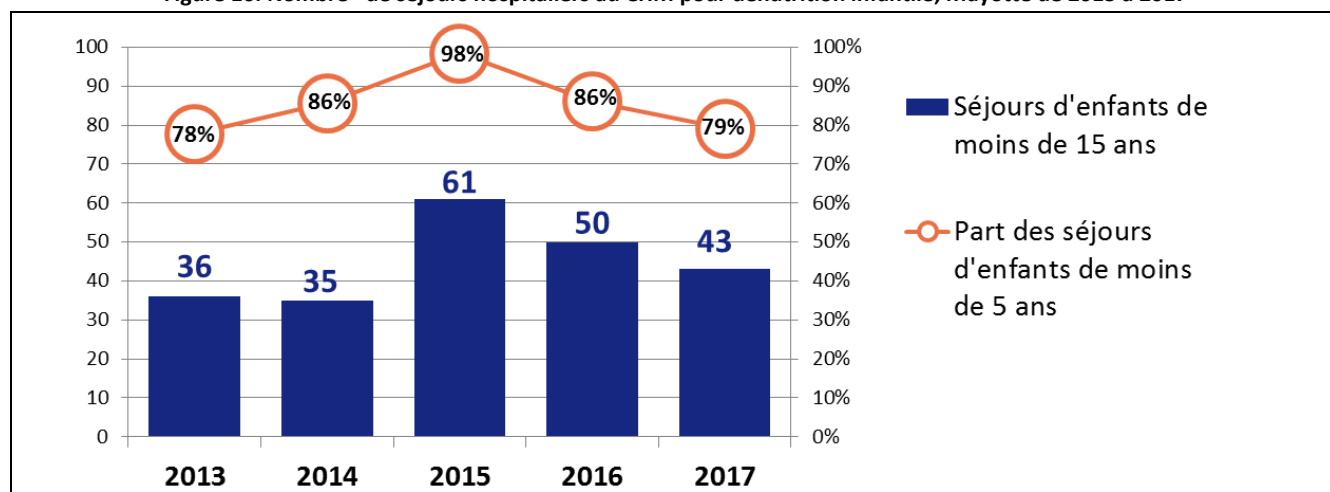
Sources : Enquêtes [23-30]

- **Hospitalisations pour dénutrition infantile**

Une quarantaine d'hospitalisations d'enfants pour dénutrition en moyenne chaque année à Mayotte

Entre 2013 et 2017, environ 230 séjours hospitaliers d'enfants de moins de 15 ans ont été recensés au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) pour un diagnostic de dénutrition : soit 45 enfants en moyenne chaque année. Dans la grande majorité des hospitalisations, il s'agit d'enfants de 0 à 4 ans.

Figure 10. Nombre* de séjours hospitaliers au CHM pour dénutrition infantile, Mayotte de 2013 à 2017



Source : PMSI

Note de lecture : % calculés à partir du nombre de séjours d'enfants de moins de 5 ans sur le nombre de séjours d'enfants de moins de 15 ans.

* Nombre arrondi à la dizaine près

Note méthodologique : ont été sélectionnés les séjours hospitaliers au Centre hospitalier de Mayotte d'enfants de moins de 15 ans pour lesquels le diagnostic principal est la dénutrition (code CIM 10 : E40-E46)

■ Diabète

● Fréquence du diabète en population générale [20-21]

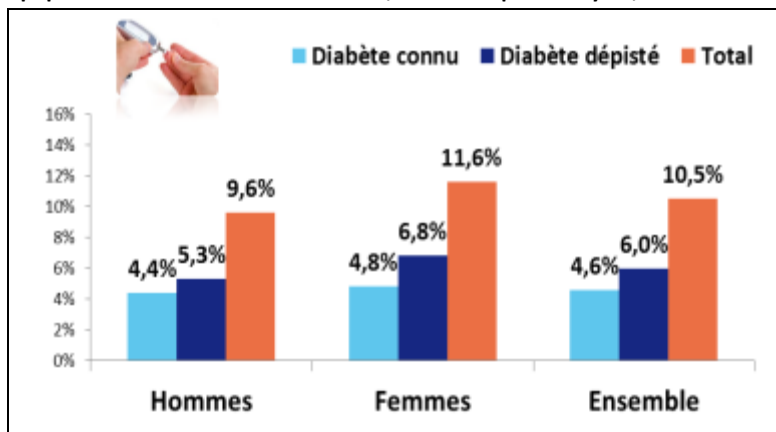
En 2008, une prévalence du diabète globale estimée à 10,5%

Selon l'étude Maydia, la prévalence globale du diabète s'élevait à 10,5% à Mayotte en 2008. Elle n'était pas différente chez les hommes et chez les femmes. Elle était faible (3%) pour les 30-39 ans, mais s'élevait à 15% entre 40 et 59 ans puis à 26% entre 60 et 69 ans.

En 2008, plus de la moitié des diabétiques ignoraient leur diabète

L'étude Maydia estimait en 2008 à 6% la prévalence du diabète nouvellement dépisté qui n'était pas connu et à 4,6% la prévalence du diabète connu. Ainsi, plus d'une personne sur deux ignorait qu'elle était diabétique.

Figure 11. Prévalence du diabète connu et non connu, au sein de la population mahoraise de 30 à 69 ans, selon l'enquête Maydia, 2008



Sources : Etude Maydia 2008, InVS 2009 : Étude réalisée auprès de 1 268 adultes tirés au sort, âgés de 30 à 69 ans résidant depuis plus de 5 ans à Mayotte. La prévalence du diabète a été estimée à partir des 544 personnes s'étant présentées en centre de santé. [20-21]

● Fréquence du diabète traité pharmacologiquement

Hausse du nombre de patients diabétiques traité pharmacologiquement

Près de 5 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en 2017 (au moins 3 ADO délivrés) : soit une augmentation de 35% entre 2013 et 2017 des patients.

La fréquence du diabète traité (au moins 3 ADO) au sein de la population des assurés sociaux ayant recours aux pharmacies libérales à Mayotte est estimée entre 6% et 7%. Cette fréquence est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (7% chez les hommes contre 6% chez les femmes).

Tableau 6. Les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement au sein de la population des assurés sociaux ayant recours aux pharmacies libérales* à Mayotte

	2013	2014	2015	2016	2017
Au moins une délivrance d'ADO dans l'année					
Ensemble	4 000	4 400	4 800	5 100	5 400
% Femmes	55%	55%	56%	57%	57%
Age moyen	54,5	54,9	55	55,5	55,6
Part (%) *	6,2	6,9	7,2	7,2	7,0
Au moins 3 délivrances d'ADO dans l'année					
Ensemble	3 700	4 000	4 500	4 700	5 000
% Femmes	54%	55%	56%	55%	56%
Age moyen	54,7	55,4	55,6	55,9	56,0
Part (%) *	5,7	6,4	6,7	6,6	6,5

Source : Sniir-am (Exploitation ARS OI / ORS OI)

Exploitation ORS OI

* au sein de la population consommante (ayant eu au moins un remboursement par l'Assurance maladie dans l'année)

Les données présentées ici ne concernent que les patients ayant un traitement pharmacologique parmi les assurés sociaux ayant recours aux pharmacies libérales. Cette prévalence ne concerne donc qu'une partie du phénomène sur l'île. La définition du « diabète traité pharmacologiquement » la plus courante est : trois délivrances d'Antidiabétique oraux (ADO) ou d'insuline au cours de l'année. Pour Mayotte, en raison de l'organisation particulière du système de soins, la définition du diabète traité peut être élargie à au moins une délivrance d'ADO ou d'insuline au cours de l'année.

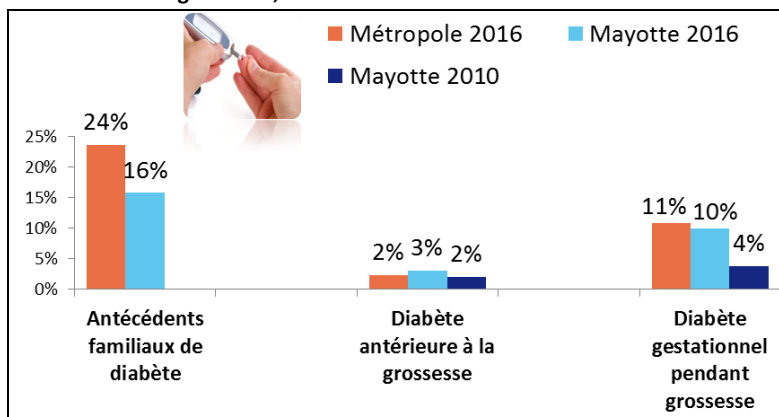
• Fréquence du diabète chez les femmes enceintes [22]

D'après les données recueillies dans le dossier médical, 3% des parturientes mahoraises avaient un diabète avant la grossesse en 2016, sans différence notable avec la situation de 2010 ou la situation métropolitaine de 2016 (2%). En revanche, 15% des parturientes à Mayotte ont déclaré l'existence d'un antécédent familial de diabète, ce qui moindrait que la proportion constatée au niveau métropolitain (24%).

1 femme enceinte sur 10 avec un diabète gestationnel en 2016

Le diabète gestationnel concerne 10% des parturientes en 2016 à Mayotte (25% pour les mères de plus de 35 ans). Cette fréquence est comparable à celle constatée en Métropole en 2016. Etant donné le suivi médical insuffisant de certaines mères sur l'île, il est possible que la prévalence réelle de cette complication soit plus élevée. Par rapport à 2010, la fréquence du diabète gestationnel semble avoir augmenté significativement mais cela ne reflète pas la réalité car la définition a changé entre 2010 et 2016 (le seuil de glycémie à jeun a été abaissé à 0,92 g/L, suite à de nouvelles recommandations nationales et internationales).

Figure 12. Fréquence du diabète pendant la grossesse et antérieurement à la grossesse, et antécédents familiaux de diabète



Source : Enquête nationale périnatale et extension à Mayotte : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010 et ENP 2016 [22]

Note méthodologique :

- Antécédents familiaux : données déclaratives (entretiens en face à face)
- Diabète pendant la grossesse et antérieure à la grossesse : recueil de données dans le dossier médical

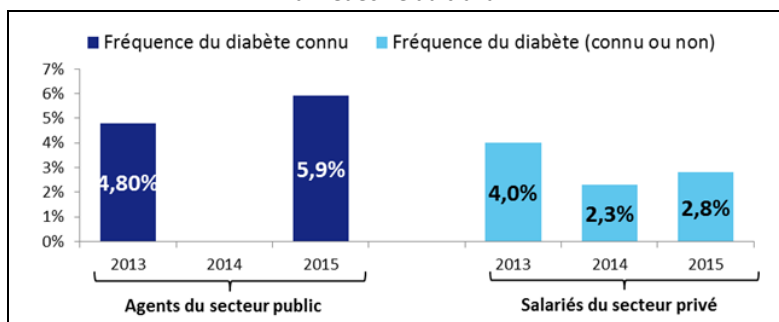
• Chez les salariés du privé et du public

Fréquence du diabète : entre 3 et 6% des salariés du secteur public territorial et privé en 2015

Parmi plus de 800 agents de la fonction publique territoriale (FPT) reçus par le service de médecine préventive du Conseil Départemental en 2015, 6% présentaient un diabète (inscrit dans le carnet de santé) : 6% des hommes et 5% des femmes.

Parmi plus de 4 900 salariés du secteur privé reçus par la Medetram en 2015, 3% présentaient un diabète connu ou nouvellement dépisté (le statut diabétique du patient est défini à partir du carnet de santé du patient, correspondant alors au diabète connu, et à partir du test de dépistage du diabète par bandelettes, correspondant au diabète nouvellement dépisté, sans distinction entre les deux).

Figure 13. Prévalence du diabète connu et non connu, selon les données de la médecine du travail



Sources : Service de médecine préventive du Conseil départemental (CD), MEDETRAM

Pour les données de la médecine préventive du Conseil Départemental (CD) : l'information sur le diabète connu est recueillie à partir des carnets de santé lors de la visite des agents au service de médecine préventive du CD de Mayotte en 2015 : 1 110 agents en 2013, 848 agents en 2015. Pour les données de la MEDETRAM : il s'agit du diabète connu ou non des salariés du secteur privé reçus par la Médecine du travail de Mayotte (Medetram). L'information est recueillie à partir des carnets de santé et des résultats des dépistages du diabète par les bandelettes : pour 5 250, 4 921 en 2014 et de 3 751 agents en 2015.

Il faut rester prudent avec ces chiffres car ils peuvent être sous-estimés par manque d'exhaustivité des données enregistrées dans la base de données informatisée.

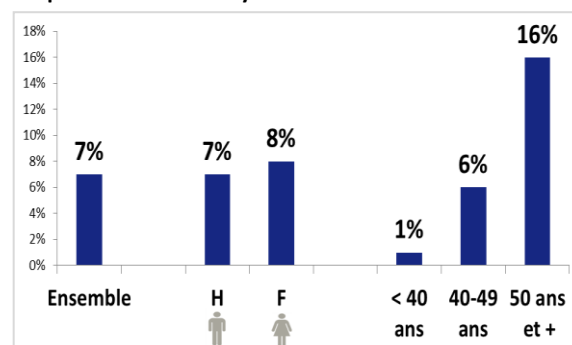
• Chez les agents du Conseil départemental vus en consultation en 2017

En 2017, 600 agents du Conseil Départemental ont été vus en consultation par le service de médecine préventive du Conseil Départemental (51% de femmes, âge moyen de 44 ans).

Parmi ces agents vus en 2017, près d'un agent sur 10 ont un diabète connu (16% chez les agents de 50 ans ou plus).

De manière cohérente avec les données en population générale, les femmes sont un peu plus concernées.

Figure 14. Fréquence du diabète chez les agents du Conseil Départemental de Mayotte vus en consultation en 2017



Source : Conseil Départemental de Mayotte, Service de Médecine préventive

Note méthodologique : le service de médecine préventive du Conseil Départemental (CD) de Mayotte suit les agents du CD, des communes et de leurs établissements publics et le personnel technique et administratif (PTA) du service départemental d'incendie et secours (SDIS), soit environ 7 000 agents. Pour des raisons administratives, seules les données sur les agents du CD (3 000 agents) peuvent être mises à disposition par le CD.

Les données présentées ici concernent les agents du CD vus dans l'année par le service de médecine préventive du CD.

Un agent est noté comme « diabétique » lorsque le diagnostic est posé par le médecin traitant, à savoir qu'il y a la preuve dans le carnet de santé ou avec l'ordonnance de traitement anti diabétique. Lorsqu'un patient présente une glycosurie ou une glycémie capillaire élevée au moment de la consultation, le médecin de prévention adresse systématiquement l'agent à son médecin traitant ; l'agent sera considéré comme diabétique lors de la consultation suivante si le médecin a posé le diagnostic entre temps.

On peut noter des limites d'exhaustivité et de représentativité des données :

- Sur les 3 000 agents du CD, la file active est d'environ 2 000 agents malgré 7 ans d'activité (environ 1 millier d'agents, le plus souvent des cadres, n'ont jamais été vus en consultation).
- Les données ne sont pas représentatives de la population mahoraise ; elles ne concernent que les salariés du CD vus en consultation par le service de médecine préventive. Elles ne reflètent ainsi qu'une vision partielle des salariés du public, et des salariés (public et privé) de Mayotte.

Par ailleurs, il existe une sous-estimation de la fréquence réelle du diabète. En effet, la prévalence réelle du diabète est difficile à estimer de manière précise puisqu'elle est composée de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, de la prévalence du diabète non traité (ou uniquement par des mesures hygiéno-diététique) et de la prévalence du diabète non diagnostiqué. Les données recueillies dans le cadre des consultations auprès de la médecine préventive reflètent la prévalence du diabète connu (diagnostiqué) ; elles permettent d'estimer la fréquence du diabète connu uniquement, et sous-estime ainsi la fréquence réelle du diabète.

Zoom : la fréquence de l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque des pathologies nutritionnelles. Les études en population générale ou sur d'autres publics cibles montrent de manière cohérente une fréquence élevée de l'HTA à Mayotte.

➤ En population générale [20-21]

Selon l'étude Maydia en 2008, la fréquence de l'HTA (connue ou dépistée) était estimée à 40% des personnes de 30 à 69 ans vivant à Mayotte : la moitié des hommes et plus d'un tiers des femmes.

La fréquence de l'HTA déclarée était de 15% avec un traitement en cours pour un peu plus de la moitié (56%), alors que l'HTA mesurée s'élevait à 33%. Ainsi, l'HTA est souvent méconnue du patient.

La fréquence de l'HTA augmente significativement avec l'âge de 33% chez les 30-39 ans (dont 27% de HTA non connue) pour atteindre 62% chez les 60-69 ans (dont 33% de HTA non connue).

➤ Chez les femmes enceintes [22]

D'après les données recueillies dans les dossiers médicaux des mères en 2016 à Mayotte, 4,5% avaient présenté de l'hypertension artérielle (HTA) avant leur grossesse (dont 2,3% une HTA chronique et 2,2% pour une grossesse antérieure). Cette fréquence est 2 fois plus élevée que celle observée en Métropole en 2016.

L'HTA pendant la grossesse est mentionnée pour 6% des mères mahoraises en 2016 ; cette complication est plus fréquente à Mayotte qu'en Métropole. Par ailleurs, il est possible que l'estimation locale soit sous-estimée en raison d'un biais de diagnostic ; les femmes enceintes à Mayotte bénéficient d'un suivi médical adéquat inférieur à celui des métropolitaines.

Politiques, acteurs et actions

Le Programme national nutrition santé (PNNS) invite l'ensemble des acteurs à prendre en considération l'importance de la nutrition comme déterminant de santé et à mettre en œuvre des actions développant des environnements favorables invitant chacun à respecter les repères nutritionnels édictés afin d'agir non seulement sur le surpoids et l'obésité mais également sur la survenue d'autres pathologies chroniques.

La santé nutritionnelle implique une diversité d'acteurs de santé, médicaux et paramédicaux, en termes de prévention, de dépistage, de diagnostic, d'accompagnement, ...

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) rédige des repères nutritionnels sur l'alimentation et l'activité physique et apporte également des indications sur le sommeil et la lutte contre la sédentarité (définie comme un état de très faible dépense énergétique).

Des recommandations et référentiels de bonnes pratiques sont également élaborés pour le parcours de soins et de prise en charge des patients concernés par l'obésité ou la dénutrition des patients par la Haute Autorité de Santé (HAS) notamment.

Les faits marquants

Politiques publiques	- L'amélioration de la santé nutritionnelle, un enjeu de santé défini dans le plan de santé 2018-2028 pour Mayotte - Une thématique transversale et pluridimensionnelle, déclinée dans plusieurs plans d'actions locaux (santé, conférence de consensus sur le diabète, restauration scolaire, ...)
Prévention	- Augmentation des financements pour la prévention nutritionnelle sur l'île par l'ARS OI : un nombre d'actions financées multipliées par 4 entre 2015 et 2015 - Une dynamique de prévention autour de la nutrition - La nutrition, une thématique fréquente dans les actions de prévention - Une diversité d'acteurs et d'actions proposées sur l'île - Des actions en direction de différents publics : jeunes, population générale, professionnels, ... - Une forte mobilisation autour du dépistage du diabète : un dépistage largement généralisé chez les femmes enceintes, des actions renouvelées annuellement auprès des publics à risque mises en œuvre par Rediab'Ylang, des initiatives mises en place dans le milieu professionnel
Prise en charge et ETP	- Plusieurs professionnels de santé concernés par la prise en charge des pathologies nutritionnelles - Une offre de soins limitée sur l'île, en particulier pour les professionnels de santé spécialistes des pathologies nutritionnelles - 2 programmes d'éducation thérapeutique du patient liés à la nutrition autorisés sur l'île

■ Politiques publiques

• Politiques publiques Nationales

L'obésité, maladie chronique, fréquente, multifactorielle et aux nombreuses comorbidités est devenue un problème majeur de santé publique. Depuis 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) [31] est un plan de santé publique qui vise à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population et notamment à lutter contre l'augmentation du surpoids et de l'obésité en France, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le PNNS 2011-2015 (plan de 3ème génération) a pour objectif prioritaire la lutte contre les inégalités sociales de santé. En effet, plusieurs objectifs initialement fixés dans le PNNS ont été partiellement ou totalement atteints (comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes) au fil des années mais ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toute la population. Les objectifs quantifiés sur la nutrition, ont été regroupés selon quatre axes :

1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population.
2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges.
3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque.
4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, Troubles du comportement alimentaire).

Aujourd'hui, en plus du PNNS, un certain nombre de plans gouvernementaux ont pour objectifs communs l'amélioration de l'alimentation tant sur le plan qualitatif que quantitatif et la lutte contre la sédentarité, dont :

- Le plan cancer 2014-2019
- Le plan national santé environnement (PNSE 3) 2015-2019
- Le plan obésité (PO) 2010-2013 : il s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients ainsi que par une dimension importante de recherche.
- La stratégie de santé pour les Outre-Mer
- Le programme national pour l'alimentation (PNA), ...



Dans les départements d'Outre-mer, la prévalence de l'obésité mais aussi des autres pathologies associées (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires) est plus élevée qu'en Métropole. Leur prévention, leur dépistage et leur prise en charge y sont une priorité de santé publique. La spécificité de la situation nutritionnelle est étroitement liée aux particularités culturelles, économiques, géographiques, climatiques et aux productions agricoles.

C'est pourquoi une déclinaison du Programme National Nutrition Santé (PNNS 2011-2015) et du Plan obésité 2010-2013 pour les populations d'Outre-mer, adaptée aux particularités de chaque territoire, a été élaborée dans le cadre d'un travail interministériel piloté par la Direction générale de la santé et en concertation avec les représentants locaux de l'Etat (ARS, DAAF, DJSCS).



- **Politiques et stratégies régionales**

Un projet de Santé (PRS2) Réunion-Mayotte 2018-2028 [2]



Adopté le 29 juin 2018 au terme d'une consultation publique de trois mois, l'ARS Océan Indien a adopté le nouveau Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2028.

Ce projet pluriannuel se structure autour de trois documents :

- Un Cadre d'orientations stratégiques (COS) à 10 ans,
- Un Schéma de Santé (SRS) à 5 ans
- Et un Programme pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) à 5 ans.

Le COS (Cadre d'Orientations Stratégiques) [1] constitue le socle du Projet de Santé de La Réunion et de Mayotte 2018-2028. Il porte, pour les deux îles, une ambition partagée d'amélioration de la santé de la population et de meilleur fonctionnement du système de santé.

À partir des enjeux de santé prioritaires, le COS détermine ainsi à 10 ans les objectifs généraux et les résultats attendus.

Conformément à l'inscription de la santé dans le pacte républicain, il vise la réduction des inégalités sociales et territoriales.

Il fixe les huit orientations stratégiques prioritaires pour améliorer la santé de la population et le fonctionnement du système de santé :

- La santé des femmes, des couples et des enfants
- La préservation de la santé des jeunes
- **La santé nutritionnelle**
- La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées
- La promotion et la protection de la santé mentale
- La prévention et la prise en charge des maladies chroniques
- L'environnement au service de la santé
- Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire



La santé nutritionnelle est donc l'une des priorités de santé publique à Mayotte pour les 10 prochaines années. Elle fait partie des 8 priorités thématiques portées par ce Projet Régional de Santé II (PRS2).

Une conférence de consensus pour amplifier la dynamique de lutte contre le diabète à Mayotte et à La Réunion.

Ouverte en avril 2016 par l'ARS pour la première fois à La Réunion et à Mayotte, en association avec ses partenaires institutionnels, cette « Conférence de consensus » visait à mettre en œuvre des actions concrètes, concertées et cohérentes, au bénéfice des patients en :

- S'accordant sur la situation du diabète, à La Réunion et à Mayotte
- Produisant des référentiels d'interventions dans différents domaines, allant de la prévention, jusqu'à l'accompagnement des patients. Ces référentiels d'action synthétisant les modalités d'actions faisant l'objet de consensus apportent un cadre stratégique et opérationnel aussi bien aux financeurs qu'aux acteurs, dans le cadre de la mise en œuvre des programmes alimentation activités nutrition santé (PRAANS) Réunion et Mayotte

Quatre axes (référentiels) sont retenus pour cette première conférence régionale de consensus, en veillant à privilégier les actions les plus profitables à la santé de la population au regard des moyens mobilisés :

- L'observation : connaissance du diabète dans nos îles : quelles données sont disponibles ? quels sont nos besoins de connaissance complémentaire sur le diabète pour mieux agir ?
- La prévention : quels publics cibles ? quels objectifs ? quelles modalités efficaces d'intervention ?
- Le dépistage du diabète : quels bénéficiaires ? quelles modalités d'annonce et d'orientation vers le parcours de soins ?
- L'accompagnement des personnes atteintes : quelle autonomie recherchée des patients dans la prise en compte de leur maladie ? quelles modalités de soutien pour permettre aux patients de ralentir la progression de la maladie et de limiter les complications

Des travaux menés dans différents ateliers dédiés à ces référentiels ont permis de faire émerger les consensus forts sur ces thématiques. Ces consensus sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7. Les différentes recommandations adoptées pour chaque référentiel

Observation	L'observation au service du plaidoyer
	Développer l'observation des actions
	Une observation participative et citoyenne
	Améliorer les données et leur exploitation
Dépistage	Repérer les pré diabétiques, les diabétiques, les dénutris
	Intégrer les actions de dépistage dans un parcours de santé
	Développer un cahier des charges commun pour tous les acteurs de dépistage
Prévention Primaire	Agir sur l'ensemble des déterminants
	Privilégier des approches territoriales
	Prioriser les populations les plus fragiles et les jeunes
	S'appuyer sur une coordination locale
Prévention ciblée	Accompagner les pré diabétiques et post diabète gestationnel
	Améliorer durablement les comportements nutritionnels
	Développer l'accompagnement motivationnel
	Renforcer le suivi médical
Education thérapeutique	Soutenir l'amélioration continue de la qualité de l'offre existant
	Inscrire l'offre d'ETP à Mayotte dans le cadre d'un parcours éducatif

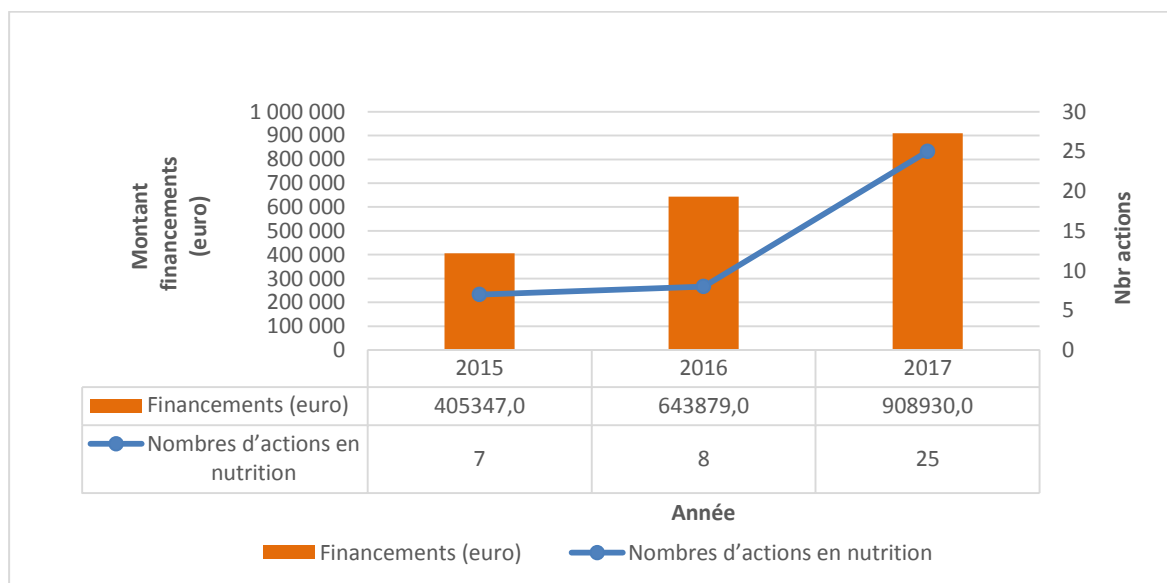
Source : Référentiels élaborés dans le cadre de la Conférence de Consensus du Diabète

■ Acteurs, Action et Prévention

• Financement des projets sur la nutrition-santé à Mayotte par l'ARSOI

L'ARS Océan Indien finance chaque année plusieurs actions concernant la nutrition à Mayotte. Les financements ne cessent d'augmenter ces dernières années : preuve que la santé nutritionnelle demeure une priorité dans la région.

Figure 15. Financement d'actions de la nutrition-santé à Mayotte par l'ARS



Source : ARS OI

Le nombre d'actions nutrition financées par l'ARS OI à Mayotte a plus que triplé de 2015 (7 actions) à 2017 (25 actions). Les montants de financement ont plus que doublé entre 2015 (405 347 euros) et 2017 (908 930 euros). L'ARS OI avec ses partenaires comptent continuer à augmenter leurs financements dans les prochaines années pour les actions dédiées à la nutrition -santé à Mayotte. Cette augmentation de l'enveloppe budgétaire dédiée à la nutrition témoigne de la volonté de l'ARS OI d'impulser une nouvelle dynamique en matière de nutrition sur le territoire.

• Une diversité d'acteurs et d'actions

Plusieurs acteurs œuvrent autour de la prévention sur la thématique nutrition-santé que ce soit dans une logique de promotion de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique régulière, de prévention de l'obésité dès le plus jeune âge, d'information sur le risque diabétique, de dépistage précoce de la maladie, ... Ces acteurs peuvent être institutionnels ou associatifs, spécialisés ou plus généralistes, départementaux ou de proximité. Des partenariats peuvent être créés entre eux de manière à mutualiser les compétences de chacun.

Ce travail n'a pas pour vocation de recenser de manière précise l'ensemble des acteurs qui interviennent sur la problématique nutrition-santé. Cette problématique mobilise une grande variété d'acteurs.

Différentes actions sont menées en population générale autour de la thématique nutrition-santé, autour des pathologies nutritionnelles, de leurs facteurs de risques, des comportements défavorables à la santé, ... tout au long de l'année.

Ces actions visent différents publics : la population générale, les personnes en situation d'obésité ou en surpoids, les patients avec des maladies nutritionnelles (diabétiques, ...), les enfants ou les jeunes à l'école ou dans leurs activités de loisirs, les femmes enceintes, les personnes en situation de précarité, ... ou encore les professionnels impliqués autour de la santé nutritionnelle.

Elles peuvent avoir des objectifs variables : sensibiliser à l'éducation nutritionnelle ; favoriser la pratique régulière d'une activité physique ; prévenir ou dépister les maladies nutritionnelles (obésité, obésité infantile, diabète, maladies cardiovasculaires, ...), ...

Elles peuvent être ponctuelles ou plus régulières et se dérouler lors de campagnes de prévention, de congrès, de journées ou lors de manifestations ou événements proposant des dépistages ciblés.

Les actions étant multiples et variées, il n'est pas possible de les recenser de manière précise dans ce travail. A titre d'exemple, nous vous proposons des zooms sur quelques actions nutrition mises en place au niveau local.

• Projets nutrition IREPS 2017-2018

L'IREPS (Instance Régionale pour l'Education et de Promotion de la Santé) de Mayotte participe activement à l'amélioration des connaissances de la population de Mayotte sur la nutrition par l'accompagnement en éducation nutritionnelle. La nutrition occupe une place très importante dans les programmes de l'IREPS.

Tableau 8. Bilan 2017 du pôle animation de l'IREPS

Thématique	Nombre de programmes	%
Santé /Environnement	38	26
Nutrition	36	24
Sexualité	35	23
Addiction	30	20
Autres	10	7
Total	149	100

Source : IREPS Mayotte (www.irepsmayotte.org)

IREPS Mayotte - Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (A l'étage du dispensaire de Mtsapéré, Quartier Maévantana Mtsapéré BP 521 Kawéni - 97600 Mamoudzou)

Avec 36 programmes sur la nutrition en 2017 (24% des programmes du pôle d'animation), la nutrition représentait la 2^{ème} thématique la plus abordée à l'IREPS, après la « santé /environnement ».



Plusieurs projets sur la nutrition-santé ont été réalisés par l'IREPS en 2017. C'est le cas de la « Fraîch' attitude » qui est une semaine de dégustations et de découvertes des fruits et légumes frais sous le haut patronage du ministère de l'agriculture et de la pêche.

L'IREPS assure également un accompagnement méthodologique nutrition et dispense plusieurs formations nutrition sur l'ensemble du territoire mahorais.

En 2018, près de 22 formations sont été dispensées : 273 personnes ont été formées sur différentes thématiques de la santé nutritionnelle telles que :

- L'activité physique et surpoids
- Hygiène et équilibre alimentaire
- Croissance et équilibre alimentaire
- ...

Le public concerné était divers : des enfants, des jeunes adultes, des femmes en surpoids, des préparateurs BAFA adulte, etc....



• Formation de formateurs sur la nutrition à Mayotte : du 3 au 7 décembre 2018

L'ARS OI, en partenariat avec l'Institut Scientifique et Technique de la Nutrition et de l'Alimentation (Cnam-ISTNA), a organisé à Mayotte une formation de formateurs sur la nutrition. La formation s'est déroulée sur 5 jours, du 3 au 7 décembre 2018, et a été dispensée à 20 personnes venant des structures suivantes :

- Croix Rouge française,
- Vice rectorat,
- PMI,
- UFOLEP,
- CROS,
- Mlezi Maoré,
- Yes We Can Nette,
- Alama Salimini,
- IREPS,
- Rédiab'Ylang,
- Commune de Chirongui,
- CCAS de Bandréélé,
- Mairie de Sada.

Les objectifs de la formation étaient :

- De comprendre les enjeux de la nutrition
- De mettre à jour ses connaissances et garantir la qualité des informations autour des connaissances en matière de nutrition et appréhender le PNNS (Plan National Nutrition Santé)
- Connaître les besoins nutritionnels en fonction des publics
- Améliorer ses connaissances sur le diabète, le surpoids et l'obésité
- Être en mesure d'orienter les personnes diabétiques en surpoids et obèses vers un service adapté
- Comprendre les raisons de la dénutrition et être sensibilisé aux situations à risque
- Être en mesure de diagnostiquer et prévenir la dénutrition
- Appréhender les techniques d'animation en éducation pour la santé, en nutrition, et être en mesure de proposer des animations en adéquation avec les différents publics
- Être en mesure de mettre en place une session de formation avec les bases de la nutrition
- Impulser la mise en place concrète d'une action en nutrition à destination des professionnels

A l'issue de la formation, 5-6 personnes ont été identifiées pour mettre en place des formations à destination de tout type de public (association, collectivité, secteur privé, etc.) avec pour objectif, la création d'une culture commune en nutrition sur tout le territoire.

- **Campagne de sensibilisation de l'ARS en 2019 : Mangez sain – Bougez Malin**

L'ARS Océan Indien, direction de l'île de Mayotte, a initié une grande campagne de prévention et de communication sur la thématique « Mangez sain – Bougez Malin » avec le soutien du Comité régional olympique et sportif (CROS) de Mayotte et du réseau Rédiab'Ylang. Cette campagne, intitulée « Maescha Mema » a pour objectifs :

- D'accompagner la population mahoraise dans la compréhension des concepts « Mangez sain » et « Bougez malin »,
- D'informer la population locale sur les maladies nutritionnelles
- De faire connaître l'offre associative en alimentation et en sport – santé sur le territoire de Mayotte

Sur le long terme, ce projet vise à faire évoluer les comportements alimentaires et la pratique d'une activité physique chez la population mahoraise. Elle s'adresse à l'ensemble des mahorais âgés de 18 à 65 ans, avec un axe fort en direction des mères de famille, qui, selon la culture locale, ont un rôle clef dans l'achat et la préparation des repas.

Cette campagne sera déployée à Mayotte jusqu'en avril 2019. Le rendez-vous le plus important de la campagne est le « mois de la nutrition » qui sera célébré durant tout le mois de mars 2019. Il sera officiellement lancé le 2 mars 2019 à l'occasion d'une journée événementielle aux couleurs de la campagne Maescha Mema. Le grand public pourra échanger avec des professionnels, découvrir comment les aliments peuvent améliorer la vie et la santé, inspirer les enfants et initier les gens à de nouvelles activités physiques (*séance de zumba, rencontres avec les associations sportives*), ...

Enfin, tout au long du mois de mars, de nombreuses actions/activités sur la thématique de l'alimentation et de l'activité physique seront à découvrir sur l'ensemble de l'île. Cet événement est appelé à se renouveler chaque année sur le territoire de Mayotte



Source : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/lancement-dune-campagne-de-prevention-sur-la-nutrition-mayotte-mangez-sain-bougez-malin>

■ Dépistage du diabète

Le dépistage est un axe fort de la prévention : dépistage de l'obésité, de la dénutrition, du diabète, des cancers, ...

• Dépistage du diabète chez les salariés

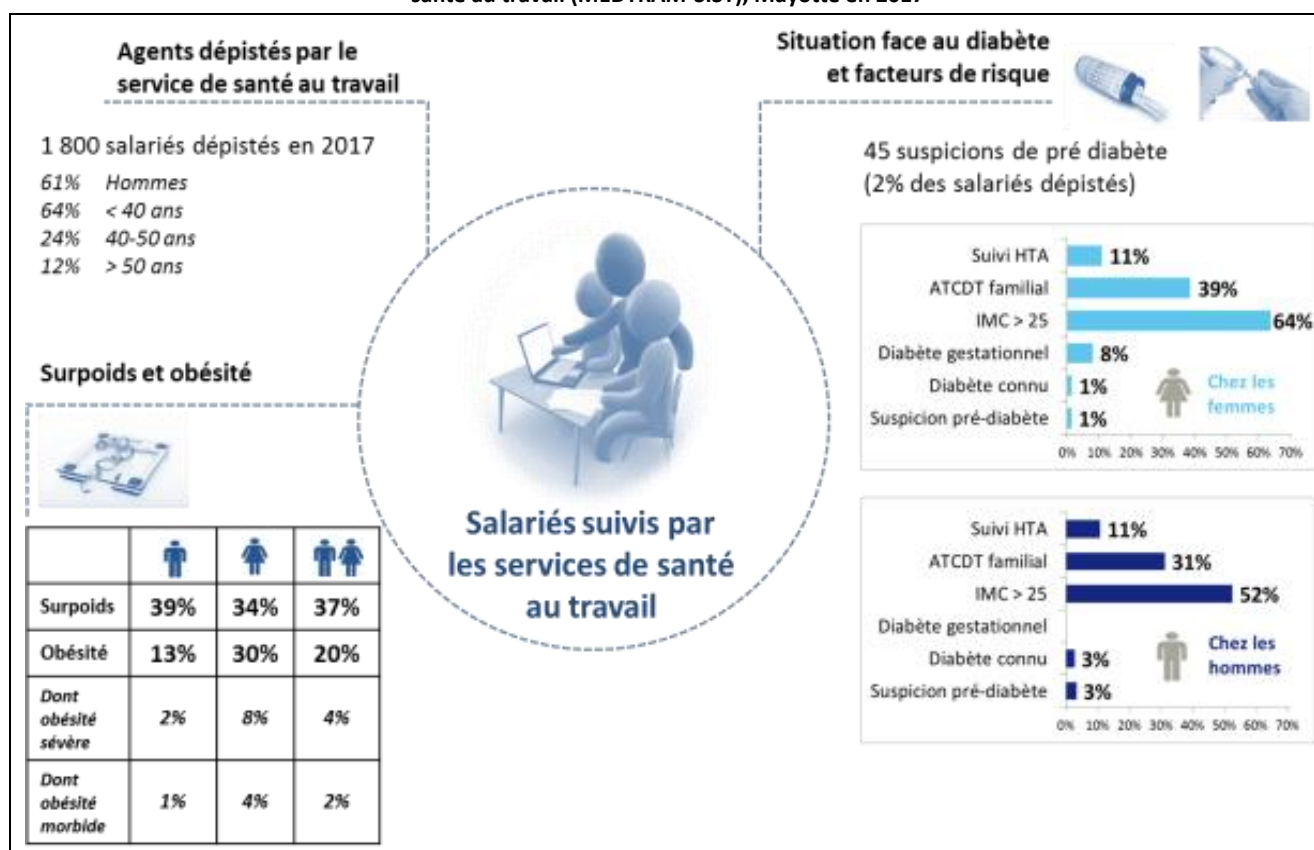
Des facteurs de risque du diabète bien présents chez les salariés : obésité, HTA, antécédents familiaux, ...

Le service de santé au travail de Mayotte auprès des salariés du secteur privé (MEDETRAM-SIST) a mis en place en 2017, un dépistage systématique du diabète chez les salariés vus en consultation dans l'année par l'infirmière.

Les données recueillies lors du dépistage montrent une fréquence élevée des facteurs de risque liés au diabète : surcharge pondérale, HTA, les femmes étant plus concernées.

La fréquence du diabète (connu et dépisté) est de 5% parmi les salariés dépistés en 2017. La fréquence est plus élevée chez les hommes mais on constate une fréquence élevée du diabète gestationnel chez les femmes dépistées (8%).

Figure 16. Indicateurs sur le dépistage du diabète réalisé auprès des salariés vus en consultation par l'infirmière du service de santé au travail (MEDTRAM-SIST), Mayotte en 2017



Source : MEDETRAM – SIST Mayotte

Note méthodologique :

En 2017, la MEDETRAM a mis en place un dépistage systématique du diabète auprès des salariés lors des entretiens infirmiers à la MEDETRAM.

Dépistage réalisé à partir des outils suivants :

- BU (bandelette urinaire pour voir la présence de sucre) ;
- questionnaire pour repérer les facteurs de risques
- glycémie capillaire proposée systématiquement (l'agent est libre d'accepter ou de refuser)

Des informations sur le sexe, l'âge et les facteurs de risques sont recueillies à partir du questionnaire et de l'entretien avec l'infirmière.

Limites :

Les données ne concernent que les salariés suivis par la MEDETRAM (secteur privé) et vus par les infirmier-ère-s (environ 1 800 salariés par an). Sont exclus les salariés vus par le médecin de la MEDETRAM (nouveaux embauchés, les SMR, les reprises, cas compliqués, ...).

Le dépistage a été initié en 2017 ; il n'y a pas d'historique.

Les données sur les facteurs de risques sont déclaratives.

- **Dépistage du diabète chez les femmes enceintes**

Un dépistage du diabète pendant la grossesse quasi-généralisé à Mayotte

Face à la fréquence élevée du diabète sur l'île, le dépistage du diabète gestationnel est bien connu des femmes et est fréquemment réalisé : 86% des femmes enceintes en 2016 à Mayotte contre 73% en Métropole.

En 2010, la fréquence de réalisation du dépistage au cours de la grossesse était de 76% à Mayotte.



- **Dépistage du diabète par Rediab'Ylang**

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise un dépistage ciblé chez les sujets les plus à risque. A Mayotte Rediab'Ylang réalise un dépistage lors des manifestations et des actions de prévention contre le diabète. Parmi les populations ciblées figure par exemple : les personnes âgées, les personnes avec un membre de la famille connu diabétique, les personnes en surpoids, etc...

Tableau 9. Dépistage ciblé réalisé par Rediab'Ylang

	2015	2016	2017
Nombre de personnes dépistées	130	103	296
Nombre de personnes présentant une glycémie élevée	51	40	71
* Proportion avec glycémie élevée (%)	39 %	39 %	24 %

*Glycémie élevée= glycémie post prandiale $\geq 1g20$
Source : Rediab'Ylang

En 2017, 296 personnes ont été dépistées par Rediab'Ylang contre 130 personnes en 2015 et 103 en 2016. Cette augmentation du nombre de personnes dépistées témoigne des efforts entrepris par le réseau afin d'améliorer le dépistage des personnes à risque sur le territoire mahorais.

24% des personnes dépistées en 2017 présentent une glycémie élevée contre 39 % en 2015 et 2016. Pour rappel, en 2008, la prévalence du diabète en population générale était estimée à 10,5%.

■ Offre de santé et prise en charge

• Offre en professionnels de santé

L'offre de soins est très limitée à Mayotte. Avec 141 médecins généralistes (dont seulement 21 libéraux), deux gastro-entérologue hépatologues, un pédicure-podologue, neuf diététiciens et environs 720 infirmier-ère-s, les densités de professionnels de santé sont moindres sur l'île de Mayotte par rapport à la Métropole.

Tableau 10. Effectifs et densités des professionnels de santé à Mayotte au 1er janvier 2018 (Hors remplaçant)

Profession	Effectifs Mayotte	Densités (pour 100 000 habitants)	
		Mayotte	Métropole
Médecin généraliste	141	55	141
Salarié-e	120	45	51
Libéral-e	21	8	90
Néphrologue	2	1	3
Infirmier-ère	720*	271*	963
Salarié-e	536	202	816
Libéral-e	184	69	147
Pharmacien	73	27	106
Salarié-e	53	20	60
Libéral-e	20	8	46
Gastro-entérologue et hépatologues	2	1	6
Diététiciens	9	3	19

Sources : ADELI, RPPS, ARS OI, INSEE - Exploitation ARS OI/ ORS OI

*Données au 1er janvier 2017

L'offre de soins très limitée à Mayotte demeure un frein considérable dans l'amélioration du dépistage et la prise en charge du diabète et des pathologies liées à la nutrition à Mayotte.

- **Education thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique a pour objectif de rendre les patients autonomes en leur conférant des compétences d'auto-soins et d'adaptation grâce à des séances individuelles et/ou collectives menées par des professionnels de santé dans le cadre de programmes autorisés par l'ARS. Elle vient en complément de l'éducation intégrée aux soins réalisée par les professionnels de santé.

Des programmes d'éducation thérapeutique pour diabète et obésité sur l'île

Des séances individuelles et collectives d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) sont disponibles à Mayotte pour les patients malgré l'offre très limitée en professionnels de santé. Elles permettent de réduire les inégalités pour les personnes les plus défavorisées, mais aussi la compréhension et l'accompagnement dans ces maladies chroniques que sont l'obésité et le diabète. Les programmes d'ETP sont dispensés sur l'île par Rediab'Ylang (le réseau diabète Mayotte) et par le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

❖ Education thérapeutique chez REDIAB'YLANG

Tableau 11. Participation des patients inclus dans les programmes d'ETP aux activités choisies lors du bilan éducatif partagé (BEP)

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de personnes incluses dans le programme d'ETP	219	295	269	324	122
Nombre de personnes bénéficiant d'un premier BEP	169	184	194	190	94
Nombre de personnes participant à toutes les activités choisies lors du BEP	44	128	117	72	35
% de personnes ayant participé à toutes les activités choisies lors du BEP	26	69	60	38	21

Source : Rédiab'Ylang
BEP : bilan éducatif partagé

Remarque : Les données entre 2013 et 2015 regroupent ceux de Rediab'Ylang et du CHM

En 2017, 122 personnes sont incluses dans le programme d'ETP chez Rediab'Ylang contre 324 personnes en 2016. Le pic de patients inclus en 2016 s'explique par l'arrêt ponctuel du 2^{ème} programme d'ETP sur l'île, proposé au CHM. Etant la seule structure à proposer de l'ETP en 2016, Rediab'Ylang a dû inclure plus de patients pour absorber les besoins.

Le pourcentage de personnes ayant participé à toutes les activités choisies lors du BEP a diminué entre 2014 (69%) et 2017 (21%). Selon Rediab'Ylang, cette baisse s'explique entre autres par les difficultés que rencontrent les patients pour se rendre dans les programmes d'ETP (PAF, situation irrégulière, moyen financier précaire, etc...).

Tableau 12. Suivis des patients inclus dans le programme d'ETP par le podologue de Rediab'Ylang

	2015	2016	2017
Nombre de personnes incluses dans le programme d'ETP	269	324	122
Nombre de personne suivies par le podologue	50	44	34
% de personnes incluses dans le programme d'ETP et suivies par le podologue	19	14	28

Source : Rédiab'Ylang

Un seul podologue est disponible chez Rediab'Ylang pour tous les patients suivis en ETP. L'ensemble des patients inclus dans les programmes d'ETP ne peuvent pas être suivis par le podologue, le pourcentage de personnes suivies reste faible entre 2015 et 2018 (moins de 30%).

❖ Education thérapeutique au CHM

Des séances d'ETP obésité et diabète sont également effectuées au CHM. Les modalités de suivi des patients peuvent être :

- Soit en consultation individuelle
- Soit en consultation collective

Ces consultations sont pluri professionnelles avec l'implication de diététicienne, de kinésithérapeute, et d'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE). Les personnes bénéficiaires sont les patients diabétiques de type 1 et 2 ainsi que les patients ayant un IMC > 30.

Les objectifs et les compétences à développer lors de ces séances d'ETP sont les suivants :

- Comprendre la chronicité afin de mieux accepter et d'assurer une régularité dans l'observance des traitements ;
- Apprendre à « mieux s'alimenter » de manière à diminuer les facteurs de risques cardio-vasculaires ;
- Adapter son comportement pendant le jeûne religieux en lien avec un équilibre glycémique ;
- Apprendre à mesurer les risques d'hypoglycémie et y remédier ;
- Apprendre à reconnaître les bénéfices et risques liés à l'activité physique régulière ;
- Connaître les complications et lever les fausses croyances ;
- Mieux s'alimenter de manière à éviter la prise de poids en adaptant la cuisine traditionnelle aux recommandations nutritionnelles tout en gardant le plaisir de manger.

L'organisation et le lieu des séances d'ETP sont en fonction du type d'ETP dispensé.

Tableau 13. Organisation et activité de l'ETP au CHM

	Programmes	Lieux des séances	Nombre de consultation
ETP obésité	7 ateliers / 5 demi journées, puis suivi sur 12 mois avec des consultations individuelles et collectives pluri professionnelles	Site du CHM en médecine ambulatoire	349 consultations individuelles et 7 consultations collectives
ETP diabète	9 ateliers collectifs / 5 demi journées, puis suivi à 3 mois et à 12 mois avec des consultations individuelles	Secteurs hospitaliers périphériques de l'Ile	Non disponible

Source : CHM

Discussions-Conclusion-Perspectives

• La nutrition-santé

La nutrition, comprenant à la fois l'alimentation et l'activité physique, est impliquée dans la plupart des maladies chroniques fréquentes. La santé nutritionnelle de la population est un enjeu majeur de santé publique à Mayotte, avec une mobilisation renouvelée des acteurs locaux autour du PRS 2018-2028 et de la conférence de consensus diabète.

• Le contexte de ce travail

Dans le cadre de ses missions, l'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien (ORS OI) a été chargé par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) de réaliser un tableau de bord sur la nutrition-santé à Mayotte. L'objectif est de rassembler et de présenter de manière synthétique différents indicateurs sur l'alimentation, l'activité physique, l'état nutritionnel et les pathologies en lien avec la nutrition, avec, quand cela est possible, un suivi des évolutions dans le temps et des comparaisons avec la Métropole. Financé par l'ARS OI et réalisé avec les partenaires, ce premier tableau de bord est un outil local de synthèse des données existantes sur cette problématique à destination des professionnels et des acteurs publics et institutionnels. Il permet de décrire et suivre l'évolution de pathologies ciblées et de leurs facteurs de risques afin de pouvoir définir les orientations en termes de prévention et de prise en charge des patients. **Plusieurs pathologies chroniques sont liées à la nutrition. Dans ce tableau de bord, il a été décidé de cibler l'obésité, le diabète, et la dénutrition infantile.**

• Les résultats

Les données recueillies ici à partir de différentes études ou sources de données mettent en évidence certains constats et réaffirment d'autres constats plus anciens sur la santé nutritionnelle à Mayotte.

Les données disponibles décrivent des comportements à risque en termes d'alimentation et d'activité physique de la population de Mayotte. Les habitudes de vie de la population de Mayotte témoignent d'une malnutrition importante favorisant la survenue de pathologies nutritionnelles dès le plus jeune âge : dénutrition chez les enfants et surpoids et obésité chez les adultes, en particulier chez les femmes (y compris les femmes enceintes). Ce problème est ancien sur l'île. En 2006, à travers les résultats de son étude Nutrimay, l'Institut de veille Sanitaire (InVS) caractérisait la situation nutritionnelle locale comme "typique d'une transition nutritionnelle avec coexistence de malnutrition par carence chez les enfants et de malnutrition par excès chez les sujets âgés de 15 ans et plus". Les auteurs de l'étude InVS concluaient au caractère "préoccupant de la situation nutritionnelle des enfants – marquée par des situations de malnutrition aiguë – et des femmes – marquée par une prévalence élevée de l'obésité –, en lien possible avec la précarité de leurs conditions de vie".

Les données soulignent également les inégalités de comportements et de santé : disparités entre les hommes et les femmes, entre les enfants et les adultes mais aussi entre les populations aisées et les populations précaires. Pour exemple, ces inégalités sociales se traduisent par la consommation de produits différents et plus variés pour les ménages plus aisés. La restauration scolaire, l'aide alimentaire ou l'autoconsommation apparaissent comme des solutions permettant à ceux qui ont le moins de moyens d'apporter une quantité alimentaire supplémentaire.

Les données plus récentes en termes d'offre alimentaire suggèrent que la population de Mayotte est de plus en plus exposée à des déséquilibres alimentaires par excès avec l'introduction croissante des aliments gras et sucrés dans la consommation des enfants et des adultes.

• Les limites du travail et perspectives

Aujourd'hui, il n'y a pas de données actualisées permettant de caractériser précisément la situation nutritionnelle de la population et la fréquence des pathologies nutritionnelles. En effet, les dernières études complètes sur le sujet datent d'une dizaine d'années : Nutrimay [21] en 2006 et Maydia [23] en 2008. Il conviendra donc de traiter ces données « anciennes » avec beaucoup de précautions. Dans l'attente de nouvelles études, ces chiffres restent les références sur l'île, puisque des études plus récentes mais aussi plus ponctuelles et moins robustes en terme statistiques, établissent des chiffres qui ne montrent pas de nettes améliorations.

Ainsi, de nouvelles études épidémiologiques et sociologiques afin de savoir si ces comportements restent toujours aussi importants et suivre les évolutions de comportements et de survenue des maladies sont nécessaires :

- chez les jeunes femmes pour qui la place dans la société évolue très vite et modifie les comportements alimentaires et d'activité physique
- chez les enfants et les jeunes plus concernés par une alimentation riche en produits gras et sucrés (consommation de sodas, ...) selon les acteurs de terrain
- en population générale car l'organisation de la société mahoraise est marquée par différents événements comme les mariages (manzarakas), qui ont eux aussi beaucoup évolué ces dernières décennies et participent à la promotion d'un certain modèle alimentaire (notamment la consommation de boissons sucrées). Ce sont donc probablement des vecteurs/leviers importants et symboliques pour influencer sur les comportements de manière globale.

Cependant, il existe des perspectives d'amélioration et/ou d'actualisation des connaissances à Mayotte. Dans les mois à venir, cet état des lieux sera complété grâce à la réalisation d'études épidémiologiques en population générale et chez les jeunes, parmi lesquelles figurent les enquêtes suivantes :

- l'enquête « unono wa maore » lancée par Santé Publique France en 2018 permettra d'actualiser les données présentées ici sur les comportements / habitudes de vie et les fréquences des pathologies en population générale (obésité, diabète, ...)
- une enquête co-pilotée par l'ARS OI et le Rectorat de Mayotte sur les élèves de 6^{ème} permettra également d'aborder les thématiques de la nutrition-santé chez ces élèves
- une étude menée par la Croix Rouge permettra également d'obtenir les données de la prévalence de la malnutrition infantile par la mesure du périmètre brachial des enfants (<5 ans) de famille bénéficiant d'une aide alimentaire

Le développement des études sur l'île contribuera à collecter, analyser et obtenir des données épidémiologiques plus récentes et à produire des connaissances nouvelles sur cette problématique.

Afin de permettre une production régulière et pérenne d'indicateurs de suivi sur cette thématique, il convient également de renforcer le dispositif d'observation notamment auprès des acteurs locaux : en consolidant les outils d'observation et la fiabilisation et la qualité des données recueillies en continu, notamment en ce qui concerne les indicateurs de l'offre alimentaire et de l'activité physique, les indicateurs de morbidité, les actions de prise en charge et de prévention (ETP, dépistage, ...).

Cet objectif pourra s'inscrire dans le cadre du Pôle d'animation de l'observation de la nutrition-santé qui s'est mise en place à Mayotte en 2018 avec la mobilisation des partenaires locaux.

Le tableau de bord servira de base de travail pour définir un socle commun d'indicateurs clés qui seront mis à jour régulièrement pour :

- disposer d'une vision de la situation
- suivre les tendances générales
- dégager et hiérarchiser les besoins d'études complémentaires
- proposer un premier niveau d'évaluation

En particulier, l'observation des actions de prévention est l'un des enjeux de ce pôle d'animation de l'observation de la nutrition-santé, comme l'a mis en avant la conférence de consensus du diabète en 2017. Le recensement de tous les opérateurs de la prévention, ainsi que l'ensemble des communes qui s'impliquent de plus en plus également dans cette thématique est indispensable.

Pour disposer d'un système d'informations accessibles, fiables qui centralise des données détaillées sur les actions de prévention ou d'autres axes d'observation, la structuration des recueils de données, la création ou l'adaptation d'outils et l'implication des partenaires et des opérateurs sont nécessaires.

- **Conclusion**

La situation nutritionnelle de Mayotte est très préoccupante car la population est fortement exposée à des problèmes de déséquilibres alimentaires amenant à des situations de carence ou à l'inverse, de surpoids et d'obésité. La fréquence élevée des pathologies nutritionnelles qui touchent différemment la population, les comportements à risque, associés à la précarité des conditions de vie très marquée sur l'île, à une offre moindre en termes d'activité physique, à un accès moindre et inégal à la consommation, aux difficultés d'accès à la santé, ..., justifient que « l'amélioration de la santé nutritionnelle » figure parmi les 8 enjeux du projet de santé Réunion-Mayotte sur la période 2018-2028.

Les principaux facteurs de risque des pathologies nutritionnelles sont évitables avec des structures et une prévention adaptés ; et leur prise en charge est un élément essentiel pour limiter le risque de complications, de séquelles fonctionnelles, de survenue d'autres pathologies ou de décès. La réduction des inégalités sociales est également un réel enjeu pour la mise en place des actions sur l'île.

Pour limiter le retentissement humain et économique de ces pathologies, il est essentiel de poursuivre les actions de prévention et d'information sur les facteurs de risque mais aussi les actions de dépistage et/ou de repérage précoce de ces pathologies, en particulier sur des sujets à risque (enfants, jeunes, femmes, femmes enceintes, populations précaires, populations à risques, ...).

Sources et bibliographie

- [1] Cadre d'Orientations Stratégiques 2018-2028. Saint-Denis: ARS OI; 2018.
http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS_OI_PRS2_COS_VD_0.pdf
- [2] Schéma de Santé (SRS) 2018-2023. Saint-Denis: ARS OI; 2018.
http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS2_SRS%20VOLET%201%20PTS%20REU-MAY_VD.pdf
- [3] Statistiques publiques. INSEE. www.insee.fr
- [4] Les décès à Mayotte en 2016 - Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus. INSEE. Insee Flash La Réunion-Mayotte. n°68 –Mai 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3550205>
- [5] Le nouveau programme national pour l'alimentation. Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt.
<http://agriculture.gouv.fr>
- [6] Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France – Rapport 2017. Paris : DREES – Santé publique France ; 2017. 433p. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- [7] Memento 2018. DAAF de Mayotte. <http://daaf.mayotte.agriculture.gouv.fr/Memento>
- [8] Conjoncture et évolution des prix des produits agricoles. DAAF de Mayotte. Agreste. N°67-mai 2017.
<http://daaf.mayotte.agriculture.gouv.fr>
- [9] Enquête Budget de famille - Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation. INSEE. Insee Analyses Mayotte. N°3-Décembre 2014. <https://www.insee.fr/>
- [10] Indice des prix à la consommation des ménages - Avril 2018 : Hausse des prix de 0,3 % en deux mois. INSEE. Insee Flash Mayotte. N°67-mai 2018.
- [11] Indice des prix à la consommation des ménages - Novembre 2018 : stabilité des prix. INSEE. Insee Flash La Réunion-Mayotte. N°77-décembre 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3680161>
- [12] Plan d'actions restauration scolaire 2017 – « Pour une restauration scolaire de qualité pour tous les élèves de Mayotte ». Union des maires de Mayotte / CSSM.
- [13] Guyot D. Etude sur les comportements alimentaires à Mayotte. 2013 p. 95.
- [14] : Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé : 2010. 60 p.
- [15] Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor : standardized use of the terms « sedentary » and « sedentary behaviours ». Appl Physiol Nutr Metab. 2012;37 (3) :540-2
- [16] 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
- [17] Recensement des équipements sportifs. Ministère des Sports. <http://www.res.sports.gouv.fr/>
- [18] Chiffres clés. Comité de lutte contre la dénutrition. <https://www.luttecontreladenutrition.fr/chiffres-cles/>
- [19] Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. [Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique.](#) Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 8 p.
- [20] Solet JL, Baroux N. Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2009,83 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
- [21] Étude Maydia 2008 – Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes de 30 à 69 ans à Mayotte – Synthèse. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, novembre 2009, 2 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
- [22] Parenton F., Youssouf H. Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte. ARS I. In extenso n°7. Septembre 2018.
- [23] Vernay M, Ntab B, Malon A, Gandin P, Sissoko D, Castetbon K. [Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude NutriMay, 2006.](#) Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13. Saint-Maurice, 2009. 56 p.
- [24] Travaux du Dr Cremades (CHM) / Dr Poulain (PMI) 2008. In PProgramme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) Volet Mayotte. ARS OI.

- [25] Médecins du Monde. Etude de la situation nutritionnelle des enfants vus par Médecins du Monde à Mayotte. Rapport d'analyse. Mars 2012.
- [26] Etude du service de médecine scolaire - Vice Rectorat de Mayotte. 2012. In PProgramme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) Volet Mayotte. ARS OI
- [27] Tiana Guilhem-Ducléon. État sanitaire et social des mineurs consultant en centre de soins primaires à Mayotte : étude prospective d'août à octobre 2014 au dispensaire de Jacaranda (Mamoudzou). Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01419978>. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01419978/document>
- [28] Abry V. Etude sur les enfants inscrits en grande section de maternelle de la commune de Pamandzi.
- [29] Conseil Départemental de Mayotte. Rapport d'activités des secteurs enfant et femme de la DPMIS (DGA PEFP). Année 2016.
- [30] Ouchinsky Z. La dénutrition chez les enfants hospitalisés à Mayotte – Prévalence et prise en charge. Mémoire de fin de DES en pédiatrie – ULB. Année 2016/2017.
- [31] Plan National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015.

■ Annexe 1 : Les sources d'informations

• Présentation des principales sources de données utilisées :

Les données de l'INSEE

L'Institut national de la statistique et des études économiques collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société françaises :

- Les données du recensement de population de l'INSEE

Le recensement de la population permet de connaître la diversité et l'évolution de la population de la France. L'Insee fournit ainsi des statistiques sur les habitants et les logements, leur nombre et leurs caractéristiques : répartition par sexe et âge, professions, diplôme-formation, conditions de logement, modes de transport, déplacements domicile-travail, ... Les populations légales de l'année N des circonscriptions administratives de France métropolitaine, de Martinique, Guadeloupe, Guyane, de La Réunion, de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon sont actualisées tous les ans et mises en ligne au mois de juin de l'année N+3. Le dernier recensement de la population (RP) date de 2015.

- Les estimations de la population de l'INSEE

Les effectifs utilisés pour le calcul des taux (bruts ou standardisés) sont issus des estimations de population au 1er janvier. Les données issues des recensements de population et des projections de populations ont également été utilisées pour fournir des indicateurs de contextes et de risques.

- Les statistiques de l'Etat Civil, INSEE

Les communes transmettent en continu les informations relatives à l'état civil de leurs citoyens à l'Insee :

- les bulletins de naissance de façon quotidienne ;
- les bulletins de décès toutes les semaines ;
- les bulletins de mariage et d'enfants avec mention en marge « sans vie » mensuellement.

Ceci permet à l'Insee de publier régulièrement des statistiques utiles pour l'analyse de la situation démographique et de son évolution, y compris sur des territoires de petite dimension, en respectant le secret statistique.

- L'indice des prix à la consommation

L'indice des prix à la consommation est l'instrument de mesure de l'inflation. Il permet d'estimer, entre deux périodes données, la variation du niveau général des prix des biens et des services proposés aux consommateurs sur le territoire. C'est une mesure synthétique des évolutions de prix à qualité constante. La quasi-totalité des biens et des services marchands proposés aux consommateurs fait partie du champ de l'indice.

- L'enquête Budget de familles

L'enquête Budget de famille (BDF) vise à reconstituer toute la comptabilité des ménages : dépenses et ressources des ménages résidant en France (Métropole et Dom). L'étude des dépenses constitue l'objectif traditionnel et central de l'enquête : toutes les dépenses des ménages sont enregistrées (montant et nature), ventilées dans une nomenclature d'environ 900 postes budgétaires (calquée en partie sur la COICOP - HBS Classification of Individual Consumption by Purpose - Household Budget Survey) compatible avec la nomenclature de la comptabilité nationale. Toutes les dépenses sont couvertes, y compris celles qui ne relèvent pas de la consommation de biens et services (au sens des comptes nationaux) : impôts, taxes, primes d'assurances, travaux dans le logement, remboursements de crédits.

Les données du Système National d'Information Interrégime de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM)

Créé le 23 décembre 1998 par la loi de financement de la Sécurité Sociale, le SNIIR-AM est la première base d'information inter régimes à regrouper données de ville (actes médicaux, nature des examens biologiques, dispositifs médicaux, médicaments) et d'hospitalisation, données du privé et du public, pour la quasi-totalité des régimes d'assurance maladie. Le SNIIR-AM a pour objectifs de contribuer à la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes de l'Assurance Maladie, à la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité, leurs recettes, et s'il y a lieu, à leurs prescriptions et enfin, à la définition, au suivi et à l'évaluation des politiques de Santé Publique (loi de Santé Publique du 9 août 2004).

Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Les données d'hospitalisation recensent les maladies ou événement morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqué comme diagnostic principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. Les séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)

Institué par l'arrêté du 6 février 2009, le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) est le répertoire unique de référence qui rassemble et publie des informations permettant d'identifier les professionnels de santé, sur la base d'un « numéro RPPS » attribué au professionnel toute sa vie. A ce jour, le RPPS intègre les données d'identification des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, fournies et certifiées par les Ordres professionnels et par le Service de Santé des Armées. Le RPPS regroupera à terme l'ensemble des professionnels de santé. L'intégration est progressive, en fonction des possibilités des Autorités d'enregistrement (ordre Professionnel, agence régionale de santé, Service de Santé des Armées). Les données contenues dans le RPPS portent sur : les données d'identification et d'identité de la personne ; les diplômes ou attestations en tenant lieu et autorisations liés à l'exercice professionnel ; les données décrivant l'exercice ; les qualifications, titres et exercices professionnels particuliers ; les activités et structures d'exercice ; la/les carte(s) du professionnel de santé (carte CPS).

Les données de production et d'importation issues de la douane et traitées par la Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt de Mayotte (DAAF)

Chaque année, la DAAF, service relevant du Ministre de l'agriculture, publie un momento à partir des données des douanes, mettant à disposition du public des informations relatives aux importations, aux productions agricoles, aux actions en faveur de l'agriculture, etc... Le Service d'Information Statistique et Economique (SISE) de la DAAF propose également des estimations sur la production locale des « fermes mahoraises », ainsi que la part des productions destinée à l'autoconsommation. Pour obtenir des estimations au plus proche de la réalité, le SISE de la DAAF implique les agriculteurs dans le « dispositif Agri-Référents », dispositif visant en premier lieu à évaluer quels produits sont cultivés, en quelle proportion et quantité, en prenant en compte les produits consommés au sein du ménage ou donnés à l'entourage, ainsi que les produits vendus. Ce dispositif n'en est cependant aujourd'hui qu'à ses débuts.

Le recensement auprès des fédérations sportives du service statistique jeunesse et sport

La Mission des études, de l'observation et des statistiques (Meos) de l'Institut national de la Jeunesse et de l'Éducation populaire (Injep) constitue le service statistique ministériel (SSM) en charge de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Ses missions sont transversales et ses travaux et études statistiques s'articulent principalement autour des pratiques sportives, de l'économie du sport, des métiers et emplois liés aux sports, des équipements sportifs, des politiques publiques à destination des jeunes, des accueils collectifs de mineurs (avec ou sans hébergement) et des diplômes délivrés par le ministère en charge de la Jeunesse et des Sports.

Les travaux statistiques de la Meos sur la jeunesse, sur la vie associative et sur le sport s'appuient sur un large éventail de sources, notamment : des enquêtes auprès de ménages (pratiques sportives, insertion des diplômés du ministère, politiques publiques à destination des jeunes, ...), des recensements auprès des fédérations sportives (licences sportives), ou encore des exploitations de données administratives (base des diplômes délivrés par le ministère, déclarations des organisateurs de séjours pour mineurs, données d'emplois, fichiers éducateurs sportifs déclarés, ...).

Le recensement des équipements sportifs du Ministère chargé des Sports

Le recensement national de l'intégralité des équipements sportifs, espaces et sites de pratiques constitue l'une des actions prioritaires conduite par le ministère chargé des sports. La démarche engagée a pour objectif de permettre une bonne connaissance partagée des équipements et sites existants et d'aider à une meilleure perception des inégalités territoriales dans leur répartition. Le recensement des équipements sportifs, espaces et sites de pratiques (RES) concerne, avec l'objectif affiché d'exhaustivité, tous les équipements, en service, publics ou privés, ouverts au public à titre gratuit ou payant. Le critère essentiel est que toute personne puisse y accéder (à titre individuel ou via une structure publique ou privée [associative ou commerciale]), à titre gratuit ou payant, avec pour objectif principal d'y pratiquer une activité physique et/ou sportive. Le recensement fixe dans ce cadre 30 grandes familles d'équipements sportifs déclinées en 160 types.

Le panorama statistique « Jeunesse, Sports, Cohésion sociale » géré par la DREES

Le panorama statistique « Jeunesse, Sports, Cohésion sociale » présente des données départementales et régionales homogènes sur la démographie, la politique de la ville, la pauvreté, la précarité et l'exclusion, le handicap et la dépendance, le logement et l'hébergement, la jeunesse, l'enfance et la protection de l'enfance, le sport, la délivrance de certains, enfin, l'emploi dans les domaines associatif et sportif.

• Présentation des principales études nationales et locales utilisées :

L'enquête Nutrimay 2006

Pour orienter la mise en place des actions de santé publique sur le plan nutritionnel, une étude en population générale a été réalisée en 2006 à Mayotte, à la demande du Ministère de la santé. Les objectifs de l'étude étaient de décrire les consommations alimentaires, l'activité physique, la sédentarité et l'état nutritionnel de la population résidant à Mayotte avec une attention particulière pour les groupes les plus vulnérables que sont les jeunes enfants (0-4 ans) et les femmes en âge de procréer (15-49 ans). L'objectif secondaire de l'étude était également d'estimer la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes.

L'étude a été réalisée auprès de 993 individus. Les caractéristiques des ménages, les données sociodémographiques et les données sur les habitudes de vie et les antécédents médicaux ont été recueillies par questionnaires en face-à-face au domicile des participants. Des mesures anthropométriques (poids, taille, tours de taille et de hanches), de la pression artérielle systolique et diastolique (individus >15 ans) et une évaluation de l'activité physique chez les plus de 15 ans, basée sur l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), ont également été réalisées au domicile des participants. Les consommations alimentaires ont été estimées à partir de deux rappels de 24 heures également réalisés en face-à-face au domicile et portant sur deux jours à un mois d'intervalle.

L'enquête MAYdia 2008

Une étude transversale a été réalisée en 2008 par l'InVS, afin d'estimer la prévalence du diabète à Mayotte et des facteurs de risque cardio-vasculaires. Un échantillon aléatoire de 1

200 personnes âgées entre 30 et 69 ans a été dépisté à domicile en réalisant une mesure de glycémie et de l'hémoglobine glyquée sur sang capillaire, ainsi que des mesures anthropométriques et des mesures de pression artérielle. Pour confirmer le diagnostic, les personnes avec une glycémie positive ainsi qu'un sous-groupe de témoins sans anomalie glycémique étaient convoqués au centre de santé le plus proche de leur domicile.

L'enquête nationale périnatale (ENP) – Extension de l'enquête nationale périnatale à Mayotte (EENP)

Les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) permettent de suivre à l'échelle du pays les principaux indicateurs de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, et les facteurs de risque. Ces enquêtes réalisées en routine contribuent à l'orientation des politiques de prévention. Cinq enquêtes ont eu lieu : en 1995, 1998, 2003, 2010 et mars 2016. L'étude concerne tous les enfants nés vivants ou mort-nés, en France métropolitaine et dans les DOM, nés après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes. On enregistre toutes les naissances pendant l'équivalent d'une semaine. Ole recueil se fait en 2 parties : entretien avec les femmes en suites de couches et Collecte de données à partir du dossier médical. Les questionnaires comprennent des questions identiques d'une enquête à l'autre, permettant de suivre les principaux indicateurs de santé en périnatalité, et des questions spécifiques pour répondre à des problèmes particuliers qui se posent à un moment donné.

A Mayotte, l'enquête a été réalisée en 2010 et renouvelée en 2016. La méthodologie de l'extension de l'ENP a repris stricto sensu le protocole de l'ENP 2016 (pilotée par le Ministère chargé de la santé et l'INSERM), sauf pour la durée de la collecte et l'appel à des traducteurs lors des entretiens. Cette enquête nationale a eu lieu du 14 au 20 mars 2016 en France métropolitaine et dans les DOM. L'extension de l'enquête à Mayotte a été réalisée sur une période de 4 semaines après la fin de l'enquête nationale, pour un échantillon attendu de 700 naissances.

• Les autres sources d'informations utilisées

Ont également été utilisés dans ce travail les données ou rapports d'activités de différentes associations : Rédiab'Ylang, Solidarité Mayotte, la croix rouge, les données d'activités du service de médecine préventive du Conseil Départemental, les données d'activité de la MEDETRAM, ...

■ Annexe 2 : Répertoire des sigles

ARS OI	Agence de Santé Océan Indien
ATIH	Agence Technique de l'Information Hospitalière
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDC	Conférence de Consensus
CHM	Centre Hospitalier de Mayotte
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DAAF	Direction de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt
DAS	Diagnostic Associé
DGDDI	Direction Générale des Douanes et Droits Indirects
DJSCS	Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DP	Diagnostic Principal
DR	Diagnostic Relié
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de Masse Corporelle
Insee	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé, de l'Epidémiologie et de la Recherche Médicale
IREPS	Instance Régionale pour l'Education et de Promotion de la Santé
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNNS	Programme National Nutrition Santé
Po	Plan Obésité
PRAANS	Programme Régional Alimentation Activité Nutrition Santé
PRS	Projet Régional de Santé
PSS	Plan Stratégique de Santé
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSI	Régime Social des Indépendants
SNIIRAM	Système National d'Information InterRégime de l'Assurance Maladie
SOMS	Schéma d'Organisation Médico-Sociale
SOS	Schéma d'Organisation des Soins
SP	Schéma de Prévention
SpF	Santé publique France



REMERCIEMENTS

Ce tableau de bord a pu être réalisé grâce au financement de l'ARS OI et la participation des partenaires.

Nous tenons à remercier également les producteurs de données et/ou contributeurs : ARS OI, CHM, CSSM, Conseil départemental de Mayotte, Croix Rouge, DAAF de Mayotte, DJSCS, DGDDI, Douanes Mayotte, IREPS Mayotte, MEDETRAM, Préfecture, Rediab'Ylang, Santé Publique France, Solidarité Mayotte, UNSS, UFOLEP, ...

Pour toute utilisation des données et indicateurs de ce document, merci d'indiquer les sources de données telles qu'elles figurent pour chaque illustration (carte, graphique ou tableau).

Citation recommandée :

Aboudou A, Medevielle S., Ricquebourg M. La nutrition-Santé à Mayotte. Tableau de bord. ORS OI ; 2019. Disponible à partir de l'URL : www.ors-ocean-indien.org/



Financement ARS OI



Observatoire Régional de la Santé Océan Indien

Site de La Réunion (Siège)

12 Rue Colbert
97400 Saint Denis
Tél : 0262 94 38 13

Site de Mayotte

26 rue M'Hogoni
97605 Passamainty
Tél : 0639 23 65 98

Courriel : orsoi@orsoi.net

Centre de documentation : documentation@orsoi.net

Site Internet : <http://www.ors-ocean-indien.org>

Facebook : ORS Océan Indien

