



Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2026

Version 4.0.0 du 23/03/2026

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

ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte

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

SALIME Eliassa – Chargé d'étude de l'ORS de Mayotte

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

Liste des Acronymes :

AAH	Allocation pour Adulte Handicapé
ACEKB	Association Culturelle Educative Kawéni Bandrajou
ADAPEI	Association Départementale des parents et d'Amis des Personnes handicapées mentales
ADELI	Automatisation Des Listes des professionnels de santé
ADSM	Association pour les Déficiants Sensoriels de Mayotte
ADVEM	Association pour le Développement et le Vivre Ensemble pour Montlegun
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AESA	Apport Energétique Sans Alcool
AJA	Adolescents et Jeunes Adultes
AID	Aspersions Intra-Domiciliaires
AJK	Association des Jeunes de Kani-Kéli
ALD	Affection Longue Durée
ALEFPA	Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie
AMALCA	Association Mahoraise de Lutte Contre le Cancer
AME	Aide Médicale d'Etat
ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APAJH	Association pour Adultes et Jeunes Handicapés
APIJK	Association d'accompagnement social et professionnel ainsi que centre de formation de Kawéni
APGAR	Score Apparence, Pouls, Grimace, Activité, Respiration
ARS	Agence régionale de Santé
ASCA	Association de soignants contre les cancers
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
ASSU	Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AURAR	Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à La Réunion
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin (contre la tuberculose)
BFM	Borne Fontaine Monétique
BIT	Bureau International du Travail
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique
C2S	Complémentaire Santé Solidarité
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CBD	Cannabidiol
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDS	Centre De Santé
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
Cépi-DC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès
CFE	Caisse des Français à l'étranger
CFM	Centre Hospitalier de Mayotte
CIM-10	10 ^{ème} révision de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
CMR	Centre Médicaux de Références
CMRS	Centre Météorologique Régional Spécialisé Cyclones
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNR	Centre National de Référence
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
CO	Monoxyde de carbone
CO ₂	Dioxyde de carbone
COVNM	Les composés organiques volatils non méthaniques
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEFA	Conseiller des Parents d'Elèves du collège Frédéric d'Achery
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRA	Centres de Ressources sur l'Autisme
CRDCDC	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
CRE	Cellule Régionale d'Epidémiologie
CRF	Croix-Rouge Française
CSSM	Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
DAAF	Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DéES	Département Etudes et Statistiques
DésUS	Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires de l'ARS Mayotte
DIAT	Dispositif Innovant d'Accueil Temporaire
DIME	Dispositif Médico-Educatif
DITEP	Dispositif Intégré des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
DOM	Département d'Outre-Mer
DOSA	Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'ARS Mayotte
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSP	Direction de la Santé Publique
DTP	Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite
DTPc	Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche
€/m/UC	Euros par mois et par unité de consommation
EA	Entreprise adaptée
EAM	Etablissement d'Accueil Médicalisé
EEAP	Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EDAP	Équipes Diagnostic Autisme de Proximité
EHIS	European Health Interview Survey
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EN	Education Nationale
ERM	Electroradiologie médicale
ESA	Équipes Spécialisées Alzheimer
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESCRIM	Élément de Sécurité Civile Rapide d'Intervention Médicale
ESMS	Etablissements ou Services Médico-Sociaux
EVASAN	Evacuation Sanitaire
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

FAV	Fédération Associations Vahibé
FIC	Fond d'Initiative Citoyenne
FMAPAR	Fédération Mahoraise des Association des Personnes Agées
FVR	Fièvre de la vallée du Rift
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GES	Gaz à Effet de Serre
GIE	Groupe d'Intérêt Economique
GIR	Groupe Iso-Ressources
H/F	Caractéristique chez les hommes divisée par même caractéristique chez les femmes
HAD	Hospitalisation à Domicile
HiB	Haemophilus influenza de type B
HFSSM	Household Food Security Survey Module
HPV	Papillomavirus Humains
HTA	Hypertension Artérielle
ICF	Indice Conjoncturel de Fécondité
IIM	Intoxication Invasive à Méningocoque
INED	Institut National des Etudes Démographiques
INSEE	Institut National Statistique des Etudes Economiques
INSERM	Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale
INSMI	Institut National des Sciences Mathématiques et de leurs Interactions
IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Institut Médico Educatif
IMG	Intervention Médicale de de Grossesse
InVS	Institut national de la Veille Sanitaire
IPLESP	Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LAV	Service de Lutte Anti-Vectorielle de l'ARS Mayotte
LEMA	Les Eaux de Mayotte
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDPH	Maison Départementale pour Personnes Handicapées
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MFP	Protection sociale des fonctionnaires
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MPP	Motif de prise en charge principal
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OI	Océan Indien
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPP	Ordonnance Provisoire de Placement
ORS	Observatoire Régionale de la Santé
OR2S	Observatoire Régionale de la Santé et du Social
OZM	Association Quoizissa Ziféli Maoré
PA	Personnes âgées
PAF	Police Aux Frontières
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PCPE	Pôle de Compensations et de Prestations Externalisées
PEA	Plateforme d'Entraide pour l'Autonomie
PH	Personnes Handicapées
PHQ9	Patient Health Questionnaire
PiB	Produit intérieur Brut
PM	Particule Matter ou Particule en suspension
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de médicalisation des Systèmes d'Information
POPAM	Plateforme Oppelia de Prévention et de soin des Addiction à Mayotte
PPF-ASH	Préprofessionnelles de Formations-Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés
PPM	Partie Par Million
PPRAP	Plateforme de Parcours Renforcés d'Accès à la Professionnalisation
PTI	Protection du Travailleur Isolé
PTSM	Projets Territoriaux de Santé Mentale
PUMa	Protection Universelle Maladie
PUV	Petites Unités de Vie
REDECA	REseau de DEpistage des Cancers
ROR	Rubéole-Oreillons-Rougeole
RP	Recensement de la population
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSI	Régime Social des Indépendants
SAAAS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation
SAE	Statistiques annuels des établissements de santé
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAS	Société par Actions Simplifiée
SE	Santé Environnement
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

SI-DEP	Système d'Information de Dépistage Populationnel
SI-VIC	Système d'Information pour le suivi des Victimes d'attentats et de Situations sanitaires exceptionnelles
SAMU	Service d'aide Médicale Urgente
SBC	Réseau de Surveillance à Base Communautaire
SMAE	Société Mahoraise des Eaux
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SNDS	Système National des Données de Santé
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SPF	Santé Publique France
SPOT	Service de Proximité d'Organisation de Télémédecine
SSAD	Service de soins et d'aide à domicile
SSEFS	Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation
SSFMT	Secouristes Sans Frontières Médical Team
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
STD	Standardisé
THC	Delta-9-tétrahydrocannabinol
TVAM	Taux de variation annuel moyen
UC	Unité de Consommation
UDI	Unité de Distribution
UE	Union Européenne
UEEA	Unité d'Enseignement en élémentaire pour Enfants Autistes
UEMA	Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UP	Unité de Production
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UV	Ultraviolet
VGAI	Valeurs Guides de Qualité d'Air Intérieur
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	Virus de l'Hépatite C
VRS	Virus Respiratoire Syncytial
VSL	Ambulance et véhicule Sanitaire Léger


ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Sommaire

1 - Caractéristiques de la population	7
a) Population	7
b) Migrations	8
c) Pyramide des âges	9
d) Nationalités et titres de séjour	10
e) Répartition de la population sur les différentes communes	10
2 - Précarité et emploi	11
a) Revenus	11
b) Consommation des ménages	12
c) Coût de la vie	12
d) Emploi	12
e) Diplômes et compétences à l'écrit et l'oral	14
3 - Natalité, fécondité et structure familiale	15
a) Courbes des naissances survenues	15
b) Spécificité de la courbe des naissances survenues	17
c) Indicateur conjoncturel de fécondité	17
d) Famille	18
e) Perception de la parentalité	19
4 - Solidarité familiale	20
5 - Le logement	20
6 - Couverture maladie	24
7 - Organisation du système de santé	25
a) Les structures	25
b) Capacité du CHM	28
c) Capacité du médico-social	29
d) Professionnels de santé (hors remplaçants)	29
e) Attractivité	33
8 - Le recours aux soins	34
a) Profil de population	34
b) Recours au CHM	38
c) Recours aux centres de consultations et centres de référence (permanences de soins)	44
d) Recours aux centres de santé	47
e) Recours aux professionnels de Santé	48
f) Prises en charge	49
g) Recours aux PMI	49
h) Recours à la médecine traditionnelle	51
i) Evacuations sanitaires	52
9 - Le renoncement aux soins	53
10 - Prévention	54
a) Littératie en Santé	54
b) Dépistages	55
c) Couverture vaccinale	56
d) Alimentation et indice de masse corporelle	60
e) Santé sexuelle	63
f) Santé mentale	67
g) Addictions	73
h) Associations	77
11 - Handicap	77
a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte	77
b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap	81
12 - Santé environnementale	83
a) Climat et relief	83
b) Les moustiques	84
c) Qualité de l'air	86
d) Déchets et évacuation des eaux usées	92
e) Nuisances sonores	95
f) Produits phytosanitaires	96
g) Eau de consommation	96



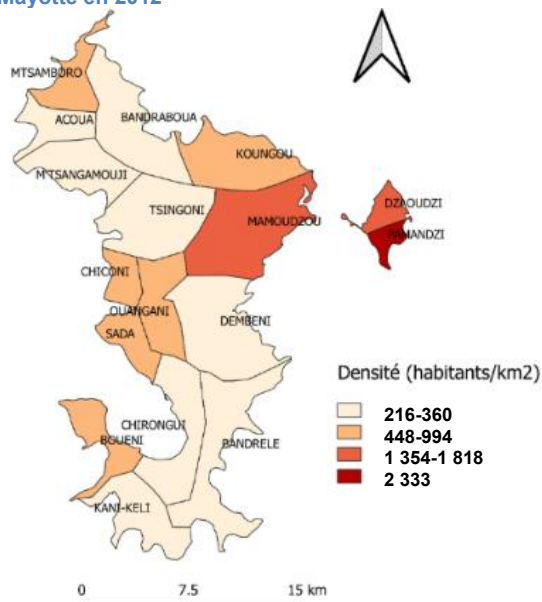
h) Eau de baignade.....	102
i) Connaissances et perception de l'information sur l'environnement et santé perçue	105
j) Hygiène des mains	107
k) Accidents de la vie courante.....	109
13 – Indicateurs de morbidité	109
14 – Principales pathologies.....	110
a) Motifs de séjour au centre hospitalier de Mayotte.....	110
b) Motifs d'évacuations sanitaires.....	113
c) Motifs de recours aux Urgences.....	113
d) MPP en HAD	115
e) Catégories majeures en SSR	115
f) Motifs de prise en charge	116
g) Pathologies déclarées	118
h) Diabète	119
i) Hypertension artérielle.....	119
j) Maladies sexuellement transmissibles	121
15 – Le cancer	123
a) Etat des lieux de l'offre de soins	123
b) Dépistages.....	125
c) Recours au CHM	126
d) Prises en charge.....	127
e) Mortalité	128
16 - Principales épidémies et crises	129
a) La Covid-19	129
b) La FVR.....	131
c) Le paludisme	132
d) La Gale	134
e) La conjonctivite	136
f) Le choléra	137
g) La coqueluche	138
h) La leptospirose	139
i) L'hépatite A.....	140
j) La fièvre typhoïde	141
k) La gastro-entérite aigue.....	142
l) Syndromes respiratoires aigus	142
m) La dengue.....	143
n) Le chikungunya.....	144
o) Les virus Usutu et West nils	144
p) La tuberculose	145
q) La lèpre	145
r) La diphtérie	146
s) La variole B.....	146
t) La crise de l'eau de 2023	147
u) Crise « Chido »	148
v) Chronologie	150
17 - Causes de mortalité	151
a) Espérance de vie	151
b) Nombre de décès	151
c) Taux de mortalité	152
d) Causes de décès, données brutes	152
e) Causes de décès, données standardisées	153
f) Lieux de décès.....	154
Synthèse.....	156
Références	160
De la V3.0.0 à la V4.0.0.....	168



- **Koungou** - 1 132 habs/km²,
- **Sada** - 1 087 habs/km².

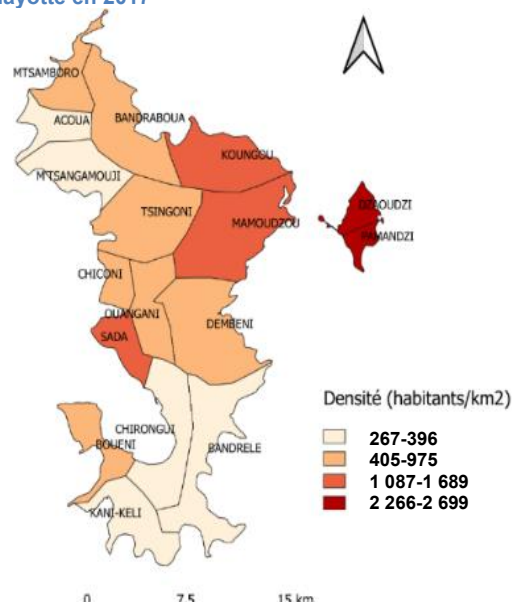
Les communes de **Kani-Kéli** (267 habs/km²), **Bandréle** (281 habs/km²), **M'tsangamouji** (295 habs/km²) et **Chirongui** (310 habs/km²) sont celles associées aux **densités les plus faibles** de l'île [1].

Figure 3 : Densité de population des communes de Mayotte en 2012



Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, RP 2012 [7]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 4 : Densité de population des communes de Mayotte en 2017



Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, RP 2017 [8]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

b) Migrations⁸

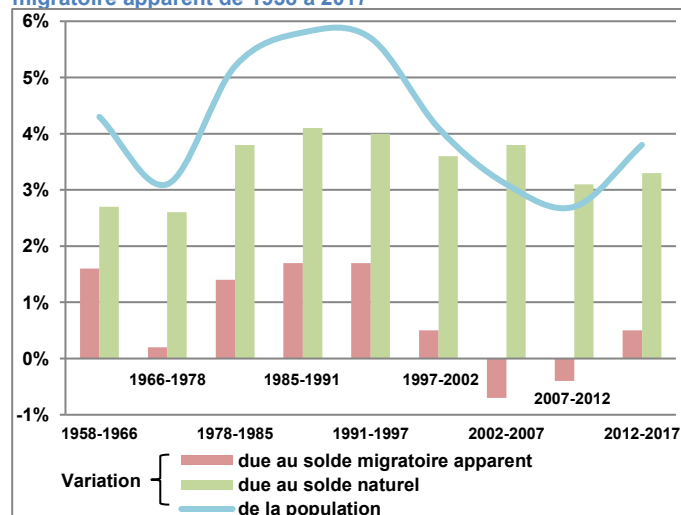
Entre **2007 et 2012**, le **solde migratoire⁹** apparent était **déficitaire** (-0,4 %) [1]. Positif pour les natifs d'autres départements français et pour les natifs de l'étranger, alors qu'il était nettement **négatif pour les natifs de Mayotte** [1].

Sur la période de **2012 à 2017**, l'**excédent migratoire redevient positif** (+0,5 %). Le solde naturel apporte en moyenne chaque année 7 700 personnes de plus, soit davantage que par le passé, principalement porté par l'excédent des naissances sur les décès [8] (Figure 5).

Au-delà des flux importants d'immigration, la forte émigration des jeunes natifs de Mayotte vers l'Hexagone, et dans une moindre mesure vers La Réunion, contribue également à **transformer et recomposer la population** du territoire (Figure 6).

En 2016, **26 % des adultes natifs de Mayotte résidant en France vivent hors du département**, principalement dans l'Hexagone et à La Réunion (45 % chez les 18-24 ans) [10]. **La mobilité des**

Figure 5 : Variation annuelle moyenne de la population de Mayotte et décomposition en solde naturel et solde migratoire apparent de 1958 à 2017



Champ : Population de Mayotte
Source : Insee, RP 2017, Fichier d'état civil [8]

⁸ Avant la départementalisation, les spécificités culturelles, linguistiques et religieuses ont longtemps constitué un frein important à l'émigration de la population des natifs de l'île qui a cependant augmenté au cours des vingt dernières années [9]. Durant la décennie qui a précédé la départementalisation de Mayotte en 2011, les flux d'émigration se sont intensifiés et concentrés vers l'Hexagone et La Réunion [9].

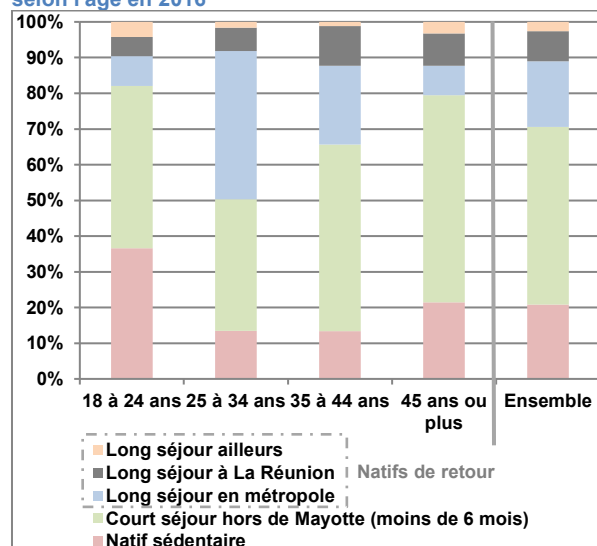
⁹ Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées dans une zone géographique donnée et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours d'une période fixée, c'est-à-dire la différence entre l'immigration et l'émigration. Ce concept est indépendant de la nationalité. En démographie, la variation naturelle ou le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès sur un territoire au cours d'une période.



jeunes y est plus forte que dans les autres DOM, comparée à la génération des 35 ans ou plus [10]. Sans cette émigration, les natifs de Mayotte seraient majoritaires parmi les adultes résidant sur le territoire (57 % contre 45 % actuellement) [10]. Les natifs de Mayotte de retour sur leur île forment 30 % de l'ensemble des adultes de Mayotte et près de la moitié des 24-35 ans [6] (Figure 7).

12 % des adultes résidant sur le territoire s'y sont installés au cours des cinq dernières années, en majorité des moins de 35 ans (70 %) [10]. Les natifs de l'Hexagone, principalement venus pour y travailler, sont 5 % à se projeter définitivement, 35 % pour ceux des Comores [10].

Figure 6 : Trajectoires migratoires des natifs de Mayotte selon l'âge en 2016

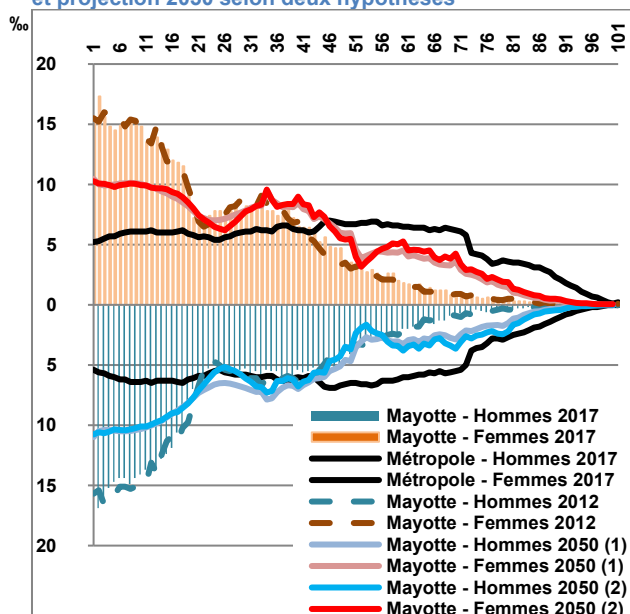


Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

c) Pyramide des âges

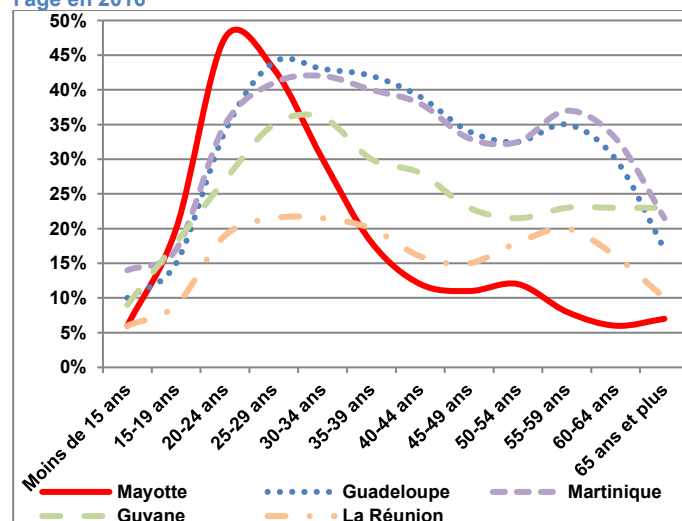
La dynamique démographique se traduit par une population très jeune où, en 2017, **les moins de 18 ans représentent la moitié des habitants de Mayotte** (contre un sur cinq dans l'Hexagone en 2017). Six sur vingt ont moins de 10 ans et **un sur vingt de la population a 60 ans ou plus** (soit cinq fois moins que dans l'Hexagone) [8] (Figure 8).

Figure 8 : Pyramide des âges de Mayotte de 2012, 2017 et projection 2050 selon deux hypothèses



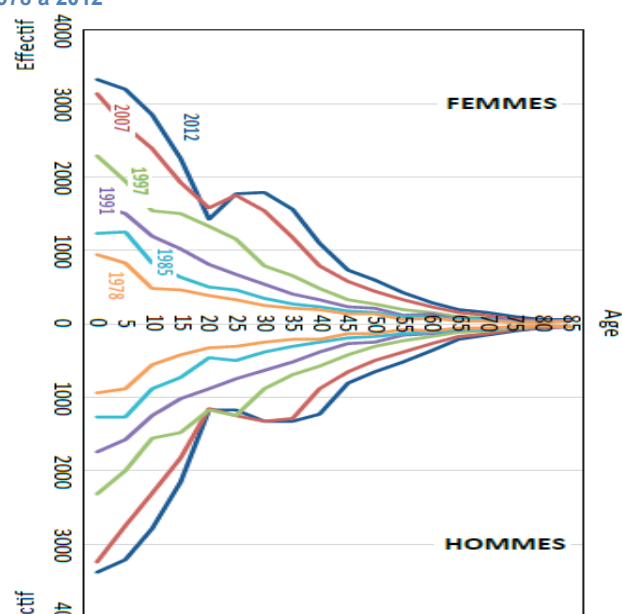
Note : (1) désigne la projection 2050 sous l'hypothèse d'un solde migratoire nul et (2) sous celle d'un déficit migratoire.
Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, RP 2017 [8], projection de population [5]

Figure 7 : Part des natifs des DOM vivant en France ailleurs que dans leur département de naissance selon l'âge en 2016



Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [6]

Figure 9 : Evolution de la pyramide des âges de Mayotte de 1978 à 2012



Champ : Habitants de Mayotte
Source : Ined, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [6]



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU
Standard : 02 69 61 12 25
www.ars.mayotte.santé

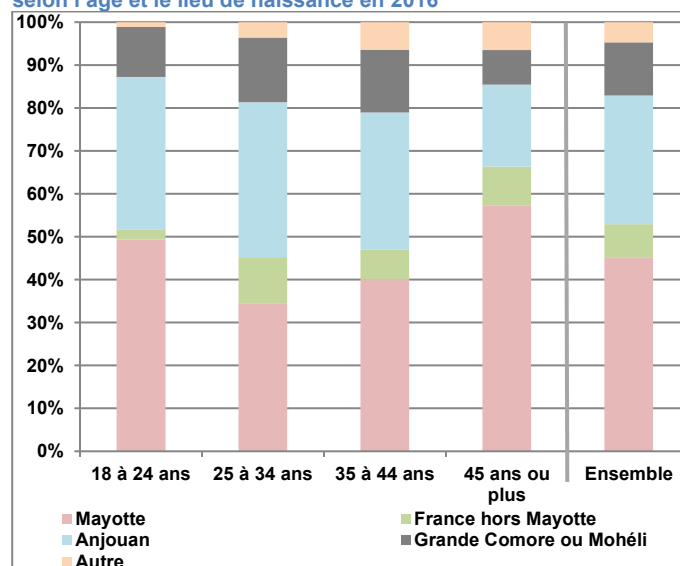


d) Nationalités et titres de séjour

Du fait de l'immigration importante depuis les Comores et du départ de natifs de Mayotte vers l'extérieur, notamment l'Hexagone et La Réunion, **48 % de la population est de nationalité étrangère en 2017** (dont un tiers né à Mayotte) [8]. Cette part est en forte hausse depuis 2012 (+ 8 points : 40 %, et +14 points par rapport à 2002 : 34 % [11]) [8]. Comme en 2012, 95 % sont Comoriens, 4 % sont Malgaches, et la part de ceux issus de l'Afrique de l'Est demeure marginale [8]. Par ailleurs, on constate que **42 % des habitants de Mayotte n'y sont pas nés** (+ 6 points par rapport à 2012 [2]) : 36 % le sont à l'étranger et 6 % dans l'Hexagone ou dans un autre DOM [8] (Figure 10).

En 2016, la moitié des étrangers se trouve en situation administrative irrégulière dont 74 % chez les 18-24 ans et 30 % chez les 45 ans ou plus [10]. Cette vague migratoire reste principalement motivée par une volonté de connaître de meilleures conditions de vie [10].

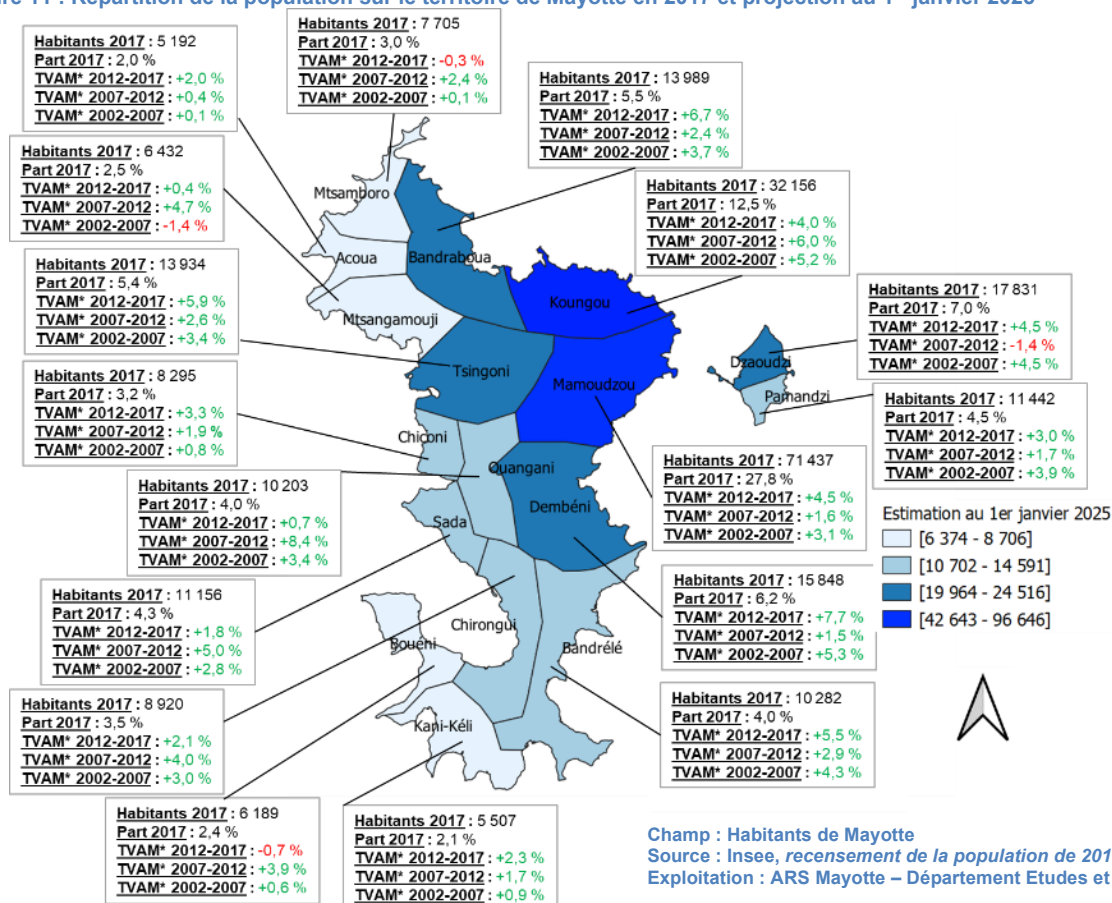
Figure 10 : Composition de la population de Mayotte selon l'âge et le lieu de naissance en 2016



Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

e) Répartition de la population sur les différentes communes

Figure 11 : Répartition de la population sur le territoire de Mayotte en 2017 et projection au 1^{er} janvier 2025¹⁰



Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, recensement de la population de 2017 [1]
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

¹⁰ Les projections de population au 1^{er} janvier 2025 par commune se basent sur la moyenne entre l'estimation depuis les taux de variation par commune de 2012-2017 appliqués à 2025 et celle depuis la population totale estimée en 2025 puis ventilée par commune selon les pourcentages observés de 2017.



Sur la période 2012-2017, la majorité des communes a connu des taux de croissance positifs. Plus particulièrement, celles de **Dembéni** (+7,7 % en moyenne par an), **Bandraboua** (+6,7 %), **Tsingoni** (+5,9 %) et **Bandrélé** (+5,5 %). Seulement deux communes ont vu diminuer leur population sur cette période : Bouéni (-0,7 %) et M'tsamboro (-0,3 %) [1] (Figure 11).

Comparée aux périodes précédentes, sur 2007-2012, seule la commune de Dzaoudzi avait connu une baisse de son nombre d'habitants (-1,4 %) contrairement aux communes de Ouangani (+8,4 %), Koungou (+6,0 %) et Sada (+5,0 %), dont les taux d'accroissement annuel moyen étaient les plus forts observés [1] (Figure 11). Enfin, sur la période de 2002-2007, c'est M'tsangamouji (-1,4 %) qui était l'unique commune au taux négatif tandis que les communes de Dembéni (+5,3 %), Koungou (+5,2 %) et Dzaoudzi (+4,5 %) représentaient les trois secteurs aux plus forts accroissements [12] (Figure 11).

2 - Précarité et emploi

a) Revenus

En 2018, le niveau de vie global à Mayotte est particulièrement faible avec **77 % des habitants qui vivent sous le seuil de pauvreté national**¹¹ [13] (84 % en 2011 [14]) (Figure 12) et le **PiB**¹² par habitant (8 980 € en 2014 [15] et 10 300 € en 2022 [16]) ne représente que **26 % du niveau national** [16]. La croissance globale (+8 % en euros courants) de l'économie mahoraise en 2022 reste plus soutenue qu'au niveau national (+6 %, du fait du contexte de la guerre d'Ukraine) et que dans les autres Drom : de +3 % en Guyane à +8 % en Guadeloupe [16]. Du fait de la forte croissance démographique, le pouvoir d'achat individuel moyen des ménages ne progresse que de **+0,2 %** en un an [17].

Tableau 1 : Niveaux de vie déclaré et indicateurs d'inégalités et de pauvreté de 1995 et 2018 à Mayotte

En euros par mois et par UC	Mayotte				France Hexagonale 2017
	1995	2005	2011	2018	
1 ^{er} décile	24	70			
2 ^{ème} décile	50	98			
3 ^{ème} décile	71	129			
4 ^{ème} décile	94	166	180	140	1 520
Niveau de vie médian ou D5	118	201	300	260	1 700
6 ^{ème} décile	143	242	440	410	1 900
7 ^{ème} décile	176	300	590	740	2 130
8 ^{ème} décile	220	394	820	1 090	2 440
9 ^{ème} décile ou D9	300	679	1 200	1 780	3 010
Rapport D9 / D5	2,5	3,4	4,0	6,8	1,8

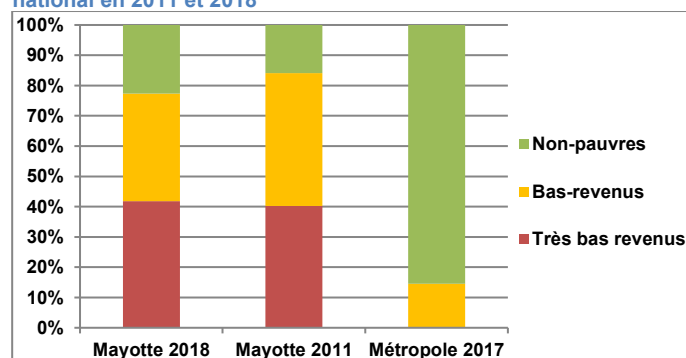
NB : Les trois premiers déciles (ou divisions par dix) de niveaux de vie ne sont pas représentés ici, car particulièrement faibles et soumis à aléa.

Note de lecture : Les 40 % les plus pauvres perçoivent moins de 140 euros par mois et par UC à Mayotte en 2018, moins de 180 euros à Mayotte en 2011 et moins de 1 520 euros dans l'Hexagone en 2017.

Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, enquête Budget des familles de 1995, 2005 [18], 2011 et 2018 [13]

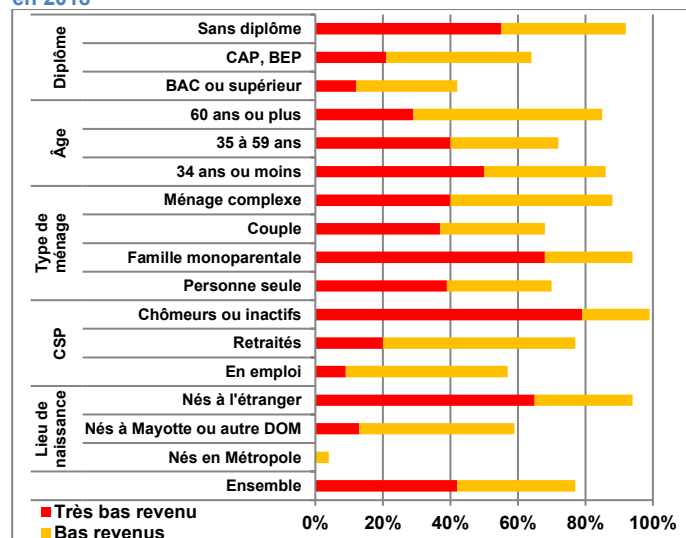
Figure 12 : Répartition de la population selon le seuil de pauvreté local de Mayotte et le seuil de pauvreté national en 2011 et 2018



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, enquête Budget des familles de 2018 [13]

Figure 13 : Proportion de personnes à très bas revenus et à bas revenus selon les différents profils à Mayotte en 2018



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, enquête Budget des familles de 2018 [13]

¹¹ Un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian.

¹² Le PiB est l'un des agrégats majeurs des comptes nationaux. En tant qu'indicateur économique principal de mesure de la production économique réalisée à l'intérieur d'un pays donné, le PiB vise à quantifier (pour un pays et une année donnée) la valeur totale de la « production de richesse » effectuée par les agents économiques résidant à l'intérieur de ce territoire (ménages, entreprises, administrations publiques). Le PiB reflète donc l'activité économique interne d'un pays, et la variation du PiB d'une période à l'autre est censée mesurer son taux de croissance économique. Le PiB par habitant mesure le niveau de vie et (de façon approximative) celui du pouvoir d'achat car n'est pas prise en compte de façon dynamique l'incidence de l'évolution du niveau général des prix.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



b) Consommation des ménages

En 2018, les habitants de Mayotte consomment en moyenne pour 1 190 euros par mois et par ménage [19]. **Ce niveau reste inférieur de moitié à celui de l'Hexagone et d'un tiers par rapport aux autres DOM** [19]. Les dépenses de consommation n'ont pas progressé depuis 2011. Elles **diminuent même de 12 % en moyenne pour les ménages pauvres**.

L'alimentation reste en 2018 le premier poste de dépenses (24 %) [19]. Néanmoins, **ce budget « alimentation » diminue, notamment pour les ménages les plus pauvres**. Leur consommation se concentre sur des produits de première nécessité (riz, viande) et dont les prix et la qualité baissent depuis les mouvements de 2011 contre la vie chère [19]. En revanche, les dépenses alimentaires des ménages non pauvres augmentent, avec l'achat de produits plus onéreux et diversifiés [19].

Les transports sont le deuxième poste de dépenses des habitants de Mayotte (18 %) : l'équipement automobile s'améliore pour les ménages non-pauvres, mais reste très faible pour le reste de la population [19]. **Concernant le logement, troisième poste de consommation (15 %), les dépenses d'eau et d'électricité augmentent fortement**, ainsi que les loyers pour les ménages les plus précaires [19] ([Tableau 2](#)).

Forte spécificité de Mayotte, les dépenses d'habillement demeurent très élevées, quel que soit le niveau de vie, et pèsent pour 10 % dans le budget [19].

Tableau 2 : Structure de consommation moyenne par ménage de 1995 à 2018 à Mayotte

	Mayotte				Autres Drom 2017	France Hexagonale 2018
	%	1995	2005	2011	2018	
Alimentation	37	26	27	24	16	16
Transports	12	15	15	18	20	16
Logement	6	16	15	15	15	16
Habillement	11	7	11	10	5	5
Équipement du logement	10	6	6	6	6	6
Communications	0,8	2	5	5	5	3
Loisirs et culture	5	6	6	5	8	9
Assurances et services financiers	8	8	3	5	9	9
Autres biens et services			4	5	6	7
Hébergement et restauration	1,2	0,5	4	4	6	7
Santé et enseignement	2	2	2	2	2	3
Alcool et tabac	0,8*	0,6*	1,9	1,3	2	3

Champ : Ménages de Mayotte, comptabilité nationale hors autoconsommation

Source : Insee, enquête budget des familles de 1995, 2005 [18], 2011 et 2018 [19]

c) Coût de la vie

En 2022, **les prix (hors loyers) sont plus élevés de 10 % à Mayotte par rapport à l'Hexagone** (7 % d'écart en 2015, +3 points) [20]. Ainsi, acheter un panier de biens et services composé selon les **habitudes de consommation d'un ménage vivant en France Hexagonale**, respectivement selon les **habitudes mahoraises**, coûte **18 %**, respectivement **3 %**, **plus cher** à Mayotte [20] ([Tableau 3](#)).

Tableau 3 : Écarts de prix entre Mayotte et la France hexagonale selon les types de produits et de paniers en 2022

	%	
	Panier hexagonal acheté à Mayotte	Panier mahorais acheté à Mayotte
	... acheté à Mayotte	
Ensemble	18	3
Produits alimentaires et boissons non alcoolisées	54	10
Boissons alcoolisées et tabac	58	24
Articles d'habillements et chaussures	-6	-8
Ameublement, électroménager, entretien de la maison	18	21
Santé	17	17
Transports	-4	-6
Communications	13	11
Loisirs et culture	19	-16
Restaurants	16	10
Autres biens et services y compris enseignement	6	9

Champ : Consommation des ménages hors fioul, gaz de ville et transports ferroviaires

Source : Insee, enquête de comparaison spatiale de prix 2022 [20]

d) Emploi

Le taux d'emploi chez les 15-64 ans à Mayotte continue de baisser sur les cinq dernières années : 29 % en 2023¹³ [21] contre 38 % en 2018 [22], année où il était le plus fort observé depuis 2009 (34 % [23]) [24].

¹³ Contre 68 % en France Hexagonale en 2021-2022, 51 % en Guadeloupe, 57 % en Martinique, 42 % en Guyane, 49 % à La Réunion [25].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*

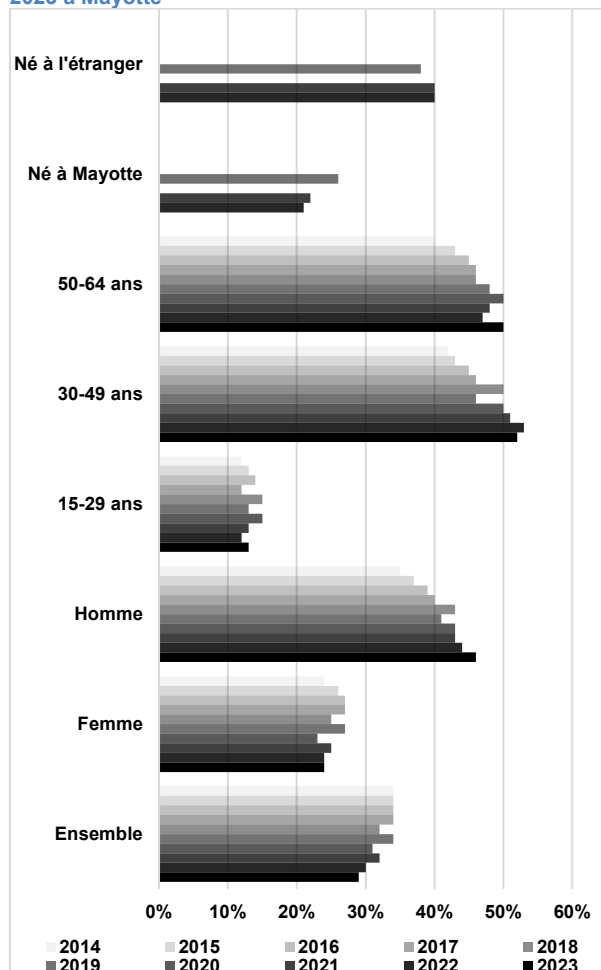
*La vie, c'est la santé !



En 2019, période d'avant crise Covid-19, le taux d'emploi était déjà **deux fois inférieur** à celui observé dans l'Hexagone (66 %) [24]. En 2022, **les employés à domicile, les hommes de 30-49 ans** (53 %, - 11 points par rapport à 2019) et **les natifs de l'étranger** (21 %, -5 points) sont les plus grandes victimes de la crise [26].

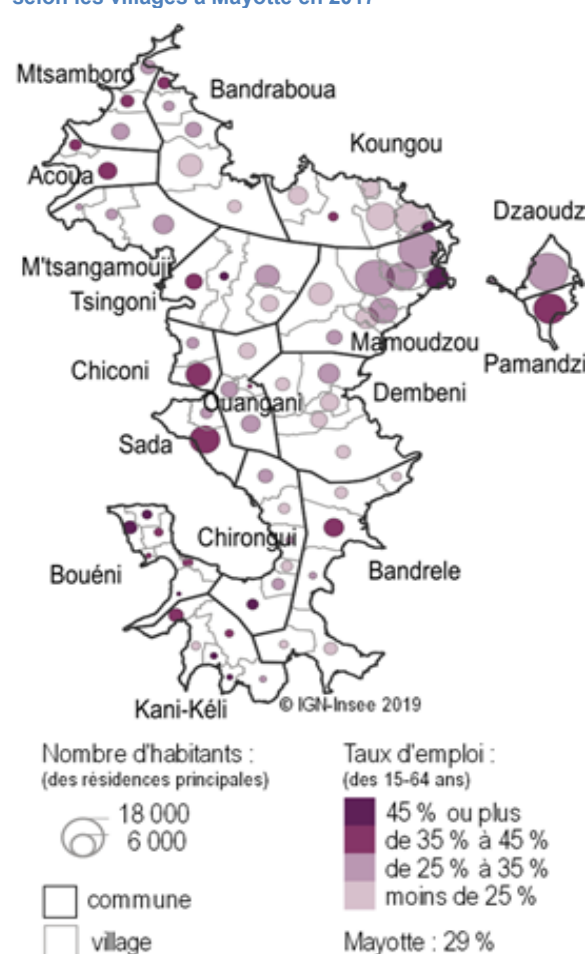
Le taux de chômage¹⁴ au sens du BIT s'établit à 37 % de la population active¹⁵ à Mayotte en 2023 [21], alors qu'il était de 18 % en 2009 [23]. Mayotte reste le **département français au taux de chômage le plus élevé¹⁶** [25]. En 2020, il avait baissé en trompe-l'œil (28 %) en raison du confinement qui avait conduit nombre de personnes sans emploi à réduire leurs recherches d'emploi [27]. En 2018, le chômage avait été particulièrement élevé (35 %) à la suite des mouvements sociaux et la baisse des contrats aidés [28].

Figure 14 : Taux d'emploi, au sens du BIT, de 2014 à 2023 à Mayotte



Champ : Habitants de 15-64 ans de Mayotte
Source : Insee, enquête Emploi de 2023 [21]

Figure 15 : Taux d'emploi, au sens du RP, des 15-64 ans selon les villages à Mayotte en 2017



Champ : Habitants de 15-64 ans de Mayotte
Source : Insee, RP 2017 [29]

La pyramide des âges de 2017 met en évidence un « creux » entre 18 et 30 ans marquant le **départ massif d'une partie de la population mahoraise** [8]. Cette classe d'âge part majoritairement vers la France Hexagonale afin d'y faire ses études [10].

A leur retour, quatre habitants âgés de 25 à 34 sur dix rencontrent des difficultés dans le domaine de l'emploi.

Concernant les personnes étrangères, seulement une sur dix en occupe un [10].

¹⁴ La définition et la mesure du chômage est complexe et extrêmement sensible aux critères retenus. En effet, les frontières entre emploi, chômage et inactivité ne sont pas toujours faciles à établir (exemple d'un étudiant qui travaille quelques heures par semaine...). Le BIT a cependant fourni une définition stricte du chômage, mais qui ignore certaines interactions qu'il peut y avoir avec l'emploi (travail occasionnel, sous-emploi), ou avec l'inactivité : en effet, certaines personnes souhaitent travailler mais sont « classées » comme inactives, soit parce qu'elles ne sont pas disponibles rapidement pour travailler (deux semaines), soit parce qu'elles ne recherchent pas activement un emploi. Ces personnes forment ce que l'on appelle un « halo » autour du chômage.

¹⁵ Partie de la population d'un territoire en capacité de travailler chez les 15 ans ou plus.

¹⁶ 15 % des 15 à 64 ans sur la période 2021-2022, 11 % en Guadeloupe, 8 % en Martinique, 7 % en Guyane, 11 % à La Réunion et 5 % en France Hexagonale [25].

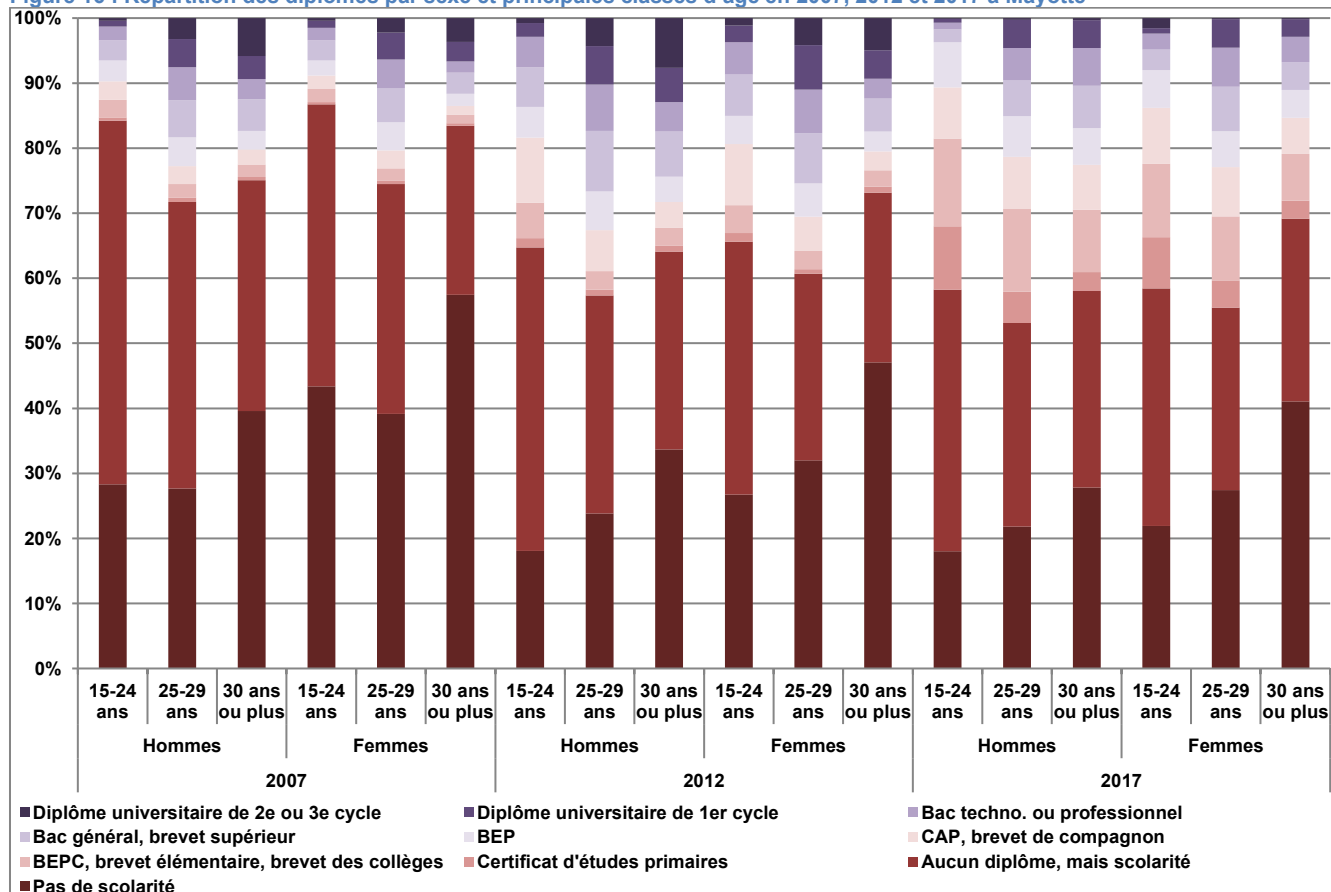


e) Diplômes et compétences à l'écrit et l'oral

En 2018, seules **27 % des personnes de 15 ans ou plus sorties du système scolaire possèdent un diplôme qualifiant** (18 % en 2009), contre 72 % dans l'Hexagone [30]. À Mayotte, accéder à un emploi est bien plus difficile, mais **avoir un diplôme y est valorisé** : ceux qui en possèdent un sont **autant en emploi que dans l'Hexagone** [30].

Les niveaux de formation sont très différents selon l'origine : 86 % des natifs de l'étranger n'ont pas de diplôme qualifiant, 62 % pour les natifs de Mayotte [30]. Quel que soit le lieu de naissance, grâce au développement de la scolarisation, **les jeunes générations sont plus diplômées** que leurs aînés [30]. En 2018, la part d'individus de 15 ans ou plus **non scolarisés** est de **31 %** contre 40 % en 2009, et **21 % ont un diplôme supérieur ou égal au Baccalauréat** contre 13 % en 2009 [30].

Figure 16 : Répartition des diplômes par sexe et principales classes d'âge en 2007, 2012 et 2017 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Insee, RP [31]

En 2022, **61 % des personnes âgées de 18 à 64 ans rencontrent des difficultés à l'écrit en langue française**, soit 89 000 personnes [32]. Cette part est **bien plus élevée** que dans l'Hexagone (10 %) et que **dans les autres départements et régions d'outre-mer** [32] (Figure 17). Près d'un individu sur deux déclare alors ne pas comprendre le français [32].

Les difficultés en français s'expliquent notamment par la situation linguistique particulière de l'île : **plusieurs langues cohabitent** et le français, qui occupe une place centrale dans le système éducatif et l'accès aux services publics, n'est pas la principale langue du quotidien¹⁷ [32].

En outre, **une part bien plus importante qu'ailleurs des adultes n'a jamais été scolarisée**, en particulier **au sein de l'école française** : 11 % des natifs de Mayotte, 41 % des natifs de l'étranger et 1 % des natifs de l'Hexagone [32]. Pourtant, avoir été scolarisé **divise par trois** le taux de difficulté¹⁸ à l'écrit : 30 % chez ceux ayant débuté leur scolarité en France contre 95 % chez les non scolarisés, et par **deux et demi** vis-à-vis de ceux l'ayant commencée à l'étranger : 74 % [32].

¹⁷ Qui n'est alors utilisée pour communiquer avec leur famille et leurs amis que par 29 % des personnes de 18-64 ans [32]. Dans 73 % des cas il s'agit du shimaoré ou du kibushi, et pour 25 % d'une langue des Comores [32].

¹⁸ L'effet du niveau de diplôme ressort alors également : 76 % des scolarisés sans diplôme ont une faible maîtrise de l'écrit, 34 % des diplômés du secondaire (brevet, bac, etc.) et 11 % des diplômés du supérieur [32].



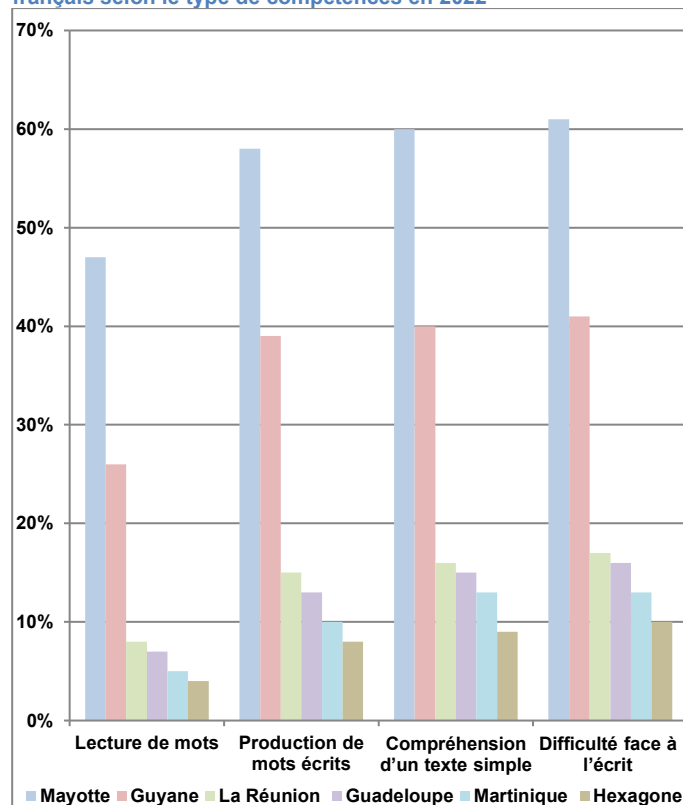
Sur l'île, les **femmes** (63 %) sont globalement plus **en difficulté en français** que les hommes (58 %), notamment sur la lecture du français, et en lien avec la **part de scolarisées chez les plus âgées** [32]. Ainsi, la situation s'inverse au fil des générations : parmi les **18-44 ans** ayant débuté leur scolarité en France, **les femmes** sont plus diplômées que les hommes, **maîtrisant mieux le français qu'eux** : 75 % contre 68 % [32].

Malgré les progrès de la scolarisation, les difficultés restent très importantes pour les **jeunes adultes** : la **moitié (47 %) d'entre eux ont des difficultés en français** (6 % pour l'Hexagone) et **27 % ne parlent pas le français**, même quelques mots [32].

Les conditions de vie pendant l'enfance jouent un rôle clé dans l'apprentissage du français : **les difficultés à l'écrit concernent bien plus souvent les personnes aux conditions de vie précaires** (revenus faibles chez 55 % d'entre eux, contre 19 % pour les autres), renforcées par un parcours migratoire souvent [32].

L'absence de maîtrise du français a un effet sur la vie quotidienne : **elle freine l'accès à l'emploi** (30 % des 15-64 ans en emploi contre 61 % chez ceux maîtrisant le français), **limite l'utilisation d'Internet** (35 % jamais contre 3 %) et **réduit l'autonomie dans les démarches administratives** [32].

Figure 17 : Difficultés des adultes face à l'écrit en français selon le type de compétences en 2022



Champ : Habitants de 18-64 ans de Mayotte ayant été scolarisés
Source : Insee, enquête Formation tout au long de la vie de 2022-2023 [32]

3 – Natalité, fécondité et structure familiale

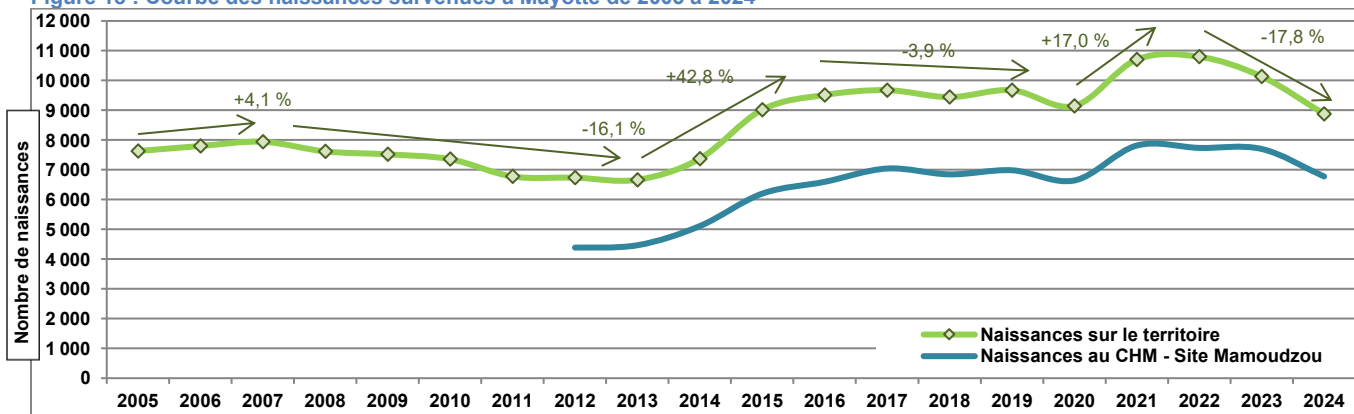
a) Courbes des naissances survenues

Sur l'année 2024, 8 874 naissances ont eu lieu (survenues) à Mayotte, dont 76 % à la maternité centrale. Sur les naissances domiciliées, on en compte **9 070 en 2025** (+1,8 % vis-à-vis de 2024) [33].

Après plusieurs années de baisse, 16 % entre 2007 et 2013, **le nombre de naissances augmente de 43 % entre 2013 et 2016**. Il se **stabilise** ensuite autour des 9 600 naissances de **2016 à 2019** [34] puis **diminue de 6 % en 2020**. En **2021**, le nombre des naissances augmente à nouveau très fortement de **17 %** par rapport à 2020 et **franchit un nouveau palier**.

Enfin, sur l'année **2024** complète, il **diminue fortement** : -14 % vis-à-vis de 2023, se retrouvant à un niveau similaire à la période 2015 à 2020 (*Figure 18*).

Figure 18 : Courbe des naissances survenues à Mayotte de 2005 à 2024



Champ : Naissances survenues à Mayotte

Source : CHM

Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



En 2025, sur les 530 mères domiciliées à Mayotte et ayant **accouché hors du territoire**¹⁹, la moitié ont accouché à La Réunion et l'autre moitié dans l'Hexagone [33].

Tableau 4 : Naissances survenues et naissances domiciliées de 2014 à 2025 à Mayotte

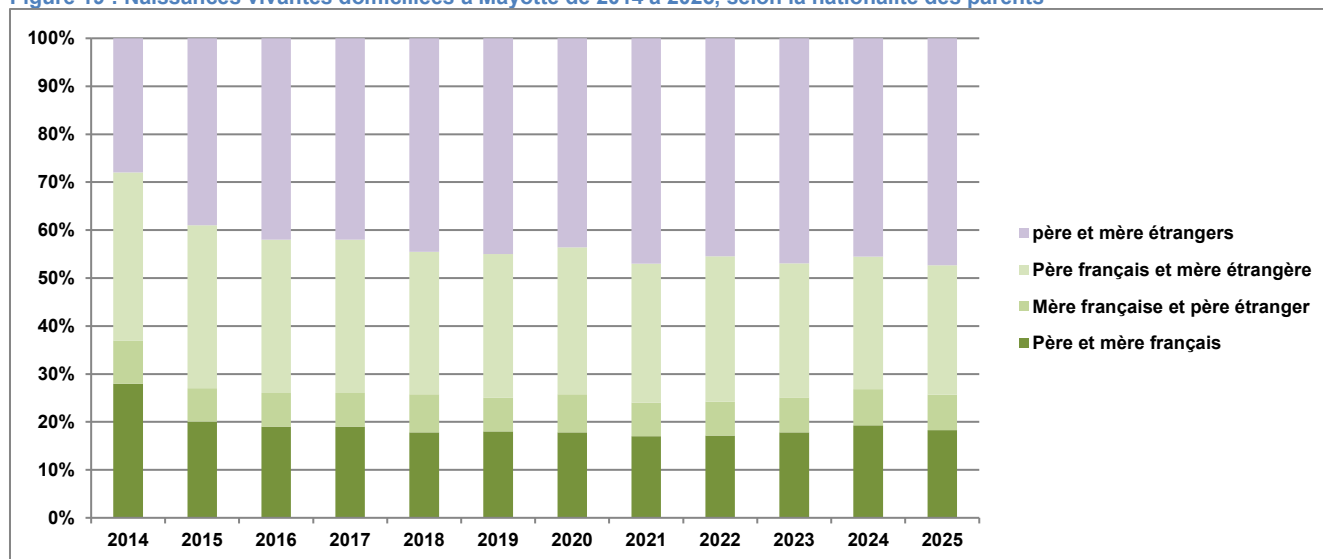
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Naissances survenues ²⁰	7 374	9 019	9 514	9 674	9 441	9 673	9 145	10 704	10 795	10 133	8 874	
Naissances domiciliées ²¹	7 306	8 997	9 496	9 762	9 590	9 770	9 184	10 610	10 770	10 280	8 910	9 070
Delta	+68	+22	+18	-88	-149	-97	-31	+94	+25	-147	-36	
Indice de fécondité (enfants par femme)	4,1	4,9	5,0	4,9	4,7	4,6	4,2	4,7	4,6	4,2	3,6	3,5 ²²
Taux de natalité (naissances pour mille habitants)	32,7	38,7	39,4	39,0	37,4	36,2	32,9	36,6	36,1	34,9	27,4	27,6 ²³

Source : CHM (survenues), Insee (domiciliées), bilan démographique [33]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

53 % des nouveau-nés²⁴ de 2025 ont au moins un parent français alors qu'en 2014 la part était de 72 % [33] (Figure 19).

Figure 19 : Naissances vivantes domiciliées à Mayotte de 2014 à 2025, selon la nationalité des parents



Champ : Naissances domiciliées à Mayotte

Source : Insee, bilan démographique [35]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Mayotte est également le deuxième département à avoir le plus fort taux de grossesses chez les mineures après la Guyane : 5 % en 2025 (410 enfants, dont 100 de mère de moins de 16 ans), contre 0,3 % dans l'Hexagone [33], 5 % en 2024 (420 enfants nés de mères mineures) [35], 4 % en 2023 (soit 440 naissances [36]), 4 % en 2022 – 470 naissances – [42], 4 % en 2021 – 470 naissances – [37], 5 % en 2020 – 415 – [38], 4 % en 2019 – 430 – [39], 5 % en 2018 – 470 – [40] et 2017 – 470 – [41]).

En 2025, l'âge moyen des mères s'élève à **29,0 ans** à Mayotte, soit 2,3 ans de moins qu'au niveau national [33]. En 2023, les pères sont plus âgés (**34 ans en moyenne**), en lien avec un écart d'âge entre conjoints plus élevé qu'au niveau national [36].

La maternité du CHM de Mamoudzou représente en moyenne par an 72 % des naissances survenues sur le territoire. Les centres périphériques de Kahani, Dzoumogné, M'Ramadoudou et Pamandzi en rassemblant respectivement 11 %, 7 %, 6 % et 4 %²⁵ (Tableau 5).

L'année 2024 a été marquée par la **fermeture complète** des maternités de **Dzoumogné et M'Ramadoudou**, impliquant une **hausse** particulièrement importante des naissances observées à **Kahani** : +9 points vis-à-vis de la période 2020 à 2023 (Tableau 5).

¹⁹ 410 en 2024. 310 en 2023 [35]. 298 en 2022 [42], 241 en 2021 [37], 236 en 2020 [38], 300 en 2019 [39], 325 en 2018 [40], 300 en 2017 [41], 210 en 2016, 170 en 2015 et 140 en 2014 [36].

²⁰ Les naissances survenues correspondent à celles ayant lieu sur le territoire de Mayotte que la mère soit domiciliée ou non.

²¹ Les naissances domiciliées correspondent à celles ayant lieu en France entière et dont la mère est domiciliée à Mayotte.

²² 1,5 en France Hexagonale [33].

²³ 9,7 en 2023 en France Hexagonale [36].

²⁴ En 2018, un nouveau-né sur dix n'était pas reconnu à la naissance par le père, équivalent à l'Hexagone, contre 15 % en 2014. En fonction de l'âge de la mère, ce constat est plus accentué : 18 % chez les mères mineures (15 ans ou moins) contre 9 % chez majeurs [40].

²⁵ En 2023, 7 % des naissances ont lieu hors maternités [42]. 7 % en 2022 contre 0,8 % dans l'Hexagone [42]. Respectivement 9 % et 0,9 % en 2021 [37], 6 % et 0,5 % en 2019 [39], 5 % et 0,7 % en 2018 [40], 6 % et 0,5 % en 2017 [41]. 5 % de naissances hors maternités en 2020 [38].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 5 : Nombre de naissances par maternité à Mayotte de 2012 à 2024

Maternité	Nombre													Répartition (%)			
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2012-2015	2016-2019	2020-2023	2024
CHM	4 387	4 465	5 109	6 199	6 595	7 042	6 846	6 984	6 641	7 815	7 735	7 699	6 774	68	72	73	76
Pamandzi	377	362	369	399	414	347	378	346	376	409	416	363	311	5	4	4	4
Dzoumogné	766	618	625	800	819	729	725	765	667	848	822	410	3	9	8	7	0
Kahani	619	633	680	950	948	917	866	962	915	1 021	1 157	1 296	1 785	10	10	11	20
M'ramadoudou	587	566	591	671	738	639	626	616	546	611	665	365	1	8	7	5	0
Total	6 736	6 644	7 374	9 019	9 514	9 674	9 441	9 673	9 145	10 704	10 795	10 133	8 874	100	100	100	100

Champ : Naissances survenues à Mayotte

Source : CHM

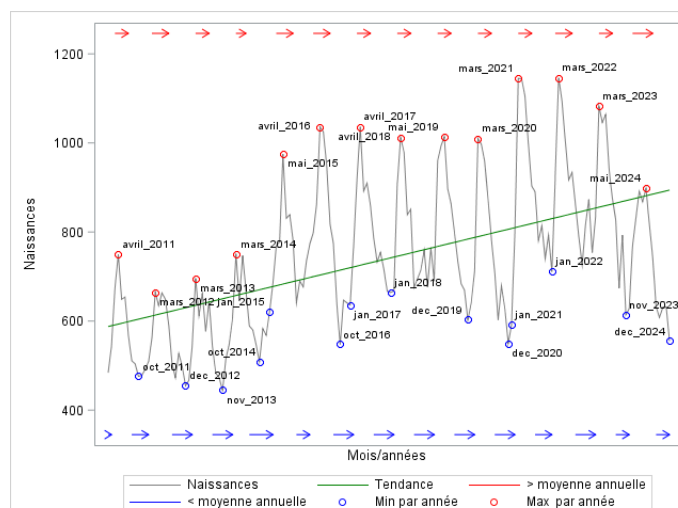
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

b) Spécificité de la courbe des naissances survenues

L'augmentation et la diminution du nombre de naissances d'un mois à l'autre se fait de manière graduelle et non « brusque » avec **une hausse de janvier à avril** suivie d'une **stabilisation sur avril/mai**. Puis une **baisse de juin à septembre** est observée et se finissant par une nouvelle **stabilisation d'octobre à décembre** [34].

Ainsi, les mois connaissant une **explosion du nombre de naissances** sont ceux de : **mars, avril, mai et juin**. *A contrario*, les mois dont le nombre de naissances est le plus **faible** sont ceux de : **janvier, septembre, octobre et novembre** [34] (Figure 20).

Figure 20 : Evolution de 2012 à 2024 du nombre de naissances par mois (en gris), tendance globale (en vert), saisonnalité (en bleu et rouge), minimum et maximum atteints par année



Champ : Naissances survenues à Mayotte

Source : CHM

Exploitation : ARS Mayotte – DéES– Automate M.A.R.C.

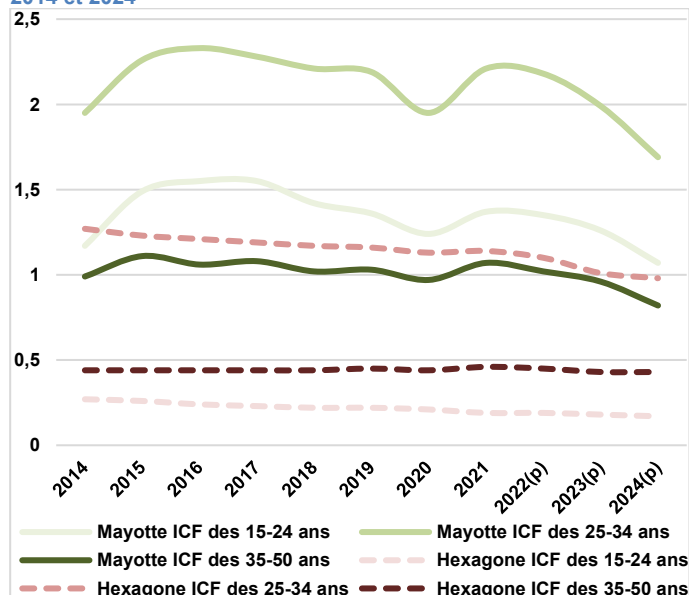
c) Indicateur conjoncturel de fécondité

En 2024, l'ICF²⁶ s'élève à **3,6 enfants par femme à Mayotte**. Malgré la baisse des naissances observées par rapport à 2023, le territoire demeure le **département français à la fécondité la plus élevée** [35]. Il se situe à un **niveau très supérieur à l'Hexagone** (1,6) malgré qu'il ait été fortement diminué entre 1978 et 2012 [8], **en lien avec la généralisation de la scolarisation** [10] (Figure 22).

La fécondité est importante chez les jeunes : 1,1 enfant pour les femmes de 15 à 24 ans à Mayotte contre 0,2 dans l'Hexagone [35]. **Elle reste élevée chez les plus âgées** : 0,8 enfant chez les 35-49 ans contre 0,4 dans l'Hexagone [35] (Figure 21).

En 2016, la fécondité était près de deux fois plus élevée pour les femmes **nées à l'étranger** : **6,0 enfants** par femme en 2017 (6,4 en 2007), que pour celles **nées à Mayotte** : **3,5** (3,4 en 2007) [8]. Pour autant le rapport de force reste similaire sur l'année 2024, avec 1 naissance de mère française pour 2,7 de mères étrangères, à **forte majorité d'origine comorienne** [35].

Figure 21 : Evolution de l'ICF par âge regroupé entre 2014 et 2024



Note : L'Abbréviation (p) indique des chiffres provisoires.

Champ : Femmes de 15 à 50 ans

Source : Insee, bilan démographique [35]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

²⁶ L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là. D'un niveau souvent comparable à la descendance finale des générations, cet indicateur peut s'en écarter durablement lorsque le calendrier de la fécondité se modifie : un retard de calendrier conduit ainsi à une baisse de l'indicateur conjoncturel de fécondité, même si la descendance finale des générations n'est pas modifiée.



ARS MAYOTTE

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

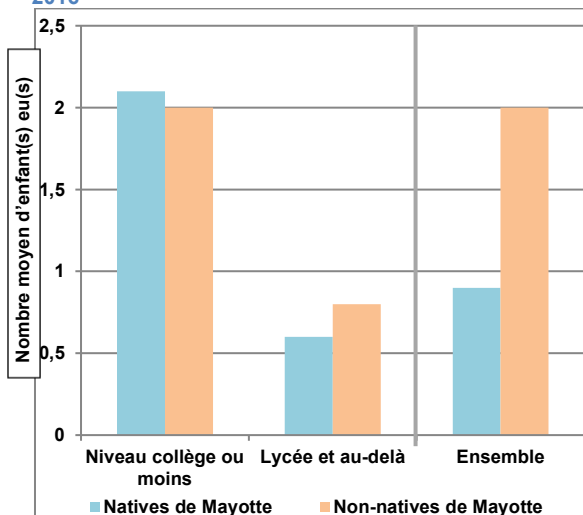
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



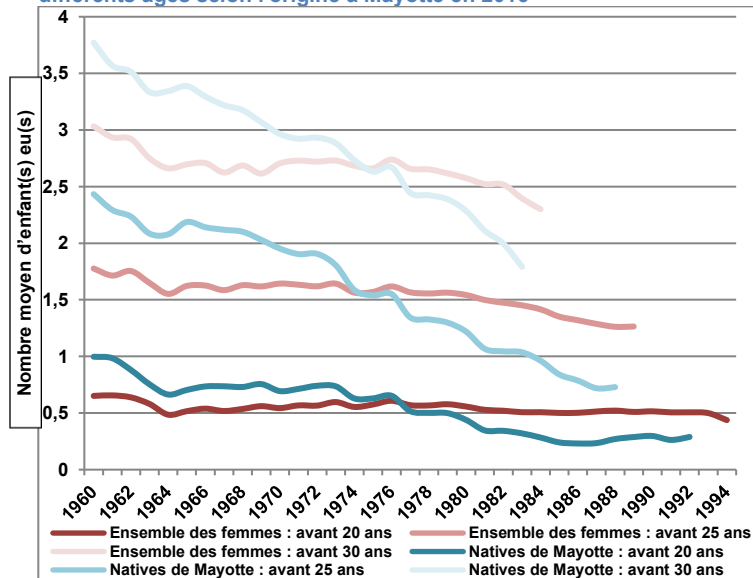
Sur un premier point d'étape érigé en 2016, on observait que **la proportion de femmes ayant eu 7 enfants ou plus avait été divisée par deux entre les générations 1940-1949 et 1970-1976** (38 % contre 20 %) [10]. De plus, l'indicateur diminuait pour les générations de 1960 à 3,8 et à moins de 2 pour la génération de 1980 [10] (Figure 23).

Figure 22 : Nombre moyen d'enfants eus à Mayotte avant 25 ans selon le niveau d'études et le lieu de naissance des femmes des générations 1980-1989, en 2016



Champ : Femmes nées entre 1980 et 1989, habitantes de Mayotte
Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

Figure 23 : Évolution de la descendance atteinte à différents âges selon l'origine à Mayotte en 2016



Champ : Femmes nées entre 1960 et 1992, habitantes de Mayotte
Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

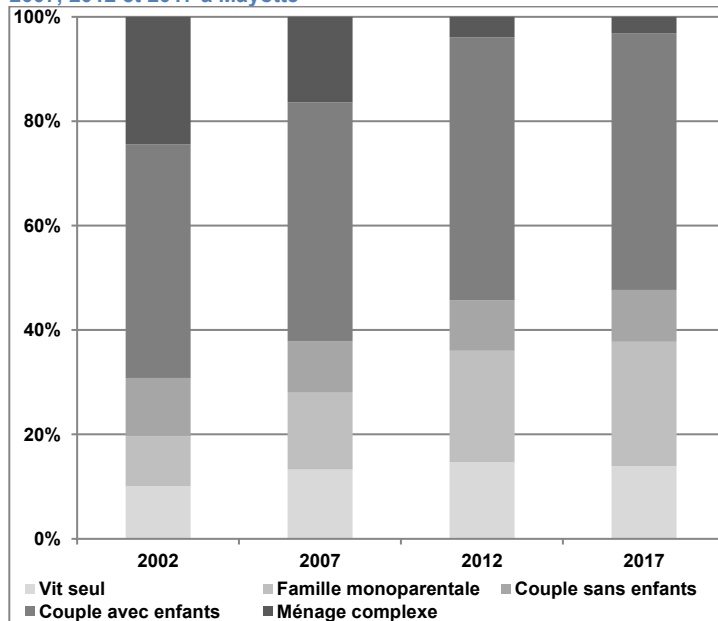
d) Famille

En 2017, **un tiers des familles sont monoparentales**²⁷ (22 % dans l'Hexagone, respectivement quatre sur dix et trois sur dix en 2023 [43]), ce qui n'exclut pas qu'elles soient souvent des familles nombreuses (41 % d'entre elles sont composées de 3 enfants ou plus²⁸, 11 % dans l'Hexagone) [44] et un quart des enfants ne vivent qu'avec leur mère (10 % dans l'Hexagone), cette part doublant pour le cas des non-natifs de Mayotte [10].

Concernant cette partie de la population, après 6 ans, 7 à 9 % des enfants vivent dans un ménage sans aucun de leurs parents [10]. Le nombre de mineurs vivant sans leurs parents est estimé à 5 400 enfants dont 44 % sont de nationalité française [44]. **La moitié de ces mineurs ne sont pas inscrits dans un établissement scolaire** alors que 61 % ont entre 6 et 16 ans [44]. Pour la majorité d'entre eux, ils vivent avec d'autres membres familiaux et dont le chef de famille n'est pas né à Mayotte [10].

En 2017, la moitié des habitants de Mayotte de 14 ans ou plus vivent en couple [45] (Six sur dix en 2007 [46]). **Les femmes débutent leur vie de couple plus tôt** (deux sur cinq chez les 20-

Figure 24 : Répartition de la structure familiale en 2002, 2007, 2012 et 2017 à Mayotte



Note : Les ménages complexes, au sens statistique du terme, sont ceux qui comptent plus d'une famille ou plusieurs personnes isolées partageant habituellement le même domicile, ou toute autre combinaison de familles et personnes isolées.

Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, RP [31]

²⁷ Indicateur restreint aux familles et excluant les individus vivant seul. Tout ménage confondu, la part des familles monoparentales représente 26 % des ménages en 2017, contre 23 % en 2012 [31].

²⁸ Dont 23 % sont composées de 4 enfants ou plus [44].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



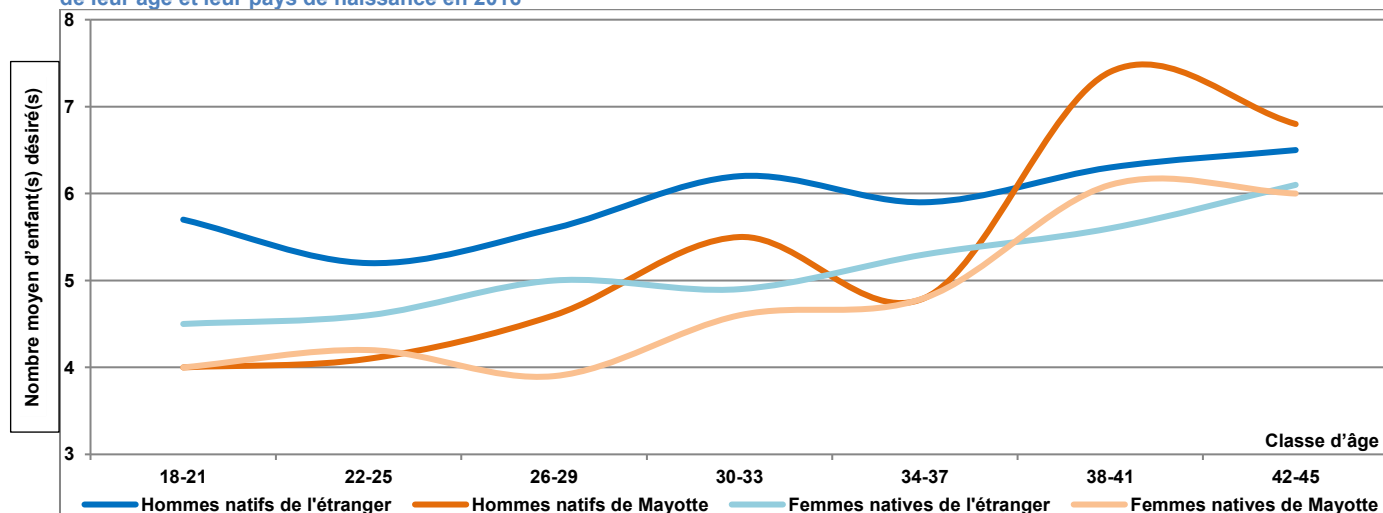
24 ans contre un sur cinq chez les hommes du même âge), **mais après 30 ans** elles le sont moins souvent que dans le reste de la France (63 % contre 70 %) [45]. Très peu de couples sont sans enfant : 17 % contre la moitié ailleurs en France [45]. **La mixité est trois fois plus fréquente à Mayotte** : trois couples sur dix unissent une personne née dans un pays étranger et une personne née à Mayotte ou ailleurs en France (12 % dans l'Hexagone) [45].

e) Perception de la parentalité

En 2016, **les familles de plus de cinq enfants restent la norme souhaitée** [47].

Cependant, les plus jeunes souhaitent deux enfants de moins que leurs aînés [47]. Si les femmes, natives de Mayotte et de l'étranger, ont des projets familiaux comparables à ceux des hommes nés à Mayotte, il est observé que les **hommes natifs de l'étranger se démarquent particulièrement** [47]. Ainsi, on peut constater : une forte **diminution** du nombre d'enfants désirés par les hommes natifs de **Mayotte** avec trois enfants de moins entre les 18-25 ans et les plus de 40 ans ; une certaine **stabilité** autour de **six enfants** chez les hommes **natifs de l'étranger**, quel que soit l'âge ; et jusqu'à 30 ans, les femmes **natives de l'étranger** désirent en moyenne **un enfant de plus que celles nées à Mayotte** [47] (Figure 25).

Figure 25 : Evolution du nombre d'enfants désirés (en moyenne) à Mayotte selon les hommes et les femmes, en fonction de leur âge et leur pays de naissance en 2016



Champ : Habitants de 18-44 ans de Mayotte

Source : ARS Mayotte-Ined, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [47]

La solidarité intergénérationnelle représente la principale motivation à avoir « beaucoup d'enfants », aussi bien pour les natifs de l'étranger que ceux de Mayotte [47].

En effet, **l'avantage** le plus souvent cité demeure le **soutien dans la vieillesse** (59 %) [47]. Il est suivi des motifs concernant **l'aide dans le travail** (40 %) et la **solidarité des grandes familles** (39 %) [47]. 21 % des personnes citent n'y voir aucun avantage et seulement 1 % un épanouissement affectif [47]. Les habitants nés dans un autre département français et ceux ayant un diplôme supérieur ou équivalent à un BAC+2 déclarent plus souvent aucun avantage à avoir beaucoup d'enfants (respectivement 49 % et 39 %), l'épanouissement et l'aspect affectif (8 % et 7 %) [47].

Les motifs de solidarité intergénérationnelle sont moins souvent cités chez les personnes ayant un BAC+2 ou supérieur et les jeunes (18-25 ans) [47]. D'ailleurs, ces derniers sont plus nombreux que les plus de 45 ans à déclarer avoir des enfants par fierté et affirmation de soi (25 % contre 19 %) ou pour les allocations familiales (6 % contre 3 %) [47].

Les obligations religieuses/sociales ne sont quasiment pas citées chez les natifs d'un autre département français : moins de 1 % contre 6-7 % pour les autres [47].

Le **désavantage** le plus souvent cité à avoir beaucoup d'enfants demeure le **coût/aspect financier** (70 %) [47]. **L'inquiétude sur l'avenir de leur(s) enfant(s)** (55 %) et les **problèmes d'éducation et de discipline** (55 %) sont ensuite les plus déclarés [47]. Un habitant sur dix ne cite aucun désavantage [47]. Les individus nés dans un département français hors Mayotte, les plus diplômés et ceux estimant leurs revenus comme suffisants évoquent moins souvent que les autres les coûts financiers et les problèmes d'éducation comme des désavantages à avoir beaucoup d'enfants [47].

Toutefois, ces trois sous-catégories de population déclarent plus régulièrement les « contraintes pour les parents » [47].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

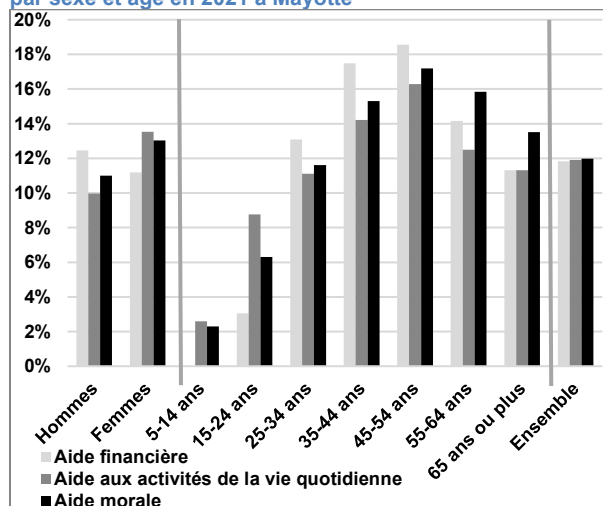


4 - Solidarité familiale

En 2021, **un habitant sur dix** déclare **apporter une aide** financière ou aux activités de la vie quotidienne ou moral à un proche en raison d'un handicap ou de son âge avancé [48]. Ce sont alors principalement les 45-54 ans, respectivement 19 % et 16 % [48] (Figure 26).

Quant aux **65 ans ou plus**, **22 %** reçoivent l'aide d'un professionnel de santé et **32 %** de celle de leur entourage [48] (Figure 27).

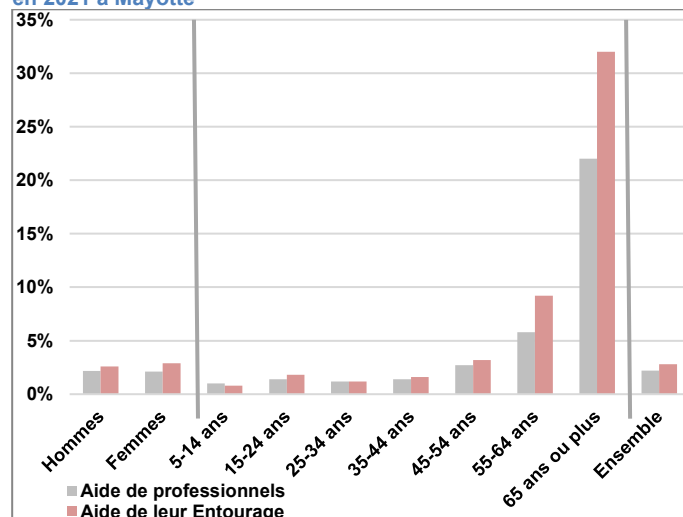
Figure 26 : Proportion de personnes apportant une aide financière, aux activités de la vie quotidienne et morale par sexe et âge en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 5 ans et plus de Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [48]

Figure 27 : Proportion de personnes recevant une aide de professionnels ou de leur entourage par sexe et âge en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 5 ans et plus de Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [48]

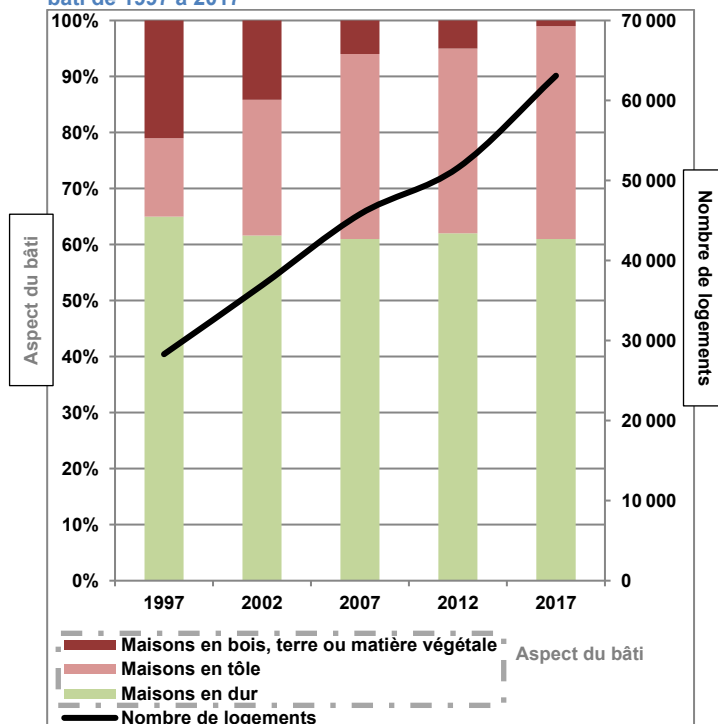
5 - Le logement

Entre 2012 et 2017, la croissance du nombre de logements est dynamique à **+4,1 % en moyenne** par an [8]. Ce volume d'habitats a ainsi été multiplié par 5 vis-à-vis de 1978 [49] (Figure 28).

La taille des ménages est de 4,1 personnes soit une moyenne de **1,4 personne par pièce** (0,6 dans l'Hexagone) [8] (Figure 29).

En 2017, **39 %** des 63 100 résidences principales²⁹ sur le territoire **sont des maisons individuelles en tôle** (+1 point par rapport à 2012), les autres étant construites en dur [8]. La nature du bâti a fortement évolué ces 20 dernières années, 21 % des habitations avaient des murs en torchis, raphia, feuilles de cocotiers, tandis que la tôle ne constituait que 14 % du parc de logement en 1997 [50]. Désormais, **les cases en tôle³⁰ sont quatre fois plus nombreuses**, et celles en torchis ou raphia ont diminué de moitié (6 %) [50]. **Les maisons en bois, matière végétale ou terre** n'étant plus que de **1 % en 2017** [50]. Concernant les habitats en **dur**, ils concernent **61 %** du parc immobilier, **65 % en 1997** (-4 points) [50] (Figure 28).

Figure 28 : Evolution du nombre de résidences principales à Mayotte et répartition selon l'aspect du bâti de 1997 à 2017



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [50]

²⁹ Une estimation de 87 023 logements peut être obtenue au 1^{er} janvier 2025, en appliquant la dynamique de 4,1 % par an au volume recensé de 2017.

³⁰ Ou habitat précaire.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Les **natifs de l'étranger** vivent près de **trois fois plus souvent en habitat précaire**³¹ que les natifs de Mayotte [8]. L'**écart**, qui s'est accru depuis 2012, est **plus fort** encore avec les natifs de l'Hexagone ou des autres DOM, qui bénéficient des conditions de logement les plus favorables [8].

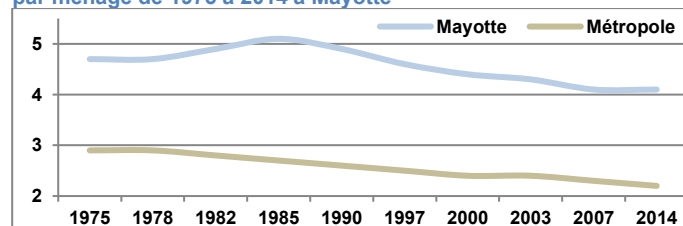
En 2017, **29 % des ménages n'ont pas accès à un point d'eau à l'intérieur** de leur résidence principale, **soit quasiment autant qu'en 2012** (30 %) [8]. L'accès à l'eau s'était pourtant nettement amélioré entre 2007 et 2012 : 63 % des ménages n'en disposaient pas en 2007 [8] et 80 % en 1997 [50]. Plus particulièrement, ils sont 17 % à n'avoir accès à l'eau courante ni dans leur logement ni dans leur cour (12 % pour exclusivement la cour) [50]. Les logements en tôle, particulièrement précaire ou indigne, sont **56 % à ne pas avoir l'eau courante à l'intérieur du logement** (36 % ni chez eux ni dans la cour), soit cinq fois plus que dans l'habitat en dur (12 %) [8] (*Figure 30*).

Dès lors, **6 % de ces ménages s'approvisionnent chez un proche ou une tierce personne** [50]. Les autres ont recours à une **BFM**³² (5 %), un puits ou une citerne (3 %), à un ruisseau ou la rivière (3 %) [50] (*Figure 30*). 15 % déclaraient en 2013 devoir faire un trajet supérieur à 20 mètres pour pouvoir s'approvisionner en eau [49].

En 2017, c'est tout le secteur gravitant autour de **Mamoudzou** qui est le plus touché : **Bandraboua, Koungou, Tsingoni, Ouangani** et **Dembéni** avec un taux d'accès à l'eau à l'intérieur des logements compris entre **57 % et 70 %** [50]. Suivies des communes de **Dzaoudzi, Chirongui** et **Bandrélé** (71 % à 80 %) [50]. Les autres communes ont un accès à l'eau bien supérieur et compris entre 81 % et 90 % [50]. Les communes recensant le **moins de logements en tôle** sont également celles où l'accès à l'eau y est le plus important [50] (*Figure 31*).

En 2017, **l'électricité reste absente dans 10 % des logements** [8]. En 2013, 6 % des logements n'en disposaient et par rapport à 2002 cette part a été **divisée par quatre** (8 % en 2007, stable depuis) [49]. Les habitants des maisons en tôle sont 15 % à être concernés contre 1 % pour ceux des logements en dur [49]. A Mayotte, **avoir l'électricité dans son logement ne signifie pas pour autant avoir son propre compteur** : 58 % des ménages déclarent en avoir un (43 % au sein des maisons en tôle), tandis que **17 % déclarent être**

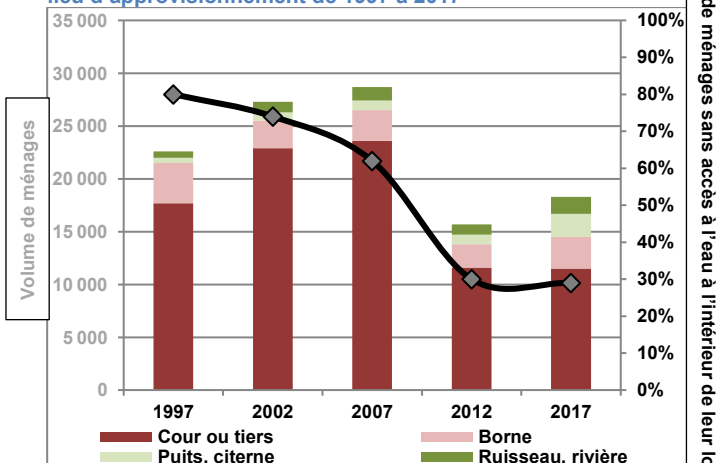
Figure 29 : Evolution du nombre moyen de personnes par ménage de 1975 à 2014 à Mayotte



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [49]

Figure 30 : Evolution du nombre de ménages de Mayotte sans eau courante à l'intérieur du logement et lieu d'approvisionnement de 1997 à 2017

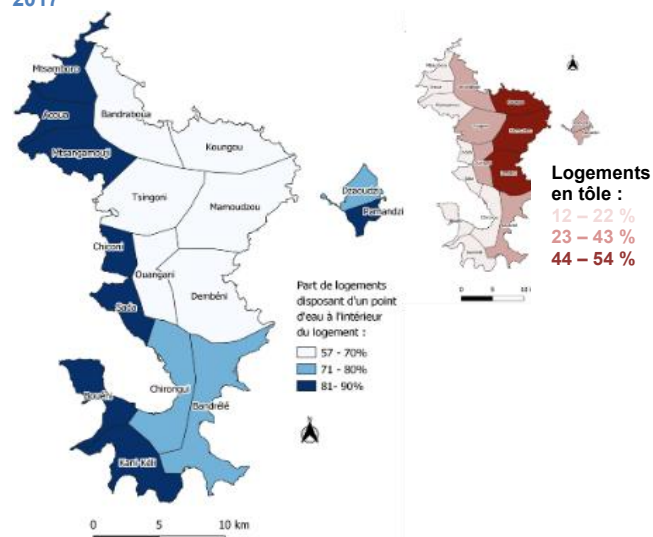


Note de lecture : En 1997, 22 600 ménages n'ont pas de point d'eau à l'intérieur de leur logement (échelle de gauche), soit 80 % de l'ensemble des ménages (échelle de droite). Parmi eux, 17 700 disposent d'un robinet dans leur cour ou font appel à un tiers (famille, ami ou voisin).

Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, RP [50]

Figure 31 : Part des logements de Mayotte disposant d'un point d'eau potable à l'intérieur de chez eux en 2017



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, RP 2017 [50]

Exploitation : ARS Mayotte – DÉES

³¹ Le type de revêtement du sol des logements reflète également la précarité de l'habitat à Mayotte [49]. Ainsi, en 2013, le sol était recouvert de carrelage dans seulement 40 % des logements [49]. Dans les autres, il s'agit de béton nu (26 %), de revêtement plastique (25 %) ou simplement de terre battue (8 %) [49].

³² L'amélioration de l'accès à l'eau potable constitue un enjeu de santé publique, se traduisant par l'implantation de BFM à Mayotte depuis une vingtaine d'années.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*

*La vie, c'est la santé !



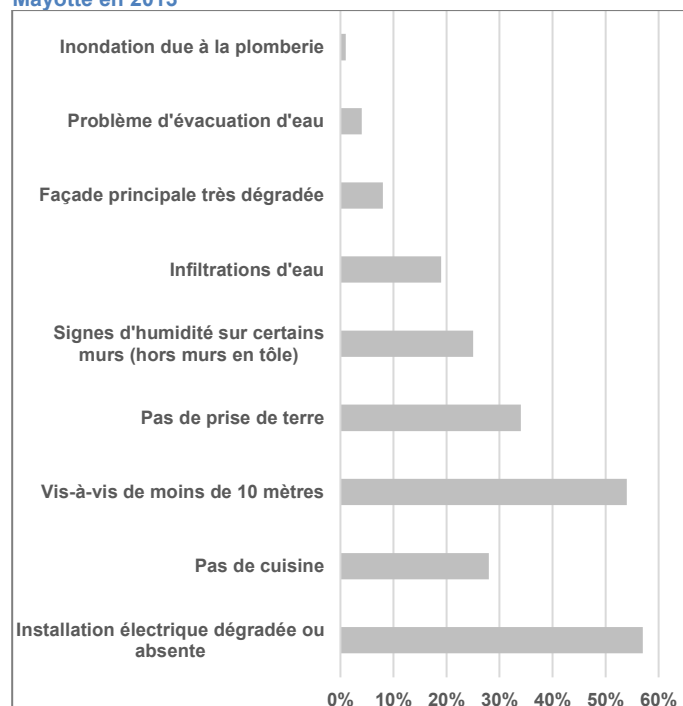
raccordés au **compteur d'un autre logement** [49]. De plus, la qualité de l'installation électrique y est souvent mauvaise : **46 %** des ménages sont concernés par des **installations aux fils non protégés et**, pour **9 %**, dans un **état dégradé** (respectivement 62 % et 12 % pour les ménages raccordés à un tiers) [49]. **Entre 2002 et 2012**, la part de ménages **n'ayant pas l'électricité** dans leur logement avait été **divisée par quatre** [2]. En 2013, 6 % n'en disposaient pas [49]. Quatre années plus tard, **l'accès à l'électricité** n'est toujours pas généralisé à Mayotte et **recule même : 10 % des résidences principales en sont dépourvues** en 2017 [8].

En 2013, **63 % des ménages sont en situation de surpeuplement**³³, 84 % lorsque la personne de référence est étrangère contre 53 % lorsqu'elle est née à Mayotte (9 % chez les natifs d'un autre département français) [49]. Les **familles monoparentales** (79 %) et les **couples avec enfant(s)** (75 %) sont les plus concernés (contre 26-27 % pour les personnes seules et les couples sans enfant) [49].

61 % des ménages occupent un logement avec au moins deux défauts graves (27 % pour aucun défaut) : notamment les maisons en tôle (98 % contre 39 % pour celles en dur) [49]. Les **familles monoparentales** sont à nouveau les plus défavorisées : 76 %, 64 % pour les personnes seules et 43 à 58 % pour les couples avec/sans enfant(s) [49]. Parmi les problèmes signalés en 2013, ressortent les **logements trop petits** et la **chaleur** [49]. En fonction du type de bâti, le troisième défaut cité est l'absence d'eau pour les maisons en tôle et le **prix du loyer** pour les locataires des maisons en dur [49]. **Le bruit** reste cité dans des parts similaires : 11 % à 14 % se plaignent de leur voisinage [49] (*Figures 32 & 33*).

32 % des ménages estimaient leurs conditions de logement « insuffisantes » voire « **très insuffisantes** » (8 %) [49]. Notamment, ceux dépourvus d'**électricité** (61 %), occupants d'une **maison en tôle** (52 %) et ne bénéficiant pas du **confort sanitaire de base** (45 %) [49]. En 2017, **59 % des résidences principales ne bénéficient pas du confort sanitaire de base**³⁴ [8]. Si cette proportion se réduit par rapport à 2012 (-5 points), cela reste moins importante qu'au cours des cinq années précédentes (-13 points entre 2007 et 2012) [8]. Cette amélioration concerne uniquement l'habitat construit en dur. **Le confort sanitaire des habitations précaires ne progresse pas :**

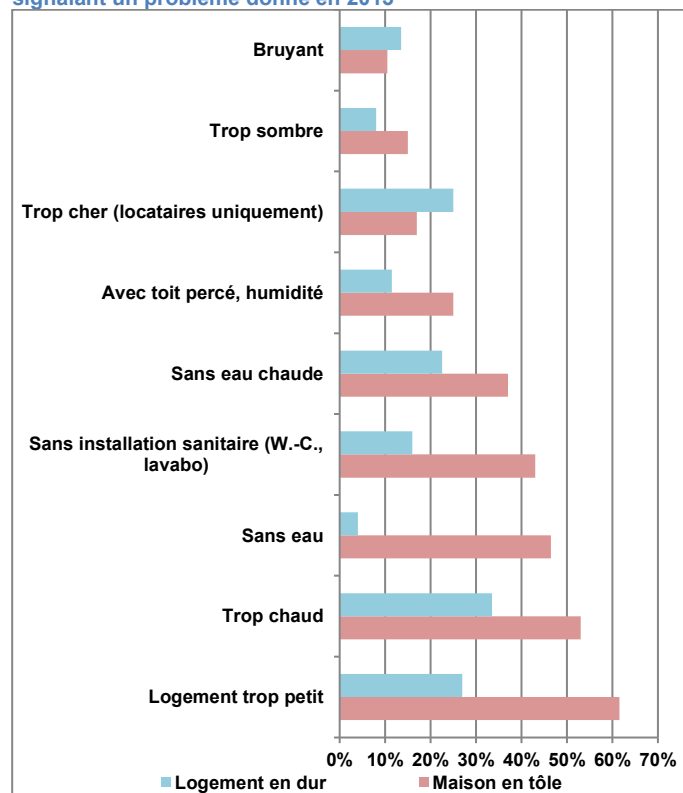
Figure 32 : Part des différents défauts des ménages de Mayotte en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [49]

Figure 33 : Proportion des logements de Mayotte signalant un problème donné en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [49]

³³ Un logement surpeuplé (sous-peuplé) dispose d'une pièce en moins (en plus) par rapport à une norme définie selon la composition familiale du ménage qui l'occupe. Un logement est en surpeuplement accentué quand il lui manque au moins deux pièces par rapport à la norme d'« occupation normale ».

³⁴ Un logement est considéré comme dépourvu du confort sanitaire de base s'il est privé d'un des trois éléments que sont : l'eau courante, une baignoire ou une douche, des WC à l'intérieur.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

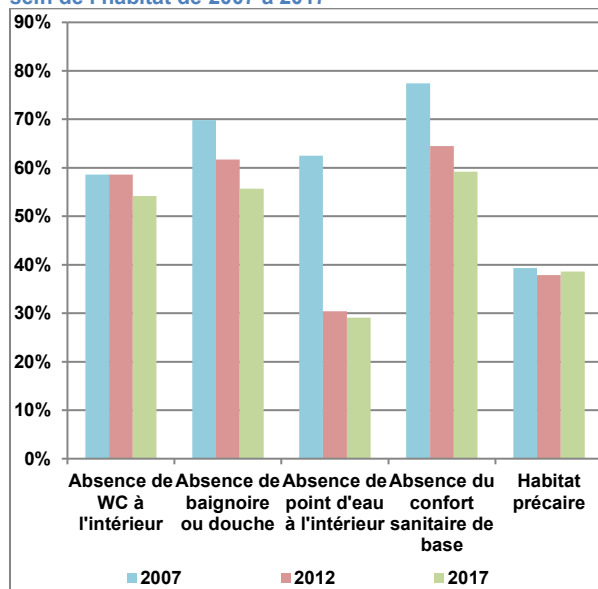
www.ars.mayotte.santé



95 % n'en disposent pas contre 37 % pour les habitations en dur [8] (Figure 34).

De nombreux ménages désiraient, en 2013, changer de logement (23 %) ou estiment y être contraints dans les trois ans à venir (19 %) [49]. **Ils sont cependant 13 % à juger leur souhait de changement irréalisable** [49].

Figure 34 : Evolution à Mayotte du confort de base au sein de l'habitat de 2007 à 2017

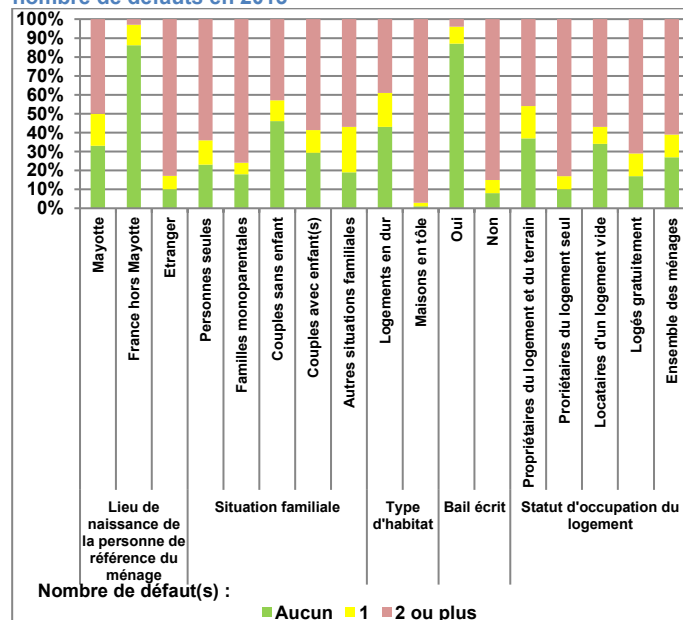


Note : Au sens de l'Insee, un habitat précaire désigne une maison faite en tôle, bois ou végétal.

Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, RP 2017 [8]

Figure 35 : Ménages et logements à Mayotte selon leur nombre de défauts en 2013



Champ : Ménages de Mayotte

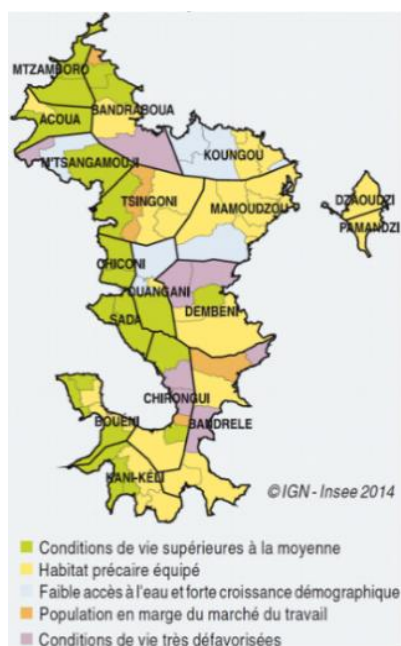
Source : Insee, enquête logement de 2013 [49]

Exploitation : ARS Mayotte – DÉES

En 2012 et 2017, **le littoral ouest de Mayotte est le secteur présentant les meilleures conditions de vie** (Figures 36 & 37) [29]. Les communes de Dembéné, Mamoudzou, Koungou et Bandraboua sont celles qui recensent le plus de villages en difficulté [29].

C'est en tout 16 villages sur 72 qui **cumulent toutes les difficultés**, soit en 2017 : **57 700 habitants pour 12 800 logements** [29]. En 2012, les 23 villages où les conditions de vies sont les meilleures abritaient, comme en 2017, un quart de la population de Mayotte [51].

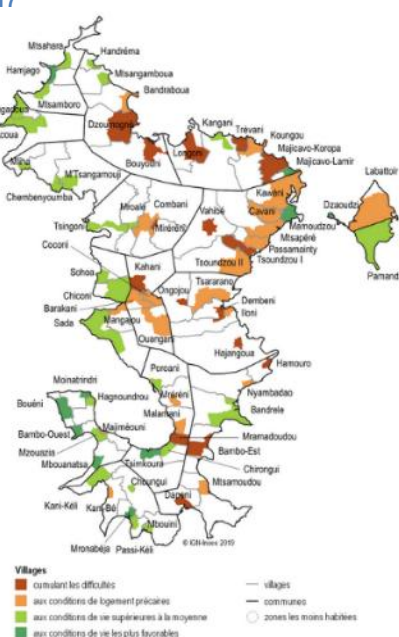
Figure 36 : Classification des villages de Mayotte en 2012



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, RP 2012 [51]

Figure 37 : Classification des villages de Mayotte en 2017



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, RP 2017 [29]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



6 – Couverture maladie

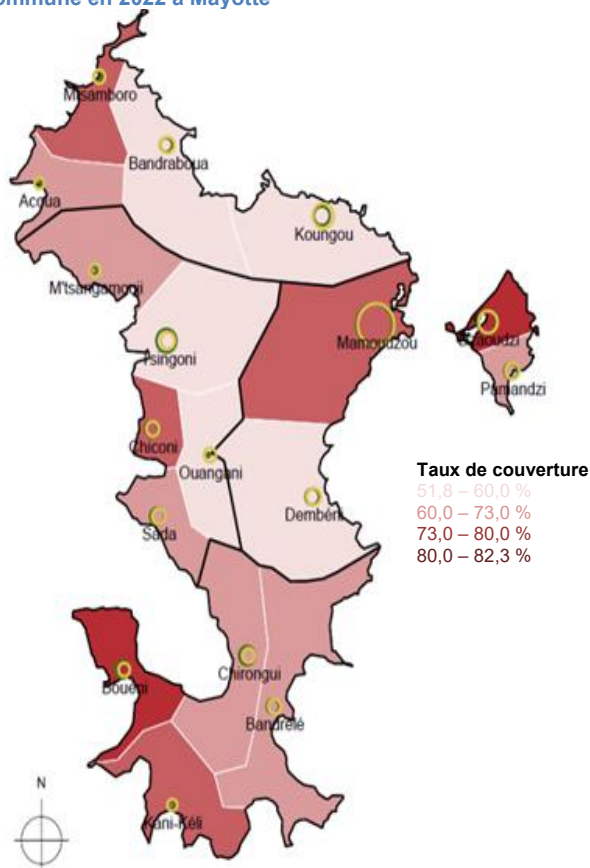
Selon les données de la CSSM, **un peu moins de la moitié** de la population totale était affiliée à la Sécurité sociale en **2012** [52]. Ce taux a nettement **augmenté depuis** avec 70 % de la population couverte en 2018, **puis 68 %³⁵ en 2024** [53], restant toutefois encore très éloigné de celui observé en France Hexagonale (88 % en 2023 [54]). Parmi les secteurs les **mieux pourvus³⁶** : les **extrémités** de l'île (M'tsamboro, Kani-Kéli et Bouéni) ainsi que les communes de **Mamoudzou, Dzaoudzi et Chiconi** avec un taux supérieur à 73 % [55] (*Figure 38*).

En 2016, la couverture était **particulièrement faible chez les moins de 30 ans³⁷ et ceux sans titre de séjour** [52] (*Figure 40*). Plus généralement, en 2019, 34 % des 15 ans ou plus de nationalité étrangère sont affiliés à la Sécurité sociale [56] (41 % chez les 18-79 ans de cette même catégorie de population en 2016 [52]).

L'inégalité est plus vive encore s'agissant de la « **complémentaire santé** », sachant que la C2S n'est déployée à Mayotte que depuis 2024 et l'AME est absente : **seul un habitant sur dix y souscrit³⁸** en 2019 [57], le plus souvent natif d'un autre département français [52]. On note peu de différence en fonction du sexe, même si les hommes (12 %) sont un peu plus fréquents que les femmes (9 %) à y souscrire [52].

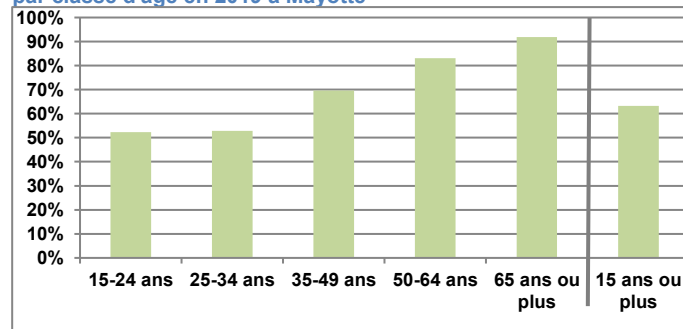
Également selon l'âge, avec d'un côté les **18-25 ans (2 %)** et les **60 ans ou plus (9 %)** qui affichent les taux d'adhésion les plus faibles, et de l'autre les **45-59 ans** qui ont le taux le plus fort (**13 %**) [52].

Figure 38 : Taux d'affiliation à la Sécurité sociale par commune en 2022 à Mayotte



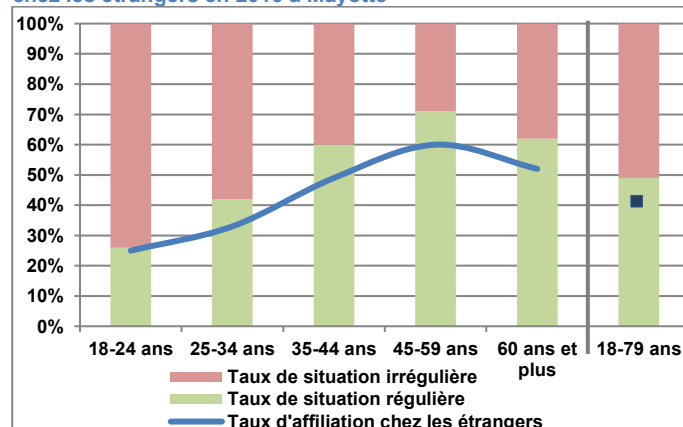
Note : Taux déterminés sur la population de 20...
Champ : Habitants de Mayotte
Source : CSSM [55]

Figure 39 : Part des individus ayant la Sécurité sociale par classe d'âge en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]

Figure 40 : Part des individus ayant la Sécurité sociale chez les étrangers en 2016 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [52]

³⁵ Taux calculés sur nombre d'affiliés à la Sécurité sociale en 2023 sur estimation de la population au 1^{er} janvier 2024 de l'Insee [4].

³⁶ Taux déterminé par la CSSM par le ratio entre nombre d'affiliés sociaux à l'échelle des communes en 2022 et population de 2017. A défaut de disposer des données du nouveau recensement de la population, ces taux permettent de calculer une borne supérieure du niveau de couverture.

³⁷ On peut estimer le volume d'enfants âgés de moins de 18 ans non couverts par la Sécurité sociale à environ : 32 500, soit un enfant sur quatre de cette classe d'âge [63].

³⁸ Mayotte (12 % en 2019) se situe fortement en deçà de La Réunion (97 %), l'Hexagone (96 %), la Martinique (93 %), la Guadeloupe (91 %) et la Guyane (80 %) [57].



7 – Organisation du système de santé

a) Les structures

Structures sanitaires

L'organisation du système de soins (Figure 41) est centrée autour du seul établissement de santé public. Le CHM, dispose du plateau médicotechnique de soins de 1^{er} et de 2nd recours depuis plusieurs sites géographiques :

- D'un site principal situé à Mamoudzou qui abrite les services d'hospitalisations et un plateau technique (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, réanimation, SAMU-urgences, bloc opératoire, laboratoire de biologie, service d'imagerie équipé de scanners et d'appareils IRM dans le cadre d'un GIE, caisson hyperbare) ;
- De 4 CMR, assurant des consultations médicales de premier recours et une permanence des soins organisée 24h/24, 7 jours sur 7. Ils sont situés à Kahani, Dzoumogné, M'Ramadoudou et Pamandzi. Les CMR de Pamandzi et de Kahani, disposent d'un service de maternité de proximité ;
- De 9 centres de consultations³⁹ de proximité ouverts du lundi au vendredi de 7h à 14h qui assurent des consultations médicales et/ou paramédicales de premier recours ;
- 2 centres de périnatalité de proximité sont ouverts dans les CMR, dont un à M'Ramadoudou et un à Dzoumogné. Ceux-ci ont pour missions d'améliorer, en proximité, les consultations à la mère et l'enfant ;
- 1 SMR polyvalent et locomoteur est mis en œuvre à Pamandzi, pour les adultes et enfants ;
- 1 SMUR hélicoptère est en appui aux transports sanitaires routiers, et 1 avion sanitaire permet d'effectuer les EvASAN de Mayotte vers La Réunion et retours.

Les soins dispensés aux mineurs, aux enfants à naître, aux parturientes et pour ce qui concerne les urgences médicales, étant assurés gratuitement à toute la population vivant à Mayotte.

Pour ce qui concerne les autres établissements de santé qui sont opérationnels sur le territoire :

- 1 clinique de soins pour IRCT, portée par la SAS Maydia, met en œuvre deux unités d'autodialyse, deux unités de dialyse médicalisées (M'Ramadoudou et Kawéni) et un centre lourd de dialyse médicalisée qui est situé au sein du CHM ;
- 1 SMR, mis en œuvre par le Groupe RUNESENS, est mis en œuvre pour les modalités de soins polyvalent, locomoteur et neurologique à Mamoudzou ;
- 2 dispositifs de HAD, dont un est porté par un opérateur privé, viennent compléter l'offre d'hospitalisation du CHM en médecine polyvalente et périnatale et se déploient sur l'ensemble du département.

En ce qui concerne les structures de villes, 16 entreprises privées de transports sanitaires sont agréées à Mayotte pour un total de 90 véhicules sanitaires autorisés (ASSU - ambulances et VSL), complétant l'offre de transport proposée par les taxis conventionnés avec la CSSM.

Plusieurs MSP sont également autorisées à Mayotte :

- La MSP Dago ya ounono, basée à M'Zouazia (Sud), prenant en charge l'activité de soins de 1^{er} recours, les thématiques sur la santé sexuelle, la contraception et la prévention primaire et pluri-spécialités. Intégrant sage-femmes, masseurs kinésithérapeutes et infirmiers ;
- La MSP du Lagon, basée à Mamoudzou, prenant en charge les thématiques du diabète, de l'HTA et plaies cicatrisantes. Elle intègre masseurs kinésithérapeutes et infirmiers ;
- La MSP Suha N'Djema basée à Chiconi (centre ouest), prenant en charge dans son projet de santé la réhabilitation aigüe d'urine, l'IVG médicamenteuse, la régulation SMUR/ambulatoire, le suivi de patients chroniques à domicile par les infirmiers diplômés d'état, le suivi de grossesses, la prévention des plaies diabétiques et escarres⁴⁰. Elle intègre des sage-femmes, des masseurs kinésithérapeutes, des infirmiers et un centre de prélèvement sanguin ;
- La MSP des Hauts Vallons, prenant en charge dans son projet de santé les soins non programmés, le suivi des patients chroniques et le développement l'accès à l'IVG médicamenteuse. Intégrant des sage-femmes, des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers ;
- La MSP de Passamainty : le projet de santé porté par les professionnels de cette MSP est articulé autour de soins médicaux et paramédicaux et d'actions de prévention autour des maladies chroniques.

³⁹ Anciennement appelés « Dispensaires ».

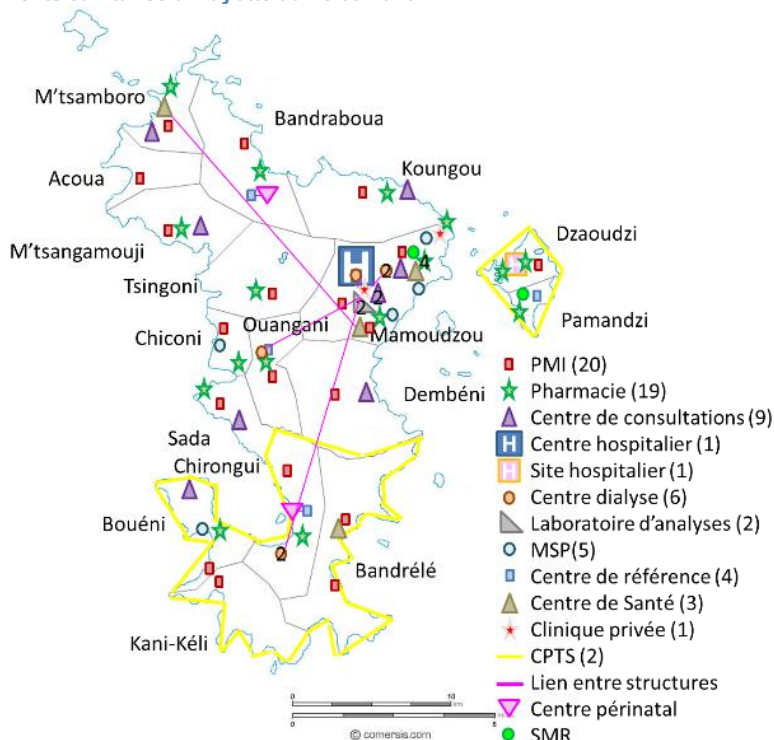
⁴⁰ Plaies cutanées provoquées par une mauvaise irrigation sanguine liée à une pression prolongée. Les escarres résultent souvent d'une pression associée à une traction exercée sur la peau, une friction et une humidité, en particulier, dans les régions osseuses.



Les **CDS** sont habilités à Mayotte :

- Le **centre polyvalent Onakia**, à Kawéni, qui prend en charge les thématiques de l'audition de la vision et la médecine générale ;
- Le **centre Ounono Wa Matso**, à Bandréle et à Hamjago, sont spécialisés en télé-ophtalmologie grâce à des protocoles locaux de délégations de tâches. Une nouvelle antenne vient d'ouvrir à Kani-Kéli, avec de la médecine générale et des soins dentaires ;
- La **Protection Civile Mayotte**, met en œuvre un CDS avec de la médecine générale et des soins paramédicaux. Le siège est situé à Tsoundzou. Une antenne à Hamjago est en place. Un medicobus est également déployé par l'association qui assure également le déploiement des SPOT, dont un à Bouéni. D'autres déploiements sont prévus également.

Figure 41 : Etablissements sanitaires à Mayotte au 16/03/2026



Champ : Structures de Mayotte
Source : ARS Mayotte – DOSA
Exploitation : ARS Mayotte - DéES

Structures médico-sociales

Depuis 2021, le développement de l'offre médico-sociale est assuré avec la création de nombreuses structures adaptées aux spécificités du département. La stratégie territoriale consiste à mettre en œuvre des **plateformes inclusives de services intégrés** afin d'éviter les ruptures de prises en charge telle que la plateforme dédiée aux dispositifs intégrés IME-SESSAD permettant le passage d'une **prise en charge** dans un établissement vers le milieu ordinaire **sans redéposer un dossier** au préalable à la MDPH. Ainsi, l'ARS de Mayotte a impulsé le **virage inclusif** pour les dispositifs territoriaux afin de **faciliter les articulations** entre ces différents systèmes pour **construire un parcours sans rupture des personnes**.

Au total, le territoire comporte **huit plateformes de services intégrés** organisées autour des deux domaines de l'autonomie :

- Plateformes de services intégrés dédiées aux **personnes en situation de handicap**,
 - o **Dispositifs intégrés** : IME-SESSAD ;
 - o **Déficiences sensorielles** : SESSAD spécialisés : SAFEP-SSEFS-SAAAS ;
 - o **Polyhandicaps** : EEAP-MAS ;
 - o **Adultes** : SAMSAH-EAM (FAM)-SSIAD PH ;
 - o La plateforme dédiée à l'**autisme** et **Troubles du Neuro-Développement** : CAMSP-EDAP-CRA-Accueil de jour et Ecole inclusive (UEEA-UEMA).
- Plateforme de services intégrés dédiée à la **préprofessionnalisation l'insertion en milieu professionnel** : section Pro (insertion professionnel) des SESSAD et IME, ESAT, EA, PPRAP ;
- Plateformes dédiées aux **personnes âgées**,



ARS MAYOTTE
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU
Standard : 02 69 61 12 25
www.ars.mayotte.santé



- La plateforme d'**institutionnalisation** : PUV-EHPAD-USLD ;
- **Services et répit** : SSIAD, AJA.

Par ailleurs, une **PEA**, a été créée à Mayotte. Ce dispositif, destiné à renforcer le « zéro sans solution », intègre tous les partenaires de l'autonomie, parmi lesquels les structures du médico-social et du sanitaire. Conçue dans une logique de point d'entrée unique d'information, d'orientation et de services, elle a pour vocation d'**apporter une réponse rapide** aux besoins des personnes en situation de **handicap**, des **personnes âgées** et de leurs **aidants**. Elle complètera son développement par la mise en place d'un dispositif d'appui à la coordination et aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés médicales. Elle apporte ses services en complément de la réponse adaptée pour tous, de la MDPH.

Plusieurs gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux sont autorisés sur le territoire pour les dispositifs de prises en charge au travers de plateformes inclusives. Ainsi, l'offre médico-sociale mahoraise est représentée par :

- **L'Association OZM** qui porte une **MAS** et un **EEAP** implantés dans la commune de Mamoudzou ;
- **L'APAJH** qui met en œuvre un **IME**, un **SESSAD**, un **SSAD** dans la commune de Sada, un **SAMSAH** dans la commune de Tsingoni et met en place plusieurs places de **SSIAD** sur la Petite Terre, ainsi qu'un **PCPE** implanté dans le Sud de l'île et la **PEA** à Mamoudzou. Récemment, la fédération des **APAJH** a pris en gestion les 3 services d'éducation de soins spécialisés à domicile dédiés aux personnes avec des difficultés sensoriels (**SAFEP**, **SSEFS**, **SAAAS**), auparavant portés par l'ADSM ;
- **L'Association Mlézi Maoré** met en œuvre des antennes d'un **IME** et de **SESSAD** afin de mailler le territoire, un **CAMSP**, un **PCPE** dans la commune de Mamoudzou, un **ITEP** à Ouangani ainsi que deux plateformes, l'une dédiée aux dispositifs intégrés **IME-SESSAD** et, l'autre dédiée à l'autisme et aux Troubles du Neuro-Développement ;
- **L'ALEFPA** a en charge la mise en œuvre d'une équipe mobile dans la commune de Bandré dans le cadre d'une plateforme dédiée aux personnes polyhandicapés. Ce nouvel établissement pour enfants et adultes est en cours de construction dans le sud de l'île. Dans l'intervalle de cette réalisation, l'association vient de mettre en place un **EEAP**, temporaire de 10 places, dont 6 sont prioritaires pour l'ASE ;
- **La CRF** met en place plusieurs places de **SSIAD** pour les personnes âgées, en situation de handicap ou ayant des difficultés spécifiques et en grande précarité pour offrir un maillage territorial de ses interventions ;
- **France Alzheimer Mayotte** est autorisé pour accueillir des personnes âgées dans un accueil de jour autonome pour personnes avec la maladie Alzheimer et troubles neurologiques associés. Situé à Acoua et d'une capacité de 25 places, il vient compléter l'offre de repérage, dépistage et diagnostic mise en œuvre par l'association sur le territoire mahorais autour d'un bus itinérant et d'une structure de télédiagnostic ;
- L'association **Fahamaou Maécha** met en place plusieurs places de **SSIAD** sur le centre ouest de l'île et va pouvoir ouvrir trois petites unités de vie de 5 places chacune, permettant l'accueil en institution de personnes âgées dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie, de GIR 3 à 6.

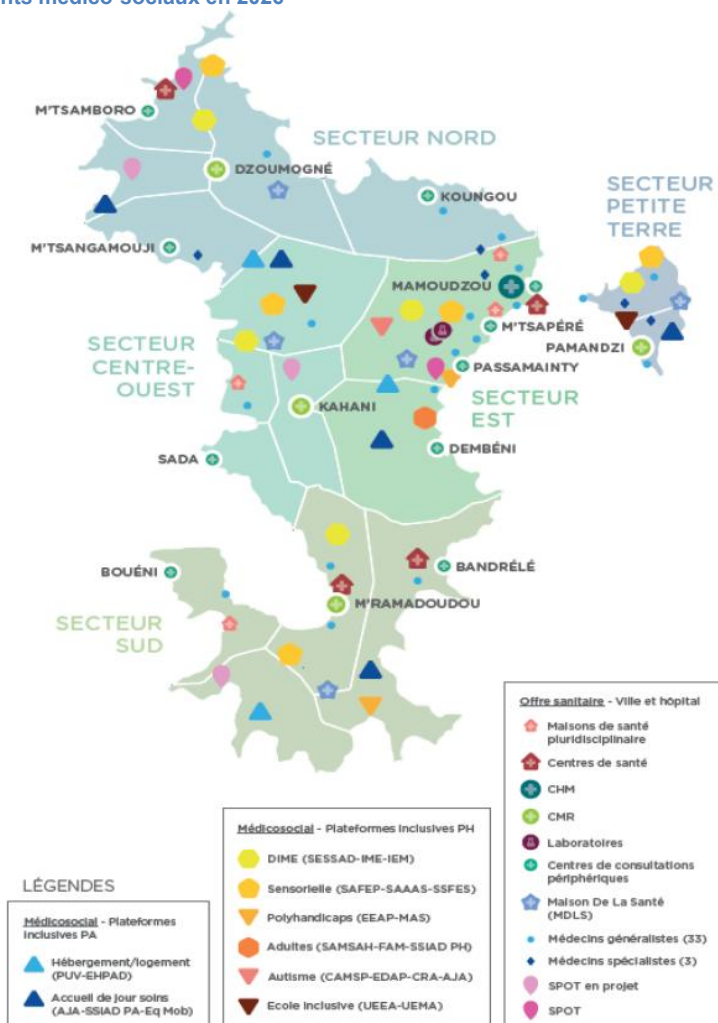
Enfin, des **dispositifs permettant de prendre en charge des personnes ayant des difficultés spécifiques** (demande de soins de personnes en très grande précarité, addictions, etc.) se mettent en place à Mayotte. Ainsi :

- La structure intégrée médicosociale permettant d'accueillir et d'accompagner les usagers ayant des problématiques avec les addictions est gérée par l'association **OPPELIA**. Cette plateforme, **POPAM**, renforce l'offre de prévention et de soins, à travers la création d'une structure globale de prise en charge des addictions, orientée d'une part, vers les missions d'un **Centre de soins**, d'**Accompagnement et de Prévention en Addictologie**, qui met en œuvre des **Consultations Jeunes Consommateurs**, et d'autre part, vers les missions d'un **Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues** ;
- La création d'une plateforme « **hébergement santé-précarité** » pour personnes en difficultés spécifiques vient d'être autorisée à la **CRF**. Elle comprend deux **dispositifs médico-sociaux** permettant l'accueil médicalisé, l'hébergement et l'accompagnement social. Elle sera composée de 19 places de lits halte soins santé et de 10 places de lits d'accueil médicalisés. Elle permettra la mise en place d'un parcours global des personnes précaires sans solution d'hébergement et ayant un besoin de soins ponctuels ou sur le plus long terme. Son



organisation permet une bonne interaction des professionnels de ces deux structures **pour éviter des discontinuités des prises en charges et des recours** inadéquats aux urgences ou à l'hospitalisation. Elle vient d'être complétée par les créations d'une équipe de soins spécialisé infirmiers précarité et de 5 équipes mobiles santé précarité.

Figure 42 : Etablissements médico-sociaux en 2026



Champ : Structures de Mayotte
Source : ARS Mayotte – DOSA

b) Capacité du CHM

La capacité du CHM, au 31 décembre 2024, est de **418 lits en hospitalisation complète** : 213 en Médecine, 50 en Chirurgie ambulatoire et 155 en Gynécologie-obstétrique ; et **36 places en hospitalisation partielle** : respectivement 10, 23 et 3.

Alors que le taux d'équipement en **MCO avait augmenté** de 2020 à 2022 : respectivement 1,42 et 1,57 lit et place pour 1 000 habitants, **il diminue ensuite à 1,42**. De plus, Il est **deux fois inférieur au taux d'équipement dans l'Hexagone** (Tableau 6).

En **psychiatrie générale**, la capacité d'accueil est de 10 lits (stable depuis 2013).

Tableau 6 : Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants de 2013 à 2024 à Mayotte

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	Mayotte												Hexagone
Médecine	0,79	0,68	0,70	0,67	0,70	0,68	0,70	0,63	0,61	0,69	0,61	0,70	1,99
Chirurgie	0,27	0,44	0,47	0,45	0,38	0,36	0,35	0,33	0,33	0,28	0,28	0,23	1,09
Gynécologie-Obstétrique (pour 1000 femmes de 15 ans et plus)	2,06	1,66	1,86	1,79	1,79	1,66	1,60	1,61	1,61	1,98	1,76	1,62	0,56
Total	1,66	1,62	1,74	1,67	1,56	1,51	1,54	1,42	1,42	1,57	1,42	1,42	3,32

Champ : Structures de Mayotte
Source : SAE
Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU
Standard : 02 69 61 12 25
www.ars.mayotte.santé



Equipements lourds

Concernant les équipements lourds soumis à autorisation, **un scanner et un caisson hyperbare fonctionnels** depuis 2009 ainsi qu'une **IRM** sont installés sur le site du CHM. En 2022, **un second scanner** est installé au CHM. **11 100 examens ont été réalisés pour des patients en consultation externe en 2024** par les scanners publics [58]. L'IRM cogérée par le CHM et le cabinet de radiologie libéral (lequel possède également un scanner) comptabilisent **2 974 examens** cette même année [58] ([Tableau 7](#)).

Tableau 7 : Equipements lourds et activités entre 2013 et 2024 à Mayotte

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Examens par scanner public réalisés	4 863		6 210	6 821	4 495	8 629	8 824	8 276	8 849	11 163	10 388	11 100
Examens par IRM publiques réalisées	1 193		1 426	1 729	1 126	1 050	1 192	1 424	826	2 882	2 364	2 974

Champ : Activité réalisée pour des patients en consultation externe, y compris Service d'Urgences – Nombre d'actes

Source : SAE [58]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

c) Capacité du médico-social

En 2023, chez les jeunes, le taux d'équipement pour **handicapés** est de **1,4 équipement pour 1 000 individus de moins de 20 ans**, et de **2,0 en équipement global en SESSAD**. Ces deux taux étant **nettement inférieurs à l'Hexagone** : respectivement 7,3 et 3,4 [59].

Concernant les **20-59 ans**, les taux sont nuls par manque de structure, à l'exception de celui en **MAS** : **0,1 pour 1 000 individus**, stable depuis 2013 mais **neuf fois inférieur à l'Hexagone** : 0,9 [59].

Enfin, chez les personnes âgées, seul le taux d'équipement en **SESSAD/SSIAD** et **SPASAD** est non nul et cela depuis 2017, il **triple** par rapport à 2020 : **53,9 pour 1 000 individus de 75 ans ou plus** en 2023, et dépasse même celui de l'Hexagone (18,0) [59] ([Tableau 8](#)).

Tableau 8 : Equipements du Médico-social de 2013 à 2023 à Mayotte

Taux d'équipement pour 1 000 individus...		Mayotte											Hexagone
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023
Jeunes de moins de 20 ans	...en établissement pour handicapés (hors accueil temporaire et SESSAD)	0,7	0,9	1,4	1,0	0,9	0,7	0,7	1,0	2,5	1,9	1,4	7,3
	... (global) en SESSAD	1,6	1,6	1,6	2,1	2,2	1,3	1,3	1,8	1,3	1,9	2,0	3,4
Adultes de 20 à 59 ans	... en structures d'hébergement pour handicapés en MAS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,9
	... en structures d'hébergement pour handicapés en FAM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	... en structures d'hébergement pour handicapés en foyer de vie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
	... en structures d'hébergement pour handicapés en ESAT	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
Habitants de 75 ans ou plus	... en structure d'hébergement complet	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,4
	... en lits médicalisés, EHPAD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	87,5
	... en SESSAD/SSIAD et SPASAD	0,0	0,0	0,0	0,0	18,1	17,1	16,9	15,9	38,4	37,1	53,9	18,0

Champ : Structures de Mayotte

Source : Statiss Mayotte [59]

d) Professionnels de santé (hors remplaçants)

De nombreuses professions de Santé salariés et/ou libéraux sont peu présentes sur le territoire, notamment chez les paramédicaux et le secteur libéral [60] ([Tableaux 9 & 10, Figures 43 & 44](#)).

Ainsi, chez les effectifs « non remplaçants », au 1^{er} janvier 2023⁴¹, on observe des **densités** particulièrement **faibles** de **chirurgiens-dentistes** (7 pour 100 000 habitants, stable par rapport à 2013), **orthoptistes** (1 pour 100 000 habitants contre 0 en 2013, +1 point), **psychomotriciens** (4 pour 100 000 habitants contre 0 en 2013, +4 points), **manipulateurs ERM** (7 pour 100 000 habitants contre 4 en 2013, +3 points), **diététiciens** (5 pour 100 000 habitants contre 1 en 2013, +4 points), **opticiens-lunetiers** (6 pour 100 000 contre 4 en 2013, +2 points), **pédicures-podologues** (1 pour 100 000 habitants contre 1 en 2015, stable), **orthophonistes** (4 pour 100 000 habitants contre 3 en 2013, +1 point) et **ergothérapeutes** (5 pour 100 000 habitants contre 1 en 2013, +4 points) [60].

Ces professions présentent des densités cinq à dix fois inférieures à celles de l'Hexagone [60] ([Tableaux 9 & 10, Figures 43 & 44](#)). À contrario, les densités de **sage-femmes** (303 pour 100 000 femmes de 15-49 ans en 2023 contre 282 en 2013, +21 points) et d'**infirmiers** (289 pour 100 000 habitants en 2022 contre 303 en 2013, -14 points) sont **les plus importantes** sur le territoire. Si les densités de **sage-femmes** restent **au-dessus** de celles de l'hexagone : deux fois⁴², ce n'est pas le cas des **infirmiers dont la densité est quatre fois inférieure** [60] ([Tableaux 9 & 10, Figures 43 & 44](#)).

⁴¹ Suite au travail de comparaison mené sur les bases antérieures à 2019, les effectifs observés des sage-femmes depuis le RPPS sont fortement sous-évalués vis-à-vis des fichiers du CHM. Le nombre de sage-femmes non-remplaçantes a été redressé par régression linéaire afin de fournir une estimation. Une approche similaire a également été menée pour les effectifs des masseur-kinésithérapeutes suite à la perte observée et associée au passage d'ADELI au RPPS. Cette fois-ci le redressement par régression linéaire est basé sur les effectifs observés avant ce changement d'enregistrement.

⁴² Au 1^{er} janvier 2023, 241 sage-femmes non-remplaçantes sont estimées présentes sur le territoire, soit un taux de 42,0 naissances pour 1 sage-femme à Mayotte. À titre de comparaison, ce taux serait de 33,3 naissances pour 1 sage-femme dans l'Hexagone la même année.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

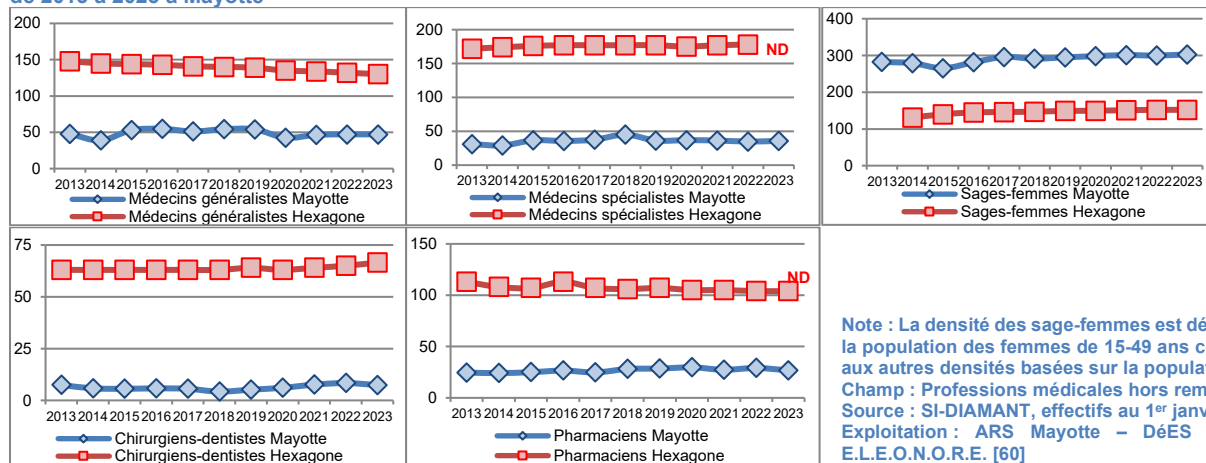
*La vie, c'est la santé !



La densité des **médecins généralistes** oscille entre **39 et 55 professionnels pour 100 000 habitants** entre 2013 et 2023 (47 en 2023), soit des densités **trois fois inférieures à celles de l'Hexagone**. Les médecins spécialistes ont une densité plus faible : comprise entre 29 et 45 pour 100 000 habitants (36 en 2023), cinq fois inférieure à l'Hexagone [60] (*Tableaux 9 & 10, Figure 43*).

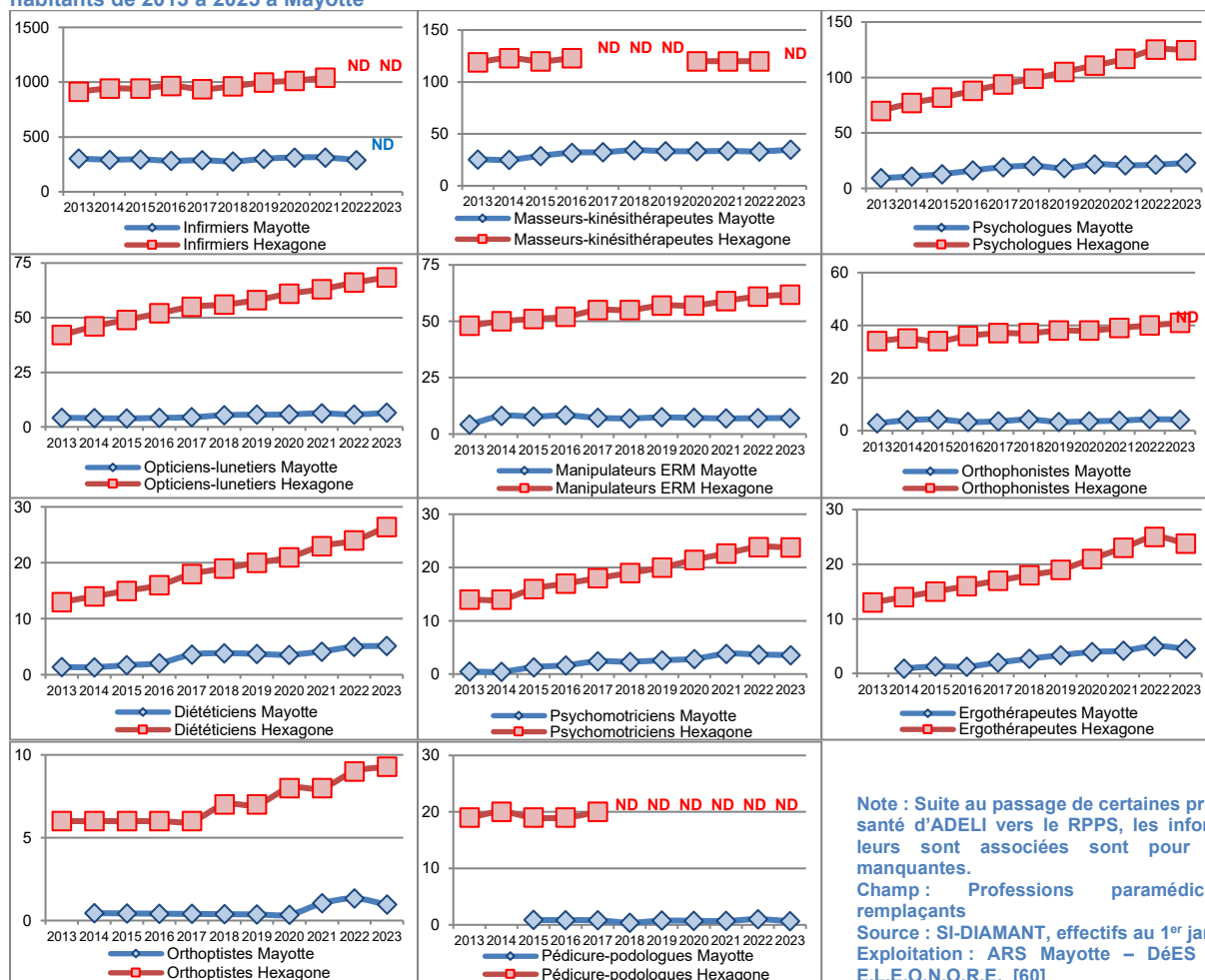
Les **professionnels de santé libéraux sont répartis sur toute l'île** même si une grande majorité exerce à Mamoudzou et ses environs où se concentre la moitié de la population de Mayotte [60]. Cependant, des inégalités territoriales persistent avec certaines zones denses mais qui demeurent très sous-dotées, notamment le sud de l'île [60] (*Figure 46*).

Figures 43 : Evolution des densités des professionnels médicaux (salariés, libéraux et mixtes) pour 100 000 habitants de 2013 à 2023 à Mayotte



Note : La densité des sage-femmes est déterminée sur la population des femmes de 15-49 ans contrairement aux autres densités basées sur la population totale.
Champ : Professions médicales hors remplaçants
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1^{er} janvier
Exploitation : ARS Mayotte - DéES - Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [60]

Figures 44 : Evolution des densités des professionnels paramédicaux (salariés, libéraux et mixtes) pour 100 000 habitants de 2013 à 2023 à Mayotte



Note : Suite au passage de certaines professions de santé d'ADELI vers le RPPS, les informations qui leurs sont associées sont pour le moment manquantes.
Champ : Professions paramédicales hors remplaçants
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1^{er} janvier
Exploitation : ARS Mayotte - DéES - Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [60]



Tableau 9 : Tableau détaillé des effectifs des professionnels de santé (hors remplaçants) en 2013 et 2023 (au 1^{er} janvier) à Mayotte

		2013	2023								
			Effectifs	... dont libéraux/mixtes	Densités ⁴³	Part (%) des libéraux	Part (%) des femmes	Part (%) des - 35 ans	Age moyen	Part (%) des 55 ans ou +	
Médicaux	Généralistes	103	146	30	47,1	21	42,5	26	48,1	40,4	
	Spécialistes	67	111	10	35,8	9	38,7	13,5	52,4	44,1	
	Spécialité médicale, dont...	Anesthésie-réanimation	11	14	0	4,5	0				
		Cardiologie		4	1	1,3	25				
		Endocrinologie et métabolisme		1	1	0,3	100				
		Gastro-entérologie et hépatologie		2	0	0,6	0				
		Gynécologie médicale		0	0	0,0					
		Gériatrie		1	0	0,3	0				
		Infectiologie		0	0	0,0					
		Médecine interne		3	0	1	0				
		Néphrologie		1	0	0,3	0				
		Oncologie		1	0	0,3	0				
		Pneumologie		1	0	0,3	0				
		Pédiatrie	11	25	1	18,4	4				
		Radiodiagnostic et imagerie médicale		3	1	1,0	33				
		Rhumatologie		0	0	0,0	0				
		Réanimation médicale		3	0	1,0	0				
	Spécialité chirurgicale, dont...	Chirurgie esthétique, plastique et reconstructrice		0	0	0,0					
		Chirurgie générale		6	0	1,9	0				
		Chirurgie orthopédique et traumatologie		4	0	1,3	0				
		Chirurgie viscérale et digestive		1	0	0,3	0				
		Chirurgie urologique		1	0	0,3					
		Gynécologie-obstétrique	10	12	2	12,8	17				
		ORL et chirurgie cervico-faciale		4	0	1,3	0				
		Ophthalmologie		3	0	1,0	0				
	Recherche, biologie et génétique médicale			0	0	0,0	100				
	Psychiatrie		6	7	1	2,3	14				
	Médecine du travail et santé publique			1	0	0,3	0				
	Sages-femmes		148	241 ⁴⁴	39	302,9	16	95,3	80,2	31,1	3,3
	Chirurgiens-dentistes		16	23	15	7,4	65	47,8	34,8	47,8	39,1
	... dont orthodontistes		1	0	0	0,0	0				
	Pharmaciens		53	97 ⁴⁵	25	26,8	30	48,2	47	40,8	18,1
Paramédicaux	Infirmiers	654	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
	Masseurs-kinésithérapeutes	55	108 ⁴⁶	95	34,8	88	42,5	65,8	34	2,7	
	Psychologues	20	71	11	22,9	15	85,9	53,5	37,3	7	
	Opticiens-lunetiers	9	20	20	6,5	100	50	45	41,1	20	
	Manipulateurs ERM	9	22	0	7,1	0	63,6	31,8	42,1	22,7	
	Orthophonistes	6	13	9	4,2	69	100	61,5	38,5	15,4	
	Diététiciens	3	16	2	5,2	13	93,8	75	36,1	12,1	
	Psychomotriciens	1	11	3	3,5	27	100	81,8	34,3	9,1	
	Prothésistes		8	1	2,6	13	25	12,5	47,5	12,5	
	... dont orthoprothésistes	1	3	0	1,0	0					
	... dont audioprothésistes		2	0	0,6	0					
	... dont podo-orthésistes	1	2	0	0,6	0					
	... dont autres		1	1	0,3	100					
	Ergothérapeutes		14	1	4,5	7	85,7	85,7	32,3	7,1	
	Orthoptistes		3	3	1,0	100	100	66,7	34,1	0	
	Pédicure-podologues			2	2	0,6	100	100	100	32,7	0
	Professions non réglementées	Ostéopathes		13	11	4,2	85	50	80	35,1	0
		Autre		1	0	0,3	0				

Champ : Effectifs hors remplaçants

Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1^{er} janvier

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [60]

⁴³ Densités déterminées sur la population totale estimée au 1^{er} janvier sauf pour les sage-femmes : volume estimé des femmes de 15-49 ans au 1^{er} janvier, les pédiatres : volume estimé des enfants de moins de 15 ans au 1^{er} janvier, les gynécologues médicaux et obstétricaux : volume estimé des femmes de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier [4].

⁴⁴ Suite au travail de comparaison mené sur les bases antérieures à 2019, les effectifs observés des sage-femmes depuis le RPPS sont fortement sous-évalués vis-à-vis des fichiers du CHM. Le nombre de sage-femmes non-remplaçantes a été redressé par régression linéaire afin de fournir une estimation.

⁴⁵ Effectifs au 1^{er} janvier incluant les titulaires d'officine, les pharmaciens de l'industrie, les fabricants import/export, pharmaciens de la distribution en gros, adjoints d'officine, pharmaciens biologistes, pharmaciens en établissement de santé y compris les remplaçants.

⁴⁶ Une approche similaire à celle des sage-femmes a également été menée pour les effectifs des masseur-kinésithérapeutes suite à la perte observée et associée au passage d'ADELI au RPPS. Cette fois-ci le redressement par régression linéaire est basé sur les effectifs observés avant ce changement d'enregistrement.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



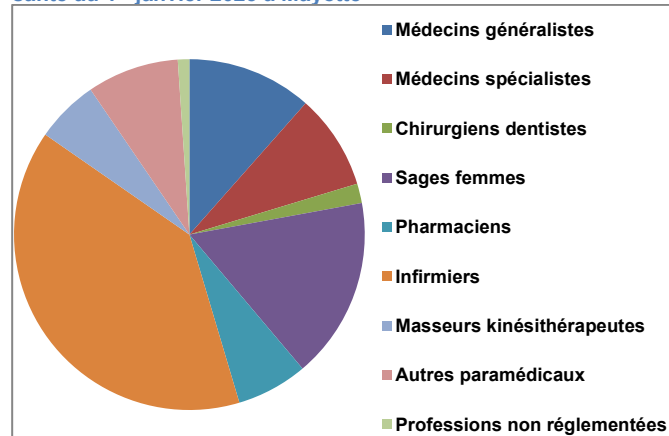
Tableau 10 : Effectifs des professionnels de santé (hors remplaçants) de 2013 à 2023 (au 1^{er} janvier) à Mayotte

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Médicaux											
Généralistes	103	87	123	132	128	141	146	119	134	141	146
Spécialistes	67	65	85	86	94	117	98	103	105	104	111
Anesthésie-réanimation	11	13	14	11	13	12	16	12	12	13	14
Cardiologie			1	2	2		2	2	3	3	4
Endocrinologie et métabolisme			0	0	0		1	1	1	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie			1	1	2		2	2	2	2	2
Gynécologie médicale			1	0	0		3	3	0	0	0
Gériatrie			0	0	0		1	1	1	1	1
Infectiologie			0	1	0		0	0	0	0	0
Médecine interne			5	6	6		3	4	5	2	3
Néphrologie			0	0	2		1	1	1	1	1
Oncologie			0	0	0		1	1	1	1	1
Pneumologie			2	3	2		2	2	1	2	1
Pédiatrie	11	9	16	16	22	22	22	24	25	25	25
Radiodiagnostic et imagerie médicale			6	6	9		6	4	4	4	3
Rhumatologie			0	0	0		0	1	1	1	0
Réanimation médicale			0	0	0		0	4	4	4	3
Chirurgie esthétique, plastique et reconstructrice			1	1	1		1	1	1	0	0
Chirurgie générale			5	7	5		8	6	5	5	6
Chirurgie orthopédique et traumatologie			2	2	1		1	2	4	2	4
Chirurgie viscérale et digestive			0	0	0		0	1	1	1	1
Chirurgie urologique			1	0	0		0	0	0	0	1
Gynécologie-obstétrique	10	9	13	12	16	11	8	11	10	11	12
ORL et chirurgie cervico-faciale			1	2	2		3	4	5	4	4
Ophthalmologie			1	2	2		2	1	1	2	3
Recherche, biologie et génétique médicale			7	6	1		2	2	1	1	0
Psychiatrie	6	5	8	9	8	10	11	8	8	8	7
Médecine du travail et santé publique			1	1	0		2	3	4	2	1
Sage-femmes	148	156	158	174	190	194	204	214	223	230	241
Chirurgiens-dentistes	16	13	13	14	14	11	14	17	22	25	23
... dont orthodontistes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Pharmaciens	53	54	58	64	62	74	79	88	95	96	97
Infirmiers	654	656	687	682	721	720	810	877	905	865	ND
Masseurs-kinésithérapeutes	55	56	67	77	81	89	90	93	94	99	108
Psychologues	20	24	30	39	48	53	49	61	60	64	71
Opticiens-lunetiers	9	9	9	10	11	14	15	16	18	17	20
Manipulateurs ERM	9	18	18	20	18	18	20	20	20	21	22
Orthophonistes	6	6	10	8	9	11	9	10	11	13	13
Diététiciens	3	3	4	5	9	10	10	10	12	15	16
Psychomotriciens	1	1	3	4	6	6	7	8	11	11	11
Prothésistes							8	8	7	8	8
... dont orthoprothésistes	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	3
... dont audioprothésistes							2	2	2	2	2
... dont podo-orthésistes	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
... dont autres							1	1	1	1	1
Ergothérapeutes		2	3	3	5	7	9	11	12	15	14
Orthoptistes		1	1	1	1	1	1	1	3	4	3
Pédicure-podologues			2	2	2	1	2	2	2	3	2
Professions non réglementées							9	8	9	10	14

Champ : Effectifs hors remplaçants

Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1^{er} janvier

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [60]

Figure 45 : Répartition des différentes professions de santé au 1^{er} janvier 2023 à Mayotte

Champ : Effectifs hors remplaçants

Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1^{er} janvier 2023

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [60]

L'activité **médicale** représente **43 %** des professions de santé hors remplaçants, tandis que l'activité **paramédicale** en représente **57 %**.

Il s'agit notamment des **infirmiers** qui pèsent pour **39 %** de toute l'activité, suivis des **sage-femmes** avec **16 %**.

En regroupant à la fois les **généralistes** et les **spécialistes**, la part des médecins sur l'île est de **19 %** (Figure 45).



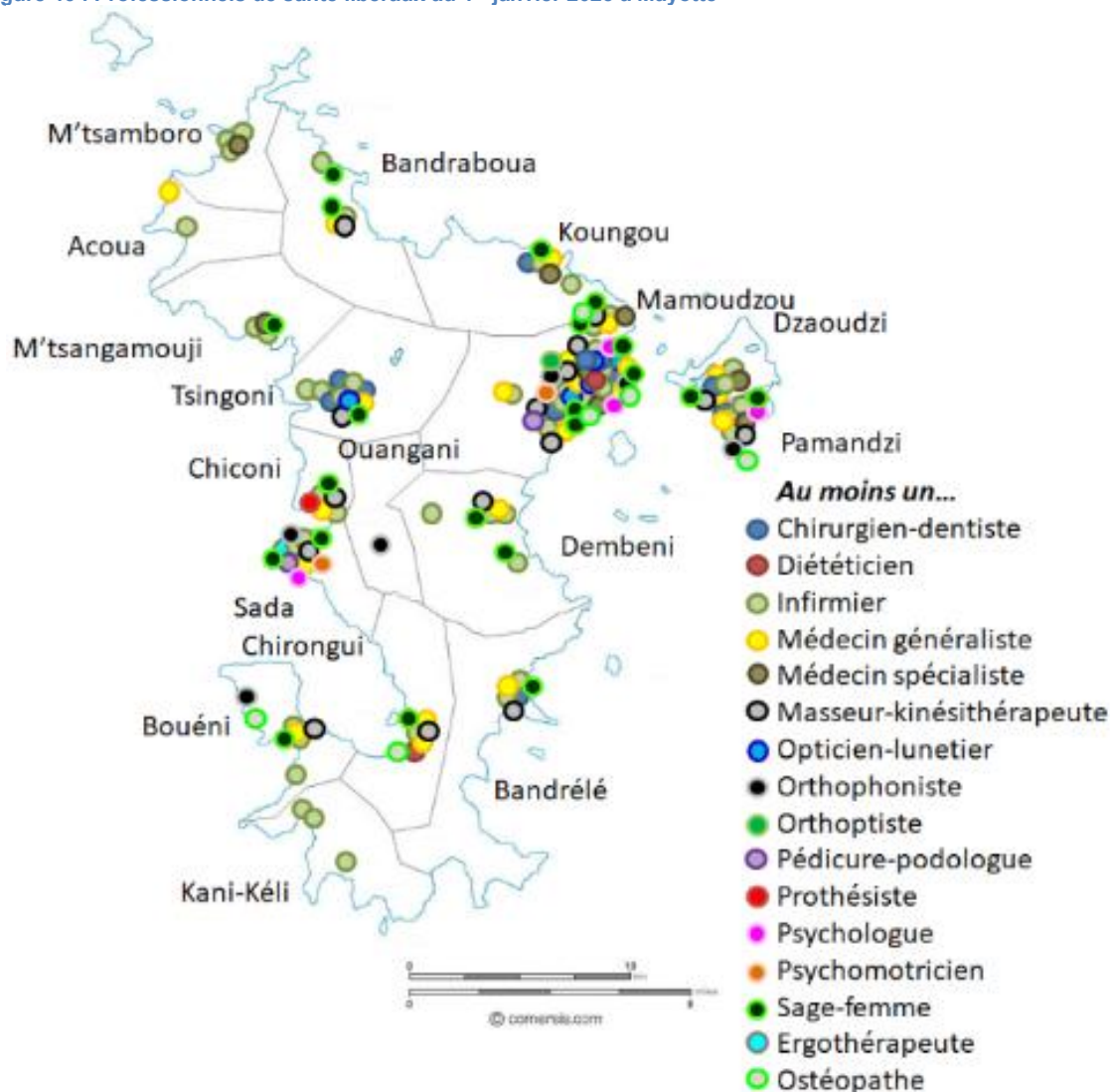
ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 46 : Professionnels de santé libéraux au 1^{er} janvier 2023 à Mayotte

Champ : Effectifs libéraux

Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1^{er} janvier 2023

Exploitation : ARS Mayotte – DéES [60]

e) Attractivité

En 2022, l'enquête sur l'attractivité des professionnels de Santé basée sur le volontariat⁴⁷ a permis de recueillir des informations inédites sur les leviers liés à la venue, l'exercice, la vie à Mayotte ainsi que la durée de présence sur le territoire [61].

Il en ressort que la venue sur le territoire pour **motif professionnel** est le plus régulièrement cité : **deux praticiens sur cinq** [61]. **Lors de leur installation, plus de la moitié déclare avoir rencontré des difficultés** [61]. Les **aides**, le **salaire**, le **logement** et l'**optimisation de la prise en charge des patients** sont les principales propositions remontées pour **rester** ou **attirer** d'autres praticiens en Santé [61].

De par leur expérience, le **travail** et la **coordination d'équipe**, la **confiance** des patients, les **diverses**

⁴⁷ 464 professionnels de santé ont répondu au questionnaire. 64 % étaient des femmes, 24 % avaient moins de 30 ans, 56 % 31 à 50 ans et 20 % 51 ans ou plus. 73 % travaillaient dans le secteur public, 27 % dans le secteur privé. 25 % avaient un CDD de 3 mois ou plus, 53 % étaient titulaires et 4 % effectuaient une mission ou étaient en intérim. Les trois quarts des professionnels ayant participé venaient de l'Hexagone avant de venir s'installer à Mayotte (10 % de l'étranger). Dans le détail :

- Chez les médicaux (44 % des répondants) : 11 % sont sage-femmes, 7 % médecins généralistes, 6 % des aides-soignants, 5 % urgentistes, 3 % pharmaciens, 3 % chirurgiens-dentistes, 2 % chirurgiens, 2 % pédiatres et 6 % autres.

- Chez les paramédicaux (45 % des répondants) : 27 % sont infirmiers (IDE), 6 % cadres de santé, 4 % masseur kinésithérapeutes, 1,3 % psychologue, 1,3 % infirmier anesthésiste (IADE) et 6 % autres.

- Chez les « autres » professions (12 % des répondants) : 5 % étaient des adjoints/cadres administratifs, 3 % agents de service (hospitalier, professeur, directeur) et 4 % ingénieurs/techniciens (Ingénieur de recherche, hospitalier, technicien informatique hospitalier, responsable technique).



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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

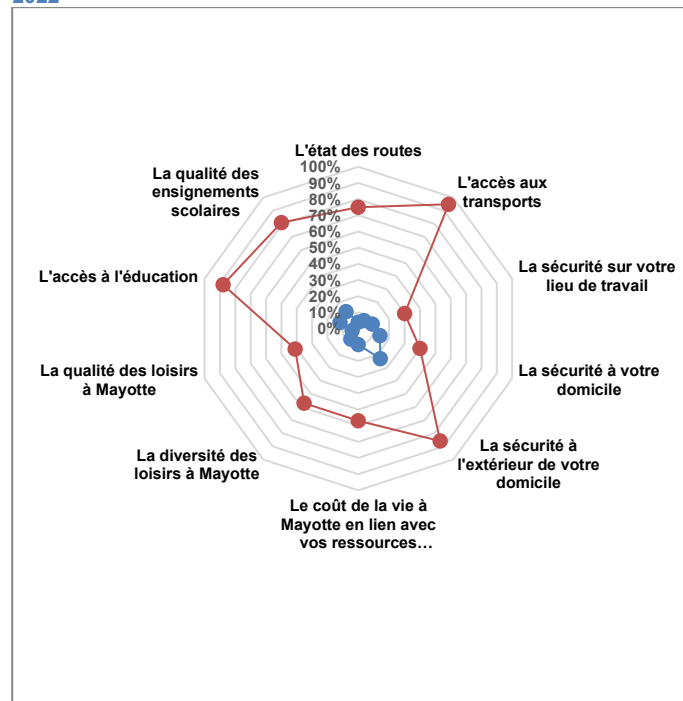
pathologies figurent comme les points positifs principaux de l'exercice sur le territoire ; tandis que l'accès aux transports, l'éducation et la sécurité, représentent les points de la vie quotidienne pouvant les inciter au départ [61] (Figure 47, Tableau 11).

La surcharge de travail, le manque de personnel et la barrière de la langue constituent quant à eux les difficultés professionnelles qu'ils remontent le plus [61]. Malgré ces contraintes persistantes évoquées par les praticiens en Santé, leur durée moyenne de présence à Mayotte est de 14 années [61].

Les profils qui ont le plus de chance de rester encore au moins 3 ans sur le territoire sont : les 51 à 60 ans, ceux installés depuis plus de 5 ans et les professionnels venant d'un autre territoire d'Outre-mer [61].

Suite à l'étude, l'ARS de Mayotte a mis en place de premières actions visant à sécuriser l'exercice des professionnels de Santé libéraux. Elle fournit aux professionnels de santé qui en font la demande des **plastiques de protection** à placer sur les parebrises afin de limiter les dégâts potentiels suite aux jets de pierre⁴⁸, ainsi que des **dispositifs PTI** en cas d'agression ou tentative d'agression physique.

Figure 47 : Evaluation (en rouge) de la qualité de vie à Mayotte et si représente un motif suffisant (en bleu) pour quitter Mayotte, chez les praticiens de Mayotte en 2022



Champ : Professionnels de santé ayant répondu volontairement au questionnaire auto-administré
Source : ARS Mayotte, enquête attractivité des professionnels de santé de 2022 [61]

Tableau 11 : Parts des différents items relevés comme motif de départ de Mayotte par les praticiens de Mayotte en 2022

Variable	Modalité	Motifs suffisant pour quitter Mayotte (%)									
		Sécurité à l'extérieur	Sécurité au domicile	Qualité des enseignements scolaires	Accès à l'éducation	Coût de la vie en lien avec les ressources financières	Sécurité sur votre lieu de travail	Diversité des loisirs	Accès aux transports	Etat des routes	Qualité des loisirs
Total		23	14	13	12	10	9	8	6	4	4
Sexe	Femme	22	13	13	12	10	8	10	6	3	5
	Homme	25	18	13	13	10	10	6	6	5	4
Tranche d'âge	Moins de 30 ans	18	13	7	7	8	6	8	6	2	4
	De 31 à 40 ans	26	16	15	16	11	11	7	6	4	4
	De 41 à 50 ans	17	13	17	17	9	8	8	5	3	4
	De 51 à 60 ans	27	16	13	7	10	9	10	7	4	6
	De 61 ans et plus	30	11	4	7	11	4	15	4	7	4
Profession	Médicale	20	13	12	12	6	7	7	5	3	4
	Paramédicale	23	13	10	10	12	8	9	6	3	4
	Autre	37	27	23	23	17	15	12	8	8	6
Secteur d'activité	Privé	11	7	7	7	5	6	7	3	2	3
	Public	27	17	14	14	12	9	9	7	4	4
Durée de présence	Moins de 5 ans	26	8	2	2	10	4	6	12	6	4
	Entre 5 et 10 ans	30	16	11	11	8	4	10	6	3	5
	Entre 10 et 20 ans	19	13	12	14	7	9	9	5	2	4
	De 20 ans ou plus	22	19	18	15	13	13	6	4	4	4

Note de lecture : Premier motif le plus souvent cité, second motif le plus souvent cité, troisième motif le plus souvent cité. Les participants pouvaient répondre à plusieurs items, la somme ne fait pas 100 % puisque les modalités étaient à choix multiple. En rouge figure le profil ayant le plus souvent cité chacun des différents motifs.

Champ : Professionnels de santé ayant répondu volontairement au questionnaire auto-administré
Source : ARS Mayotte, enquête attractivité des professionnels de santé de 2022 [61]

8 – Le recours aux soins

a) Profil de population

Deux mesures différentes du recours aux soins ont été réalisées en 2016 et 2019. La première prend en compte la gravité estimée de la maladie nécessitant une consultation en première intention et à tout moment tandis que la seconde est posée sous forme de fréquence pour les différentes offres et selon plusieurs temporalités.

⁴⁸ « Caillassage ».

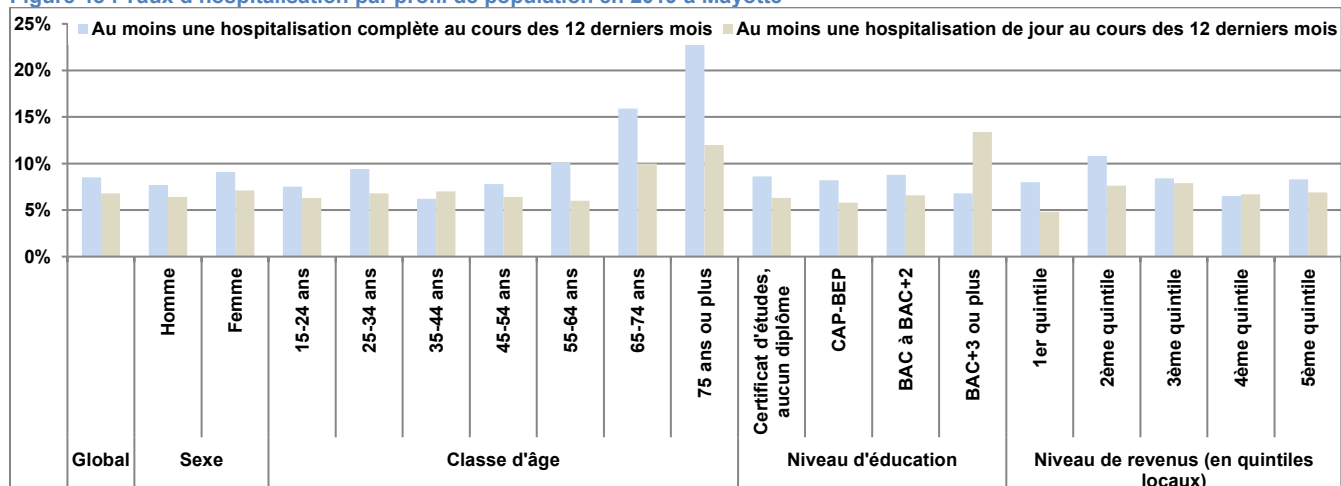


En 2019, **9 %** des 15 ans ou plus déclarent avoir réalisé au moins **une hospitalisation complète** dans l'année⁴⁹ [56]. Ce taux triple entre les plus jeunes et les plus âgés : 8 % contre 24 % [56] (*Figure 48*). Ils sont 30 % des 15 ans ou plus à déclarer n'être jamais allés au centre de consultations⁵⁰ [56], **8 % des habitants se sont fait soigner hors de Mayotte**⁵¹ qui est alors le Drom le plus concerné par cette pratique [62].

60 % des habitants ont consulté un médecin généraliste il y a moins d'un an⁵², que ce soit un cabinet ou en centre de consultations (85 % dans l'Hexagone⁵³) [62]. **22 %** des habitants de Mayotte ont consulté un **dentiste**⁵⁴ (*Figure 49*), contre 57 % dans l'Hexagone⁵⁵, alors qu'ils sont aussi nombreux à déclarer une santé bucco-dentaire altérée [62].

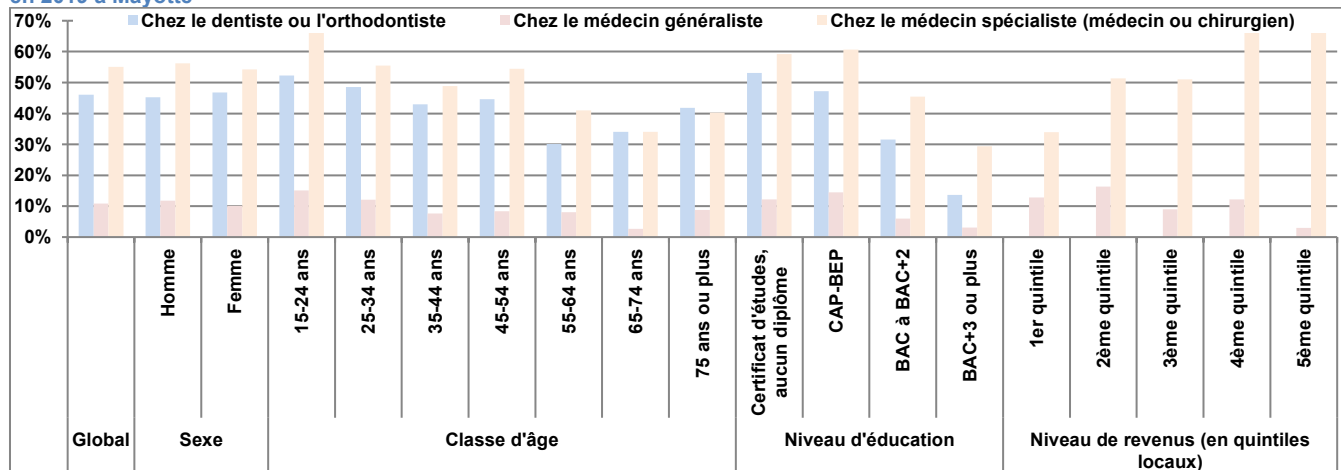
Plus les personnes sont pauvres, moins elles consultent : 53 % des personnes très modestes pour une consultation au généraliste et seulement 11 % pour un spécialiste, contre 70 % et 31 % des personnes « non pauvres » [62]. **Le constat est le même pour les soins dentaires** [62].

Figure 48 : Taux d'hospitalisation par profil de population en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 49 : Part d'individus n'ayant jamais consulté de dentiste (ou orthodontiste) et de médecin par profil de population en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁴⁹ 10 % pour l'Hexagone, La Réunion et la Guyane, 11 % pour la Martinique et 12 % pour la Guadeloupe [56].

⁵⁰ 37 % chez les femmes de nationalité française contre 36 % chez celles de femmes étrangères ; et 28 % chez les hommes français contre 21 % chez ceux étrangers [56].

⁵¹ 4 % chez les 15-24 ans, 8 % chez les 25-49 ans, 15 % chez les 50-64 ans et 24 % chez les 65 ans ou plus [56].

⁵² 30 % il y a plus d'un an et 11 % jamais pour le généraliste [56]. Pour le spécialiste : 20 % il y a moins d'un an, 25 % plus d'un an et 55 % jamais [56]. De manière générale, 59 % n'ont pas consulté un médecin généraliste ou spécialiste au cours des 4 dernières semaines, 27 % ont réalisé une consultation, 9 % deux et 5 % trois consultations ou plus [56].

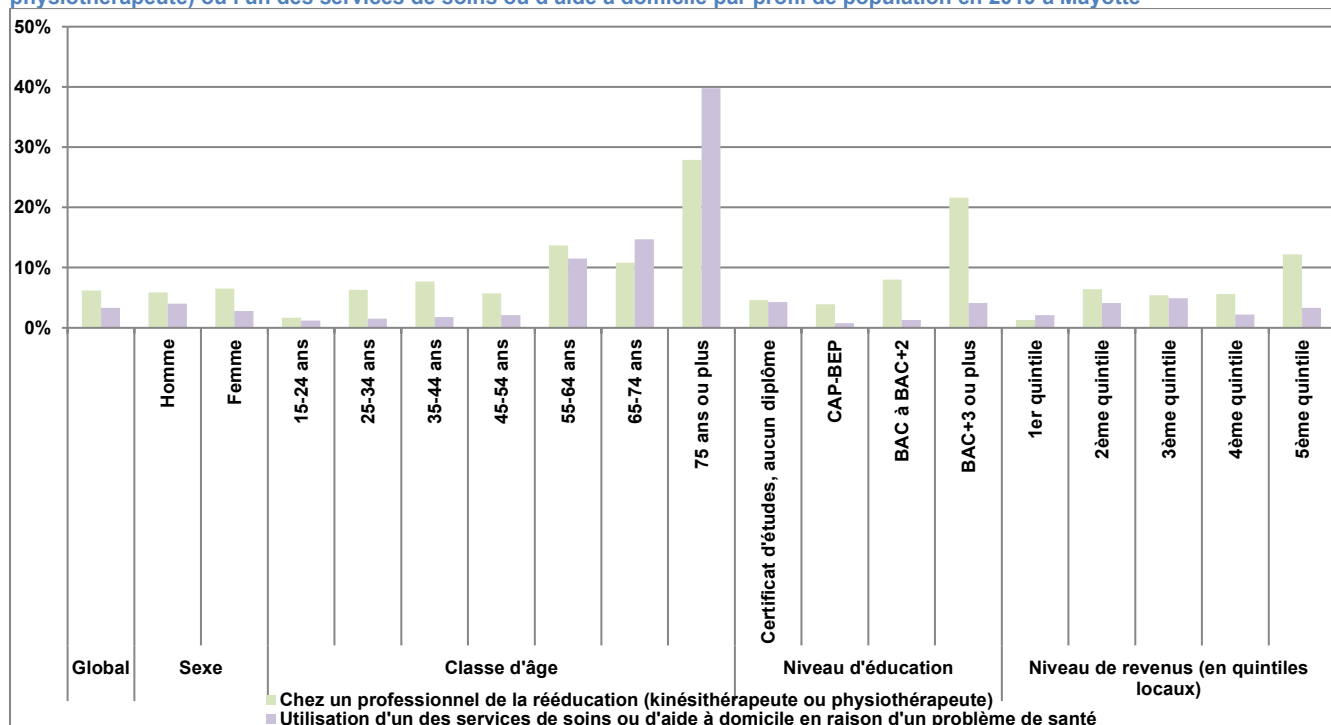
⁵³ 87 % pour La Réunion, 82 % pour la Guadeloupe et la Martinique, et 75 % pour la Guyane [56].

⁵⁴ 13 % il y a moins de 6 mois, 9 % entre 6 et 12 mois, 32 % il y a plus de 12 mois et 46 % jamais [56].

⁵⁵ 52 % pour La Réunion, 50 % pour la Martinique, pour la 45 % Guadeloupe et 43 % pour la Guyane [56].



Figure 50 : Part d'individus ayant consulté dans l'année un professionnel de la rééducation (kinésithérapeute ou physiothérapeute) ou l'un des services de soins ou d'aide à domicile par profil de population en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

En 2016⁵⁶ et en première intention, la **population adulte déclare un fort recours au secteur libéral**, allant de 25 % en cas de maladie de faible intensité à 45 % en cas de maladie grave [63].

Un adulte sur trois a recours aux centres de consultations et aux centres de référence du CHM (Figures 51, 52, 53 & 54) [63]. **Les jeunes** ont plus recours aux **centres de consultations et aux centres de référence**. Les **25 à 60 ans** ont des habitudes **plus variées** et les **personnes âgées** vont plus souvent au **médecin libéral** [63].

La couverture maladie influence fortement le type de recours : neuf individus sur dix ayant recours au secteur libéral sont affiliés à la Sécurité sociale contre deux tiers pour le secteur public [63].

Le **profil** des hommes et des femmes allant se soigner (en cas de grave maladie) chez le **médecin libéral est plus favorable** que ceux utilisant d'autres recours [63]. Néanmoins, 34 % des hommes et 42 % des femmes qui y recourent s'estiment en difficulté financière [63]. Celles et ceux ayant recours à ce type de soins s'estiment également en **meilleure santé** que les autres [63].

Les personnes ayant recours aux **centres de consultations et au CHM ou à la médecine traditionnelle** présentent un profil plus similaire et **plus précaire** (deux individus sur trois en 2016) [63]. En 2019, 41 % des personnes très modestes, 33 % des modestes et 23 % des « non-pauvres » déclarent fréquenter les centres de consultations [62]. Plus généralement, **13 % pour le recours à l'hôpital** [62].

La part d'individus de nationalité étrangère est plus importante parmi ceux ayant recours aux centres de consultations et aux centres de référence ou au CHM avec 64 % des femmes et 52 % des hommes (contre respectivement 51 % et 26 % pour celles et ceux ayant recours à la médecine traditionnelle) [63].

Quatre femmes sur dix qui ont recours à la médecine traditionnelle se disent en bonne santé contre sept sur dix pour celles qui ont recours aux centres de consultations et au CHM ou à la médecine libérale [63]. Sept hommes sur dix s'estiment en bonne santé quelle que soit l'offre à laquelle ils ont recours [63].

⁵⁶ En 2016, les migrations pour « raison de santé » n'occupent globalement qu'une part relativement modeste des motifs évoqués par les étrangers pour expliquer leur venue à Mayotte : 9 % [63]. Pour 57 % d'entre eux, l'objectif premier est la recherche d'une « meilleure vie » : notion qui recouvre à la fois les « conditions de vie », la « santé » et « l'éducation » [63].

Parmi les femmes arrivées en 2010 et toujours présentes sur le territoire, 22 % évoquent ce motif de venue exclusivement liée à la santé, 8 % pour celles qui se sont installées au cours des années précédentes [63].

Lorsque les étrangers sont interrogés sur les avantages de la vie dans le département, « l'offre de soins » apparaît comme le plus important à Mayotte : pour 54 % de ceux en situation régulière et 60 % de ceux ne disposant pas de titre de séjour [63]. Les « conditions de vie » ne viennent qu'en deuxième position [63].



ARS MAYOTTE

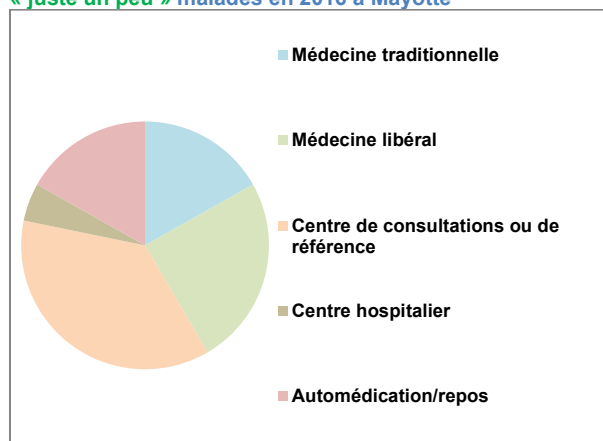
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

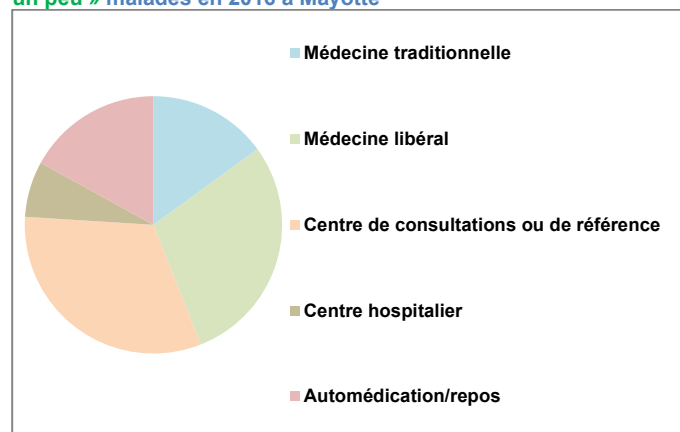


Figure 51 : Lieu de recours aux soins cité en première intention pour les femmes lorsqu'elles s'estiment « juste un peu » malades en 2016 à Mayotte



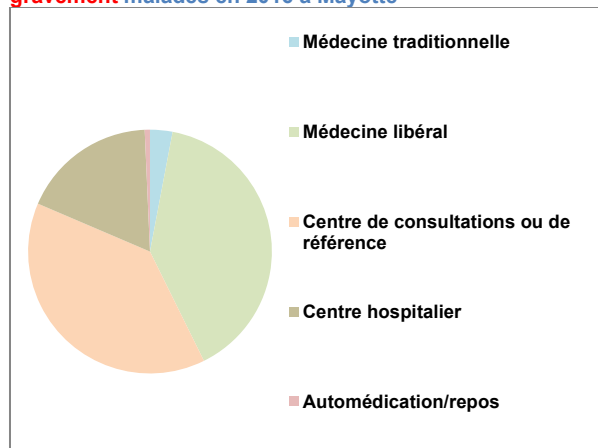
Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
 Champ : Habitantes de 18-79 ans de Mayotte
 Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [63]

Figure 52 : Lieu de recours aux soins cité en première intention pour les hommes lorsqu'ils s'estiment « juste un peu » malades en 2016 à Mayotte



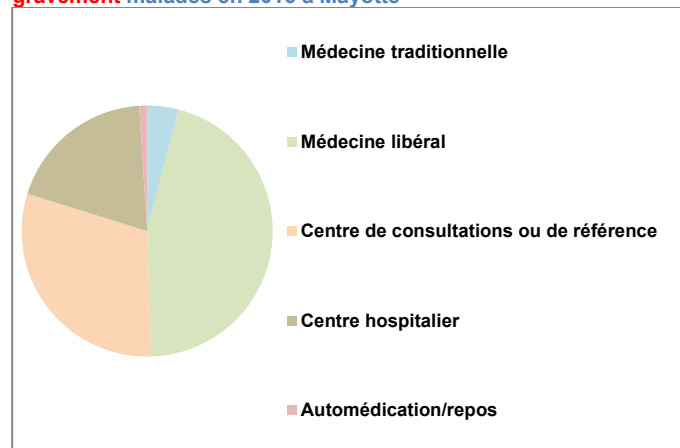
Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
 Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
 Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [63]

Figure 53 : Lieu de recours aux soins cité en première intention pour les femmes lorsqu'elles s'estiment **gravement** malades en 2016 à Mayotte



Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
 Champ : Habitantes de 18-79 ans de Mayotte
 Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [63]

Figure 54 : Lieu de recours aux soins cité en première intention pour les hommes lorsqu'ils s'estiment **gravement** malades en 2016 à Mayotte



Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
 Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
 Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [63]

Chez les enfants de 10-12 ans⁵⁷ en 2019, les lieux d'accès aux soins les plus cités⁵⁸ lorsqu'ils s'estiment gravement malades sont : le CHM et ses services périphériques qui ressortent nettement (42 %), suivis des centres de consultations et de l'infirmier de l'établissement scolaire (respectivement 22 % et 21 %) [64].

Plus détaché, le médecin libéral figure dans 6 % des déclarations [64]. L'automédication représente 8 % des modes de recours cités par l'enfant et la consultation du Foundi⁵⁹ : 2 % [64].

Consommation médicamenteuse

Près d'un habitant de 15 ans ou plus **sur quatre déclare avoir consommé des médicaments prescrits** par un médecin lors des deux dernières semaines, ce qui est **deux fois inférieur à ceux de l'Hexagone**⁶⁰ [56].

Concernant la consommation de médicaments non prescrits, les **déclarations sont plus proches entre les deux populations** : 34 % à Mayotte et 31 % dans l'Hexagone⁶¹ [56].

⁵⁷ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

⁵⁸ Contrairement aux données présentées avant, les enfants pouvaient citer plusieurs lieux de consultation à l'instar des informations disponibles depuis l'enquête EHIS.

⁵⁹ Enseignant de l'école coranique.

⁶⁰ 50 %, 48 % en Guadeloupe et Martinique, 47 % à La Réunion et 34 % en Guyane [56].

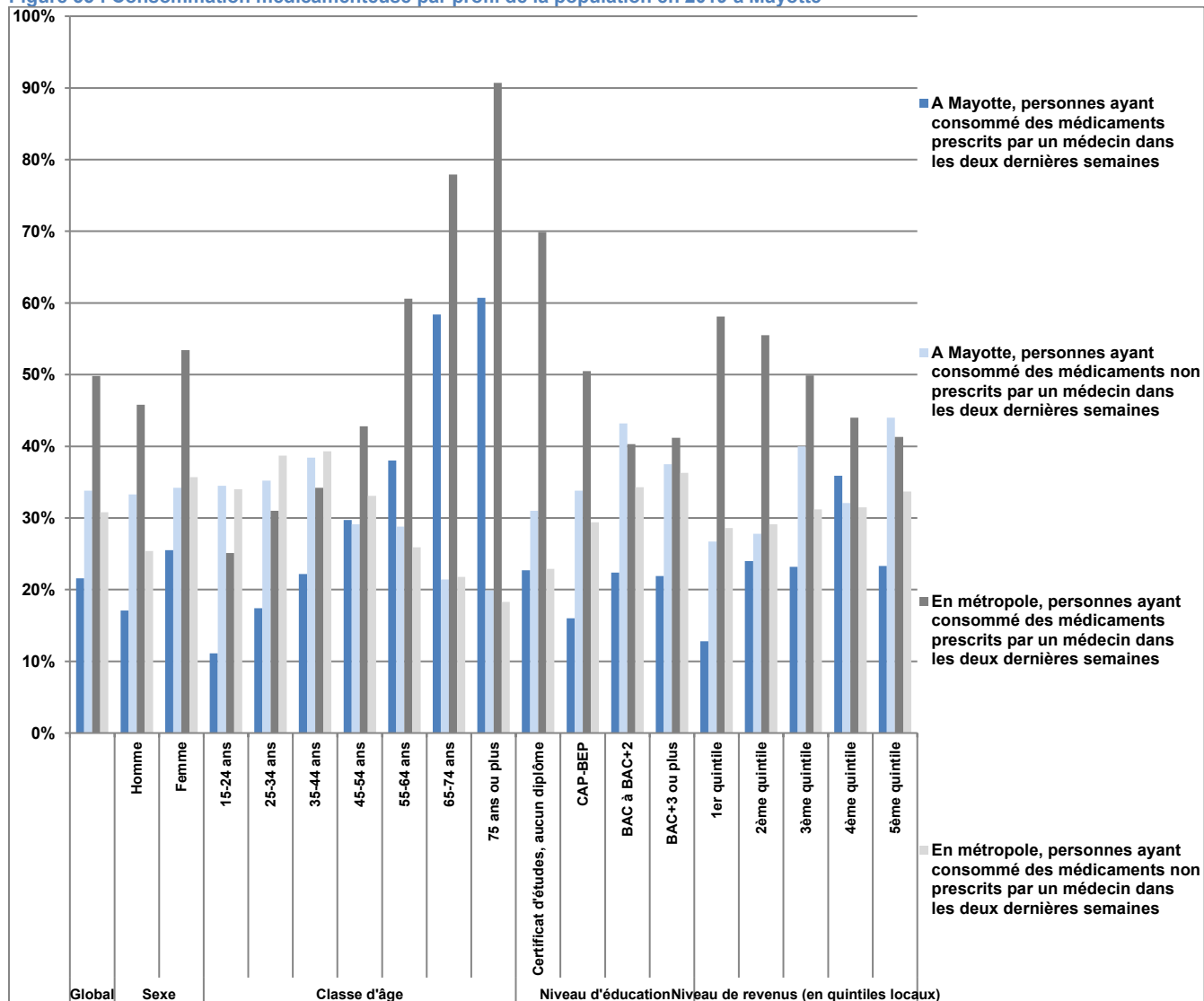
⁶¹ 33 % en Martinique, 30 % en Guadeloupe, 29 % à La Réunion et 25 % en Guyane [56].



Que la consommation soit à la suite d'une prescription ou non auprès d'un médecin, **les femmes de Mayotte ont une consommation supérieure à celle des hommes** alors que dans l'Hexagone le phénomène inverse est constaté [56] (Figure 55).

En fonction de l'âge, deux phénomènes sont observables : pour les médicaments prescrits, la **consommation augmente nettement** (11 % chez les 15-24 ans à 61 % chez les 75 ans ou plus), mais demeure à tout âge largement inférieure à celle de l'Hexagone ; pour les médicaments non prescrits, elle **diminue** (35 % chez les 15-24 ans à 20 % chez les 75 ans ou plus) et reste **proche de celle de l'Hexagone** [56] (Figure 55).

Figure 55 : Consommation médicamenteuse par profil de la population en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

b) Recours au CHM

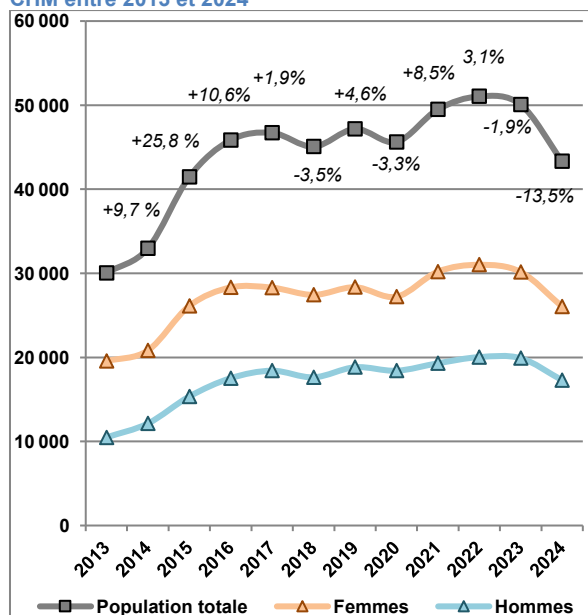
En 2024, **43 322 séjours au CHM ont eu lieu** [65], soit un taux de recours de 0,14 par habitant⁶² (0,45 en France Hexagonale). De 2013 à 2021, le nombre de passages avait **augmenté de 65 %**, principalement entre 2014 et 2015 (+26 %) [65]. Il **semblait ensuite se stabiliser** depuis (+1 %), mais 2024 marque une **baisse brusque** de la fréquentation au CHM : -14 % vis-à-vis de 2023, en lien avec les mouvements de grève du personnel médical ayant eu lieu [65] (Figure 56).

Dans **60 %** des cas, il s'agit de **femmes** (51 % en Hexagone) [65]. L'**âge médian** à Mayotte est alors compris entre **30 et 34 ans**, tandis qu'en Hexagone il l'est entre 60 et 64 ans [65].

⁶² Déterminé par nombre de séjours sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024 [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



Figure 56 : Evolution du nombre de consultation au CHM entre 2013 et 2024



Champ : Individus ayant consulté au CHM

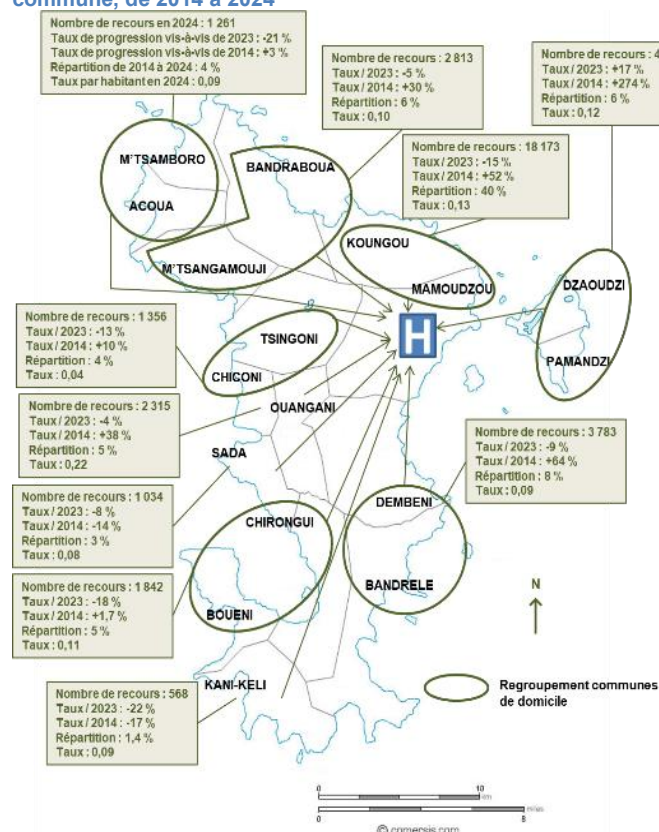
Source : PMSI [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.

Sur la période 2014 à 2024, **quatre individus sur dix** ayant eu recours au CHM vivent dans le secteur **Koungou-Mamoudzou** [65]. C'est ensuite le secteur **Bandréle-Dembéni** qui est le plus représenté : un individu sur dix [65].

Les parts chutent fortement pour les habitants vivant de plus en plus loin de Mamoudzou, notamment la commune de Kani-Kéli avec seulement 1,4 % d'individu représenté [65] (Figure 57).

Figure 57 : Recours des habitants au CHM par commune, de 2014 à 2024



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. La somme des pourcentages donne 80 % auquel il faut rajouter 14 % de communes non renseignées et 6 % de domiciliés hors du territoire.

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : PMSI [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

En 2024, les **0 à 4 ans** représentent **33 % des femmes** allant aux CHM et **21 % pour les hommes** [65]. Au-delà, **un tiers (34 %) des femmes** qui se rendent au CHM ont entre **20 et 34 ans** (6 % chez les hommes), y représentant le pic de consultations [65]. Tandis que chez **les hommes**, ce sont les **50 à 74 ans** qui sont majoritaires (36 % contre 17 % chez les femmes) [65].

Vis-à-vis de 2014, on constate une **hausse** du recours au CHM chez les personnes de **45 ans ou plus**, en lien avec le vieillissement de la population et **convergeant** alors, même légèrement, vers les courbes observées en **France Hexagonale**, notamment chez **les hommes** [65].

Le **taux de recours** par habitant est de 0,22⁶³ chez les 0 à 4 ans, puis **diminue** à 0,03 chez les 5 à 19 ans [65]. Il commence alors une **première croissance** jusqu'aux 20 à 34 ans : 0,16, **se stabilisant** sur les 35 à 50 à 0,12 [65]. Enfin, il **repren** son **augmentation** ensuite : 0,35 chez les 50 à 70 ans et 0,71 chez les 70 ans ou plus [65].

Comparé à l'Hexagone, l'effet est **nettement différent**, ne cessant d'**augmenter d'une classe à l'autre** : 0,39 chez les 0 à 4 ans, 0,53 chez les 5 à 19 ans, 1,13 chez les 20 à 34 ans, 1,91 chez les 35 à 50 ans, 3,52 chez les 50 à 70 ans et enfin 15,6 chez les 70 ans ou plus [65] (Figure 58).

La part des entrées en obstétrique est beaucoup plus élevée à Mayotte que dans l'Hexagone (Taux standardisé deux fois supérieur, deux fois inférieur en médecine et en chirurgie [66]) [58].

En 2023, du fait de la jeunesse de la population et du fort indice de fécondité, le CHM enregistre près d'un **séjour sur deux** en hospitalisation complète en obstétrique [58] (Figure 59).

⁶³ Déterminé par nombre de séjours sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024 [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

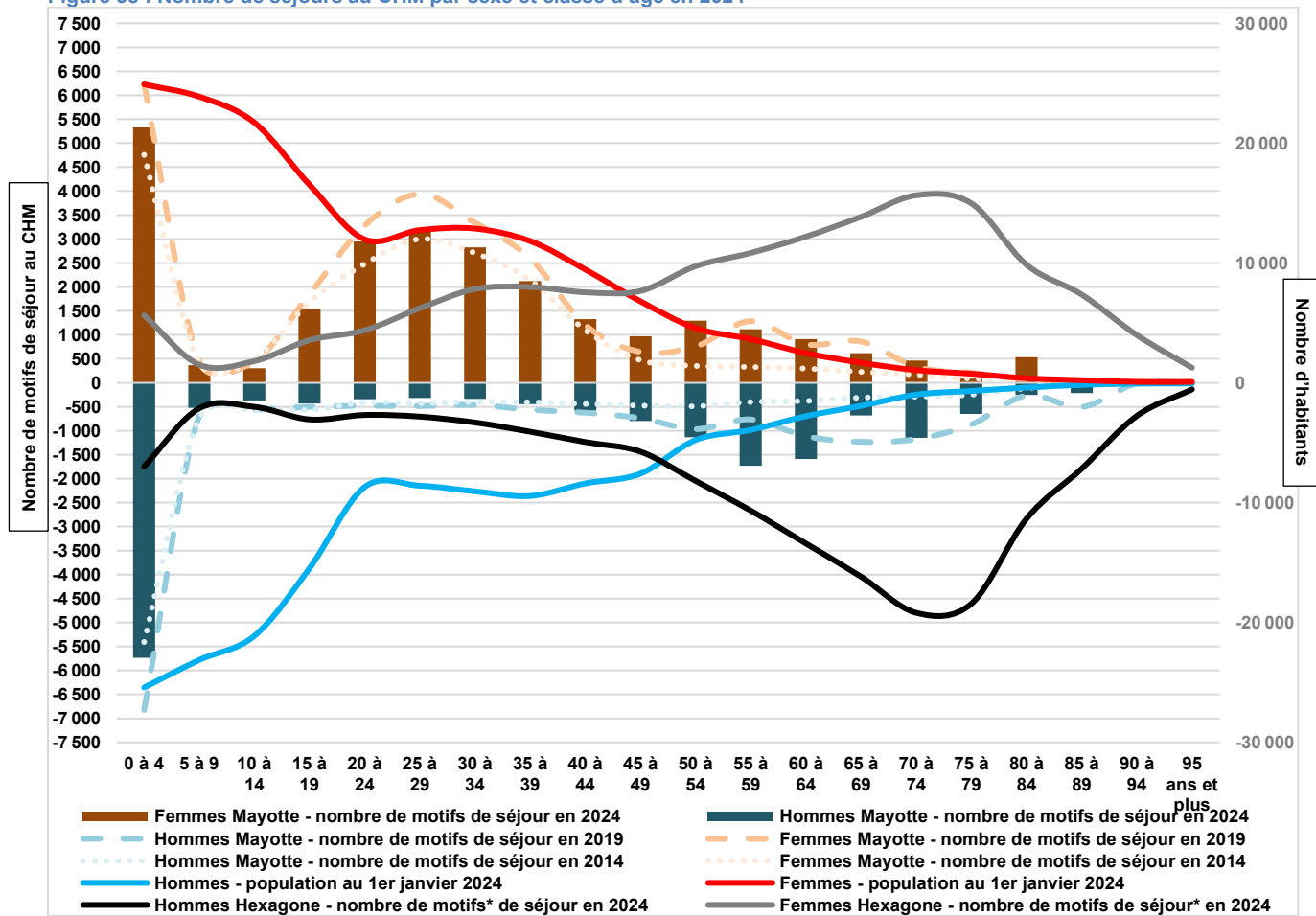
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 58 : Nombre de séjours au CHM par sexe et classe d'âge en 2024



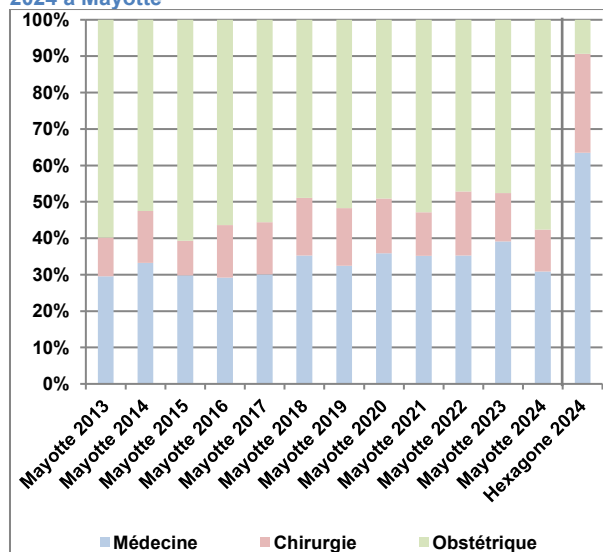
Note : * Les recours par âge révolu pour l'Hexagone ont été divisés par 100 afin de pouvoir comparer directement les différentes pyramides des âges.

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : PMSI [65]

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

Figure 59 : Parts d'hospitalisation complète de 2013 à 2024 à Mayotte



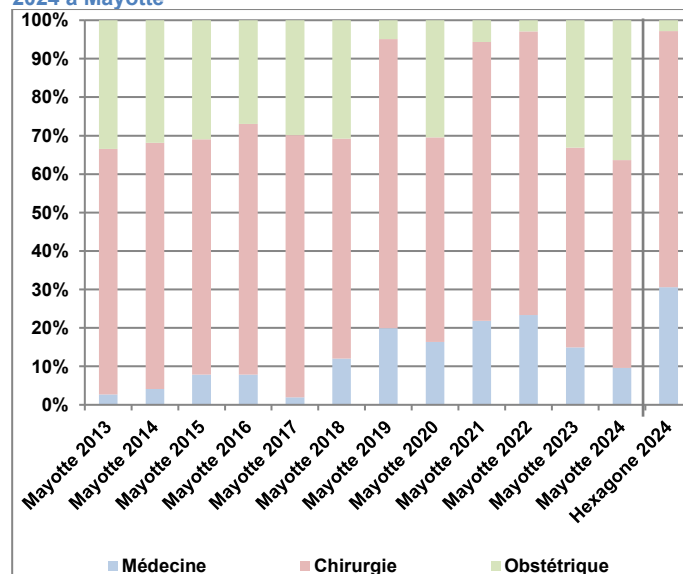
Note : les hospitalisations complètes concernent les séjours hospitaliers d'une durée généralement supérieure à 24 heures où la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients.

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : SAE [58]

Exploitation : ARS Mayotte – DÉES

Figure 60 : Parts d'hospitalisation partielle de 2013 à 2024 à Mayotte



Note : les hospitalisations partielles concernent les séjours hospitaliers qui mobilisent une place d'hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire.

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : SAE [58]

Exploitation : ARS Mayotte – DÉES



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



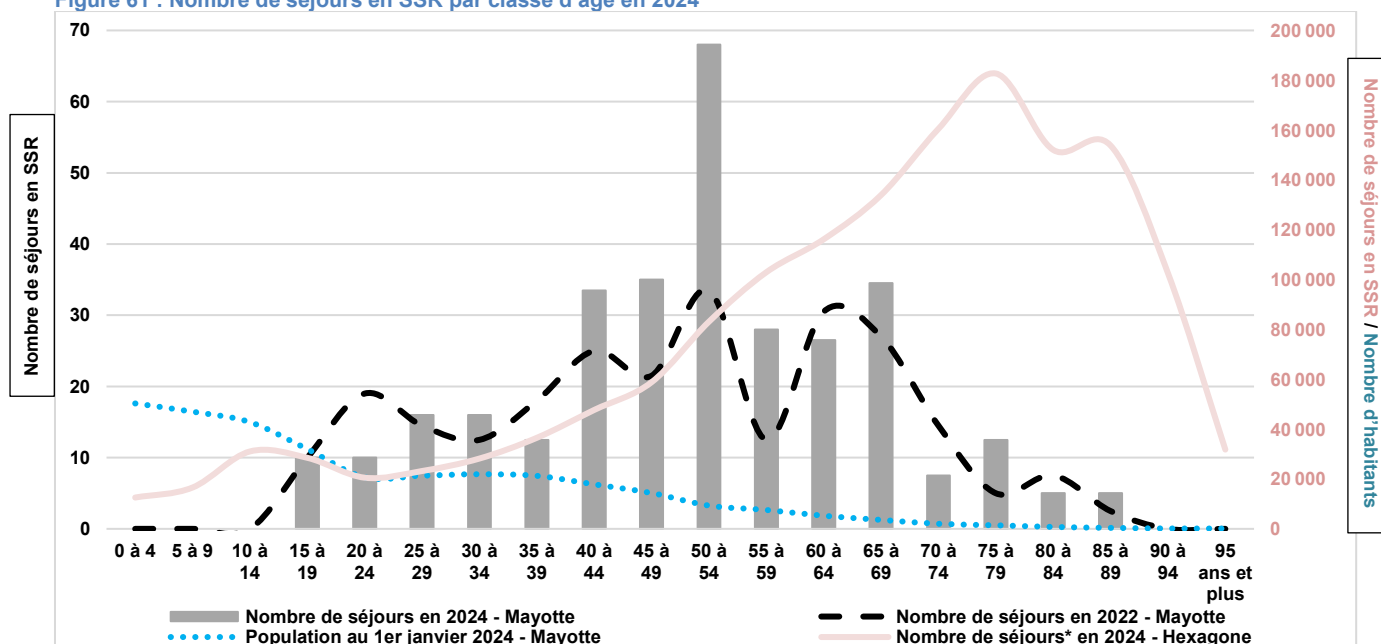
Soins de suite et de réadaptation

Les **SSR** se positionnent **suite à une hospitalisation** en raison d'une maladie, d'une chirurgie ou d'un accident. Ils visent alors à fournir un service aux patients nécessitant une prise en charge médicale et paramédicale et permettant d'assurer une continuité des soins entre l'hôpital et le domicile. L'objectif est ainsi la récupération fonctionnelle des patients après une hospitalisation aux travers de trois axes : regagner en autonomie, s'adapter à sa nouvelle condition physique et se réinsérer dans sa vie familiale, sociale et professionnelle.

Depuis 2022, les SSR ont été mis en place au CHM avec **50 lits et 5 places**. En 2024, **315 séjours** (+27 % vis-à-vis de 2022), soit un taux de recours de 0,001 par habitant⁶⁴ (0,02 en France Hexagonale) [65]. Sur cette année-là, 57 % des séjours sont réalisés par des hommes (47 % en France Hexagonale) [65]. L'**âge médian** à Mayotte est alors compris entre **50 et 54 ans**, tandis qu'en Hexagone il l'est entre 70 et 74 ans [65].

Le **taux de recours** par habitant est **nul en-dessous de 15 ans** (0,005 en Hexagone), et **demeure inférieur à 0,01 des 15 aux 84 ans** (inférieur à 0,09 en Hexagone) [65]. **Au-delà, il augmente** à 0,013 chez les 85 à 89 ans (0,12 en Hexagone). Il est nul au-delà (entre 0,16 et 0,17 en Hexagone) [65] (Figure 61).

Figure 61 : Nombre de séjours en SSR par classe d'âge en 2024



Note : * Les populations par âge révolu pour l'Hexagone ont été divisées par 10 afin de pouvoir comparer directement les différentes pyramides des âges.

Champ : Individus ayant été admis en SSR à Mayotte

Source : PMSI [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Hospitalisations à domicile

L'HAD est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les **soins sont effectués au domicile** de la personne. L'HAD couvre maintenant l'ensemble du territoire national, et constitue désormais une des réponses à l'aspiration grandissante de la population à être soignée dans son environnement familial quand la situation le permet.

En 2021, la première HAD a été mise en place à Mayotte. Elle est portée par le CHM sur les mentions polyvalente et périnatale. En 2023, l'association MDZHADE lance la seconde HAD. En 2024, **287 séjours ont été réalisés**. En baisse vis-à-vis de l'année de lancement : -8 %.

Depuis leur lancement et jusqu'en 2023, **la périnatalité représente cinq HAD sur vingt à Mayotte**, quatre sur vingt pour celles en lien avec les soins palliatifs et une sur vingt pour les cancers [58] (Figure 62).

En 2023, l'HAD à Mayotte prend en charge **26 habitants sur 100 000** (taux identique en 2022) [67]. Un **taux très proche de celui en France entière** (29,3) [67]. Sur les différents regroupements de commune, ce sont celles de **Ouangani** et de **Kani-Kéli** qui présentent les taux par habitant les plus hauts : respectivement 0,00257 et 0,00232 (Figure 63).

⁶⁴ Déterminé par nombre de séjours sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024 [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

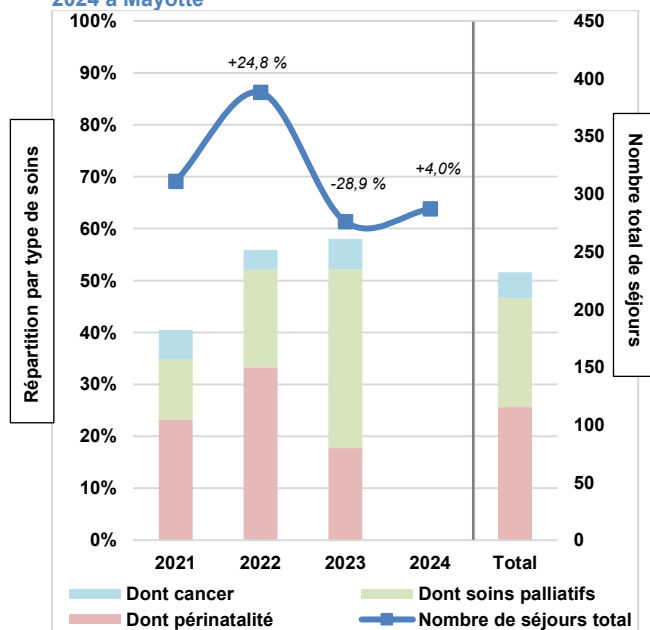
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 62 : Nombre de séjours en HAD entre 2021 et 2024 à Mayotte

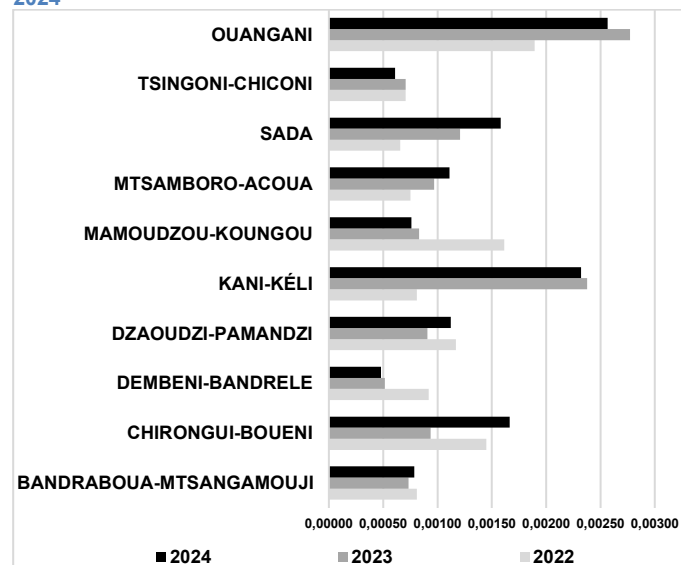


Champ : Individus ayant réalisé une HAD

Source : SAE [58]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 63 : Taux de recours à l'HAD par habitant des différents regroupements de communes, entre 2022 et 2024



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11.

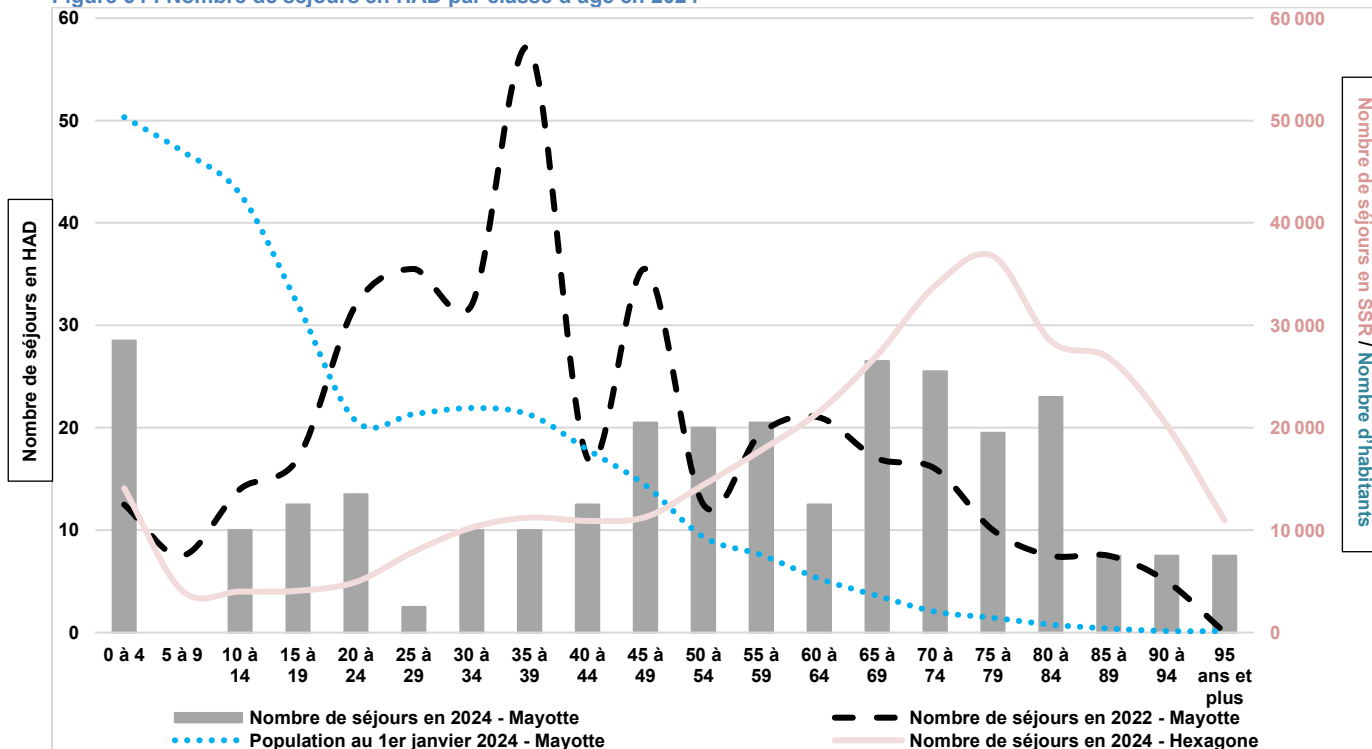
Champ : Individus ayant réalisé une HAD

Source : PMSI [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

En 2024, 56 % des séjours sont réalisés par des hommes (44 % en France Hexagonale). L'âge médian à Mayotte est alors compris entre **55 et 59 ans**, tandis qu'en Hexagone il l'est entre 65 et 69 ans. Le **taux de recours**⁶⁵ par habitant oscille autour de 0,0003 jusqu'au moins de 40 ans (0,002 en Hexagone), puis **augmente** de classe d'âge en classe d'âge pour atteindre 0,05 chez les **95 ans ou plus** (0,05 également en Hexagone) (Figure 64).

Figure 64 : Nombre de séjours en HAD par classe d'âge en 2024



Champ : Individus ayant réalisé une HAD

Source : PMSI [65]

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

⁶⁵ Déterminé par nombre de recours sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024 [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



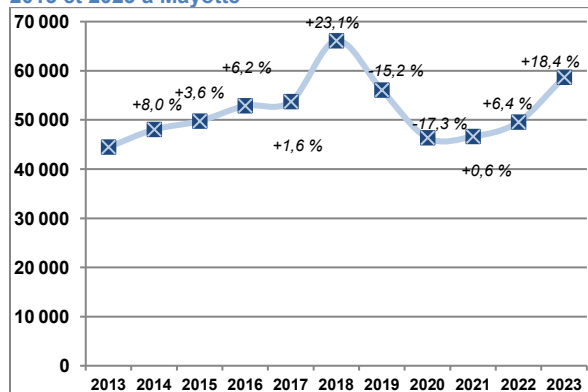
Passages aux urgences

Le nombre de passages aux Urgences est de **58 710 passages** en 2023 (+18,4 % par rapport à 2022), soit un taux de recours de 0,19⁶⁶ par habitant, contre 0,30 en France Hexagonale (Figure 65).

Sur la période 2017 à 2023, la part de passages ayant ensuite entraîné une hospitalisation est de : **12 %**. Il a **augmenté** dans un premier temps de 10 % en 2017 à 20 % en 2021, puis **redescend** à nouveau à 10 % en 2023.

Dans **53 %** des cas il s'agit d'**hommes** (52 % en Hexagone) [65]. L'**âge médian** à Mayotte est alors compris entre **20 et 24 ans**, tandis qu'en Hexagone il l'est entre 60 et 64 ans [65].

Figure 65 : Nombre de passages aux Urgences entre 2013 et 2023 à Mayotte



Champ : Individus ayant consulté aux Urgences

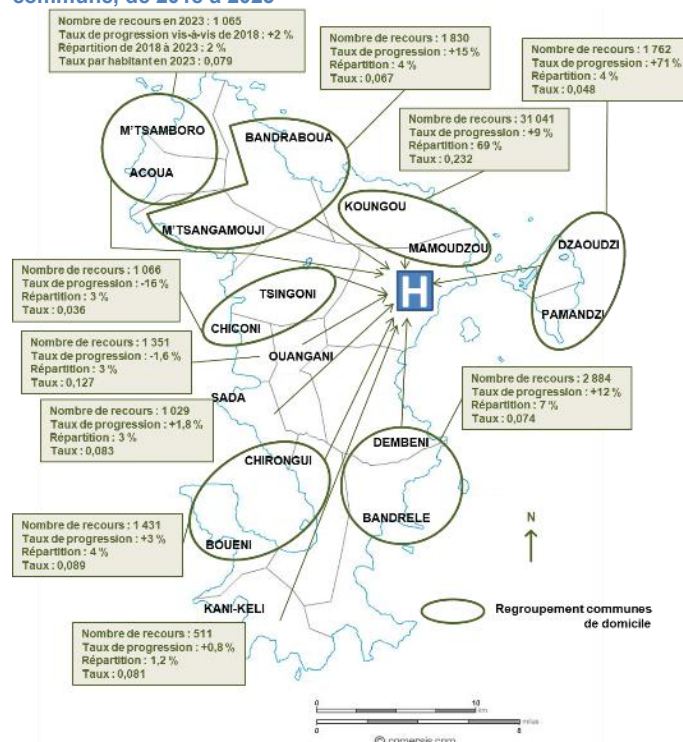
Source : SAE [58]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Le **taux de recours** par habitant est de 0,3 chez les **0 à 4 ans** (0,6 en Hexagone), puis **diminue** à 0,08 chez les **5 à 19 ans** (0,29 en Hexagone). Il **augmente** ensuite, de 0,18 chez les **20 à 64 ans** (0,27 en Hexagone), puis à 0,31 chez les **70 à 89 ans** (0,33 en Hexagone). Il **diminue** alors à 0,25 chez les **90 à 94 ans** (0,69 en Hexagone) puis 0,04 chez les **95 ans ou plus** (0,79 en Hexagone).

Comparé à l'Hexagone, le taux reste **plus faible** sauf pour les **65 à 74 ans** : 0,27 à Mayotte contre 0,23 (Figure 67).

Figure 66 : Passages aux Urgences des habitants par commune, de 2018 à 2023



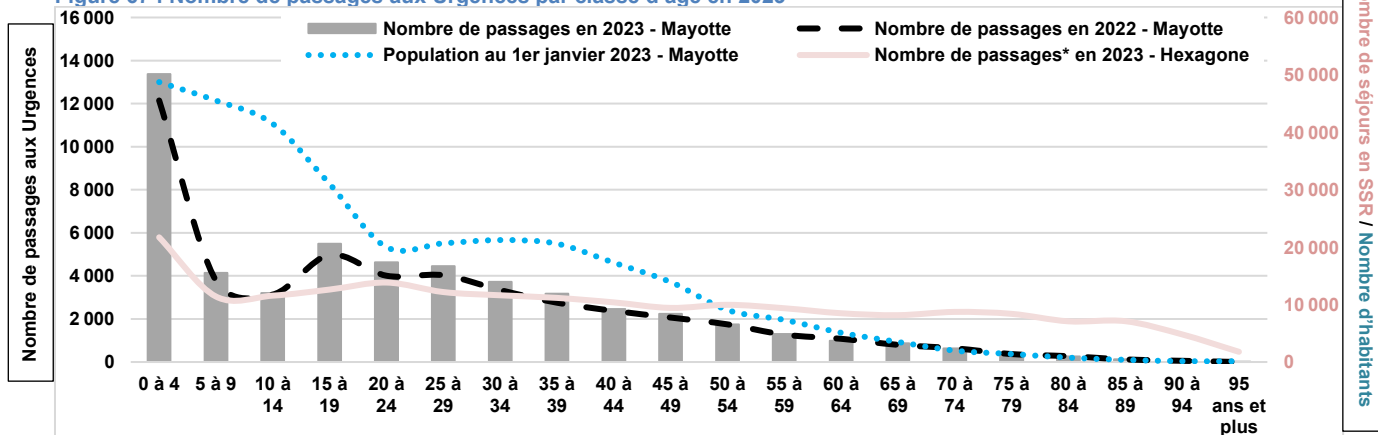
Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11.

Champ : Individus étant passé au RPU

Source : PMSI [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 67 : Nombre de passages aux Urgences par classe d'âge en 2023



Note : * Les populations par âge révolu pour l'Hexagone ont été divisées par 100 afin de pouvoir comparer directement les différentes pyramides des âges.

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : PMSI [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁶⁶ Déterminé par nombre de passages sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2023 [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



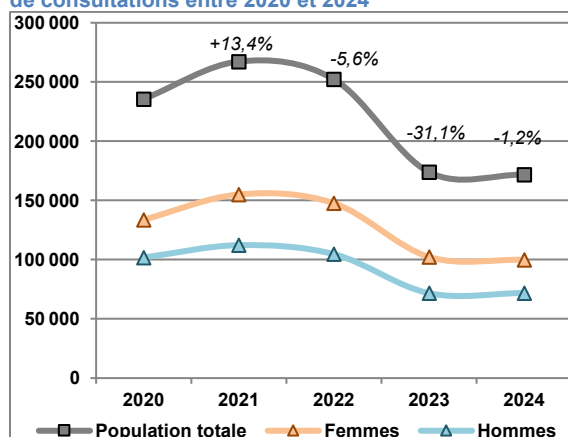
c) Recours aux centres de consultations et centres de référence (permanences de soins)

Centres de consultations

Les centres de consultations⁶⁷ jouissent depuis fin 2019 d'un système d'informations qui continue de monter en puissance [68]. Sur l'année 2024, 171 738 séjours ont été observés, soit une baisse de 1,2 % par rapport à 2023 et de 32 % vis-à-vis de 2022 [68]. Le taux de recours est alors de 0,54⁶⁸ par habitant [68] (Figure 68). Dans **59 %** des cas il s'agit de **femmes** et l'âge **médian est compris entre 25 et 29 ans** [68]. La baisse observée depuis 2021 est à mettre en lien avec les **fermetures** des sites de Dzaoudzi, Pamandzi puis de Bandrélé [68].

Neuf séjours sur dix ont lieu le matin et 0,5 % le soir ou la nuit [68] (Figure 69). Dans **56 % des cas le centre de consultations recouru correspond à celui de la commune de domicile** [68] (Figure 71).

Figure 68 : Evolution du nombre de recours aux centres de consultations entre 2020 et 2024

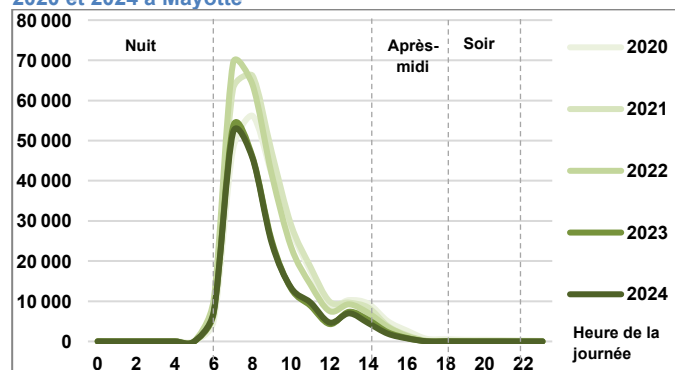


Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations

Source : CHM [68]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 69 : Volume d'individus ayant recours aux centres de consultations en fonction de l'heure entre 2020 et 2024 à Mayotte



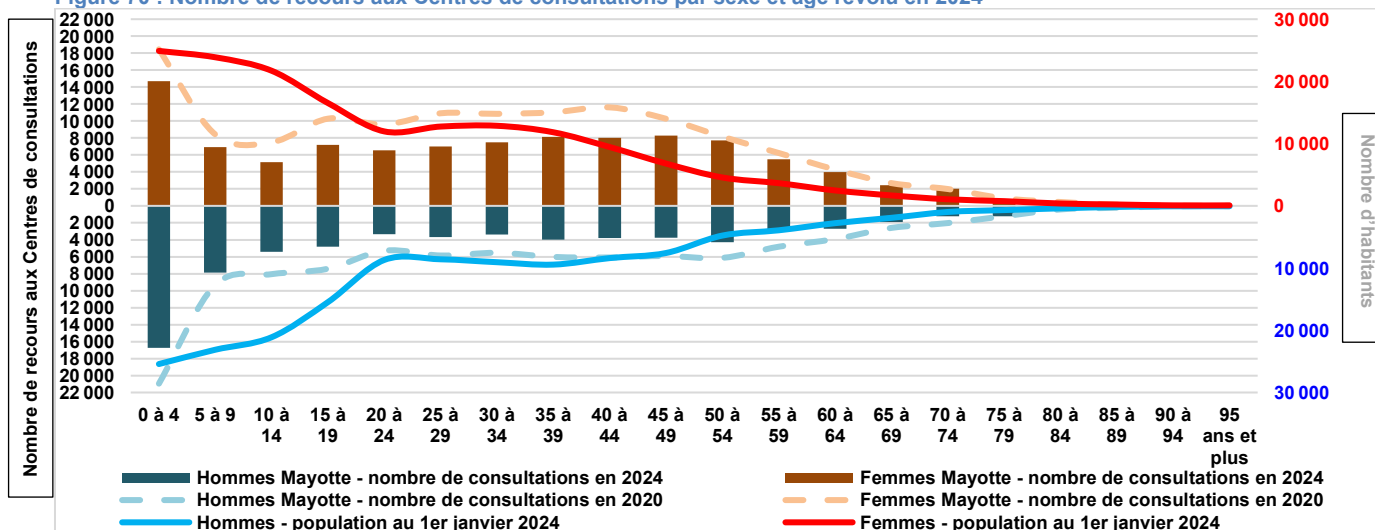
Note de lecture : En 2023, 57 128 recours ont lieu aux centres de consultations à 7h du matin

Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations

Source : CHM [68]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 70 : Nombre de recours aux Centres de consultations par sexe et âge révolu en 2024



Champ : Individus ayant consulté aux centres de consultations

Source : CHM [68]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.

⁶⁷ Parfois appelés « dispensaires », les centres de consultations sont une spécificité du paysage de Mayotte construits en réponse aux besoins en soins grandissant sur le territoire. 1848 voit la création du premier établissement de santé à Dzaoudzi et s'ensuit plusieurs dizaines d'années plus tard, dans les années 1930, la construction du site hospitalier à Mamoudzou. En 1960, le site devient le siège du CHM. C'est dans les années 1970-1980 que les dispensaires sont développés, principalement axés sur des missions bénévoles et préventives, palliant les difficultés de transport sur l'île. Deux dates importantes vont marquer l'offre de soins : 1996 et 2004, au cours desquelles les dispensaires vont être intégrés à l'organisation du CHM. Dès lors ces structures évoluent en centres de consultations.

⁶⁸ Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024 [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

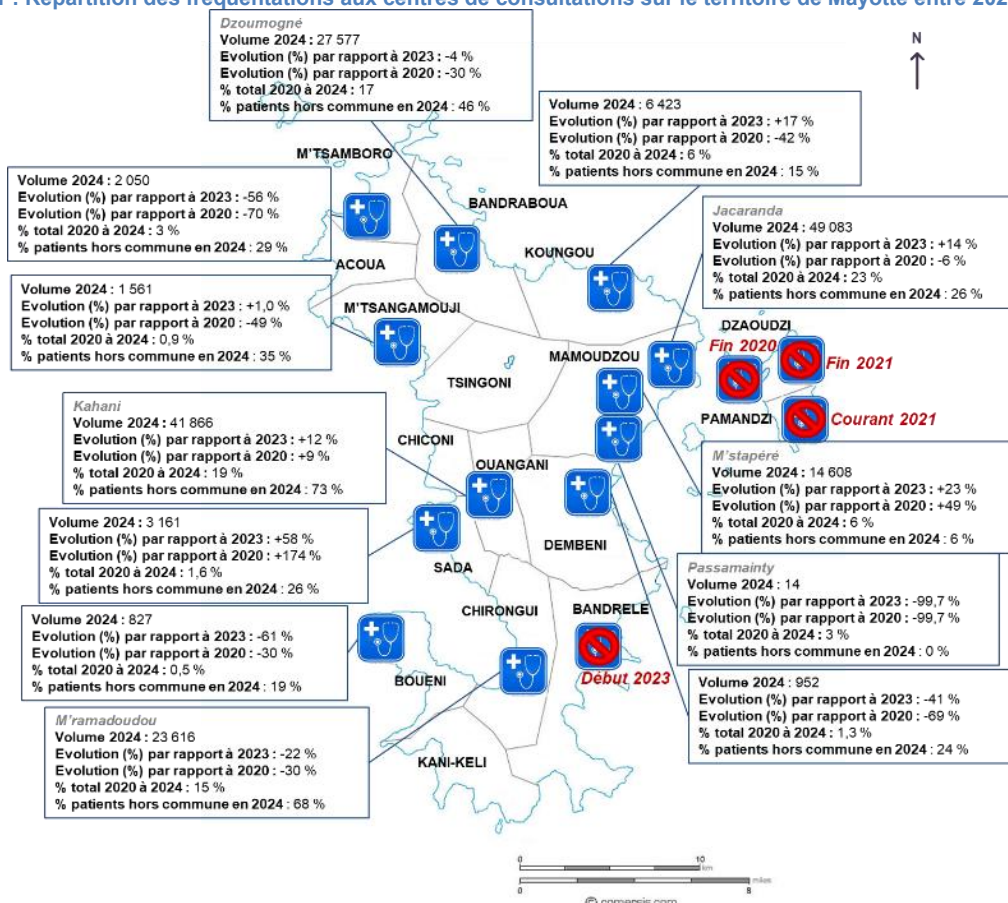
www.ars.mayotte.santé



La classe d'âge quinquennale qui **domine nettement le recours** aux centres de consultations est celle des **0 à 4 ans** : 14 % chez les femmes et 23 % chez les hommes [68]. **Les femmes s'y rendent à des âges plus grands que les hommes**, respectivement en médiane entre 30-34 ans et 20-24 ans [68]. C'est à partir de 50 ans que les profils convergent [68].

Le **taux de recours** par habitant est de 0,62 chez les 0 à 4 ans, puis **diminue** à 0,37 chez les 5 à 34 ans [68]. Il commence alors une **première croissance** jusqu'aux 50 à 54 ans : 1,3, **se stabilisant** sur les 55 à 69 ans à 1,2 [68]. Enfin, il **reprend son augmentation** ensuite : 1,6 chez les 70 à 74 ans puis **diminue** de classe d'âge en classe d'âge pour tomber à 0,31 chez les 95 ans ou plus [68] (*Figure 70*).

Figure 71 : Répartition des fréquentations aux centres de consultations sur le territoire de Mayotte entre 2020 et 2024



Note : Figure en rouge les centres de consultations qui ont été fermés, ainsi qu'à partir de quand.

Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations, le curseur est positionné du point de vue des centres

Source : CHM [68]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.

Permanences de soins

Quatre permanences de soins sont positionnées au sein des maternités périphériques. Avec le service présent au CHM, elles permettent de faciliter le recours aux Urgences sur tout le territoire.

En 2024, **55 740 séjours** y ont été observés, soit un taux de recours de 0,17⁶⁹ par habitant [68]. Vis-à-vis de l'année précédente, le volume est stable : +0,8 %, mais augmente de 23 % vis-à-vis de 2020 [68] (*Figure 72*). **Trois séjours sur dix ont lieu le soir ou la nuit** [68] (*Figure 73*).

En 2024, on constate autant d'hommes (51 %) que de femmes (49 %) et l'âge **médian est compris entre 20 et 24 ans** [68]. La classe d'âge quinquennale qui **domine nettement le recours** aux centres de consultations est celle des **0 à 4 ans** : 22 % chez les femmes et 26 % chez les hommes [68]. **On ne distingue pas de réelle différence en fonction du sexe**, l'âge médian du recours étant de 20 à 24 ans pour les femmes et de 15 à 19 ans pour les hommes [68].

Le **taux de recours** par habitant est de 0,296 chez les 0 à 4 ans, puis **diminue** à 0,11 chez les 5 à 19 ans [68]. Il augmente et **se stabilise** à 0,15 chez les 20 à 49 ans, puis **augmente** à nouveau de 0,24 chez les 50 à 64 ans, à 0,54 chez les 80 à 84 ans [68]. Il **diminue** ensuite tout en **restant important** à 0,11 chez les 95 ans ou plus [68] (*Figure 75*).

⁶⁹ Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024 [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

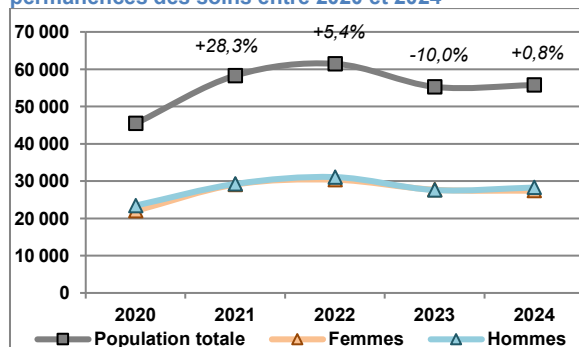
www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !

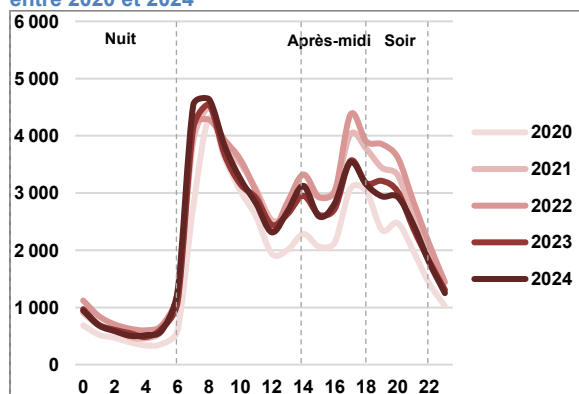


Figure 72 : Evolution du nombre de recours aux permanences des soins entre 2020 et 2024



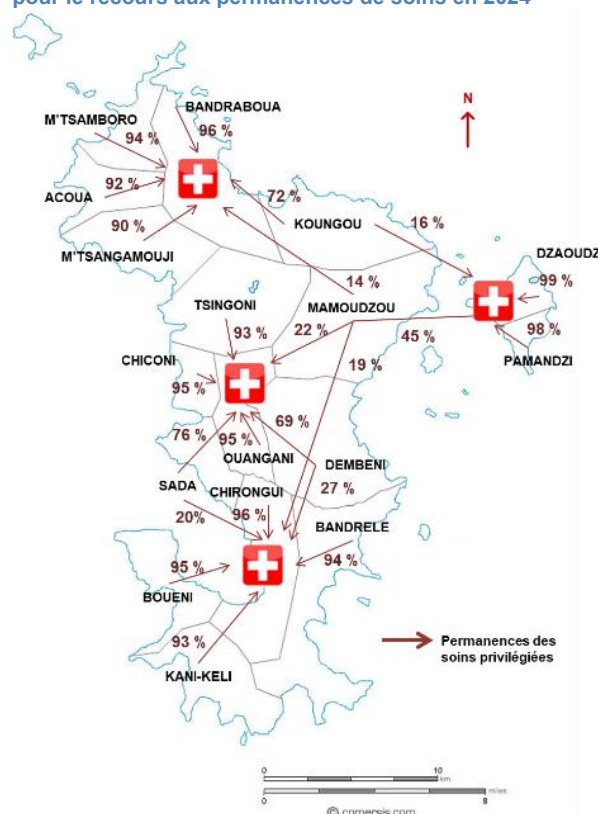
Champ : Habitants ayant eu recours aux permanences de soins
Source : CHM [68]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 73 : Volume d'individus ayant recours aux permanences de soins en fonction de l'heure à Mayotte entre 2020 et 2024



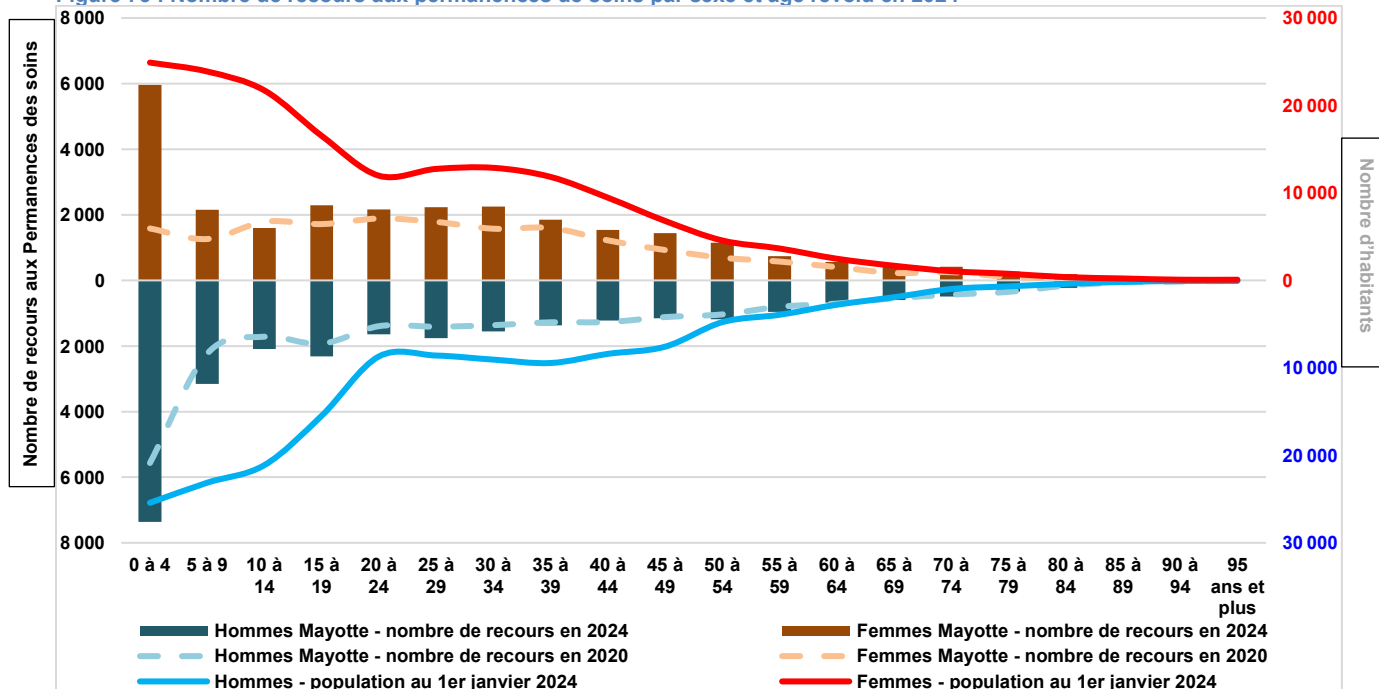
Champ : Habitants ayant eu recours aux permanences de soins
Source : CHM [68]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 74 : Trajectoires principales de la population pour le recours aux permanences de soins en 2024



Note de lecture : Chez les personnes domiciliées à M'tsamboro, 94 % sont enregistrés à la permanence de soins de la commune de Bandrabooua (Dzoumogné).
Champ : Habitants ayant eu recours aux permanences de soins, le curseur est positionné du point de vue des habitants
Source : CHM [68]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 75 : Nombre de recours aux permanences de soins par sexe et âge révolu en 2024



Note : * Les populations par âge révolu pour l'Hexagone ont été divisées par 100 afin de pouvoir comparer directement les différentes pyramides des âges.
Champ : Individus ayant consulté au CHM
Source : CHM [68]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate R.O.L.A.N.D.



ARS MAYOTTE
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUZOU
Standard : 02 69 61 12 25
www.ars.mayotte.santé



d) Recours aux centres de santé

Les systèmes d'information des trois centres de santé de l'île sont rattachés au SNDS, dont le niveau de couverture pour Mayotte demeurerait faible jusqu'en 2020, date à partir de laquelle sa montée en puissance peut être observée.

En 2024, les systèmes d'information permettent de **retracer les activités** du centre Onakia et du centre Unono Wa Matso, pour un total de **4 629 assurés sociaux ayant réalisé 5 582 consultations** [69].

Le taux de recours est alors de 0,022 par assurés sociaux habitant à Mayotte⁷⁰. A noter que la fréquentation du centre Unono Wa Matso ne pèse que pour 1 % sur l'année considérée [69].

56 % des assurés sociaux y ayant eu recours sont des **femmes** [69].

Les assurés sociaux de **65 ans et plus** **représentent 11 %** du recours aux centres de santé (9 % chez les femmes assurées sociales et 13 % chez les hommes assurés sociaux) [69] (*Figures 76*).

Femmes et hommes assurés sociaux consultent dans les mêmes fréquences : **0,1 % pour cinq consultations pour un même individu**, 0,3 % pour quatre, 1,9 % pour trois et 15 % pour deux [69]. Les autres n'y sont allés qu'une seule fois (82 %) [69].

En fonction de l'âge, le **recours à l'un des CDS au moins trois fois dans l'année croît** des assurés sociaux de 5 à 24 ans à ceux de 50 à 64 ans, respectivement 0,7 % et 3,8 % [69]. Il diminue ensuite à 3 % chez les assurés sociaux de 65 ans ou plus [69]. A noter que **1,4 % des moins de cinq ans** ayant recouru à ce type d'offre de soins y sont allés plus de trois fois [69] (*Figures 77*).

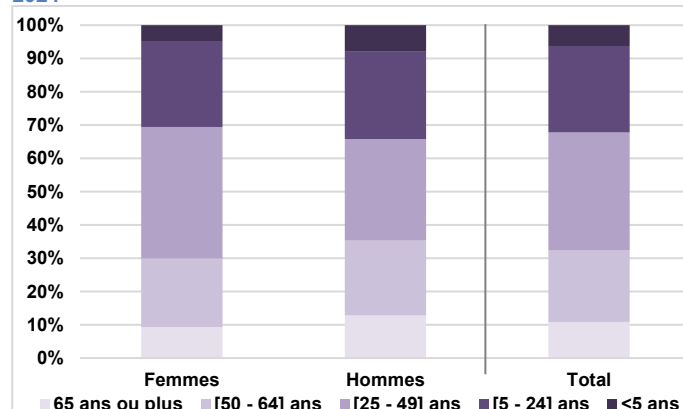
43 % des motifs de recours au CDS sont associés à la **médecine générale**, dont la part la plus forte est pour les assurés sociaux de moins de 5 ans (48 %) [69].

S'ensuit **l'ophtalmologie pour 29 %**, notamment chez les assurés sociaux de 50 ans ou plus (32 à 33 %) [69].

25 % pour le recours à l'oto rhino-laryngologie, en particulier chez les assurés sociaux de moins de 5 ans (37 %) [69].

Enfin, la **neurologie plus marginale apparaît pour 3 %** des consultations, avec une part importante chez les assurés sociaux 65 ans ou plus (7 %) [69] (*Figures 78*).

Figure 76 : Ventilation des principales classes d'âge par sexe pour les consultations aux CDS de Mayotte en 2024

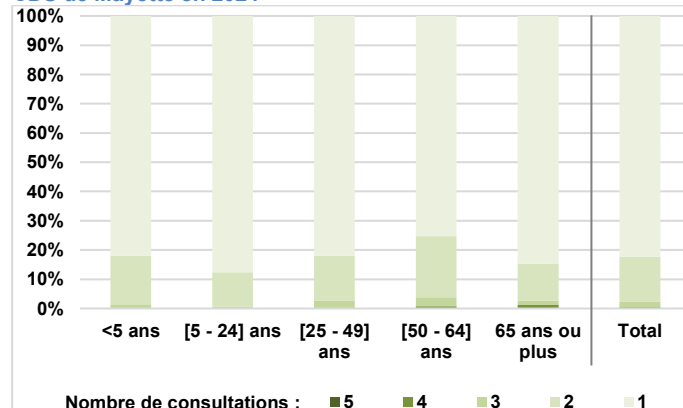


Champ : Assurés sociaux ayant consulté l'un des CDS de l'île

Source : SNDS [69]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 77 : Nombre de recours par classe d'âge aux CDS de Mayotte en 2024

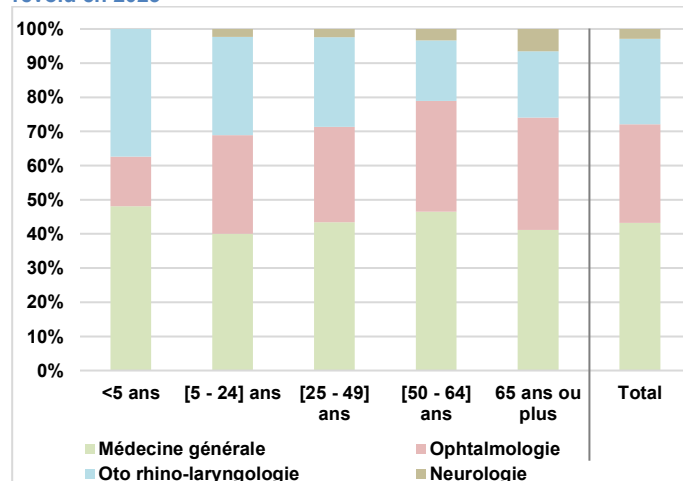


Champ : Assurés sociaux ayant consulté l'un des CDS de l'île

Source : SNDS [69]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 78 : Nombre de recours aux CDS par sexe et âge révolu en 2023



Champ : Assurés sociaux ayant consulté l'un des CDS de l'île

Source : SNDS [69]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁷⁰ Déterminé par nombre de consultations sur taux d'affiliés sociaux [53] appliqués au nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024 [4].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

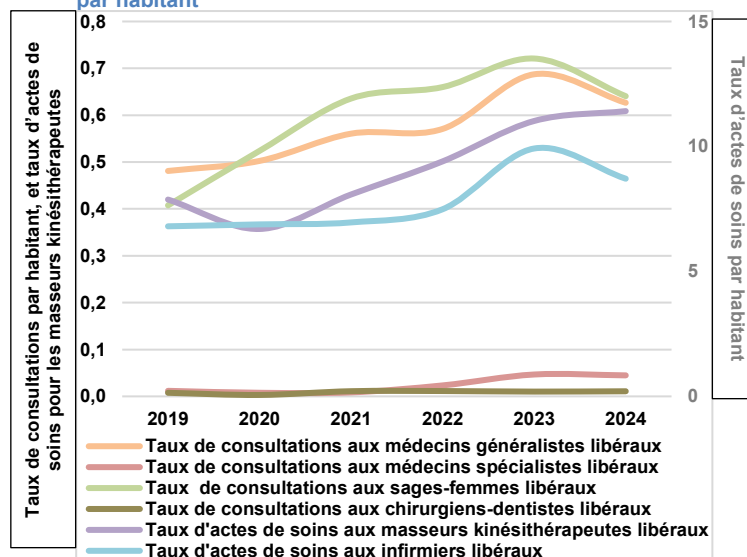
www.ars.mayotte.santé



e) Recours⁷¹ aux professionnels de Santé

En 2024, un total de **212 302 consultations d'assurés sociaux** aux différents médecins **généralistes libéraux** de l'île peut être érigé, soit une hausse de 59 % vis-à-vis de 2019, représentant un taux de recours de 0,66 [53]. Concernant les médecins **spécialistes libéraux**, la totalité des recours se porte à **15 173 assurés sociaux**, soit près de cinq fois plus qu'en 2019, et un taux de 0,04 par habitant [53]. **60 185 consultations** pour des assurés sociaux aux **sage-femmes** sont observées en 2024, le double de 2019, pour un taux de 0,64 par femme de 15-49 ans [53]. Dernier des recours calculés, celui aux **chirurgiens-dentistes** de 0,011 par habitant [53]. Il correspond pour 2023 à **3 311 consultations** d'assurés sociaux, en hausse de 57 % par rapport à 2019 [53]. Enfin, en termes d'**actes de soins**, les **infirmiers** en ont réalisé **2 951 185** pour des assurés sociaux, en hausse de 56 % vis-à-vis de 2019, et représentant un taux de 8,7 par habitant [53]. Et pour les **masseurs kinésithérapeutes**, **206 278 actes de soins** pour des assurés sociaux, soit 0,61 par habitant, et une hausse de 77 % [53].

Figure 79 : Taux de recours aux libéraux, aux médecins généralistes, médecins spécialistes, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, et d'actes de soins aux infirmiers, masseurs kinésithérapeutes de 2019 à 2024, par habitant



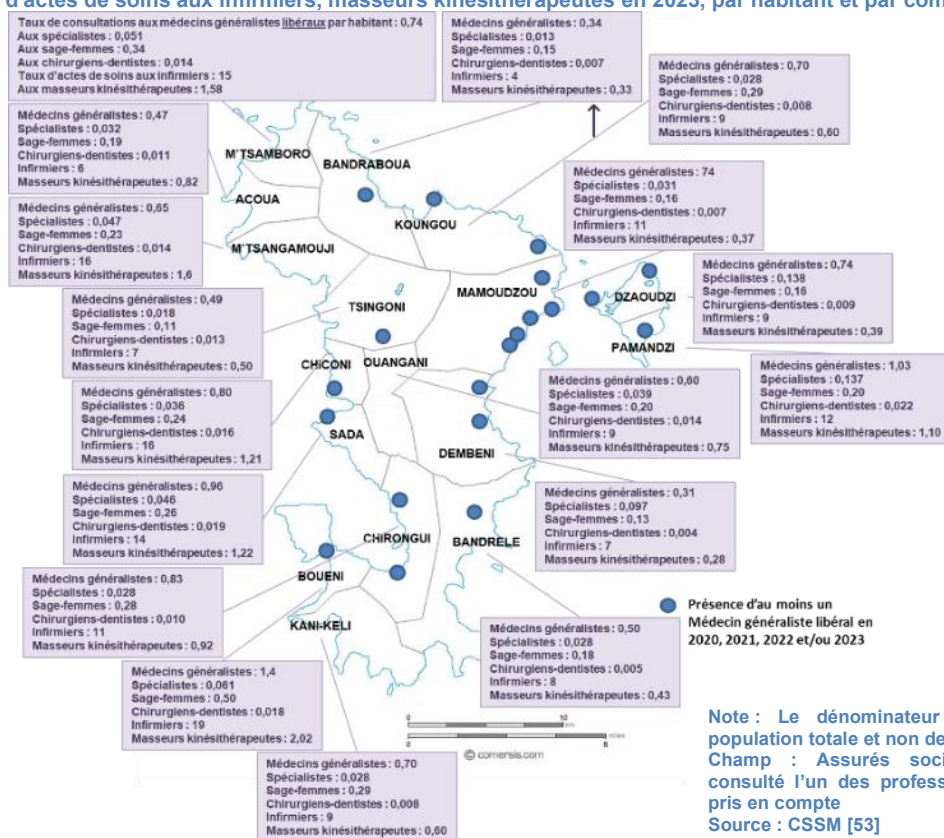
Note : Le dénominateur utilisé est celui de la population totale et non des assurés sociaux totaux.

Champ : Assurés sociaux (uniquement) ayant consulté l'un des professionnels de santé libéraux pris en compte

Source : CSSM [53]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 80 : Taux de recours aux libéraux, aux médecins généralistes, médecins spécialistes, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, et d'actes de soins aux infirmiers, masseurs kinésithérapeutes en 2023, par habitant et par commune



Note : Le dénominateur utilisé est celui de la population totale et non des assurés sociaux totaux.

Champ : Assurés sociaux (uniquement) ayant consulté l'un des professionnels de santé libéraux pris en compte

Source : CSSM [53]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁷¹ Déterminé par nombre de consultations/actes sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier des différentes années considérées. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu [4]. Attention, il s'agit du nombre d'assurés sociaux pour les consultations/actes et du nombre d'habitants (assurés et non assurés) pour le dénominateur.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

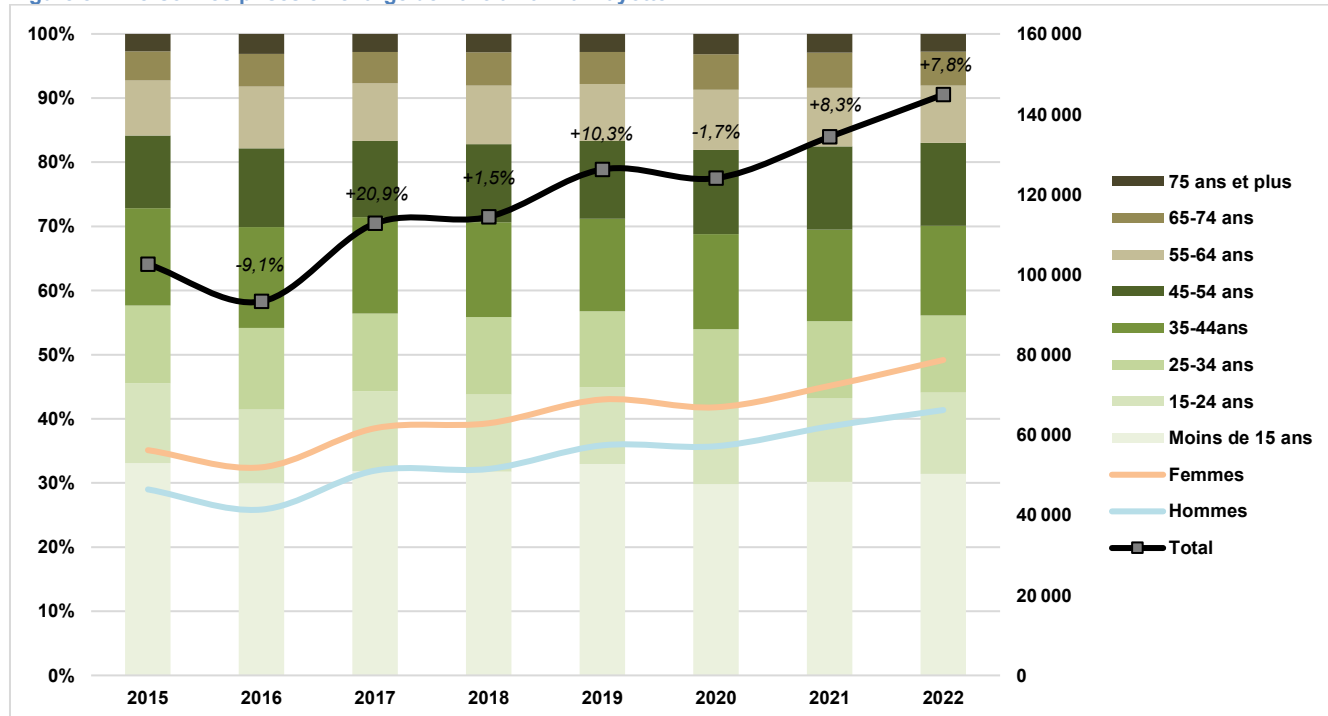
"La vie, c'est la santé !"



f) Prises en charge⁷²

En 2022, **144 860 personnes prises en charge** sont à dénombrer, soit une **hausse de 41 %** par rapport à 2015 [70] (Figure 81). Sur les années considérées, dans plus de la moitié des cas il s'agit de femmes (stable sur la période observée) [70].

Figure 81 : Personnes prises en charge de 2015 à 2022 à Mayotte



Champ : Assurés sociaux bénéficiaires d'une prise en charge

Source : Assurance Maladie [70]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

g) Recours aux PMI

En 2023, l'activité des PMI avait été fortement **impactée** d'une part **par la crise de l'eau**, forçant la fermeture plus d'un jour sur deux et pendant plus de trois mois, puis d'une autre du fait **des mouvements sociaux**, avec la fermeture totale des trois quarts du parc de PMI [71]. Malgré cela, **23 307 consultations⁷³ pour 11 407 femmes** ont eu lieu, soit un taux de recours globale de 0,14 par habitante de 15-49 ans⁷⁴, et **32 671 consultations pour 18 671 enfants**, soit un taux de recours globale de 0,28 par 0-6 ans⁷⁵ [71].

⁷² Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

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

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

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

⁷³ La 8^{ème} consultation prénatale au 9^{ème} mois doit se dérouler au CHM, ainsi que les consultations prénatales de femmes enceintes présentant des pathologies [72].

⁷⁴ Déterminé par nombre de consultations sur nombre de femmes de 15-49 ans estimé au 1^{er} janvier 2023 [4].

⁷⁵ Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'enfants de 0-6 ans estimé au 1^{er} janvier 2023 [4].



Des données plus détaillées en 2021 sont disponibles, une année où les PMI avaient réalisé 26 293 consultations pour les femmes, mettant en évidence que pour **les trois quarts** elles étaient **en lien avec la grossesse** [72]. Pour **46 %**, il s'agit de **suivis de grossesse**, **21 %** d'une **première consultation prénatale**, **17 %** d'une consultation de **suivi de contraception**, **7 %** d'une consultation de **suivi en gynécologie** et **4 %** d'une **visite post-natale** [72].

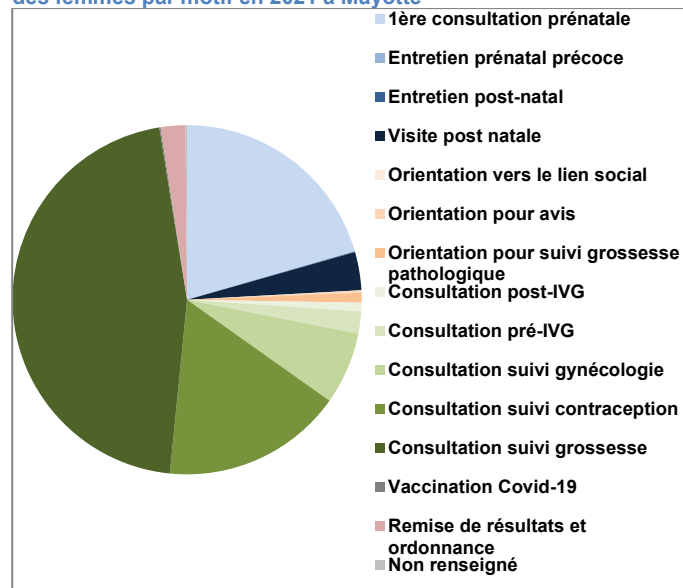
Une part significative du temps de travail des sage-femmes est également associée à la remise des résultats des examens biologiques et la prescription d'ordonnance sur la base des résultats : **2 %** [72] (*Figure 82*).

D'une manière générale, le **pourcentage de consultations** réalisées par des femmes pour chaque PMI **correspond au pourcentage de naissances** domiciliées dans leur commune à l'exception de celles d'Acoua et M'tsamgamouji et dans une moindre mesure de Poroani qui desservent visiblement un nombre important de femmes d'autres communes [72].

A l'inverse, les **PMI de Bouéni, Chiconi, M'tsamoudou** et, un peu moins **Sada**, **couvrent moins bien** les populations domiciliées dans leurs communes [72] (*Figure 83*). A nouveau en 2021, le nombre de consultations d'**enfants de 0 à 6 ans** dans les PMI avait fortement augmenté comparé à 2020 : **10 708 consultations supplémentaires** (+43,3 %, près de 35 000 en 2021), soit un taux de recours de **0,56** par enfant de cette classe d'âge⁷⁶ [72]. L'impact de la seconde vague de Covid-19 a donc été moindre que lors de la première du fait de l'expérience acquise et du maintien de l'ouverture des centres de PMI malgré les difficultés rencontrées avec de nombreux personnels absents pour maladie ou cas contact [72].

Sur une **période de dix ans (2011-2021)**, la **tendance** du nombre de consultations a été **baissière**, d'abord faiblement à partir de 2013 puis **très fortement à partir de 2016**, évoluant toutefois en dents de scie [72].

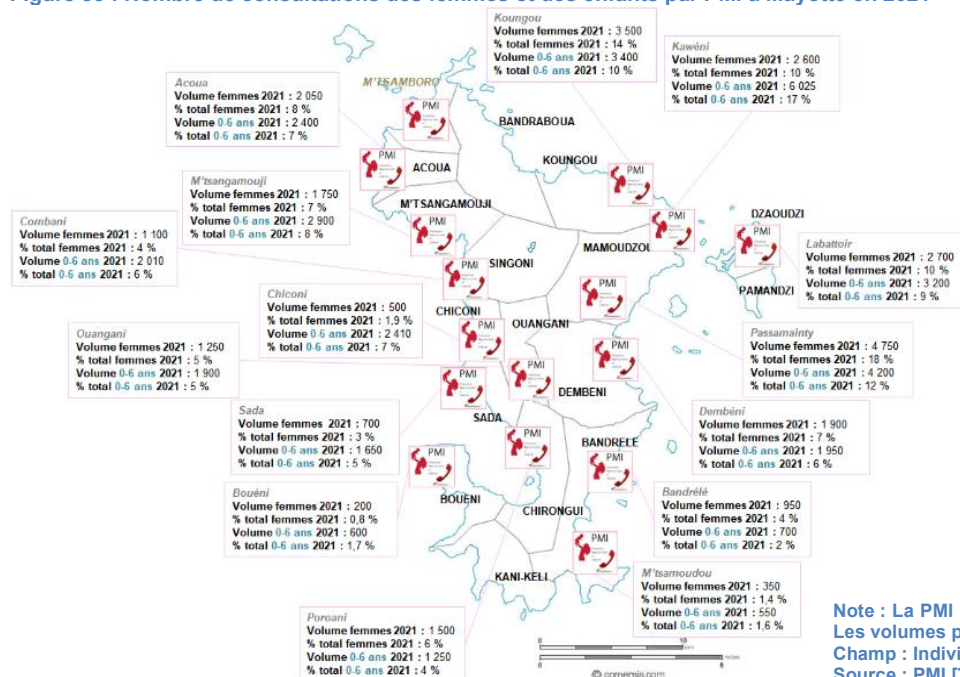
Figure 82 : Répartition (%) des consultations aux PMI des femmes par motif en 2021 à Mayotte



Champ : Individus ayant consulté l'une des PMI de l'île
Source : PMI [72]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 83 : Nombre de consultations des femmes et des enfants par PMI à Mayotte en 2021



Note : La PMI de M'tsamboro était en travaux en 2021. Les volumes présentés ici ont été arrondis.

Champ : Individus ayant consulté l'une des PMI de l'île
Source : PMI [72]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁷⁶ Déterminé par nombre de consultations chez les enfants de 0-6 ans sur nombre d'enfants de 0-6 ans estimé au 1^{er} janvier 2021 à Mayotte [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

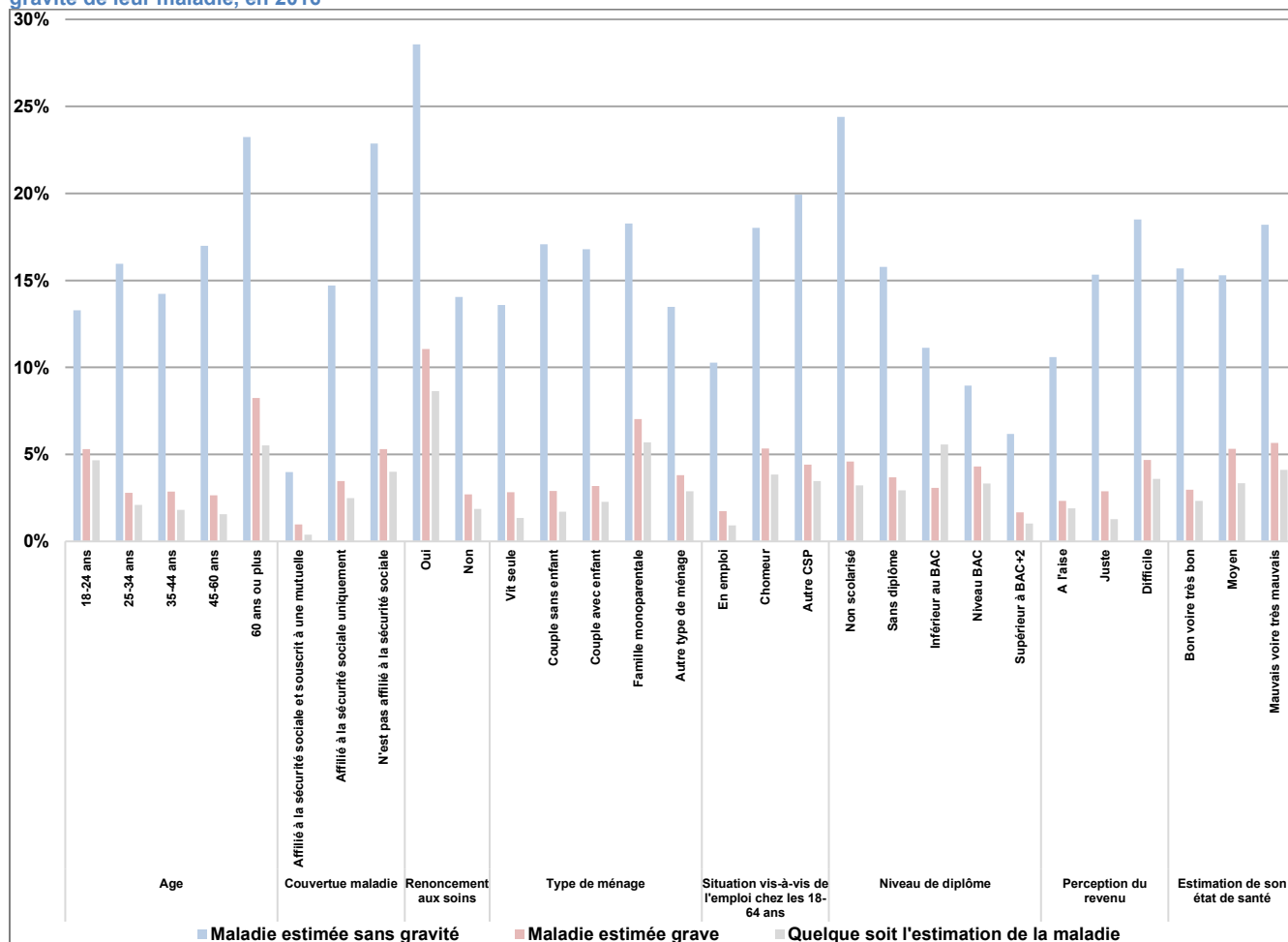


h) Recours à la médecine traditionnelle⁷⁷

En 2016, **15** (chez les hommes) à **17 %** (chez les femmes) des habitants de 18-79 ans déclarent avoir recours à la **médecine traditionnelle** en première intention lorsqu'il s'agit d'une **maladie estimée sans gravité** [73]. Cette part tombe entre **3** (chez les femmes) et **4 %** (chez les hommes) pour une estimation **plus grave** de la pathologie nécessitant un recours aux soins, concernant néanmoins près de 4 000 individus vivant sur le territoire [73].

Ils sont **3 %** à citer ce même type de soins quel que soit la catégorie de pathologie⁷⁸, concernant plus souvent les **jeunes** (5 %) et les **personnes âgées** (6 %) [73]. En fonction de la couverture maladie, une forte distinction peut être observée : les **affiliés à la Sécurité sociale et également souscripteurs d'une mutuelle sont 0,4 %** à recourir à la médecine traditionnelle en première intention quel que soit leur maladie, tandis que **ceux dépourvus** des deux représentent **4 %** des 18-79 ans de Mayotte [73]. Un lien avec le renoncement aux soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants au cours des douze derniers mois est aussi visible : **9 % chez ceux renonçant contre 1,9 % chez les autres** [73]. Ressortent notamment les familles **monoparentales** (6 % contre 1,4-3 %) et les **chômeurs** (4 % contre 0,9 %) [73] (*Figure 84*).

Figure 84 : Part de recours à la médecine traditionnelle en première intention à Mayotte en fonction de l'estimation de la gravité de leur maladie, en 2016



Champ : Habitants de 18 ans ou plus

Source : Ined, extraction enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [73]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁷⁷ La médecine traditionnelle à Mayotte renvoie à des pratiques multiples héritées de savoir-faire non conceptualisés basés sur les traditions orales ou des écrits religieux. Le "fundu" (le maître) y joue le rôle de médiateur essentiel entre l'affection et le malade. En effet, les habitants de Mayotte distinguent deux grands groupes de maladies dont le traitement dépend généralement de ce qu'ils pensent être la cause. Le recours aux soins, reste délicat du fait de la coexistence de plusieurs recours thérapeutiques exercés par les "fundis". Parmi eux, on trouve : les herboristes qui traitent les pathologies externes surtout, à l'aide des plantes, les guérisseurs islamiques qui utilisent les textes coraniques et les "fundis wa madjini" (médium d'esprit) qui soignent selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux djinns.

⁷⁸ 72 % déclarant ce type de recours pour une pathologie estimée grave vont également avoir recours à la médecine traditionnelle pour une maladie moins grave.



i) Evacuations sanitaires

1 792 Evasan ont été réalisées en 2023 (pour une moyenne de 149 patients évacués par mois et un taux de recours de 0,006⁷⁹ par habitant) soit une **hausse de +13 %** par rapport à 2022, faisant suite à la hausse de +28 % entre 2020 et 2021 [74]. La cassure significative entre 2014 et 2015 est secondaire à l'établissement de la convention médicale entre la CSSM et le CHM [74] (*Figure 85*).

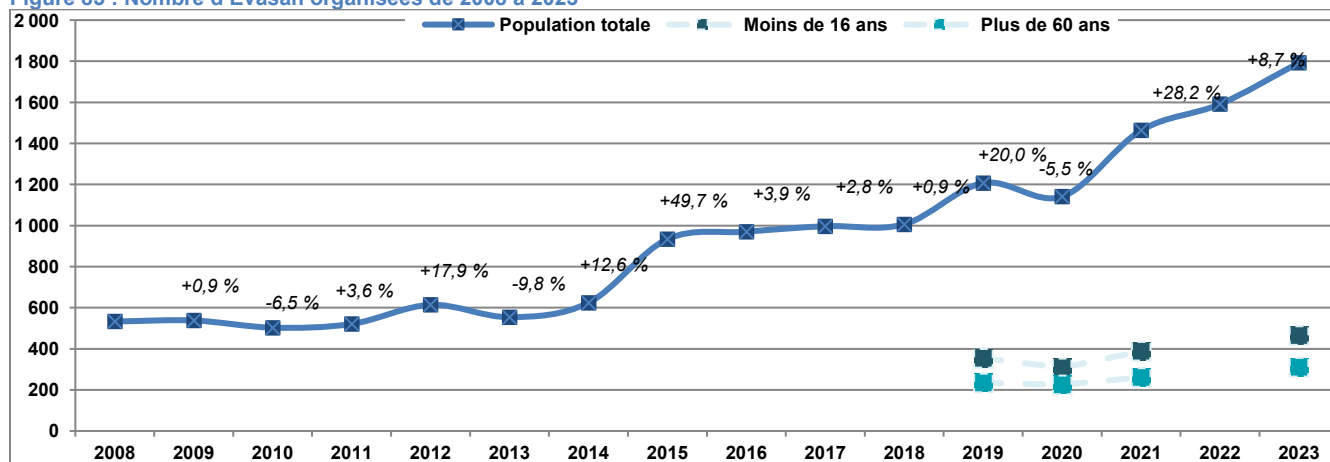
Pour **neuf Evasan sur dix, le demandeur est le CHM** et dans 5 %, les médecins libéraux [74].

De 2015 à 2023, **dans près de sept cas sur dix** (68 % en 2019 et 69 % en 2023), le patient ayant bénéficié d'une évacuation sanitaire est **affilié à la Sécurité sociale** [74].

De 2017 à 2022 et pour **90 à 94 % des évacuations**, le territoire récepteur est **La Réunion** [74]. Pour 6 à 9 %, il s'agit de la France Hexagonale ; 0,9 % de l'Union des Comores en 2022 contre 1,4 % en 2017 [74].

Les moins de 16 ans représentent 27 % des personnes évacuées sur les trois dernières années [74] (*Figure 85*). Le taux de recours est alors de 0,006 chez les 5 ans ou moins. Il **diminue** ensuite à 0,003 chez les **6 à 40 ans** à 0,003, puis il **augmente nettement au-delà** à 0,01 (*Figure 86*).

Figure 85 : Nombre d'Evasan organisées de 2008 à 2023

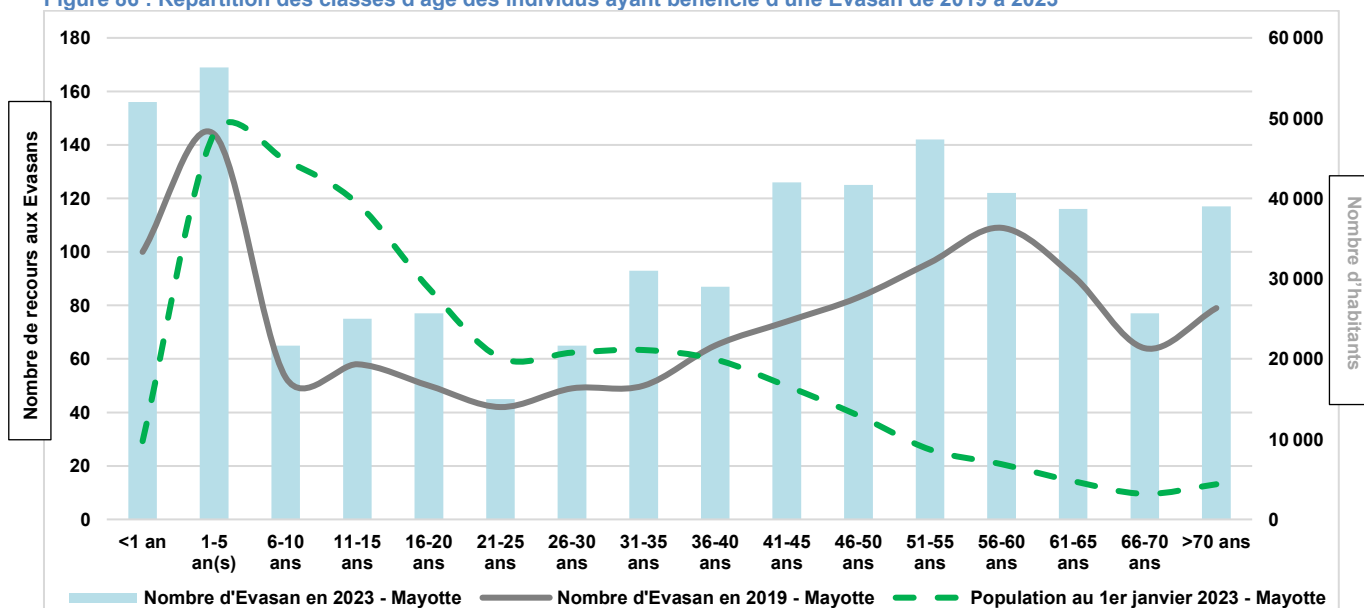


Note : Ne sont pas comptabilisés les dossiers des patients externes qui relèvent d'un système de protection social CFE, MFP ou MGEN. Ils étaient au nombre de 24 en 2019.

Champ : Individus ayant bénéficié d'une Evasan depuis Mayotte

Source : CHM [74]

Figure 86 : Répartition des classes d'âge des individus ayant bénéficié d'une Evasan de 2019 à 2023



Champ : Individus ayant bénéficié d'une Evasan depuis Mayotte

Source : CHM [74]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁷⁹ Déterminé par nombre d'Evasan en 2023 sur population estimée au 1^{er} janvier 2023 à Mayotte [4]. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



9 – Le renoncement aux soins

En 2016 et en 2019⁸⁰, deux mesures différentes permettant de déterminer le taux de renoncement aux soins ont été menées.

La nuance entre ces deux taux est, d'une part, au niveau de la prise en compte des enfants et, d'autre part, sur la notion de report : 33 points séparent le renoncement aux soins plus personnel et non définitif de celui généralisé à toute la famille et plus définitif.

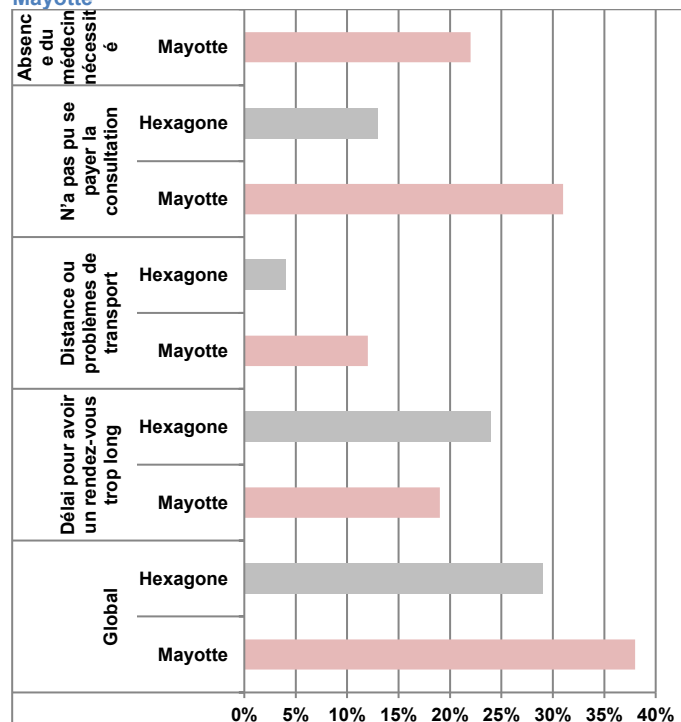
En 2016 et au cours des douze derniers mois, **12 %** des habitants de 18-79 ans déclarent avoir **renoncé à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants** [63]. En 2019, **45 %** des 15 ans ou plus **déclarent avoir renoncé à des soins médicaux nécessaires ou reporté des soins pour eux-mêmes** [62]. Il est **est supérieur de 16 points à celui de l'Hexagone** (29 %) [62].

La question financière en est la principale cause à Mayotte : 34 % des habitants ont déjà renoncé à des soins en raison d'un manque de revenus [62] [63] (*Figure 87*). Les personnes les plus fragiles financièrement sont ainsi très pénalisées (54 %) et les personnes non affiliées à la Sécurité sociale le sont encore plus (60 %) [62] [63]. **Chez les femmes**, en 2016, d'autres facteurs de risque apparaissent : **l'âge** et la **scolarité** [63].

Pour raison financière en 2019, **un quart** ont renoncé à recourir à des « **soins ou examens médicaux** », ainsi qu'à des « **soins dentaires** » ou l'achat de « **lunettes ou lentilles de contact** » [56]. **Un sur cinq** a renoncé à l'achat de ses « **médicaments prescrits** » et **un sur dix** à un « **suivi psychologique** » ou à l'achat de « **prothèses auditives** » [56] (*Figure 88*). Le renoncement du fait de **délais de rendez-vous trop longs** (22 % des habitants) et les **difficultés d'accès à l'offre** (19 %) suivent celui lié à l'aspect financier (55 %) [62] (*Figure 87*).

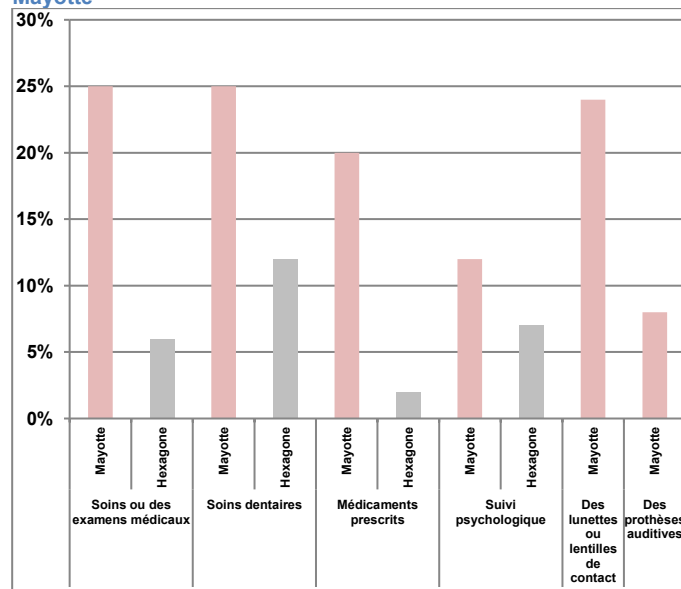
Pour les personnes en très **mauvaise santé**, le **manque d'offre est le premier motif** de renoncement à des soins, devant le motif financier [62]. On retrouvait en 2016 un second motif similaire : le **renoncement de manière délibéré**, qui était le premier chez les Français, les 60 ans ou plus, les hommes, les affiliés à la Sécurité sociale et ceux ayant un emploi [63]. Les **étrangers**, cette même année, **renoncent à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants** en lien avec leur situation administrative. Comparé aux Français, les « **sans-papiers** » renoncent trois fois plus : 22 % contre 8 % [63]. Les étrangers étaient

Figure 87 : Motifs de report de soins ou d'examen médicaux au cours des douze derniers mois en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-75 ans de Mayotte déclarant renoncer ou reporter des soins pour eux-mêmes au cours des douze derniers mois alors qu'ils en auraient eu besoin
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DÉES

Figure 88 : Offres de soins retardées au cours des douze derniers mois pour raison financière, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-75 ans de Mayotte déclarant renoncer ou reporter (financier) des soins pour eux-mêmes au cours des douze derniers mois alors qu'ils en auraient eu besoin
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DÉES

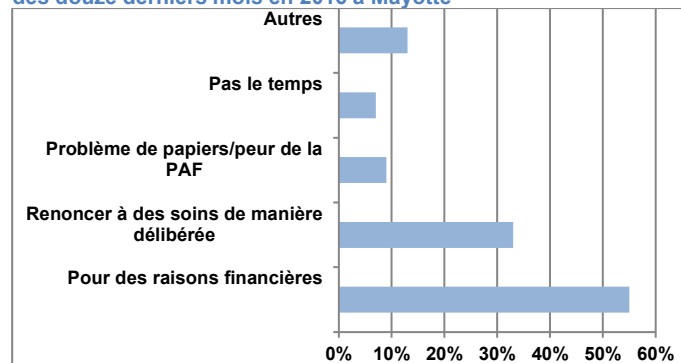
⁸⁰ Question unique en 2016 [63]. Pour 2019, l'indicateur résulte de neuf questions relatives au report ou à l'annulation de consultations ou de soins pour différentes raisons [62].



alors **un sur cinq à citer la peur d'une reconduite aux frontières** comme motif de renoncement [63].

En 2016, chez les 18-79 ans remontant un état de « santé altérée » et/ou une « maladie chronique », **un tiers déclaraient ne pas avoir trouvé une solution adaptée à leur problème de santé** [63]. Parmi les moins de 35 ans, un peu plus d'un individu sur deux était concerné, et notamment **les hommes de 25-34 ans** (62 %) [63]. Passé cet âge, la part diminuait à **39 % pour les 35-44 ans** et n'était plus que **d'un quart pour les 45 ans ou plus** [63]. Aux âges les plus jeunes, où les déclarations sont les plus élevées, elles sont principalement le fait des natifs des Comores [63].

Figure 89 : Raisons du renoncement aux soins au cours des douze derniers mois en 2016 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte déclarant renoncer à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants au cours des 12 derniers mois

Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migration, familles, vieillissement de 2016 [63]

10 – Prévention

A Mayotte, la **prévention est insuffisamment développée dans un système de santé principalement construit autour d'une démarche curative**, qui doit constamment répondre aux **nombreuses urgences sanitaires**, alors même que le déficit en professionnels de santé est criant sur l'île.

Pourtant, cette prévention a du sens sur un territoire **confronté à des enjeux récents** que sont la progression des maladies chroniques et la prise en charge d'une population migrante en état de précarité sanitaire et sociale, dans un **contexte où l'impact de l'environnement et les conditions de vie pèsent encore lourdement sur la santé**.

a) Littératie en Santé

2019, **47 % des 15 ans ou plus présentent des difficultés en littératie en santé**⁸¹, contre 11 % dans l'Hexagone. **À structure de population équivalente, l'écart avec l'Hexagone se creuse d'autant plus**⁸² : 59 % d'individus concernés [75].

Ces difficultés augmentent considérablement avec l'âge, de **29 % chez 15-24 ans à 93 % chez les 75 ans et plus**⁸³ [75] (Figure 90). Parmi les caractéristiques socio-économiques ayant le plus de retentissement sur le score moyen de littératie en santé : **ne pas avoir de diplôme** (2,6 contre 4,8 pour les Bac +3), avoir des **restrictions d'activité** (2,1 contre 2,9) et déclarer un **état de santé dégradé** (1,8 contre 3,5) [75] (Figure 91). On observe également que les 15 ans ou plus n'ayant pas de syndrome dépressif ont un score inférieur de 0,4 point à ceux en présentant [75].

En 2016, **87 % des habitants de Mayotte estiment que les messages de l'ARS sont clairs**⁸⁴ [52]. Globalement bien compris par la population, ces messages le sont moins par les **individus sans titre de séjour** qui sont alors **22 % à déclarer ne pas saisir le sens des messages** contre 8 % pour les étrangers en situation régulière [52]. Ce problème se retrouve chez les **personnes âgées de 60 ans ou plus**, frange de la population la plus touchée par les problèmes de santé, **un sur cinq juge les messages peu compréhensibles** [52].

⁸¹ La littératie en santé représente un ensemble de compétences et de connaissances qui permettent à une personne d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser les informations nécessaires à sa santé, elle est de plus en plus mesurée dans différents pays et ressort comme une dimension indispensable à prendre en compte pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé [76]. La littératie en santé est mesurée par un score moyen et s'il est inférieur au seuil de 3,5, alors l'individu est considéré comme étant en difficulté [76]. A Mayotte, à taux standardisé, ce score est de 3,0 (contre 4,3 dans l'Hexagone), plus faible chez les femmes de 15 ans ou plus : 2,7, que chez les hommes : 3,2 [75].

⁸² Avec ou sans standardisation, Mayotte se retrouve à la première place, devant la Guyane (30 % en standardisé et 26 % en non standardisé), La Réunion (respectivement 21 % et 18 %), la Martinique (respectivement 19 % et 20 %), la Guadeloupe (18 % pour les deux taux) et l'Hexagone [75].

⁸³ Une proportion 1,7 fois plus élevée

⁸⁴ En 2021, l'ARS de Mayotte en lien avec la préfecture s'est servi de cinq vecteurs de communication différents afin d'informer les habitants sur les gestes anti-Covid-19 à appliquer : par la télévision, par la radio, par les médiateurs en santé, par des affiches et par internet [77]. Les vecteurs ayant le plus de succès (quelle que soit la classe d'âge) avaient été la télévision et la radio : respectivement 81 % et 62 % des habitants de 15 ans ou plus déclaraient les avoir vus, les comprendre et en appliquer les messages transmis [77]. A un degré nettement inférieur, les messages transmis par les médiateurs en santé étaient vus, compris et suivis par près de 45 % de la population quel que soit l'âge. Concernant ceux des affiches et transmis par internet, ils connaissent un succès dépendant de la génération, respectivement vus, compris et appliqués par 78 % et 73 % des 15-24 ans, ces taux diminuaient respectivement à 42 et 18 % chez les 75 ans ou plus [77].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

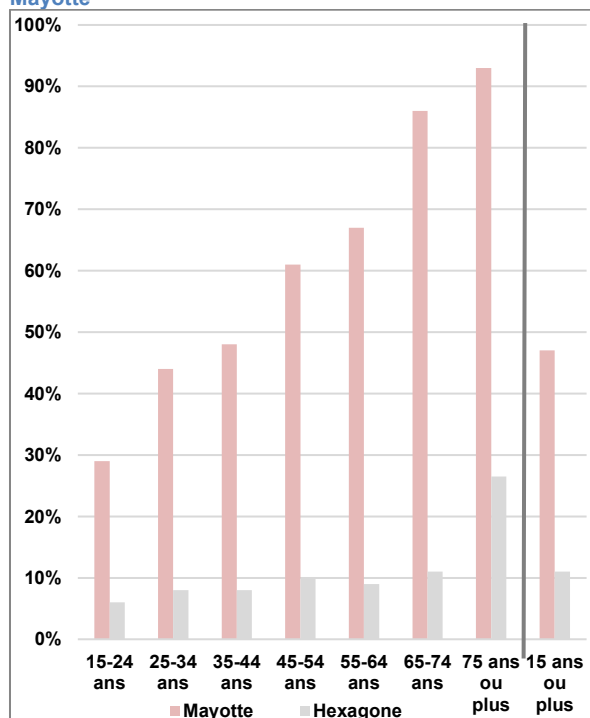
Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé !



Plus préoccupant, les individus ayant **une mauvaise voire très mauvaise** perception de leur **santé** sont deux fois plus nombreux à rencontrer des difficultés pour comprendre les messages de l'ARS : **23 %** contre 11-12 % pour les autres [52].

Toujours sur l'année 2016, **parmi ceux comprenant les messages, ils n'étaient que 7 % à ne pas suivre les recommandations** transmises [52]. Davantage les **jeunes** (12 %) et les **personnes âgées** (11 %) [52]. De plus, **une partie de la population semblait réfractaire** à suivre les gestes préventifs recommandés par l'ARS : un **natif de Mayotte** sur dix, un **diplômé d'un BAC ou BAC+2** sur dix et un individu sur dix déclarant **parler, lire et écrire le français**, ne les suivaient pas [52].

Figure 90 : Part de la population rencontrant des difficultés en littératie en santé en 2019 selon l'âge à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [75] [78]
Exploitation : ORS Mayotte

b) Dépistages

Le dépistage de certaines maladies est indispensable pour surveiller l'état de santé d'une population mais aussi anticiper efficacement les complications à venir.

L'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont souvent associées à l'obésité, très présente à Mayotte. Or, en 2019, **8 % des habitants** de 15 ans ou plus de Mayotte **n'ont jamais mesuré leur tension artérielle par un professionnel de santé**⁸⁵, c'est **quatre fois plus que dans l'Hexagone** (2 %) [62]. De même, **50 % des habitants n'ont jamais contrôlé leur taux de cholestérol**⁸⁶ et **39 % leur glycémie**⁸⁷, soit trois fois plus que dans l'Hexagone [62] (Figure 92).

Les personnes en bonne santé, éprouvent moins le besoin de se faire dépister : 41 % n'ont jamais fait contrôler leur glycémie⁸⁸ par exemple, contre 21 % des personnes en mauvaise santé [62]. **Les hommes se font aussi moins dépister que les femmes, les jeunes que les seniors, les très modestes que les non pauvres** [62]. La moitié des habitants de Mayotte éprouvent des **difficultés à comprendre** les recommandations des **professionnels de santé** [62].

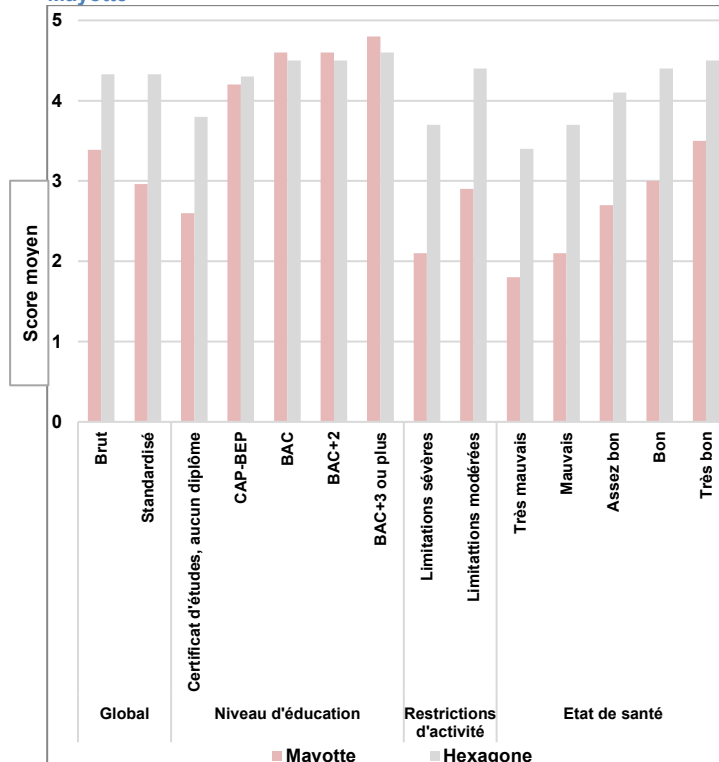
⁸⁵ Mayotte se retrouve à la seconde place, derrière la Guyane (9 %), et devant la France Hexagonale et la Guadeloupe (2 %), la Martinique (1,8 %) et La Réunion (1,4 %) [75].

⁸⁶ Mayotte se retrouve à la première place, devant la Guyane (23 %), la France Hexagonale (15 %), la Guadeloupe (12 %), La Réunion (11 %) et la Martinique (8 %) [75].

⁸⁷ Mayotte se retrouve à la première place, devant la Guyane (20 %), la France Hexagonale (13 %), La Réunion et la Guadeloupe (12 %) et la Martinique (9 %) [75].

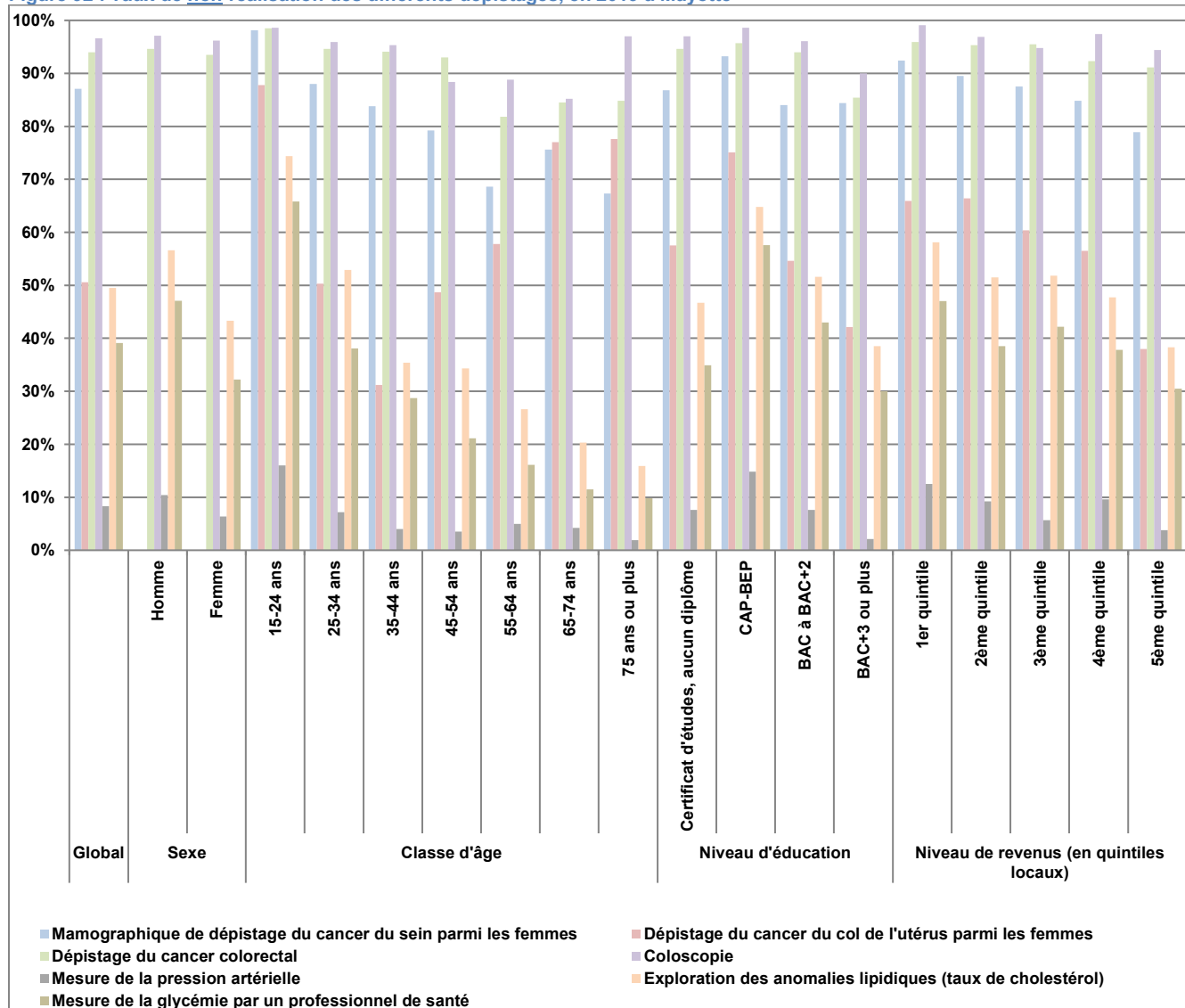
⁸⁸ En réponse des prévalences très élevées du diabète et de l'hypertension artérielle en 2019, une campagne de dépistage portée par l'ARS de Mayotte en collaboration avec le CHM a été menée sur le territoire, et à laquelle près de 10 000 personnes ont répondu favorablement.

Figure 91 : Score moyen de littératie en santé en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [75] [78]
Exploitation : ORS Mayotte



Figure 92 : Taux de non-réalisation des différents dépistages, en 2019 à Mayotte

Champ : Habitants de 15 ans ou plus
 Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
 Exploitation : ARS Mayotte – DéES

c) Couverture vaccinale

Chez les adultes

En 2024, un adulte de Mayotte de 18 ans ou plus sur cinq ne connaît pas son statut vaccinal [79]. Mesuré depuis les prélèvements sanguins réalisés, 29 % présentent un taux d'anticorps suffisant pour garantir une **immunité induite par la vaccination contre l'hépatite B** [79]. Les 18 à 24 ans sont plus concernés par rapport aux 65 ans ou plus (29 points de différence) [79]. Ce faible taux explique alors la part non négligeable d'adultes (4 %) ayant une infection en cours, qui est alors quasiment dix fois supérieur à la prévalence estimée en France entière (0,4 %) [79].

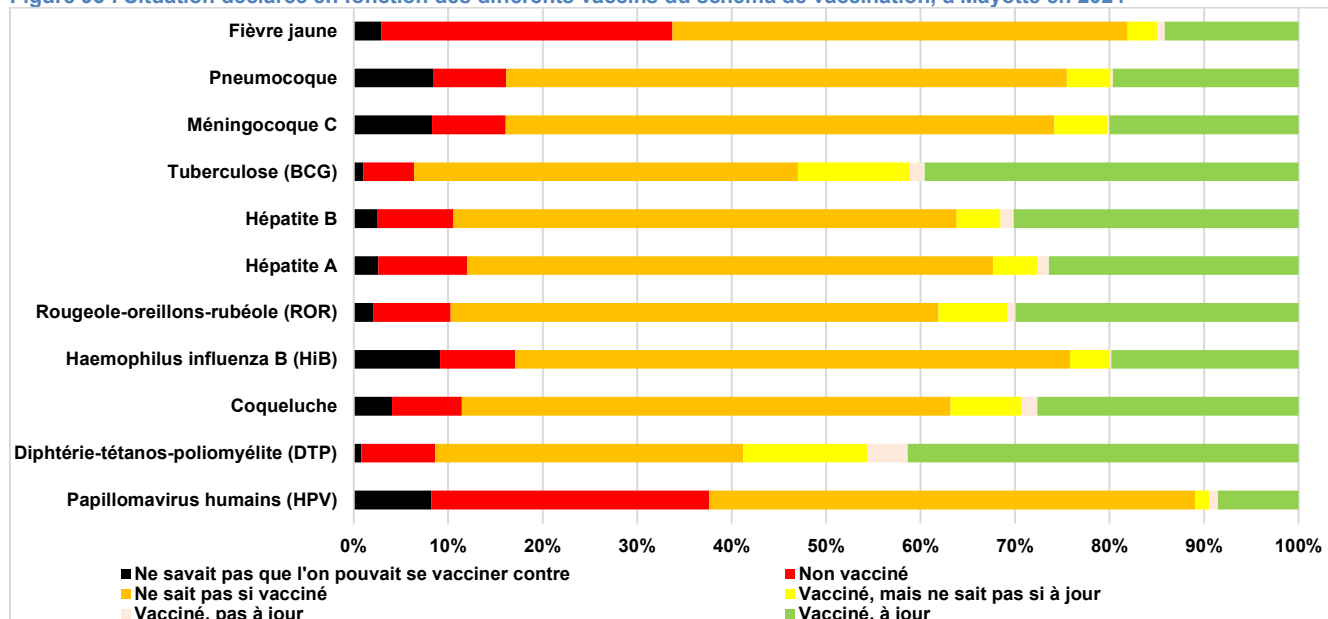
Pour la poliomyélite, et par extension la **vaccination au DTPc**, **91 % des individus ont des anticorps suffisamment nombreux pour leur garantir une immunité** [79]. A l'inverse de l'hépatite B, cette fois-ci les plus jeunes (12 %) sont trois fois moins couverts que les plus âgés (4 %) [79].

La rubéole, et selon la même approche la **couverture vaccinale au ROR**, est également importante : **86 % des adultes sont immunisés** [79]. Toutefois, une femme adulte enceinte sur dix ne dispose pas suffisamment d'anticorps contre cette pathologie, ce qui représente un risque sanitaire accru pour la santé du futur nouveau-né [79].

Pour la poliomyélite on observe que **95 % des dits vaccinés ont également des anticorps suffisamment nombreux dans leur sang, 81 % lorsqu'il s'agit de la rubéole** [79]. C'est surtout pour l'hépatite B que déclaration et analyse biologique divergent fortement : seulement **42 % des adultes s'estimant à jour de leur vaccin sont réellement immunisés** [79].



Figure 93 : Situation déclarée en fonction des différents vaccins du schéma de vaccination, à Mayotte en 2024



Champ : Habitants de 18 ans ou plus
 Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, enquête EpiMay 2024 [79]
 Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Parmi les quatre habitants sur dix de Mayotte qui déclarent **ne pas être vaccinés ou à jour**, pour la moitié il s'agit d'un **renoncement en lien avec le manque de temps** (un tiers de ceux renonçant), la peur de la **PAF** (un quart) et leurs **moyens financiers** principalement (un cinquième) [79] (Tableau 12).

Tableau 12 : Motif de non-vaccination ou de non-réalisation de la dose prévue, en 2024

			Taux chez les renoncateurs								
		Taux de renoncement ⁸⁹	Pas le temps	Peur de la PAF	N'en a pas les moyens financiers	Sans intérêt	Peur des vaccins	Problème d'accès	Trop loin	Contre les vaccins	Autre
Adultes de 18 ans ou plus		27%	32%	26%	21%	18%	13%	9%	2%	0,6%	1,3%
Sexe	Homme	31%	27%	31%	26%	21%	14%	11%	1,3%	0%	1,2%
	Femme	23%	38%	20%	16%	14%	12%	6%	3%	1,3%	1,4%
Age	18-24 ans	26%	32%	35%	9%	13%	11%	5%	0%	0%	3%
	25-44 ans	29%	32%	31%	29%	16%	13%	9%	1,9%	0%	1,0%
	45-64 ans	24%	31%	11%	17%	24%	18%	10%	5%	3%	0%
	65 ans ou plus	21%	37%	0%	0%	31%	16%	12%	2%	0%	2%
Nationalité	Française	22%	46%	0%	7%	31%	16%	4%	1,6%	1,0%	3%
	Etrangère	31%	24%	42%	29%	10%	12%	12%	2%	0,4%	0,2%
Temps de présence sur le territoire	A toujours vécu à Mayotte	24%	35%	11%	15%	32%	14%	6%	2%	1,3%	3%
	Plus de 10 ans, sans y avoir toujours vécu	27%	26%	28%	22%	16%	12%	7%	1,2%	0,7%	0,3%
	6 à 10 ans	31%	36%	28%	30%	10%	15%	12%	1,7%	0%	0%
	2 à 5 ans	29%	27%	46%	25%	8%	11%	13%	1,4%	0%	3%
	Moins d'un an	27%	48%	31%	13%	8%	17%	10%	7%	0%	0%
Aspect du bâti	En dur	25%	39%	16%	17%	20%	13%	9%	1,5%	0,7%	0,8%
	En tôle, bois, terre, matière végétale	32%	19%	45%	29%	14%	14%	9%	3%	0,4%	2%
Diplôme	Non scolarisé	28%	21%	35%	40%	16%	16%	19%	4%	0,5%	0%
	Scolarisé sans diplôme, CEP, CAP, BEP, Brevet des collèges, BEPC	28%	29%	29%	19%	19%	11%	5%	1,1%	0,9%	0,4%
	Baccalauréat, diplôme équivalent ou supérieur	25%	46%	15%	15%	17%	16%	10%	3%	0%	4%
Situation vis-à-vis de l'emploi	En emploi	23%	60%	0%	10%	27%	12%	4%	0,5%	0,7%	2%
	Au chômage ou sans emploi	25%	24%	33%	27%	14%	16%	12%	4%	0,8%	0,3%
	Emploi informel	40%	15%	44%	30%	17%	11%	11%	1,1%	0,5%	0%
Revenu par mois et par unité de consommation	< 410 euros	31%	21%	39%	25%	17%	12%	12%	2%	0%	0,3%
	Entre 410 et 740 euros	17%	41%	3%	5%	25%	11%	15%	1,3%	1,3%	0%
	> 740 euros	25%	64%	2%	8%	26%	11%	0%	0%	0,8%	3%

Note de lecture : Questions à choix multiple, la somme des pourcentages ne donne 100 % car les personnes pouvaient donner plusieurs motifs de non vaccination par renoncement. Figure en teinte orangée les trois pourcentages les plus importants (top 1-2-3) pour chaque sous-catégorie de population. En rouge figure le pourcentage le plus élevé pour les différents motifs disponibles et au sein de chaque thématique de croisement.

Champ : Habitants de Mayotte déclarant être non vaccinés ou pas à jour de leur vaccin par renoncement
 Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, enquête EpiMay 2024 [79]
 Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Chez les enfants

En 2019, **chez les enfants**, quel que soit la valence observée, le premier constat marquant est la **forte chute du taux de couverture entre les 2 à 5 ans et les 14 à 15 ans**, aussi bien en 2010 qu'en 2019 [80].

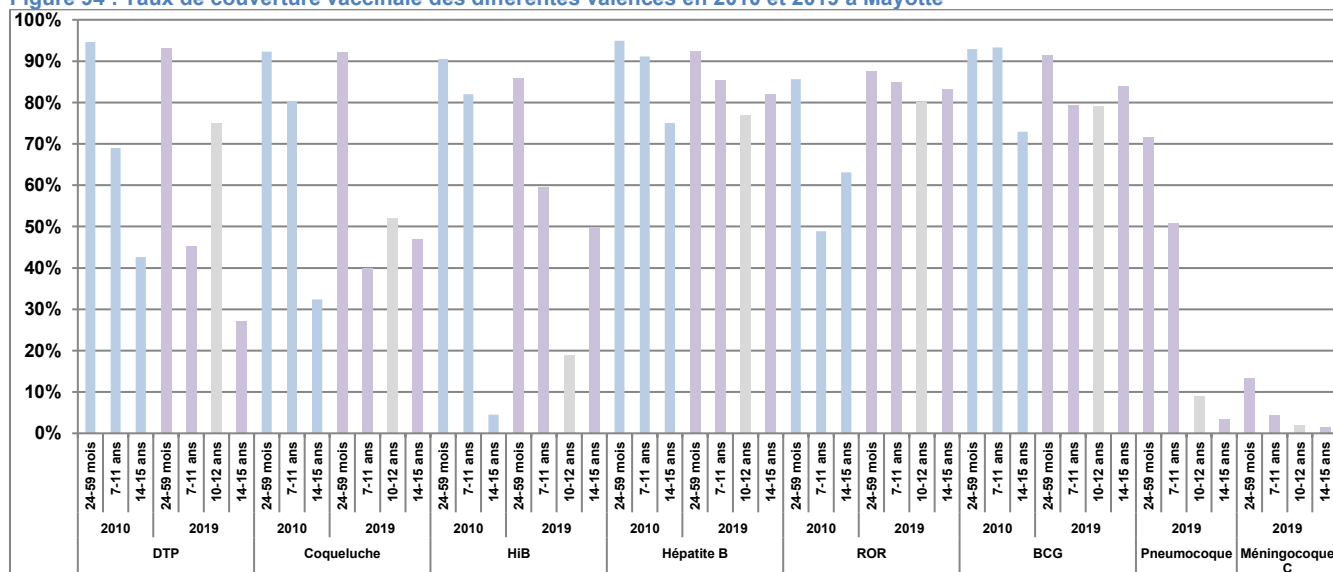
⁸⁹ Taux en population général.



Les baisses **les plus marquées** en 2019 sont alors pour le **pneumocoque** : 72 % chez les 2 à 5 ans à 4 % chez les 14 à 16 ans (-68 points), liées au fait que cette dernière classe d'âge n'est alors plus éligible à la vaccination ; le **DTP** : 93 % et 27 % (-66 points en 2019 et -52 points en 2010), la **coqueluche** : 92 % et 47 % (-45 points en 2019 et -60 points en 2010) et l'**HiB** : 86 % et 50 % (-36 points en 2019 et -86 points en 2010) [80] (*Figure 94*).

Entre 2010 et 2019 la **couverture vaccinale ne s'est améliorée que pour une partie des vaccins** et des classes d'âge [80]. Ainsi, à l'exception du ROR, les **7 à 11 ans sont ceux pour lesquels le recul de la vaccination est constante** : -41 points pour la coqueluche, près de -20 points pour le DTP et l'HiB, -14 points pour le BCG [80]. **Même constat**, dans des mesures beaucoup moins fortes, **pour les 2 à 5 ans** [80]. Cependant, concernant les **14 à 15 ans** et sauf pour le DTP, la **couverture augmente** sur toutes les valences : +45 points pour le HiB, +20 points pour le ROR et +15 points pour la coqueluche [80] (*Figure 95*).

Figure 94 : Taux de couverture vaccinale des différentes valences en 2010 et 2019 à Mayotte



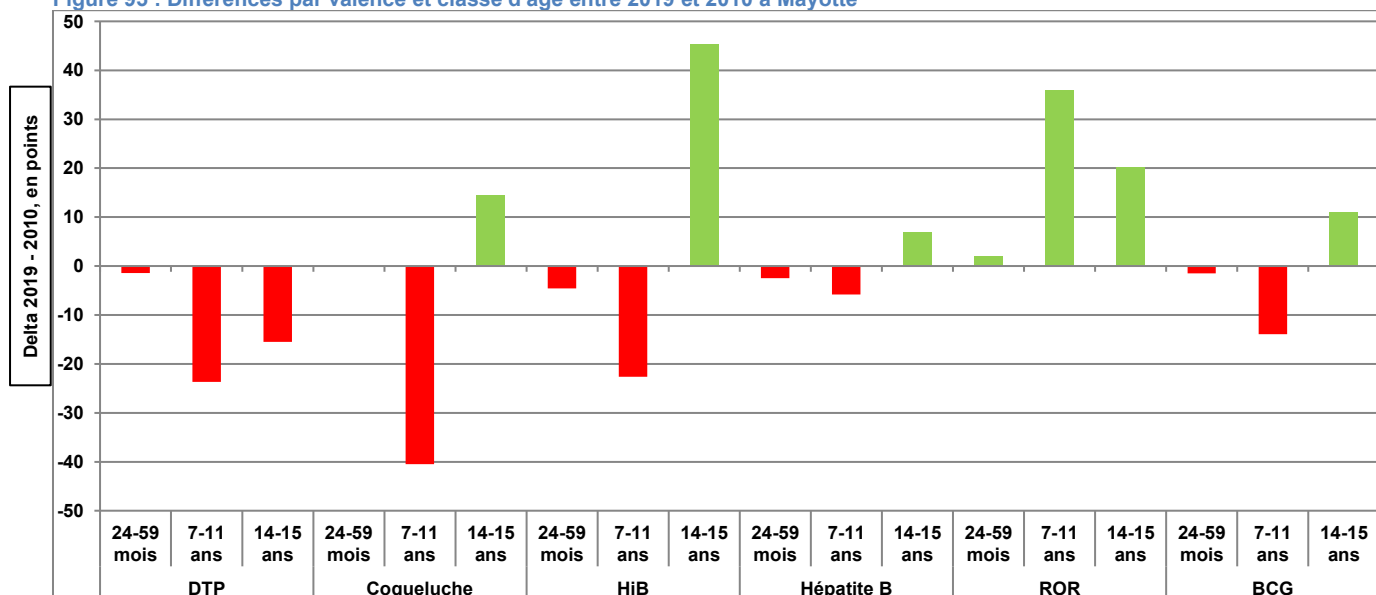
Note : Les histogrammes en gris sont déterminés chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème}. Pour deux vaccins la classe d'âge des 10-12 correspondait à une période où une nouvelle dose était attendue, Le DTP où l'on constate 75 % d'enfants à jour dont 23 % doivent recevoir une nouvelle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

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

Source : ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [80] et ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [64]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 95 : Différences par valence et classe d'âge entre 2019 et 2010 à Mayotte



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

Source : ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [80]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

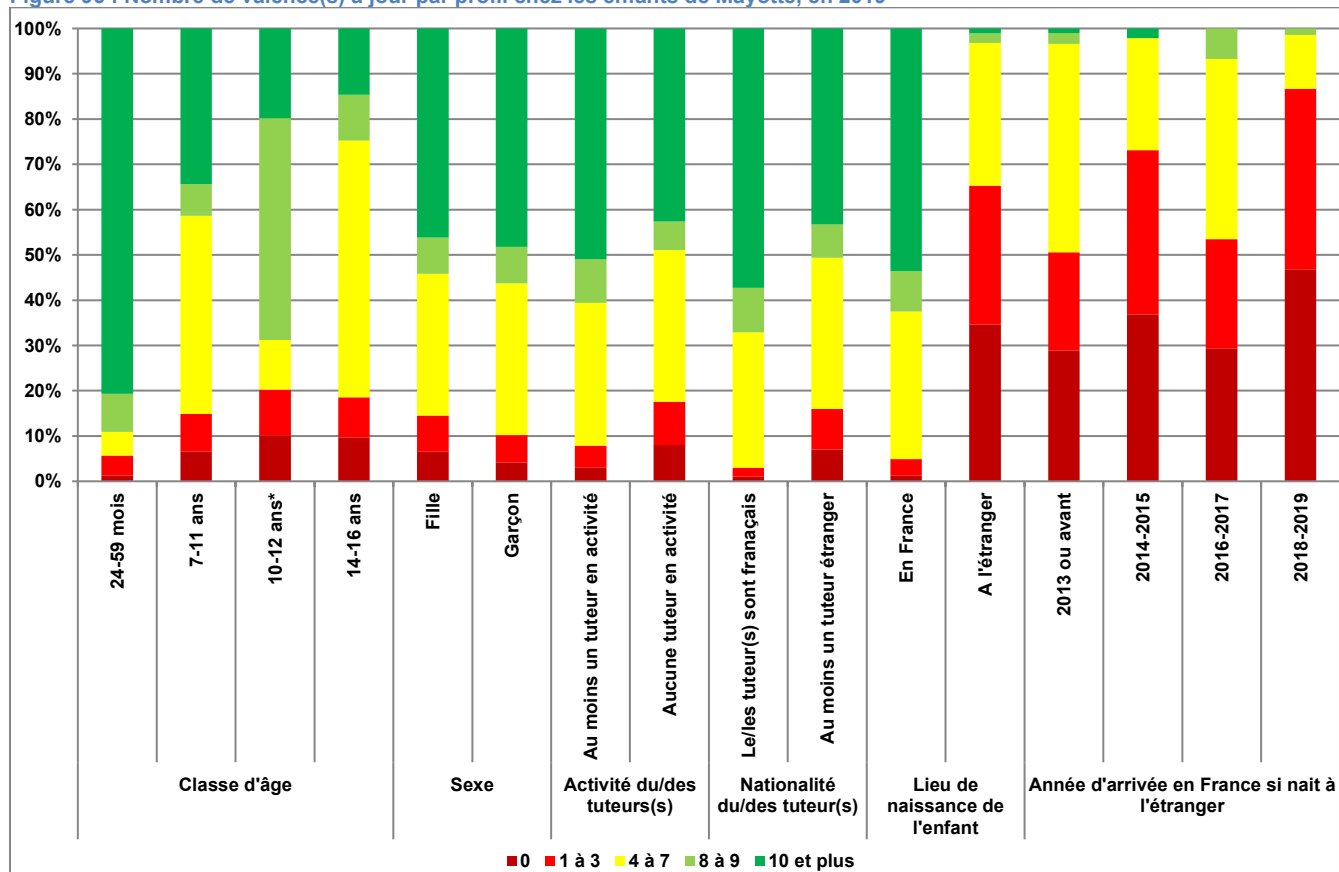


D'une classe d'âge à une autre, **la couverture vaccinale** (globale) **diminue nettement de 66 points** : 81 % des 24-59 mois à jour pour dix valences et plus, à 34 % chez les 7-11 ans [80], 20 % chez les 10-12 ans [64], et 15 % chez les 14-16 ans [80]. **Un enfant de 14-16 ans sur dix n'est à jour pour aucune valence**, contre seulement **1,3 % des 24-59 mois** [80].

La couverture vaccinale des enfants **ayant au moins un tuteur en activité** (51 % pour dix valences ou plus) est **meilleure de 8 points** que celle des enfants **n'ayant aucun tuteur en activité** (43 %) [80].

Le **lieu de naissance** de l'enfant influe très fortement : les **deux tiers nés en France sont à jour** vis-à-vis de huit valences ou plus contre seulement **3 % des enfants nés à l'étranger** (-60 points) [80]. A noter que les enfants nés à l'étranger et **arrivés depuis longtemps sur le territoire semblent davantage couverts** : la part ayant une couverture vaccinale (A jour vis-à-vis de moins de 4 valences) **diminue** ainsi avec le temps de présence sur le territoire, 87 % des enfants arrivés en 2018-2019 et seulement 51 % de ceux arrivés en 2013 ou avant, -26 points (Figure 96).

Figure 96 : Nombre de valence(s) à jour par profil chez les enfants de Mayotte, en 2019



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

Source : ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [80] et *ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [64]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

En 2019, chez les enfants de 24-59 mois, 7-11 ans et 14-16 ans et hors individus dont il n'est pas possible de déterminer la provenance de leur vaccination (0,2 %), **la très grande majorité (91 %) des injections vaccinales ont été réalisées à Mayotte**, 5 % dans un autre département français, 4 % aux Comores, et 0,2 % dans un autre pays étranger [80].

Parmi les injections réalisées à Mayotte, **plus de la moitié (52 %) ont été faites dans un centre de PMI, 17 % au CHM** (site central, dispensaires ou maternités), 3 % dans le secteur libéral et 1,3 % lors de la campagne de rattrapage vaccinal de 2018 (28 % des injections chez les 1 mois-6 ans en 2018) [80].

L'information du lieu exact était manquante pour près d'un quart des injections réalisées à Mayotte (27%) [80]. Que ce soit chez les **moins d'un mois (94 %)** ou les **6 ans ou plus (76 %)**, le **principal lieu de vaccination reste le CHM⁹⁰** depuis 2003 et 2011 [80]. La **PMI** représente le principal lieu de vaccination de enfants de **1 mois à 6 ans** avec **82 % d'enfants concernés** [80]. Toutefois, depuis 2007, **cette part diminue nettement** : de **93 % sur la période 2007-2010 à 74 % sur 2015-2019** [80].

⁹⁰ Suivi de la PMI : 5 %, et le secteur libéral : 1,1 %, pour les moins d'un an. Respectivement 20 % et 4 % pour les 6 ans ou plus [80].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Les campagnes

En 2018, le Directeur Général de la santé a chargé l'ARS de mener une campagne de rattrapage vaccinal à destination des enfants de moins de 6 ans sur tout le territoire, avec un taux de participation de 47 % cette année-là, soit près de 47 200 individus [81].

L'ARS Mayotte et le Rectorat de Mayotte ont mis en place deux nouvelles campagnes de rattrapage vaccinal en 2022 et 2023 à destination des enfants scolarisés en primaire et au collège sur l'ensemble du territoire. Ce sont 27 655 enfants de 6 à 15 ans⁹¹, soit **un tiers** de cette classe d'âge qui y ont pris part. Dans l'ensemble, **72 %** ont bénéficié d'un rattrapage pour le **DTPc**, **82 %** pour le **ROR** et **80 %** ont pu être vacciné contre l'**HPV**. Enfin, **deux tiers de ces enfants n'étaient pas à jour** des vaccins proposés, avec peu de disparité selon l'âge ou le sexe (65 % des filles et 67 % des garçons). Toutefois, les enfants nés à Mayotte le sont moins souvent que ceux nés ailleurs, respectivement 63 % et 71 % de couverture vaccinale.

d) Alimentation et indice de masse corporelle

Indice de masse corporelle

En 2019, **7 %** des 15 ans ou plus étaient en **situation de maigreur**⁹² (8 % chez les hommes et 6 % chez les femmes, et 5 % chez les 18 ans ou plus en 2021 [82]) [57], soit une **hausse de 4 points chez les hommes** et une **baisse de 1 point chez les femmes** par rapport à 2006 [83]. Chez les enfants de 10-12 ans⁹³, **deux fois plus de garçons que de filles**⁹⁴ sont dans cette catégorie [64] (*Tableau 13*).

Un individu sur deux de 15 ans ou plus est en situation de **surpoids** (dont obésité)⁹⁵ [57]. Si la situation s'est **stabilisée** par rapport à 2006 **pour les femmes** : 60 % contre 58 % en 2019, **elle s'est nettement aggravée chez les hommes** : 33 % en 2006 contre 46 % en 2019 [57] [83].

Pour l'**obésité**, en 2019, **deux fois plus de femmes** de 15 ans ou plus **que d'hommes** sont **concernées** (près de trois fois plus chez les 18 ans ou plus en 2021 [82]) : 34 % contre 16 %⁹⁶ [57].

Avec l'âge, ce taux augmente fortement en fonction du sexe : **5 %** chez les filles et **1 %** chez les garçons **de 10-12 ans** [64], **13 %** chez les jeunes femmes et **3 %** chez les jeunes hommes **de 15-24 ans**, **38 %** chez les femmes et **17 %** chez les hommes **de 25-44 ans** et **52 %** chez les femmes et **28 %** chez les hommes **de 45 ans ou plus** [57] [62] (*Tableau 13, Figure 97*).

Tableau 13 : IMC de 2006 à 2021 à Mayotte

	2006 – 15 ans ou plus [83]			2008 – 30-69 ans [85]			2019 – 15 ans ou plus [57]			2019 - 15-64 ans [86]			2021 - 18 ans ou plus [82]		
	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	Ens.
Maigreur	4	5		2	1,4		8	6	7	6	8		6	3	5
Normale	63	37		46	19		46	34	40	50	28		48	27	37
Surpoids	25	26		35	32		30	26	28	30	25		30	29	30
Obésité	8	32	25	17	47		16	34	26	14	39		15	41	29
... dont modérée	8	23	20				13	19	16				11	22	17
... dont sévère ou morbide	1	12	5	1,4	6		3	15	9				5	19	12

	2019 – 10-12 ans ^{97 98} [64]			2019 – 5-14 ans [86]			2006 - 5-14 ans [83]
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Ensemble
Maigreur	14	6	10	22	21	22	25
Normale	82	77	80	70	6	67	67
Surpoids	4	11	7	5	11	8	7
Obésité	1	5	3	2	3	3	0,9
... dont modérée				1	3	2	0,4
... dont sévère ou morbide				1	0,4	0,7	0,5

Champ : Habitants de Mayotte Source : InVS, enquête Nutrimay de 2006 [83], InVS, enquête Maydia 2008 [85], ARS-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [64], Insee-Drees-IRDES, enquête EHIS de 2019 [57], SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [86], ARS Mayotte, enquête de séroprévalence Covid-19 de 2021 [82] Exploitation : ARS Mayotte – DéES

⁹¹ 17 554 sur la 1^{ère} campagne de novembre 2022 à mars 2023, et 10 101 sur la 2^{nde} d'octobre à décembre 2023.

⁹² Mayotte se situe au premier rang, devant La Réunion (6 %), la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane (5 %) et l'Hexagone (4 %) [57].

⁹³ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

⁹⁴ Le taux de maigreur global est de 10 %, soit deux fois supérieur aux enfants de CM2 dans l'Hexagone : 4 % [64].

⁹⁵ Sur le regroupement surpoids et obésité (et ses différents stades), Mayotte se situe au premier rang (54 %), à ex-aequo avec la Martinique (dont 20 % d'obésité), devant la Guadeloupe (52 % dont 19 % d'obésité), la Guyane (49 % dont 19 % d'obésité), l'Hexagone (45 % dont 14 % d'obésité) et La Réunion (44 % dont 16 % d'obésité) [57]. Restreint uniquement à l'obésité, Mayotte tient également le premier rang, toute seule [57].

⁹⁶ Chez les hommes, l'emploi prédispose à l'obésité : 27 % des hommes en emploi sont obèses, soit trois fois plus que ceux sans travail [62]. Ce facteur influe davantage que le niveau de vie dans la probabilité d'être obèse [62]. Ce lien entre progression sociale et corpulence est à contre-courant des tendances observées au niveau national, où un faible niveau de vie favorise l'obésité [62].

⁹⁷ Le taux d'obésité global est de 10 %, soit un taux deux fois moins important que chez les enfants de CM2 dans l'Hexagone : 22 % dont 4 % en situation d'obésité [64].

⁹⁸ Sur les huit enfants sur dix ayant un Indice de masse corporelle se situant dans le seuil de normalité, un sur dix est également proche de l'insuffisance pondérale avec un IMC légèrement supérieur au seuil fixé [84]. Dès lors, cela implique que pour une baisse mineure de leur poids, 15 % des filles et 22 % des garçons se situeraient en insuffisance pondérale [84].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

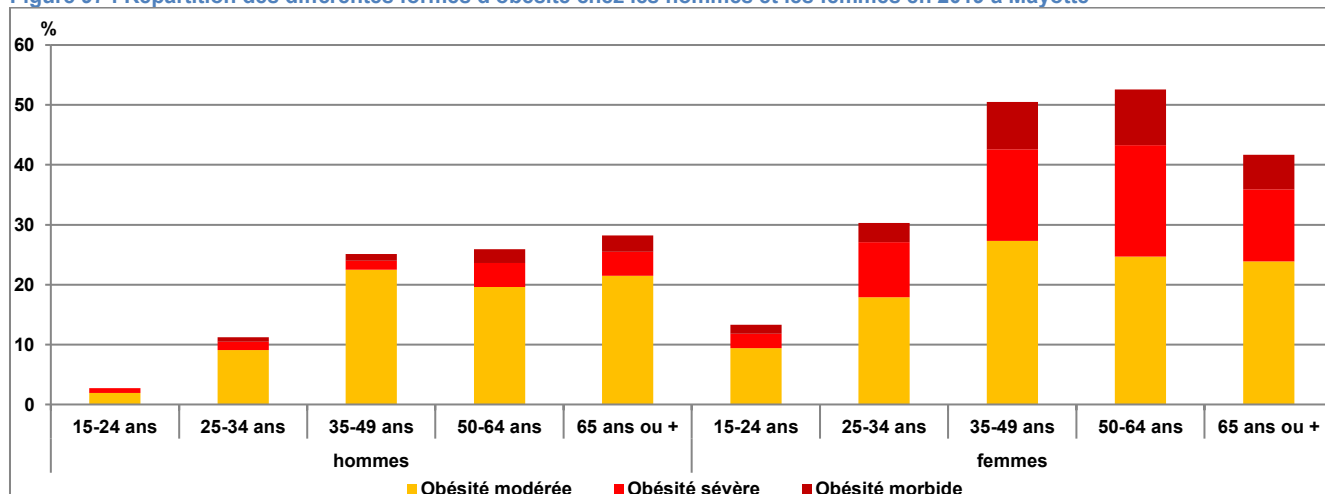
www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



Figure 97 : Répartition des différentes formes d'obésité chez les hommes et les femmes en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [62]

En 2019, **12 % des nouveau-nés présentaient un poids inférieur à 2,5 kg** (contre 13 % en 2006), et **21 % un faible périmètre crânien** (contre 37 % en 2006) [86]. Chez les **0 à 3 ans**, la mesure du périmètre brachial permettait d'estimer que **3 % d'entre eux présentaient une malnutrition modérée**⁹⁹ et **5 % une malnutrition sévère**¹⁰⁰ [86].

Parmi les enfants âgés de **3 à 5 ans**, en 2019, la **maigreur** était l'indicateur qui présentait la prévalence la plus élevée : **7 %** (contre 9 % en 2006), alors que le **retard de croissance** staturale concernait **5 %** des enfants (contre 7 % en 2006) [86]. Lorsque les **enfants étaient sous-nutris**, il s'agissait souvent d'un **stade modéré** [86]. Cependant, 2 % présentaient une **maigreur sévère** [86].

Nutrition

En 2019, **16 % des 15 ans ou plus** déclarent consommer **tous les jours des fruits**¹⁰¹ et **9 % des légumes**¹⁰², soit des fréquences nettement inférieures à celles de l'Hexagone (respectivement 59 % et 63 %) [57]. **La probabilité de manger des fruits et légumes tous les jours n'est influencée ni par l'âge ni par le niveau de vie**, contrairement aux autres territoires français à l'exception de la Guyane [57]. Concernant les **enfants de 10-12 ans**¹⁰³, **35 %** déclarent consommer tous les jours des **fruits** (36 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) et **15 % des légumes** [64].

Pour les **boissons sucrées**¹⁰⁴ chez les 15 ans ou plus en 2019, **les consommations sont plus importantes à Mayotte** que dans l'Hexagone : **15 %**^{105 106} (tous les jours) contre 10 % [57]. **La fréquence, contrôlée sur l'âge et le niveau de vie, augmente parmi les jeunes et reste indépendante du niveau de vie** [57]. Les **enfants de 10-12 ans** sont **22 %** à en déclarer une quotidienne (20 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) [64].

Tableau 14 : Part (%) des fréquences de consommation des différentes catégories d'aliments chez les 15-69 ans de Mayotte

	Jamais	Une fois/mois	Une fois/semaine	Plusieurs fois/semaine	Quotidiennement
Fruits et légumes	0,2	1,7	19	53	27
Féculents	0,1	0	0,2	5	95
Légumes secs	25	44	17	12	2
Produits laitiers	7	21	20	28	25
Viande, poisson, œuf	0,2	0,1	6	44	49
Poisson	3	19	23	36	19
Aliments gras, salés, sucrés	16	12	34	24	14

Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [86]

⁹⁹ Périmètre brachial compris entre 11,5 et 12,5.

¹⁰⁰ Périmètre brachial inférieur à 11,5.

¹⁰¹ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guyane (30 %), la Martinique (39 %), La Réunion (42 %), la Guadeloupe (45 %) et l'Hexagone (59 %) [57].

¹⁰² Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Martinique, la Guyane (35 %), la Guadeloupe (38 %), La Réunion (44 %) et l'Hexagone (63 %) [57].

¹⁰³ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹⁰⁴ Boissons industrielles sucrées : sodas ou jus industriels, boissons allégées exclues.

¹⁰⁵ En 2006, 10 % de la population de cette classe d'âge déclaraient consommer au moins 12,5 % de l'apport énergétique sans alcool (AESA) en glucides simples issus des produits sucrés [83].

¹⁰⁶ Mayotte se situe au second rang, devant la Guyane (16 %), La Réunion (13 %), la Guadeloupe (12 %), l'Hexagone (10 %) et la Martinique (9 %) [57].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 15 : Part (%) des fréquences de consommation des différentes catégories d'aliments chez les enfants de Mayotte

		Chez les filles	Chez les garçons	Total
Légumes (crus et cuits)	Plusieurs fois par semaine	35	32	34
	Tous les jours	13	17	15
	Total	48	49	49
Féculents	Plusieurs fois par semaine	21	18	20
	Tous les jours	75	79	77
	Total	96	97	97
Fruits (sauf jus)	Plusieurs fois par semaine	35	34	34
	Tous les jours	32	38	35
	Total	67	72	69
Viandes (hors poulet)	Plusieurs fois par semaine	43	37	40
	Tous les jours	35	46	40
	Total	78	83	80
Poissons	Plusieurs fois par semaine	36	42	39
	Tous les jours	10	12	11
	Total	46	54	50
Boissons sucrées et sucreries (sodas, sirops, laits aromatisés sucrés, jus de fruits, ...)	Plusieurs fois par semaine	34	40	37
	Tous les jours	24	20	22
	Total	58	60	59
Laitages (lait, yaourt, fromage, sauf lait (de cocos)	Plusieurs fois par semaine	29	35	32
	Tous les jours	35	30	33
	Total	64	65	65
Boissons à base de taurine (red bull, ...)	Plusieurs fois par semaine	3	4	4
	Tous les jours	2	0,3	1
	Total	5	4	5

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

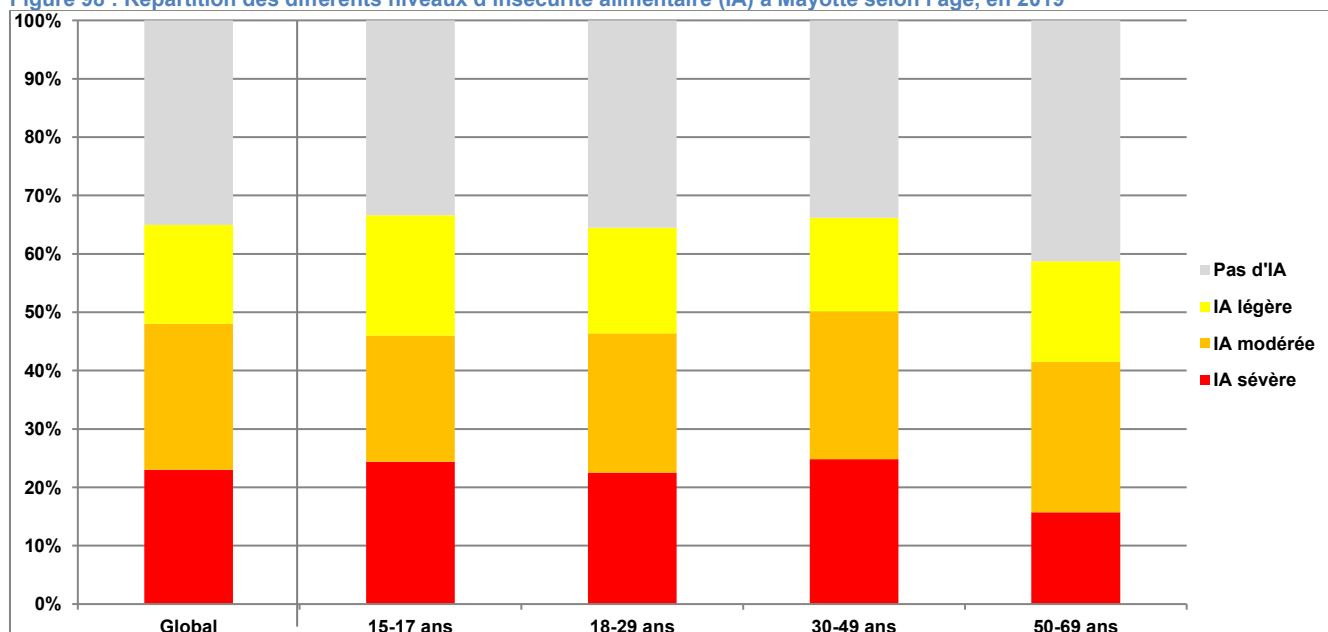
Source : ARS Mayotte, Enquête Santé des jeunes de 2019 [84]

Insécurité alimentaire¹⁰⁷

En 2019, **près de la moitié des adultes de 15-69 ans sont en insécurité alimentaire¹⁰⁸ modérée (25 %) ou sévère (23 %)**, contre 6 % en France Hexagonale ou dans les autres DOM [86].

Cette prévalence diffère fortement selon le lieu de naissance et l'âge. Ainsi, elle était de 36 % pour les natifs de l'île (contre 63 % pour ceux des Comores) et au plus haut (c'est-à-dire 50 %) chez les 30-49 ans toutes nationalités confondues [86] (Figure 98).

Figure 98 : Répartition des différents niveaux d'insécurité alimentaire (IA) à Mayotte selon l'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [86]

¹⁰⁷ En 2008, plus d'un tiers des personnes avaient un LDL-cholestérol bas (<1g/L), un autre tiers un LDL-cholestérol compris entre 1g/l et 1,3 g/l, 18 % entre 1,3 et 1,6 g/l et seulement 8 % un LDL-cholestérol au-dessus de 1,6 g/l, sans grande différence entre les sexes [85]. Les valeurs de triglycérides étaient normales (<= 2g/l) pour la majorité de la population (92 %) et davantage les femmes que chez les hommes (96 % contre 86 %) [85]. L'anémie (carence en fer) concernait 2 % des hommes et 10 % des femmes, soit un ensemble de 6 % [85]. Aucun homme était touché par l'anémie régénérative, il s'agissait alors exclusivement d'anémie grégénérative tandis que chez les femmes, elles étaient 7 % pour la première forme [85].

¹⁰⁸ Mesurée à partir du HFSSM qui se concentre sur les auto-déclarations (au travers de 18 questions spécifiques du manque d'argent ou de la capacité à se payer de la nourriture comme raison de la condition ou du comportement) d'accès, de disponibilité et d'utilisations alimentaires incertains, insuffisants ou inadéquats en lien avec des ressources financières limitées, et des habitudes alimentaires et de la consommation alimentaire compromises qui peuvent en résulter.

**ARS MAYOTTE**

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

Standard : 02 69 61 12 25

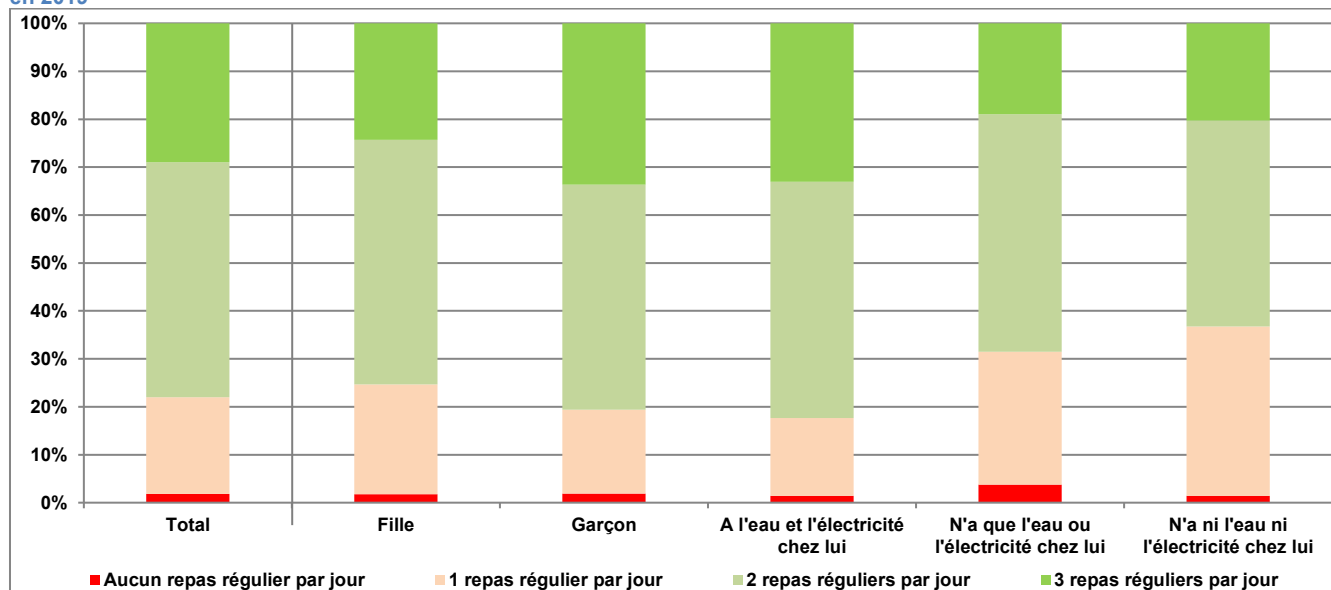
www.ars.mayotte.santé



Trois enfants de 10-12 ans¹⁰⁹ sur dix déclarent prendre trois repas par jour de manière quotidienne^{110 111} [84]. Ils sont la moitié pour la prise de deux repas, parmi eux trois sur dix en consomment un troisième de manière irrégulière [84]. Concernant la prise d'un seul repas fréquemment : un sur cinq est constaté, les trois quarts déclarent alors manger au moins l'un des deux autres repas de manière irrégulière [84].

Un enfant sur cinquante est concerné par un rythme alimentaire particulièrement inconstant, n'en déclarant la prise d'aucun de manière quotidienne [84]. Les garçons déclarent plus souvent la prise de trois repas que les filles : 34 % contre 24 % [84]. La précarité a un retentissement important sur le nombre de repas pris régulièrement, 82 % en prennent au moins deux pour les moins précaires contre 63 % pour les plus précaires [84] (Figure 99).

Figure 99 : Nombre de repas par jour pris régulièrement en fonction du sexe et de la précarité chez les enfants de Mayotte, en 2019



Note : Un repas est considéré comme régulier si l'enfant déclare le prendre « tous les jours ».

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

Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, Enquête santé des jeunes de 2019 [84]

e) Santé sexuelle

Santé périnatale

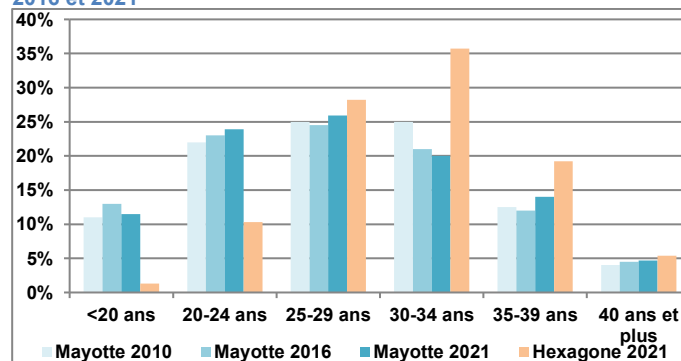
En 2021, 11 % des parturientes ont moins de 20 ans, contre 1,4 % dans l'Hexagone [89] (11 % en 2010 [90]).

L'âge moyen est de 28 ans [91] (27 ans en 2010 [90]) et celui des primipares de 22 ans, respectivement 31 ans et 29 ans dans l'Hexagone en 2021 [92].

Le taux de mères mineurs est de 5 % contre 0,3 % dans l'Hexagone, stables avec 2019 et 2020 [92].

En 2021, sept femmes sur dix étaient heureuses que la grossesse arrive maintenant (plus qu'en 2016 [90]), équivalent à l'Hexagone (71 %) [91].

Figure 100 : Age des parturientes de Mayotte en 2010, 2016 et 2021



Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2016 [89]

¹⁰⁹ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹¹⁰ Le matin, 47 % des filles déclarent manger régulièrement et 59 % chez les garçons [84]. Un enfant sur dix ne prend pas systématiquement un repas à midi les jours d'école, dont 4 % rarement ou jamais et dans des proportions similaires entre filles et garçons [84]. Le repas du soir est régulièrement pris pour 95 % des enfants, dont 81 % tous les jours, sans distinction entre les filles et les garçons également [84].

¹¹¹ Les enfants ne déclarant qu'un seul repas par jour sont plus souvent concernés par l'insuffisance pondérale : 13 % contre 10 % pour ceux en déclarant deux voire trois par jour [84]. Ils sont également deux fois plus nombreux à se retrouver en surpoids (10 %) par rapport aux enfants prenant trois repas par jour (5 %) [84]. Les enfants prenant trois repas par jour ont la plus haute proportion de corpulence « normale » [84].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Cependant, **elles sont beaucoup plus nombreuses à ne pas vouloir tomber enceinte**, 16 % contre 4 % dans l'Hexagone [91].

Malgré le maillage de l'offre de soins en 2021, le **temps d'accès à la maternité est un plus long à Mayotte**, 68 % des mères mettent moins de 30 minutes pour se rendre à la maternité contre 74 % dans l'Hexagone. Sachant que le trajet ne s'effectue en **voiture** que pour à peine une mère sur deux (45 % contre 88 % dans l'Hexagone). Dans l'autre moitié des cas le trajet s'effectue en **taxi** (27 % contre 3 %) ou en **transport d'urgence** (20 % contre 5 %) [91].

Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, moins de 1 % des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse et 1,3 % fumait pendant le troisième trimestre (contre respectivement 3 % et 12 % dans l'Hexagone) [91].

Du fait de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, **les sage-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse à Mayotte** en 2021, désignées comme le professionnel principal [91]. **Une parturiente sur deux** (56 %) a consulté un **professionnel de la PMI** et **une sur dix** une sage-femme en **maternité publique ou en CPP** [91]. Les **libérales** ont été sollicitées par **une parturiente sur trois** (soit plus qu'en 2016 : 27 %) [91] (Figure 101).

Malgré leur implication, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant en 2021, tout comme en 2016 [91]. Le nombre déclaré d'échographies reste bien en deçà des recommandations (malgré une nette amélioration) : **seulement 32 % déclarent avoir réalisées plus de trois échographies** contre plus de 86 % dans l'Hexagone [91] (Tableau 18).

Tableau 16 : Parité en 2010, 2016 et 2021 à Mayotte

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

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [91]

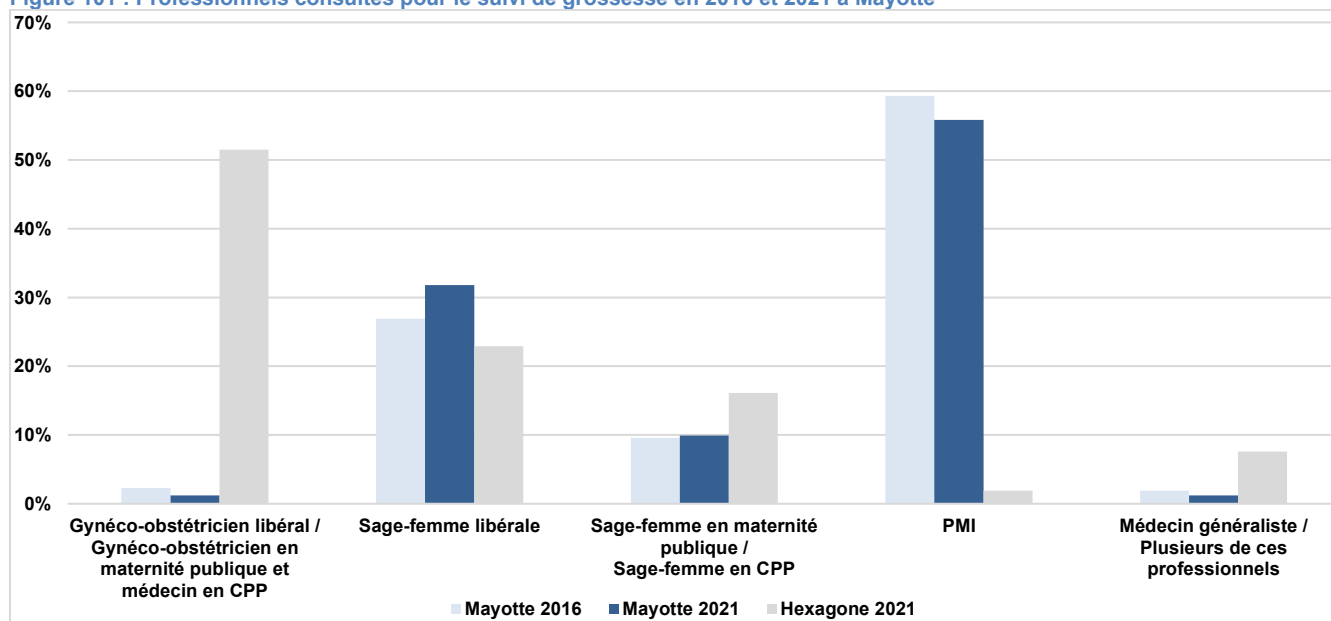
Tableau 17 : Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation en 2021 à Mayotte

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

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [91]

Figure 101 : Professionnels consultés pour le suivi de grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte



Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [91]

Tableau 18 : Consultations médicales au cours de la grossesse en 2010, 2016 et 2021 à Mayotte

%	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Nombre de consultations en urgence	Oui	20	28	30
	Non	19	72	70
Entretien du 4ème mois	Oui	4	7	1,8
	Non / Ne sait pas	96	94	98
Nombre d'échographies réalisées	Moins de 3	48	46	34
	3	33	32	34
	Plus de 3	19	22	32

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [91]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Le **taux de césarienne est de 14 %** en 2021, bien en deçà de celui observé dans l'Hexagone (21 %) [91] (*Tableau 19*). De plus, près d'une femme sur dix déclare avoir ressenti une douleur forte voire insupportable lors de l'accouchement (89 % contre 56 % dans l'Hexagone) [91].

La **voie basse instrumentale est deux fois moins fréquente que dans l'Hexagone** (6 % contre 12 %).

Les **épisiotomies** ont concerné seulement **1,7 % des accouchements par voie basse**, contre 8 % dans l'Hexagone [91].

Le **faible interventionnisme médical** peut être expliqué par la **parité plus importante** et la très **grande majorité des accouchements réalisée par des sage-femmes** (76 %) du fait de l'**absence de gynécologues-obstétriciens** dans les maternités périphériques [91].

Tableau 19 : Taux de césarienne selon les antécédents en 2010, 2016 et 2021 à Mayotte

Taux de Césarienne (%)	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Ensemble des naissances	20	18	14	21
Multipares	19	15	13	19
Sans antécédent de césarienne	13	8		8
Avec antécédents de césarienne	47	49	30	58
Primipares	22	32	16	23

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [91]

La **prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue que dans l'Hexagone** [91]. La très grande majorité des parturientes (75 %, 88 % en 2016) n'a **bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail** contre 15 % dans l'Hexagone [91]. Deux faits contribuent à ce constat : la **faible accessibilité** à ces pratiques, anesthésistes présents uniquement sur le site de Mamoudzou et en nombre insuffisant, et une **demande plus faible** des parturientes, seulement 12 % des parturientes souhaitaient absolument une analgésie péridurale avant leur accouchement sachant que 34 % d'entre elles ne l'ont pas reçue [91].

En 2021, les **taux de prématurité** (10 %) et de **petits poids** (11 %) sont en **légère baisse** par rapport à 2016 (respectivement 12 % et 13 %), mais **restent toujours supérieurs à l'Hexagone** (7 %) [91].

Tableau 20 : Santé des nouveau-nés à la naissance en 2016 et 2021 à Mayotte

	%	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Etat du nouveau-né à la naissance	Vivant	99	99	99
	Mort-né	0,9	0,9	0,5
	IMG	0,1	0,1	0,4
Anomalie congénitale	Oui	5		
	Non	95		
Apgar à 5 minutes	<7	1,9 [≤6]	2	1,6
	7-9	6 [7-8]	8	8
	10	92 [9-10]	90	91
pH artériel au cordon	<7	5	<1,0	0,7

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [91]

Tableau 21 : Déroulement du travail en 2010, 2016 et 2021 à Mayotte

	%	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Présentation fœtale	Céphalique	96	96	98	95
	Autre	4	4	3	5
Mode de début de travail	Travail spontané	78	82	84	64
	Déclenchement	14	12	11	26
	Césarienne avant le travail	8	5	5	7
Rupture de la poche des eaux (parmi les voies basses)	Artificielle		32	22	39
	Spontanée avant le travail		20	25	32
	Spontanée pendant le travail		47	54	30
Ocytocine durant le travail	Oui		22	15	41
	Non		78	85	60

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [91]

Contraception

En 2016, **44 % des femmes de 18-44 ans n'utilisent pas de contraception** [47].

Entre **18 et 21 ans**, les femmes natives de l'étranger et de Mayotte en ont un **recours identique**, alors qu'un écart est remarqué parmi les **26-29 ans** [47]. Sur cette tranche d'âge, les **natives de l'étranger sont presque deux fois plus nombreuses** à utiliser une contraception que les natives de Mayotte (75 % contre 40 %) [47]. Chez les **30-33 ans**, le recours est ensuite **plus proche** (60-70 %) [47]. Il se **maintient** avec l'âge chez les **natives de Mayotte** mais **décroît après 40 ans** chez les **natives de l'étranger** [47] (*Figure 102*).



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

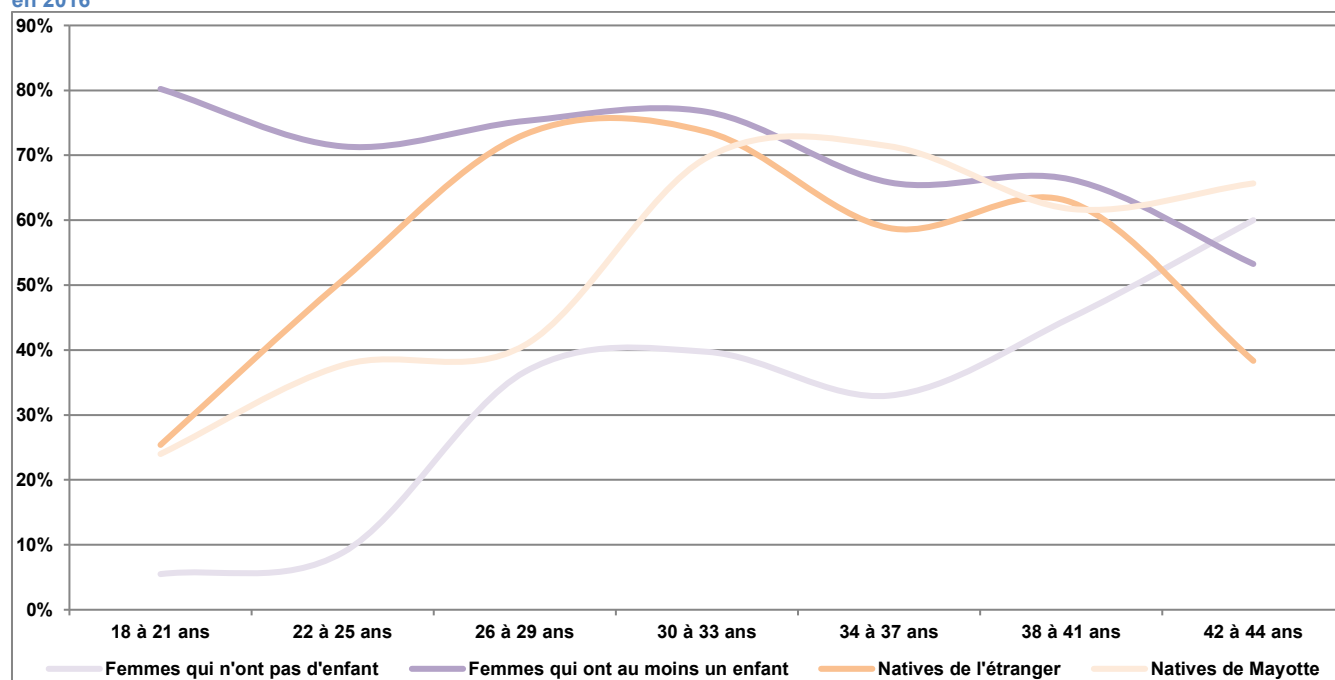
www.ars.mayotte.santé



L'utilisation de contraceptif(s) évolue fortement en fonction du nombre d'enfants [47]. **Sans distinction du lieu de naissance, les femmes qui n'ont pas eu d'enfant vont en déclarer un recours beaucoup plus faible** (14 %) que celles en ayant au moins un (70 %), particulièrement chez les plus jeunes [47]. Le type de contraceptif le plus souvent cité est **la pilule** (64 %), suivie de **l'implant** (27 %) et du **stérilet/dispositif intra-utérin** (DIU) (11 %) [47].

Par comparaison aux femmes plus âgées, les jeunes de **18 à 24 ans ont moins recours à la pilule contraceptive** (52 % contre 64-68 %) et plus à l'implant (40 % contre 18 %) [47]. Le recours au stérilet/DIU est particulièrement faible chez les jeunes de 18-24 ans (5 %) et les femmes considérant leur revenu comme insuffisant (4 %) [47]. **6 % des femmes ont cité au moins un moyen de contraception à fort taux d'échec** [47]. Ce sont celles ayant le **niveau BAC** (11 %), estimant leur **revenu « insuffisant »** (10 %), ayant eu **1 enfant** (8 %) et les **35-44 ans** (9 %) qui sont les plus nombreuses [47] (*Tableau 23*).

Figure 102 : Recours « actuel » à la contraception à Mayotte selon le pays de naissance, l'âge et le fait d'avoir un enfant en 2016



Champ : Femmes de 18-44 ans habitant Mayotte

Source : ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [47]

Tableau 22 : Motifs cités pour lesquelles les femmes de Mayotte ne prennent pas de contraceptif¹¹² en 2016

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

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. 18 % ont cité le « désir d'enfant » parmi l'un de leurs trois choix.

La somme des lignes ne fait pas 100 %.

Champ : Femmes de 18-44 ans habitant à Mayotte

Source : ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [47]

¹¹² En 2016, 7 % des habitantes de Mayotte, âgées de 18 à 44 ans, déclarent qu'elles ne « ne peuvent pas ou ne peuvent plus avoir d'enfant » [47]. Elles sont moins de 2 % chez les plus jeunes et 12 % chez les 35-44 ans [47]. Parmi ces femmes, le premier motif cité est celui des problèmes de santé (26 %), suivi d'un problème de stérilité (21 %) [47]. Toutefois, une femme sur quatre ne sait pas pourquoi elle n'arrive « pas ou plus à avoir d'enfant » [47].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 23 : Contraceptifs utilisés et cités par les femmes de Mayotte en 2016

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

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

Champ : Femmes de 18-44 ans habitant à Mayotte

Source : ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [47]

Rapport à la sexualité chez les 10-12 ans

En 2019, 22 % des enfants de 10-12 ans¹¹³ ont déjà évoqué des thèmes sur la sexualité avec un de leurs proches, sans distinction entre fille/garçon [64]. Si l'on considère les classes d'âge, ils sont 16 % chez les garçons de 10 ans et 29 % chez les 12 ans [64].

Les filles, qui devraient commencer à aborder le sujet des menstruations à cette période de leur vie, ne sont que 19 % chez celles de 10 à 11 ans et 30 % chez les filles de 12 ans à avoir évoqué une discussion autour de la sexualité [64].

Parmi ces enfants, les copains/copines ressortent comme principaux interlocuteurs (42 %), beaucoup plus chez les garçons (48 % contre 35 %) [64]. Suivis des parents (24 %, sans distinction fille/garçon) et du Foundi (21 %) [64]. Des différences entre garçons et filles sont également notamment lorsque le frère ou la sœur (11 %) est cité(e), 17 % chez les filles et 5 % chez les garçons [64].

Recours à l'interruption volontaire de grossesse

En 2022, 1 990 IVG ont été réalisés soit un taux de 18,4 IVG pour 100 naissances vivantes, demeurant deux fois plus bas qu'en France entière : 32,2 pour 100 naissances vivantes [92].

Se déterminant également comme un taux pour 1 000 femmes de 15-49 ans : il est de 25,9 contre 15,7 dans l'Hexagone [92] (Tableau 24).

Tableau 24 : Nombre d'IVG à Mayotte entre 2012 et 2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre d'IVG	1 338	1 457	1 513	1 638	1 668	1 615	1 683	1 555	1 615	1 652	1 990
Taux d'IVG pour 100 naissances	19,6	21,7	20,3	18,0	17,2	16,9	18,1	16,4	17,7	15,4	18,4
Taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	27,2	27,8	27,1	27,5	26,6	26,0	26,0	22,4	22,6	22,3	25,9

Source : Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2022 [92]

f) Santé mentale

En 2016 et selon les habitants de Mayotte, les images du « fou »¹¹⁴ et du « malade mental »¹¹⁵ sont relativement proches, souvent associées à la dangerosité et l'anormalité [93]. L'origine la plus fréquemment citée pour la « folie » est de loin l'origine addictive, et l'origine physique pour la « maladie mentale », suivies par les origines liées à des événements de vie qui sont en particulier citées en premier pour le « dépressif »¹¹⁶ [93].

En 2016, quatre adultes sur dix présentaient au moins un trouble de santé mentale, notamment chez les moins de 30 ans [93]. Les troubles anxieux étaient les plus fréquents (24 %), suivis par les

¹¹³ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹¹⁴ Il est alors vu : comme une personne qui a perdu/jamais eu toute sa raison, intellectuellement déficient, malade de la tête/du cerveau/des pensées (absentes/envahissantes), parlant tout seul, ayant des problèmes de mémoire, instable mentalement et psychologiquement, associé à la violence dans un contexte positif et aux capacités intellectuelles dans un contexte négatif, prenant des drogues ou autres produits similaires et n'ayant pas conscience de ce qui l'entoure ou de ses actes [93].

¹¹⁵ Il est alors vu : comme souffrant d'une maladie/dysfonctionnement du cerveau depuis sa naissance, dangereux pour lui-même et les autres, peut et doit être soigné à l'hôpital, considéré comme « fou » mais soignable, la notion de « maladie » est également associée au « retard mental » et au « handicap intellectuel » [93].

¹¹⁶ Il est alors vu : comme menant une vie difficile, notamment parce qu'il est « pauvre », ayant des soucis, des problèmes, des événements ont bouleversé sa vie, n'arrivant pas à les surmonter ou à trouver des solutions, comme une personne qui s'isole, déprimée, triste, malheureux, incompris et seul [93].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



troubles de l'humeur (19 %) [93]. Un peu plus de **3 %** présentaient un problème lié aux **drogues** (3 %) et à la consommation **d'alcool** (4 %) [93] (*Tableau 25*).

Si on n'observait pas de différence du risque de présenter au moins un trouble psychique en fonction du sexe, les femmes et les hommes avaient néanmoins des types de troubles différents : davantage de **troubles anxieux et dépressifs chez les femmes**, davantage de **troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes** [93] (*Figure 103*).

Le fait d'être **célibataire, séparé, ou divorcé**, et le fait d'être **sans emploi** (40 % contre 30 % pour ceux en emploi) représentait un facteur de risque d'avoir un trouble psychique [93].

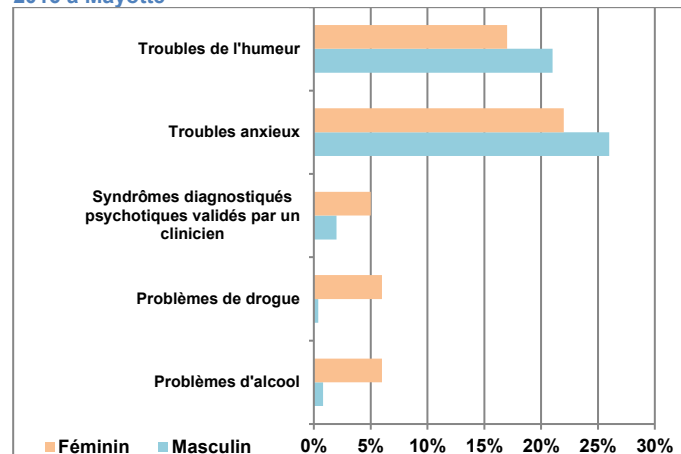
Tableau 25 : Prévalence des différents troubles repérés par le MINI chez les personnes de 18 ans et plus en 2016 à Mayotte

Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)		36 %
19 %		
Troubles de l'humeur	Episode dépressif (2 dernières semaines)	17 %
	...Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	6 %
	Dysthymie ¹¹⁷ (2 dernières années)	3 %
	Episode maniaque (vie entière)	2 %
	Troubles anxieux	4 %
Problèmes de drogue		3 %
4 %		
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	Syndrome psychotique isolé actuel	0,6 %
	Syndrome psychotique isolé passé	0,6 %
	Syndrome psychotique récurrent actuel	2 %
	Syndrome psychotique isolé récurrent passé	0,7 %
	10 %	
Risque suicidaire	Léger	6 %
	Moyen	2 %
	Elevé	2 %
Insomnie		11 %

Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [93]

Figure 103 : Prévalence des troubles selon le sexe en 2016 à Mayotte



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

Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [93]

En 2019 et selon le PHQ9¹¹⁸, **20 % des habitants de 15 ans ou plus** présentent des **symptômes dépressifs**^{119 120} (22 % chez les femmes et 19 % chez les hommes, 11 % dans l'Hexagone), 17 % en 2016 selon le MINI¹²¹ chez les 18 ans et plus [93], et **6 % des symptômes majeurs**^{122 123} (4 % dans l'Hexagone), notamment les jeunes de **15 à 29 ans**¹²⁴ : 8 % contre 3 % dans l'Hexagone [57] (*Figure 104*). Dans tous les territoires, un niveau de vie plus élevé a un effet protecteur sur la présence de symptômes dépressifs, confirmant l'association entre pauvreté relative et dégradation de la santé mentale [57]. **Une fois contrôlés, le sexe et le niveau de vie, la moins bonne santé mentale des jeunes à Mayotte ne ressort plus** [57].

Chez les 15 ans ou plus, les **troubles du sommeil** sont les plus fréquents à Mayotte : **22 %** de la population, contre 18 % en **France entière** [94]. Les **troubles de l'appétit** sont également importants, **18 %** sont concernés [94]. Les deux symptômes généraux de la dépression y sont aussi plus fréquents : **16 %** des habitants déclarent s'être sentis « **tristes, déprimés ou désespérés** »¹²⁵ et **15 %** estiment avoir eu « **peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses** » [94]. **22 %** de la population évoquent avoir ressenti une **fatigue ou un manque d'énergie**¹²⁶ [94] (*Figure 105*).

¹¹⁷ La dysthymie est un trouble de l'humeur, chronique et persistant, impliquant un spectre dépressif. Elle est moins sévère qu'une dépression clinique.

¹¹⁸ Le PHQ9 est un outil utilisé pour diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression. Plus court que d'autres instruments de dépistage comme le MINI par exemple, il présente l'intérêt de pouvoir être auto-administré. Il est aussi adapté à la DSM IV-R.

¹¹⁹ La dépression constitue un trouble de l'humeur courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

¹²⁰ Pour les épisodes dépressifs modérés, Mayotte se situe au premier rang, devant la Guyane (19 %), la Martinique (17 %), la Guadeloupe (15 %), La Réunion et l'Hexagone [57].

¹²¹ Le MINI se base sur un entretien diagnostique structuré compatible avec les nomenclatures DSM IV-R et CIM-10.

¹²² Sont dits « majeurs » si la personne ressent « plus de la moitié des jours »/« presque tous les jours » au moins cinq des symptômes dont un des deux premiers.

¹²³ Mayotte se situe au second rang, à *ex-aequo* avec la Martinique, derrière la Guyane (7 %) et devant la Guadeloupe, La Réunion et l'Hexagone (4 %) [57].

¹²⁴ La société traditionnelle à Mayotte est l'objet de « changements sociaux fondamentaux : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive et multiplication des habitats insalubres et dépourvus de confort de base » [57]. Les jeunes de moins de 20 ans sont particulièrement exposés à ces mutations sociétales ce qui peut engendrer « des conflits familiaux et sociaux (voire ruptures), des violences physiques/sexuelles, des échecs scolaires, des troubles du comportement et conduites addictives » [57].

¹²⁵ Dans les deux dernières semaines.

¹²⁶ « Plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours ».



ARS MAYOTTE

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

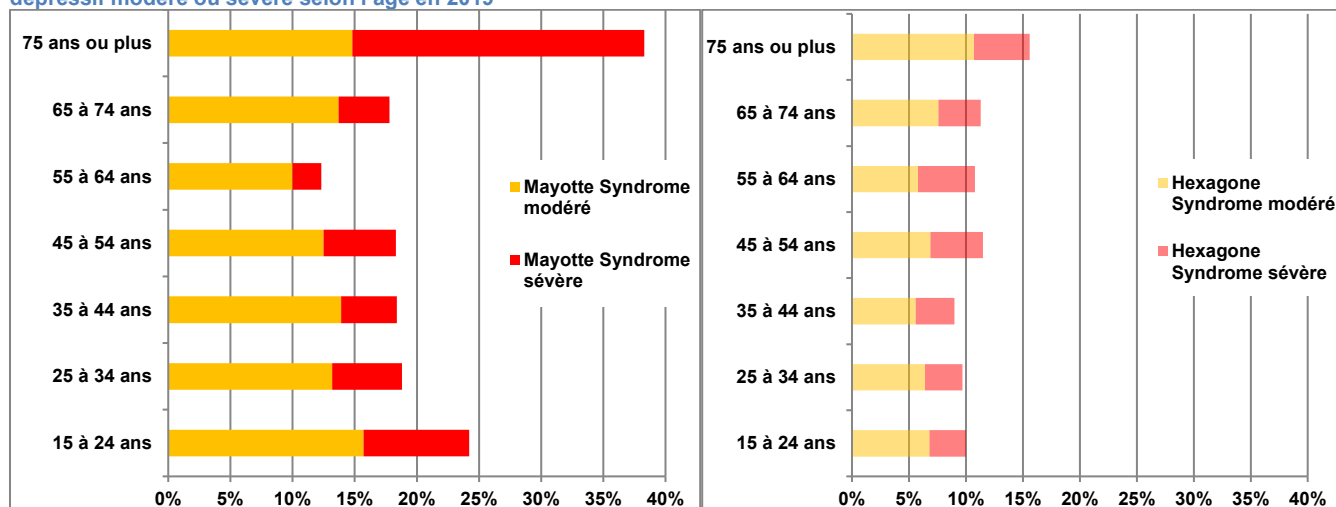
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



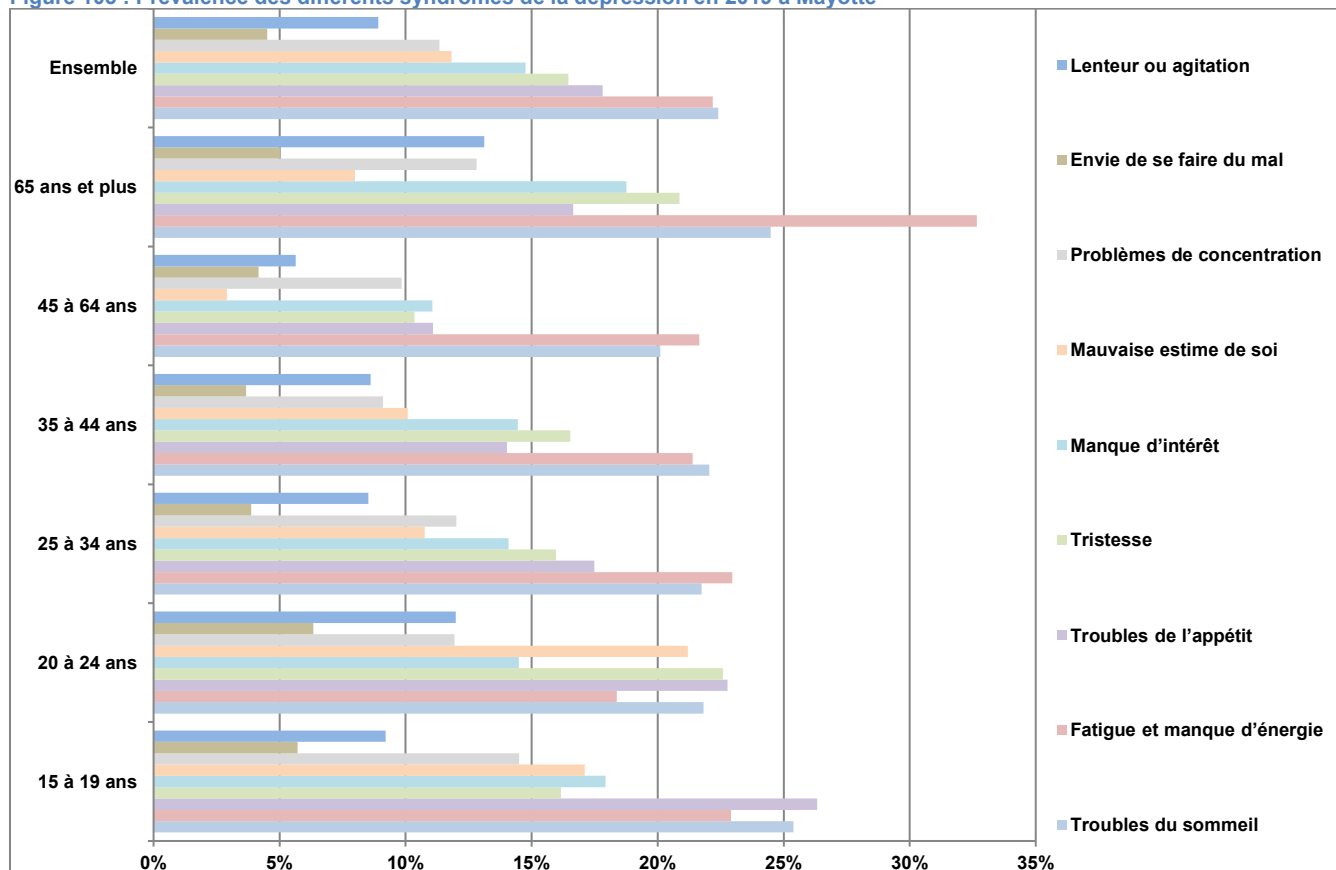
Le niveau de satisfaction de la vie¹²⁷ à Mayotte est faible, avec une moyenne de 5,6 chez les individus sans épisode dépressif (7,1 dans l'Hexagone) [57]. Il baisse de -1 point (4,7) chez ceux avec épisodes dépressifs mais reste en deçà du niveau Hexagonal (5,3) [57].

Figure 104 : Part des habitants de Mayotte (à gauche) et de ceux de l'Hexagone (à droite) présentant un syndrome dépressif modéré ou sévère selon l'âge en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 105 : Prévalence des différents syndromes de la dépression en 2019 à Mayotte



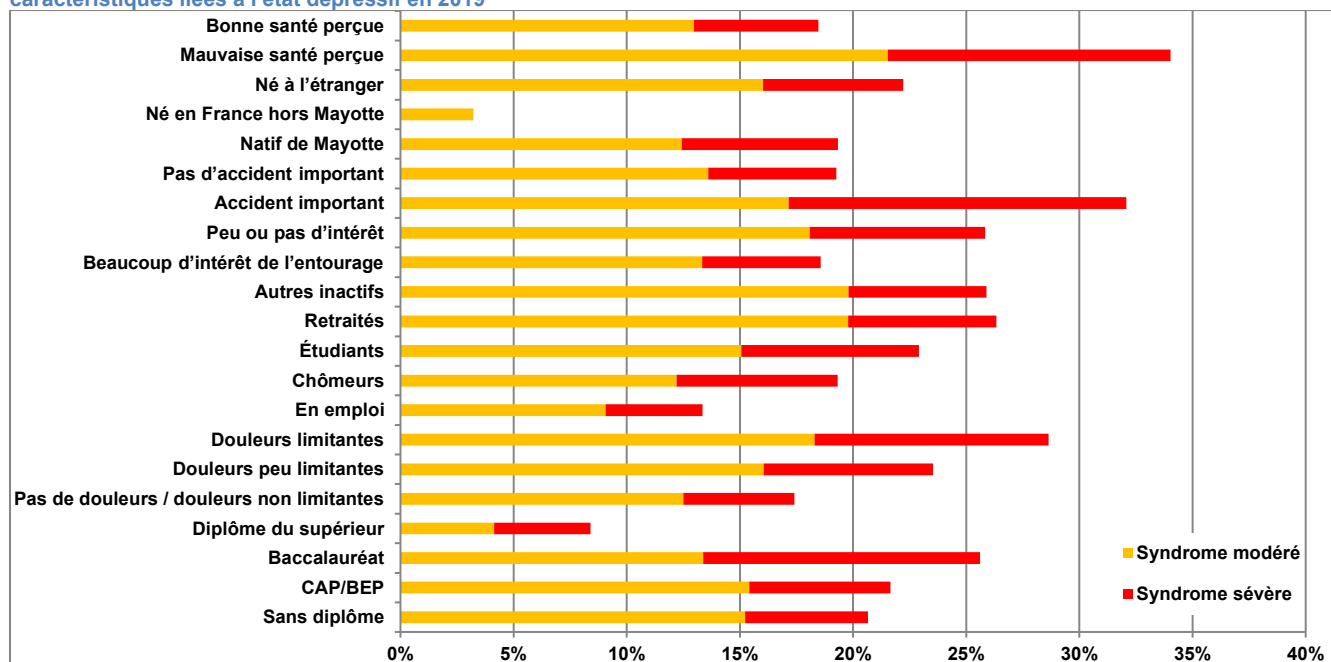
Note : Au moins la moitié des jours pendant les 15 derniers jours.

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

¹²⁷ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe, la Guyane, l'Hexagone (7,1), la Martinique et La Réunion (7,0) [57]. Du fait de l'ampleur de la délinquance, principale préoccupation des habitants de l'île, six habitants sur dix se sentent en insécurité à leur domicile ou dans leur quartier, plus particulièrement les femmes et les victimes de vols/menaces [95] [96].



Figure 106 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré ou sévère selon les caractéristiques liées à l'état dépressif en 2019



Champ : Habitants de 15 ans et plus à Mayotte
Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [94]

Neuf enfants de 10-12 ans¹²⁸ sur dix s'estiment en bonne santé, 90 % chez les garçons et 85 % chez les filles [97]. **Logiquement dépendant de la présence de problème(s) de santé dépisté(s)¹²⁹** par les infirmier(e)s de l'EN : 3 % s'estiment en mauvaise santé chez ceux sans et 26 % pour au moins quatre dépistés. Ce sont toutefois **les filles qui sont les plus affectées** : +33 points (pour l'estimation d'une mauvaise santé) contre +15 points pour les garçons [97].

La **mauvaise qualité des nuits¹³⁰** passées a un fort retentissement, on observe **quatre fois plus de 10-12 ans s'estimant en mauvaise santé** : 37 % contre 9 % chez ceux déclarant avoir bien dormi la veille de l'entretien [97]. Ces problèmes de sommeil peuvent s'identifier par **l'absence du repas du soir**, ils sont alors trois fois plus concernés, et par une **litière précaire** avec un enfant sur dix dormant sur un matelas posé sur le sol ou directement sur le sol (sans matelas) [97]. Un quart des enfants met **40 minutes à deux heures pour aller de son domicile à l'école**, écourtant fortement la durée de leur nuitée [97].

Les problèmes de concentration interpellent : la moitié (55 %) en déclare [97]. Un enfant sur dix se sent mal chez lui ou à l'école, renforcé par un dialogue pas forcément systématique entre lui et ses parents [97].

11 à 12 % des 10 à 12 ans déclarent avoir ressenti « en permanence ou souvent » de la tristesse et de la colère, la moitié de l'apaisement et de la joie au cours des trois derniers jours [97]. En fonction de la précarité, les sentiments de colère et de tristesse ne varient pas, contrairement à ceux d'apaisement (+20 points « rarement ou jamais » chez les plus précaires) et de joie (+12 points) [97]. **Les enfants déclarant la consommation d'une substance psychoactive sont alors plus fréquemment en colère** : 27 % contre 12 % chez ceux n'en consommant pas [97]. On constate par ailleurs que les enfants des familles les moins nombreuses sont ceux qui sont les plus souvent heureux : 86 % « en permanence ou souvent » contre 59 % [97]. Un 10-12 ans sur cent déclare n'avoir ressenti **aucune émotion récemment, cinq fois plus souvent les garçons (2 %) que les filles (0,4 %)** [97]. A contrario, **un quart a ressenti les quatre émotions proposées** (colère, heure, triste et calme), sans distinction du sexe cette fois-ci [97].

En cumulant les différents indicateurs disponibles, il ressort qu'**un enfant sur dix connaît au moins cinq problèmes liés au bien-être** [97]. Le Sud et la Petite-Terre sont les deux régions regroupant le plus d'enfants en situation de mal-être [97].

¹²⁸ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹²⁹ Problème de vue (11 % s'estiment en mauvaise Santé chez les non concernés contre 23 % pour ceux en présentant un), moins de cinq vaccins à jour (9 % contre 12 %), problème bucco-dentaire (8 % contre 20 %), problème auditif (13 % contre 21 %), IMC hors des seuils de normalité (12 % contre 15 %, et plus particulièrement les filles : 6 % contre 22 %) [97].

¹³⁰ En moyenne, les enfants déclarent s'être couchés, la veille de l'entretien, à 20 heures et 5 % après 22 heures. Pour l'heure du levé, en moyenne 5h30 et 5 % entre 3 et 4 heures du matin [97]. 11 % ont dormi moins de 8 heures [97].



Recours aux soins

Le secteur Psychiatrie, seul sur l'île sous pilotage du CHM, a traversé de mai 2020 à juin 2022 des difficultés structurelles et de départs en nombre de ses professionnels. De nombreuses réorganisations de ses services, équipes mobiles et consultations ambulatoires, ont été réalisées pour s'adapter à la situation du moment. Néanmoins et au travers de la dynamique de la validation du PTSM de Mayotte, par l'ARS en 2020, le CHM s'est engagé dans une transformation de son service de psychiatrie en un pôle de Santé Mentale.

En 2023, la densité des psychologues est de **23 professionnels pour 100 000 habitants**, cinq fois inférieure à celle de l'Hexagone (108), et reste stable depuis 2017 (19) [60]. En 2023, **10 lits pour la psychiatrie générale sont disponibles** (stable depuis 2013) [58].

Le **nombre de séjours a doublé** entre 2013 (151) et 2020 (315), cependant il diminue ensuite (-17 %) en 2023 : 263 [58] ([Tableau 26](#)).

Le nombre d'actes, soins et interventions au **CMP** est de 9 997, soit une hausse de 18 % par rapport à 2022, dont **26 %** en psychiatrie **infanto-juvénile** [58].

On observe 2 980 séjours pour l'**unité d'hospitalisation somatique**, en forte hausse de 513 %, dont **aucun** en psychiatrie **infanto-juvénile** [58] ([Tableau 26](#)).

Tableau 26 : Caractéristiques des filières de prise en charge en psychiatrie à Mayotte de 2014 à 2023

Type	Structure	Psychiatrie	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Lits		Générale	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nombre de séjours		Générale	151	170	197	223	230	299	306	315	238	215	263
Nombre d'actes, soins, interventions	CMP	Générale			11 117			6 349	5 024	4 918	3 274	4 949	7 402
		Infanto-juvénile						2 148	1 896	1 143	1 641	3 524	2 575
	Unité de consultation des services de psychiatrie	Générale						374				995	286
		Infanto-juvénile											
	CATTP	Générale						2 995			227	334	1 342
		Infanto-juvénile						243			37	210	279
	A domicile ou en institution substitutive au domicile	Générale						2 495	747			113	275
		Infanto-juvénile							510	252			
	En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	Générale			982				747	964	227	748	2 980
		Infanto-juvénile							87	175	37		
File active – Nombres de patients vus au moins une fois dans l'année		Générale			3 195	2 273		2 641	2 048	2 326	1 262	1 508	1 607
		... dont ambulatoire exclusif			3 043				1 879	2 141	1 095	1 487	1 428
		Infanto-juvénile			516	639			764	671	630	709	603
		... dont ambulatoire exclusif			516				761	662	624	708	595
Mode légal de soins – Nombre de patients		Soins psychiatriques libres			98		62	110	195	151	125	65	97
		Soins psychiatriques Sur décision de représentation de l'état			14		7	19	27	10	8	13	4
		OPP						1					
		Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence			57		13	55	81	56	59	81	112
		Soins psychiatriques pour péril imminent			19		3	7	3	3	17	29	34

Champ : Patients ayant consulté l'une des filières de psychiatrie à Mayotte

Source : SAE [58]

Exploitation : ARS Mayotte – DÉES

En 2024, **145 patients ont été pris en charge à temps complet ou partiel au CHM**, soit une baisse de 11 % vis-à-vis de 2022 [65]. Le taux de recours est alors de 0,0016¹³¹ (0,028 en Hexagone).

De manière générale, sur les trois années disponibles (2022, 2023, 2024), **les hommes représentent 63 % de la filière**, 49 % en Hexagone [65].

L'âge médian chez les femmes est compris entre 35 et 39 ans, de même pour les hommes [65]. 40 à 44 ans pour celles et ceux de l'Hexagone [65]. **Les patients à Mayotte ont tous entre 15 et 62 ans**, le taux de recours est alors nul en dehors de cette classe d'âge, alors qu'il est de 0,0035 chez les Hexagonaux chez les moins de 15 ans et identique chez les 70 ans ou plus [65].

A Mayotte, le taux **augmente** ensuite de 0,0002 chez les **15 à 19 ans** (contre 0,0082 chez les Hexagonaux) à 0,0018 chez les **45 à 49 ans** (contre 0,0083, le pic étant atteint chez les 50 à 54 ans de l'Hexagone), puis il **oscille** autour des 0,001 chez les **50 à 69 ans** (contre 0,0055) [65] ([Figure 107](#)).

¹³¹ Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

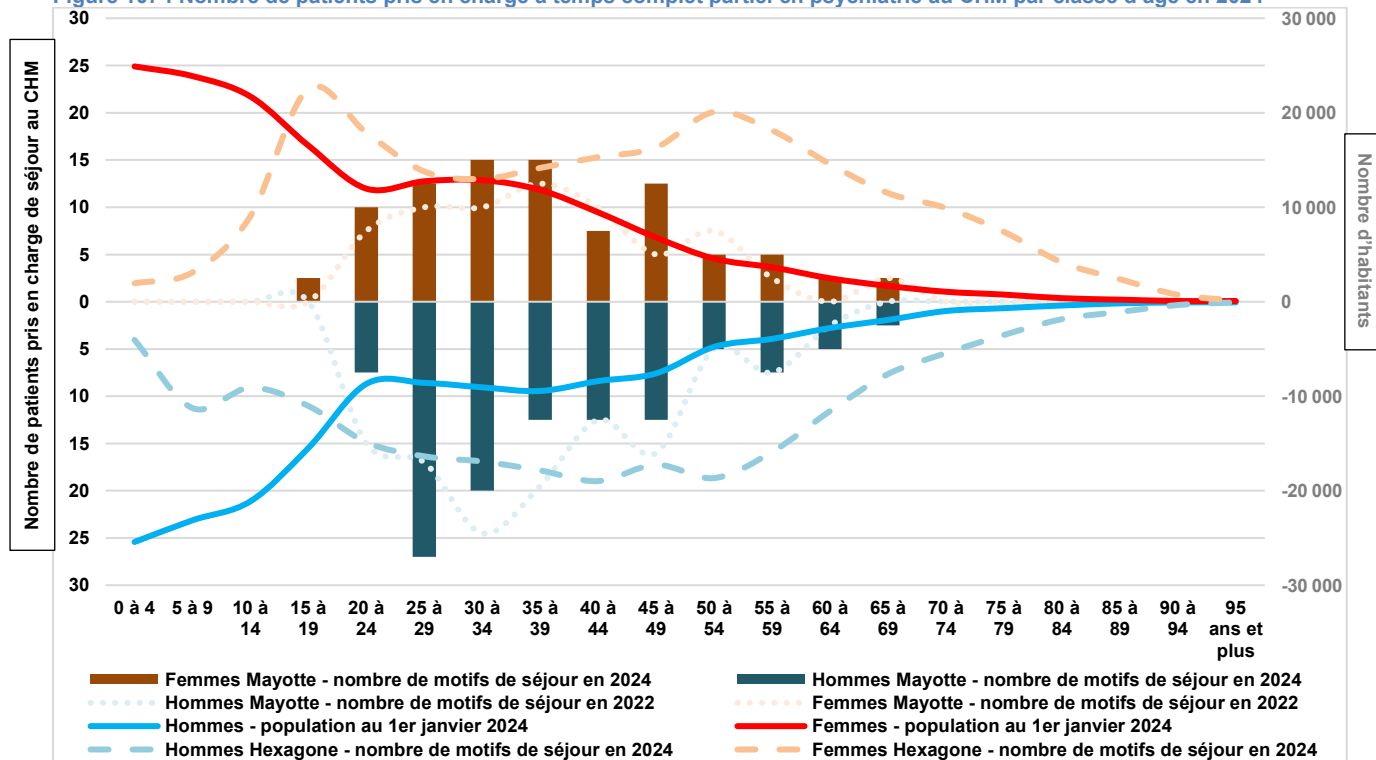
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 107 : Nombre de patients pris en charge à temps complet partiel en psychiatrie au CHM par classe d'âge en 2024



Le recours aux professionnels de la santé mentale est très faible¹³² sur le territoire : 2 % de la population en a consulté un dans l'année (7 % dans l'Hexagone) [94] (Figure 108).

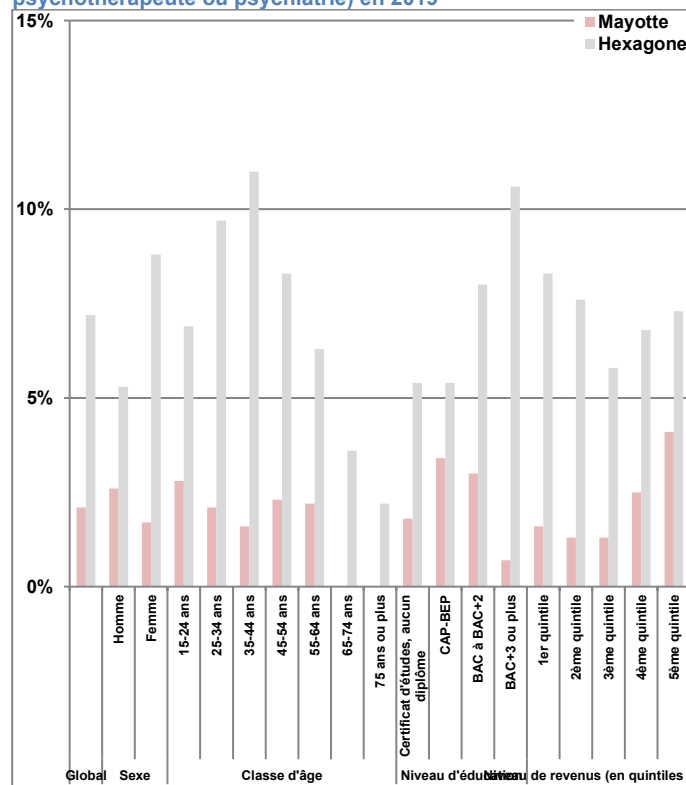
Parmi les personnes de 15 ans ou plus qui **reconnaissent** avoir connu **une dépression** dans l'année, **10 % ont eu recours** à un suivi psychologique ou psychiatrique, soit **cinq fois plus** que ceux qui ne pensent pas avoir souffert de dépression [94].

12 % des habitants ayant eu besoin d'un suivi psychologique dans l'année n'ont pas pu se le payer [94]. De plus, **17 % des personnes qui estiment avoir souffert de dépression** pendant l'année écoulée **ont renoncé à un suivi psychologique** ou ont dû le reporter¹³³ [94].

Une part importante de la population majeure de Mayotte ne bénéficie pas d'une complémentaire santé, ni même de la PUMa ce qui complique l'accès aux soins. On observe d'ailleurs que **44 % des 15 ans ou plus souffrant de dépression ne sont pas couvertes**, contre 34 % pour les autres [94].

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 108 : Taux de consultation à un professionnel de la Santé mentale à Mayotte dans l'année (psychologue, psychothérapeute ou psychiatrie) en 2019



¹³² Le très faible recours aux soins de santé mentale à Mayotte pourrait tout d'abord s'expliquer par le fait que la très grande majorité des personnes souffrant d'un syndrome dépressif n'en ont pas conscience : 23 % des personnes présentant un état dépressif sévère ou modéré, reconnaissent avoir connu une dépression au cours des 12 mois précédant [94].

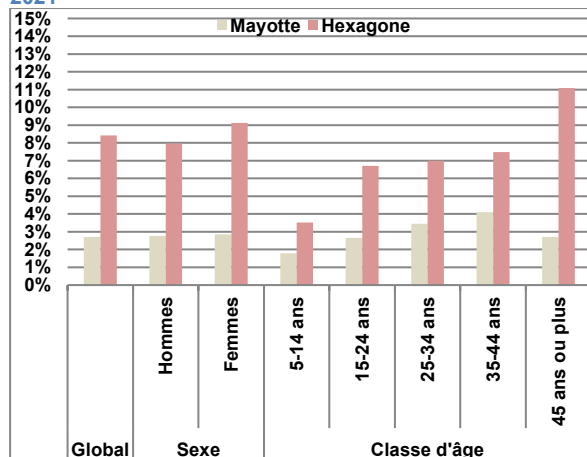
¹³³ 64 % d'entre elles ont ajourné des soins médicaux [94].



En 2021, **3 % de la population** de 5 ans ou plus déclare avoir des **difficultés psychiques ou psychologiques qui perturbent leur vie quotidienne à Mayotte**¹³⁴, contre 8 % dans l'Hexagone [98]. Le taux double entre les 5-14 ans (2 %) et les 35-44 ans (4 %), puis diminue chez les 45 ans ou plus (3 %) [98] (*Figure 109*).

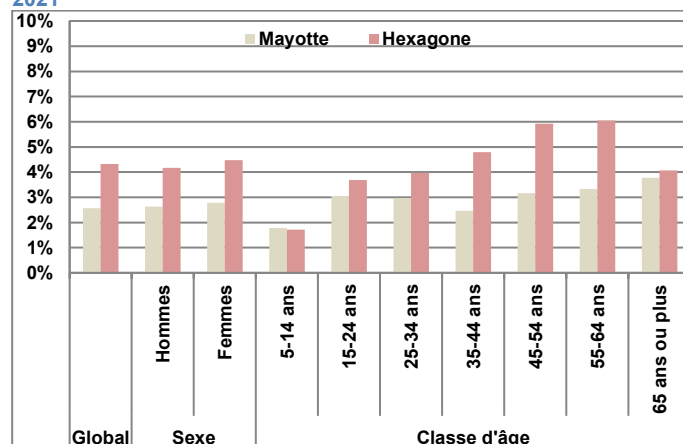
On retrouve une **part similaire d'individus évoquant une hospitalisation dans un service psychiatrique au cours des 10 dernières années**¹³⁵ à Mayotte (3 %). Ce taux est alors **proche** de celui de l'Hexagone (4 %) [98] (*Figure 110*).

Figure 109 : Part des personnes ayant des difficultés psychologique ou psychique selon l'âge et le sexe en 2021



Champ : Habitants de 5 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, *enquête Vie quotidienne et Santé de 2021* [48]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 110 : Part de personnes ayant été hospitalisées dans un service psychiatrique au cours des 10 dernières années en fonction du sexe et de l'âge en 2021



Champ : Habitants de 5 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, *enquête Vie quotidienne et Santé de 2021* [48]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

g) Addictions

Consommation de tabac

En 2024, **27 % des hommes** de 18 ans ou plus de Mayotte déclarent **fumer du tabac**, et **4 % des femmes** du même âge [99].

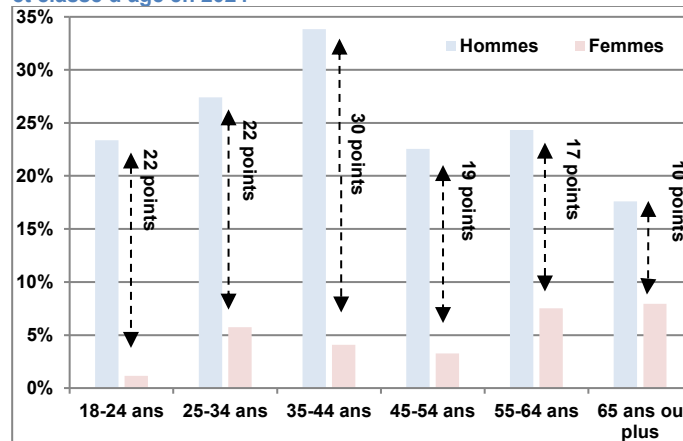
Chez les hommes, ce taux reste **stable** par rapport à 2019 chez les 15 ans ou plus¹³⁶ [57], après avoir baissé de 5 points depuis 2006 [83].

Chez les femmes, il a quasiment **diminué de moitié** : 7 % [57] alors qu'il en était identique en 2006 [83] (*Figure 111*).

Les hommes fument plus fréquemment que les femmes, avec neuf concernés sur dix¹³⁷ déclarant consommer du tabac tous les jours, contre trois quarts des femmes¹³⁸ [99].

Parmi les hommes, **12 % fument plus de vingt cigarettes par jour**¹³⁹ contre **6 % des femmes**¹⁴⁰ [99]. En 2019, les fumeurs de Mayotte de 15 ans ou plus déclarent une **consommation moyenne de 12 cigarettes par jour**, comparable à l'Hexagone (12,4) [57].

Figure 111 : Taux de consommation de tabac par sexe et classe d'âge en 2024



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte
Source : ARS-ORS Mayotte, *enquête d'Observation épidémiologique EpiMay édition 2024* [99]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

¹³⁴ Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière la Guyane (6 %), La Réunion (7 %), l'Hexagone, la Martinique (9 %) et la Guadeloupe (10 %) [56].

¹³⁵ Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière l'Hexagone, la Martinique et La Réunion (4 %), la Guadeloupe et Guyane (5 %) [56].

¹³⁶ 27 % des hommes et 21 % des femmes de 15 ans ou plus en France Hexagonale [56].

¹³⁷ 92 %, 4 % deux à trois fois par semaine, 3 % quatre à six fois par semaine, 1,4 % deux à quatre fois par mois, 0,8 % une fois par mois ou moins [99].

¹³⁸ 74 %, 8 % quatre à six fois par semaine, 8 % deux à quatre fois par semaine, 8 % quatre à six fois par semaine, 3 % deux à quatre fois par mois, 8 % une fois par mois ou moins [99].

¹³⁹ 18 % onze à vingt et 82 % moins de dix [99].

¹⁴⁰ 21 % onze à vingt et 65 % moins de dix [99].



Les **taux de fumeurs quotidiens restent stables depuis cinq ans** : 24 % des hommes et 3 % des femmes en 2024 [99], contre 19 % et 5 % respectivement en 2019^{141 142 143 144} [57].

En 2019, **6 %** des habitants se définissaient comme d'**ancien fumeur d'un an au moins**¹⁴⁵ (12 % chez les hommes et 2 % chez les femmes), contre 31 % dans l'Hexagone [57]. **La cigarette électronique restait marginalement utilisée** : 1 %, trois fois moins que dans l'Hexagone (3 %), et 92 % n'y ont jamais eu recours (84 % dans l'Hexagone) [57]. Cette même année, les enfants de **10-12 ans**¹⁴⁶ sont **2 %** à avoir déjà consommé du **tabac** (9 % dans l'Hexagone) [64].

En 2024, parmi les fumeurs quotidiens, **66 % des femmes**¹⁴⁷ et **68 % chez les hommes**¹⁴⁸ ont **essayé d'arrêter** sans succès [99]. **16 %** des fumeurs estiment que leur habitude **pose problèmes** à eux-mêmes ou aux autres¹⁴⁹, un sentiment plus prononcé chez les hommes (17 % contre 9 % chez les femmes)¹⁵⁰, et chez les 25 à 34 ans plus (20 %) par rapport aux autres classes d'âges¹⁵¹ [99]. Les déclarations sur les problèmes liés au tabagisme varient selon la situation familiale [99]. Ainsi, parmi les **personnes vivant seules**, **9 %** estiment que cela pose un problème, et **3 %** n'en sont pas sûr [99]. En revanche, les personnes en **couple sans enfant** (respectivement **22 % et 3 %**), **en couple avec enfant** (**16 % et 8 %**), les **familles monoparentales** (**17 % et 11 %**) et les **ménages complexes** (**29 % et 7 %** sans certitude) sont plus nombreux à signaler ce problème [99].

Il s'agit principalement de problèmes liés à leur **santé**, mentionnés par **77 %** des fumeurs de 35 ans et plus, suivis par les **problèmes familiaux ou conjugaux** (**55 %**) et enfin les **problèmes sociaux** (14 %). Ces derniers étant déclarés exclusivement par les fumeurs âgés de 35 à 54 ans [99].

Sur la période de 2020 à 2022, **35 décès en moyenne par an sont imputables à la consommation de tabac**, dont 9 étaient attribuables au cancer du poumon [69]. A structure de population équivalente, le taux de décès est **3 fois plus faible** que dans l'Hexagone sur la période de 2020 à 2022 [69].

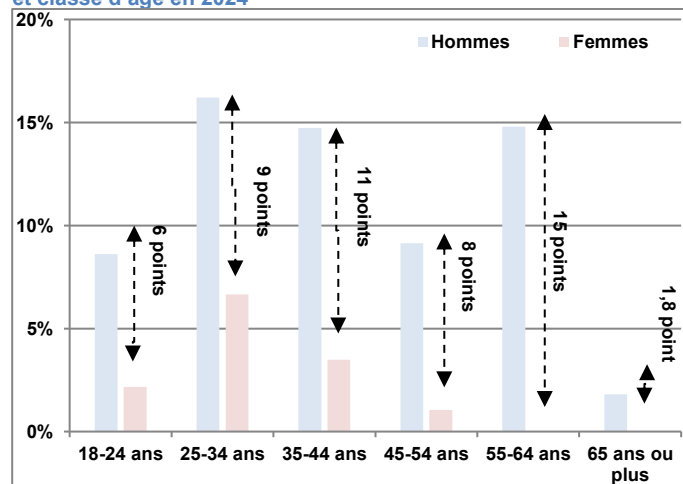
Consommation d'alcool

En 2024, chez les **hommes**, **13 %** déclarent consommer de l'alcool, et **3 %** chez les **femmes** [99]. Quel que soit le sexe, le pic de consommation se situe entre **25 et 34 ans** (16 % des hommes et 6 % des femmes) [99] (*Figure 112*).

Le revenu joue un rôle : seulement **5 % des foyers à moins de 410€/m/UC** consomment de l'alcool, contre **13 %** pour les foyers **plus aisés**¹⁵² [99]. Les **hommes** de 18 à 64 ans déclarant une consommation d'alcool sont **20 %** à en boire plus de **deux à trois fois par semaine** [99], soit **7 points au-dessus** de ceux de 18-69 ans en **2019** [100].

Ils sont alors beaucoup moins à en consommer une fois par mois ou moins : respectivement 16 % en 2024 et 33 % en 2019, se substituant à une consommation deux à trois fois par semaine également plus importante : 39 % et

Figure 112 : Taux de consommation d'alcool par sexe et classe d'âge en 2024



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte
Source : ARS-ORS Mayotte, enquête d'Observation épidémiologique EpiMay édition 2024 [99]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

¹⁴¹ En Hexagone : 22 % chez les hommes, 16 % chez les femmes [57].

¹⁴² Tout sexe confondu, Mayotte se situe au troisième rang (11 %), derrière l'Hexagone (19 %) et La Réunion (16 %), et devant la Guyane, la Guadeloupe (10 %) et la Martinique (9 %) [57].

¹⁴³ En 2023, un adulte sur dix déclare que lui-même ou une personne du foyer fume à l'intérieur et au milieu du logement, dont 6 % souvent [110]. Lorsque cette situation se produit, 55 % déclarent que la personne fume en présence de l'un des adultes non-fumeurs du logement (dont 26 % souvent), et 29 % en présence de l'un de ses enfants (dont 10 % souvent) [110]. En 2019, le tabagisme passif concernait déjà une part similaire d'individus : 10 % des individus, contre 13 % dans l'Hexagone [57].

¹⁴⁴ En 2022, près de 40 tonnes de produits de tabacs ont été importés à sur l'île, soit une baisse de 30 % par rapport à 2021. Cette baisse s'inscrit dans la continuité d'une réduction majeure de 55 % des importations observée entre 2015 et 2020 [199].

¹⁴⁵ 9 % en 2006 [199].

¹⁴⁶ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹⁴⁷ 64 % chez celles s'estimant dépendantes, 69 % chez les autres [99].

¹⁴⁸ 66 % chez ceux s'estimant dépendants, 73 % chez les autres [99].

¹⁴⁹ 5 % déclarent ne pas savoir si c'est le cas ou non [99].

¹⁵⁰ Respectivement 4 % et 10 % ne savent pas [99].

¹⁵¹ 16 % chez les 18 à 24 ans, 15 % chez les 35 à 55 ans, 14 % chez les 45 à 54 ans, 9 % chez les 55 à 64 ans et 10 % chez les 65 ans ou plus [99].

¹⁵² Revenu du ménage supérieur à 740€/m/UC.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



26 %¹⁵³ [100] [99]. Alors que **chez les femmes**, ces fréquences de consommations sont restées **stables** (4 % en 2024 et 3 % en 2019 [100]) [99]. Pour autant, **elles boivent à des rythmes un peu plus importants**, 50 % une fois par mois ou moins en 2024 et 60 % en 2019, respectivement 17 % deux à **trois fois par semaine** et 13 %¹⁵⁴ [100] [99].

Tout sexe confondu, **un quart** des adultes **buvant tous les jours** prennent **dix verres ou plus par jours**, la moitié boit entre trois et dix verres et un sur dix en consomme un à deux verres [99].

Seulement 5 % des consommateurs quotidiens d'alcool estiment être dépendants, et cette proportion grimpe à **10 %** chez ceux qui boivent **au moins trois à quatre verres par jour** [99]. Paradoxalement, les adultes qui ne se considèrent pas dépendants sont les plus nombreux à avoir tenté d'arrêter, bien qu'ils n'y soient pas parvenus : près de 80 %, soit presque deux fois plus que ceux qui admettent une dépendance (30 %) [99]. Parmi ces **tentatives d'arrêt**, **57 % ont duré plus de six mois**. Enfin, **10 % des consommateurs d'alcool reconnaissent que leur consommation crée des problèmes** [99].

En 2019 et chez les enfants de 10-12 ans¹⁵⁵, 2 % ont déjà connu une consommation d'alcool (59 % dans l'Hexagone) [64].

Entre 2020 et 2022, la consommation **d'alcool** était responsable en moyenne de 8 décès par an [69]. Parmi eux, **3 décès** annuels étaient liés à un abus d'alcool (y compris les psychoses alcooliques) [69]. À **structure de population équivalente**, le taux de décès pour abus d'alcool à Mayotte est de **1,1 fois plus faible** que dans l'Hexagone sur cette période [69].

Consommation de drogues

En 2024, **5 % des hommes** de 18 ans ou plus déclare consommer de la drogue, contre **0,2 % des femmes** du même âge [99]. L'usage de drogues est plus fréquent chez les jeunes adultes, notamment ceux de **18 à 24 ans**, où **9 %** en font usage, et ce taux diminue avec l'âge¹⁵⁶ [99]. **Les plus fortunés**¹⁵⁷ **sont dix fois plus consommateurs que les moins aisés**, respectivement 6 % et 1,2 %¹⁵⁸ [99].

Parmi les consommateurs, **15 % refusent de préciser leur fréquence** de consommation, tandis **qu'un quart** indique prendre des substances psychotropes entre **quatre et six fois par semaine, voire tous les jours**¹⁵⁹ [99]. Chez ces derniers, la moitié ne souhaite pas s'exprimer sur la quantité prise, tandis que 22 % déclarent une consommation quatre à sept fois par jour et 34 % deux à trois fois [99].

Les plus gros consommateurs ne sont qu'un sur cinq à se dire dépendant, tous ayant essayé d'arrêter sans y parvenir [99]. **La totalité des consommateurs de stupéfiants**, quel que soit leur fréquence de consommation, **estime que cela n'est pas un problème pour eux-mêmes ou leur famille** [99].

Les drogues les plus ouvertement déclarées sont le bangué¹⁶⁰ (65 %), notamment les femmes et les 25 à 44 ans, puis l'herbe de Marijuana (23 %), principalement les hommes et les 45 à 64 ans, et le shit (19 %)¹⁶¹, à nouveau les femmes et les 45 à 64 ans [99]. **14 % des consommateurs** évoquent également deux autres produits sans plus de précision¹⁶² [99].

Consommation de cannabis

En ce qui concerne le **cannabis**, **3 %** des adultes en 2024 présentent dans leur sang des traces de THC les classant **consommateurs chroniques**, **0,8 %** comme consommateurs **non chroniques ayant pris du cannabis récemment**, et **1,4 %** sont des **anciens consommateurs** (chroniques ou non chroniques) [99].

Les profils des consommateurs chroniques sont alors : les **hommes** (6 % contre 0,2 % chez les femmes), **les plus jeunes** (5 % chez les 18 à 24 ans, puis 3 % chez les 25 à 44 ans puis 1,3 % chez les 45 à 64 ans et 0,9 % chez les 65 ans ou plus), les **mieux insérés socialement** (5 % des emplois formel contre 2 % des chômeurs ou sans emplois), aux **meilleurs revenus** (4 % pour ceux appartenant à des ménages ayant 740 €/m/UC contre 2 % pour inférieur à 410 €/m/UC) [99] (*Figure 113*).

¹⁵³ La part de deux à quatre fois par mois restant très proches : 25 % en 2024 et 26 % en 2019 [100].

¹⁵⁴ La part de deux à quatre fois par mois restant très proches : 27 % en 2024 et 24 % en 2019 [100].

¹⁵⁵ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹⁵⁶ La moitié des concernés évoque un début de consommation à 21 ans [99].

¹⁵⁷ Supérieurs à 740€/m/UC.

¹⁵⁸ 2 % de ceux ayant un revenu compris entre 410 et 740€/m/UC [99].

¹⁵⁹ 35 % pour deux à trois fois par semaine [99].

¹⁶⁰ Appelé pied de cannabis également.

¹⁶¹ La somme de ces trois pourcentages ne fait pas 100 % car il s'agissait d'une question à choix multiples.

¹⁶² Dont 8 % la chicha qui fait plus référence à un mode de consommation, mettant en évidence la méconnaissance des substances illicites consommées [99]. De même pour les autres (7 %) qui citent alors de manière générale les « joints » [99].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



En 2019, l'**expérimentation** de **cannabis**¹⁶³ au cours de sa vie était déclarée par **3 % des mineurs** (5 % des garçons et 1 % des filles) [100].

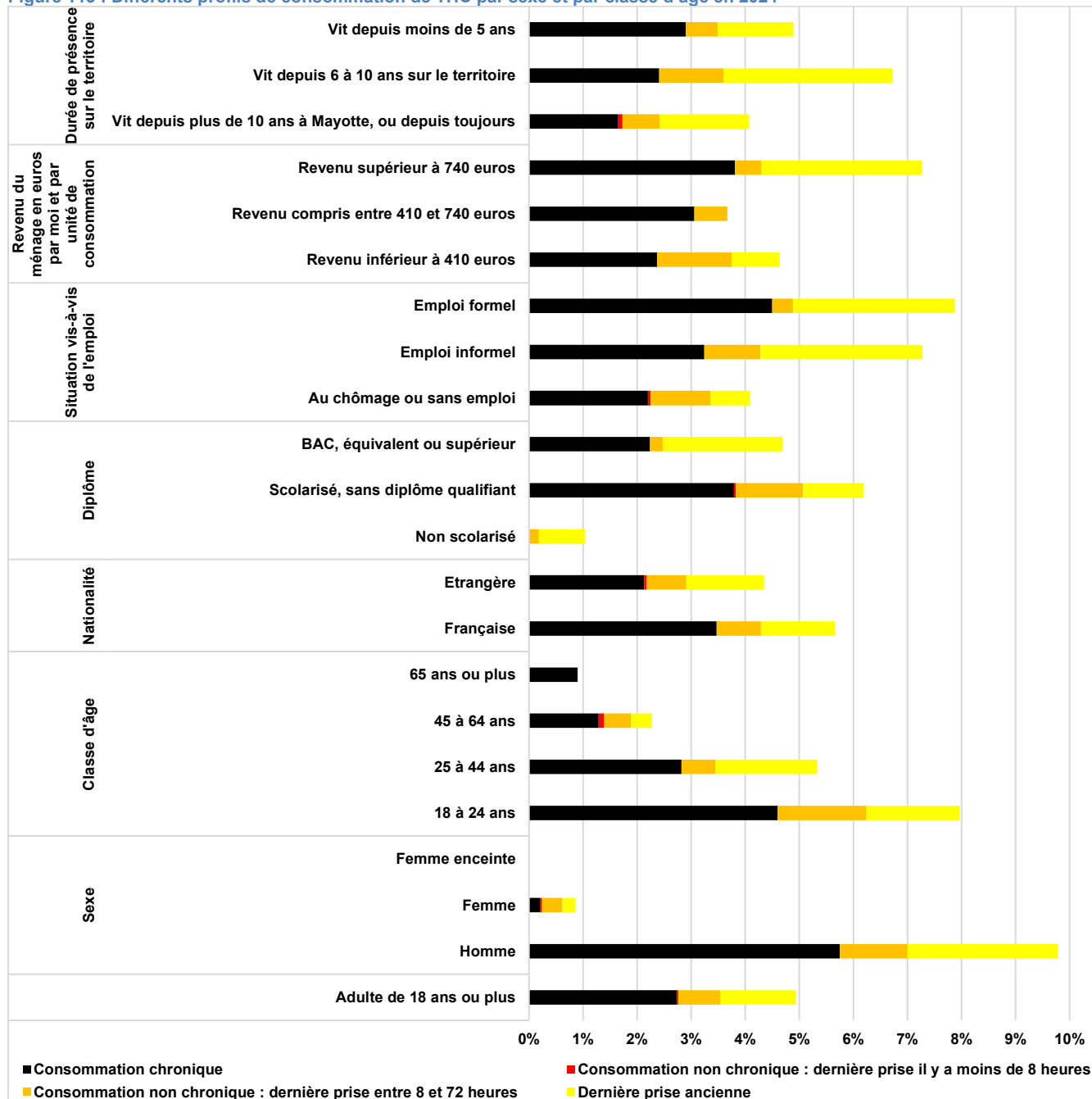
2 % déclarent alors une **consommation dans l'année** (2 % des garçons et 1 % des filles) [100].

Celle **dans le mois** l'est par **1 %** d'entre eux (2 % des garçons et moins de 1 % des filles) [100].

De plus cette même année, l'**accès au cannabis était jugé** par les adultes comme **facile** (8 %) **ou très facile** (56 %) **pour la très large majorité** en ayant déjà consommé [100].

Enfin, en 2024, la consommation de **CBD**¹⁶⁴ autorisé et disponible en vente libre est retrouvée chez 9,8 individus sur 1 000 à Mayotte.

Figure 113 : Différents profils de consommation de THC par sexe et par classe d'âge en 2024



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS-ORS Mayotte, enquête d'Observation épidémiologique EpiMay édition 2024 [99]

Exploitation : ARS de Mayotte - DéES

¹⁶³ Couramment appelé bangué.

¹⁶⁴ Le CBD a une faible affinité pour les récepteurs cannabinoïdes de type 1 mais exerce une action complexe à l'intérieur et au-delà du système cannabinoïde. Il possède des propriétés anxiolytiques, relaxantes ou sédatives, mais pas de pouvoir addictogène. Pour autant, en 2025 l'Anses a identifié le CBD comme substance présumée toxique pour la reproduction chez l'être humain [101].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Consommation de chimique¹⁶⁵

L'expérimentation de la chimique a été déclarée par **5 % des hommes et moins de 1 % des femmes de 15-69 ans** [100]. Elle est particulièrement importante chez les jeunes hommes de 18-29 ans (4 %) et les filles de 15-17 ans (0,2 %) [100].

En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**¹⁶⁶ : **quatre sur mille** déclarent consommer de la chimique, et parmi les autres 2 % s'en sont vus proposer [64].

Autres psychotropes

En 2024, la **prévalence de la consommation de cocaïne**¹⁶⁷ est de **1,1 adulte de 18 ans ou plus sur 1 000**, et celle de l'opiacé codéiné de 1,8 habitant sur 1 000 [99].

La même année, il n'a été retrouvé aucun des dérivés¹⁶⁸ des opiacés ni des amphétamines¹⁶⁹, indiquant alors soit leur absence soit une circulation à très bas bruit à Mayotte [99].

h) Associations

Afin de mener à bien ses missions, notamment de prévention, **l'ARS travaille avec de nombreuses associations présentes sur le territoire**.

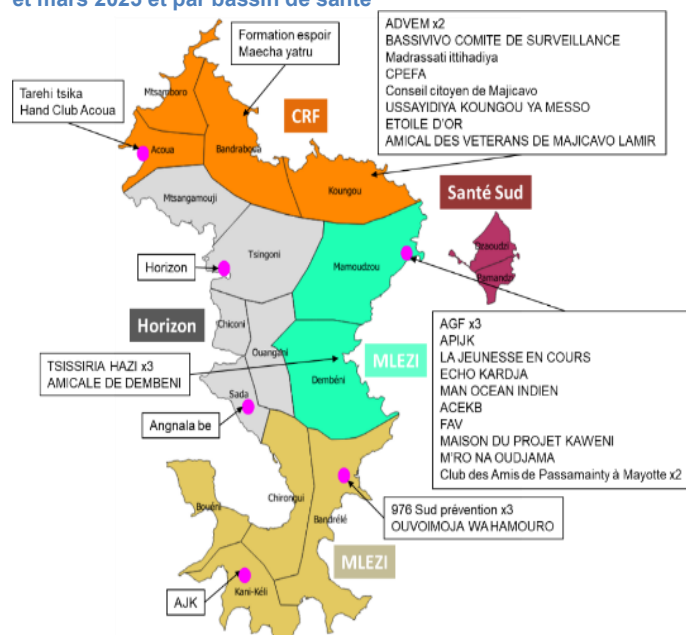
Il s'agit notamment de **structures bénévoles qui agissent en mobilisant le FIC**.

Bien que **principalement concentrées dans la commune de Mamoudzou**, elles sont réparties sur l'ensemble du territoire et permettent ainsi à l'ARS d'**intervenir sur l'ensemble du territoire** de Mayotte.

Sur l'année 2024, 34 % des actions financées par le FIC sont en lien avec la **sensibilisation** et la **lutte épidémique**, 30 % pour l'**eau** et l'**assainissement**, 29 % pour la gestion des **déchets** et le **nettoyage**, 6 % pour la **nutrition** et le **sport** et 1 % sur la santé sexuelle, l'aide à la mobilité, etc.

Il s'agit au total de 266 initiatives financées, 82 collectifs et associations mobilisés, 95 639 bénéficiaires directs et 6 865 bénévoles mobilisés.

Figure 114 : Association sollicitant le FIC entre janvier et mars 2025 et par bassin de santé



Source : ARS Mayotte – DSP

11 – Handicap

a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte

En 2021, **11 % de la population de 15 ans ou plus déclarent des restrictions d'activité depuis au moins 6 mois à Mayotte contre 20 % dans l'Hexagone** [48] (Figure 115).

Ces résultats sont liés à la jeunesse de la population de Mayotte. À structure d'âge comparable avec l'Hexagone et en 2019, la part des restrictions d'activité y est **plus élevée à Mayotte**¹⁷⁰ (28 %) [57].

¹⁶⁵ Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [102]. Un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [102]. Ces individus sont parfois initiés dès 10-12 ans, à la consommation par des pairs et notamment via le phénomène des bandes d'adolescents et de jeunes adultes très présents dans l'île [102]. L'âge le plus jeune recensé de consommation est de 9 ans [102].

¹⁶⁶ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹⁶⁷ Ont été recherchés dans les prélèvements sanguins réalisés : la ecgonine méthyl-ester, la benzoylecgonine et la cocaéthylène.

¹⁶⁸ Ont été recherchés dans les prélèvements sanguins réalisés : la morphine et le 6-monoacétylmorphine (6MAM), le métabolite caractéristique de la consommation d'héroïne.

¹⁶⁹ Ont été recherchés dans les prélèvements sanguins réalisés : l'amphétamine, la métamphétamine, la 3,4-méthylènedioxyamphétamine (MDA), la 3,4-méthylènedioxy-N-éthylamphétamine (MDEA) et la 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine (MDMA ou ecstasy).

¹⁷⁰ Sans standardisation, et pour la déclaration de restrictions d'activité, Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière l'Hexagone et la Martinique (32 %), la Guadeloupe (30 %), La Réunion (22 %) et la Guyane (20 %) [57]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la troisième place (28 %), à égalité avec la Guyane devant La Réunion (24 %) et l'Hexagone, derrière la Martinique (30 %) et la Guadeloupe (29 %) [57].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



En 2016 et chez les 18-79 ans, les hommes (20 %) et femmes (16 %) natifs de l'étranger déclarent être limités dans leur activité depuis au moins 6 mois dans des proportions plus importantes que les natifs de Mayotte (12 %) [52].

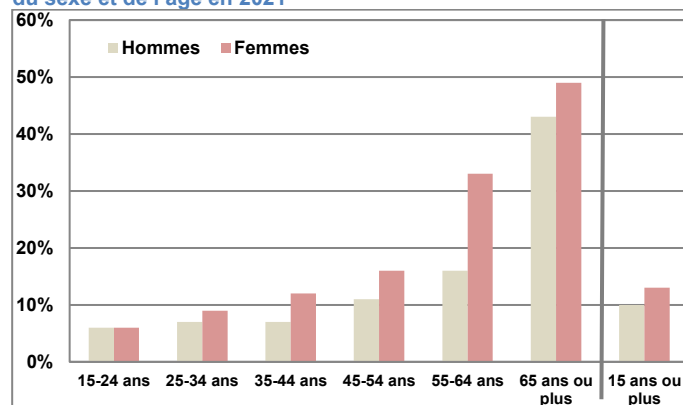
Dès 45 ans, les déclarations deviennent particulièrement fréquentes : 34 % chez les femmes natives de l'étranger de 45-59 ans puis 66 % chez celles de 60 ans ou plus et 59 % chez les hommes natifs de l'étranger de 60 ans ou plus ; 41 % chez les femmes natives de Mayotte et 35 % chez les hommes natifs de Mayotte [52].

Chez les plus jeunes, la situation des hommes natifs de l'étranger de 18-24 ans interpelle avec un taux de 30 % [52] (Figure 116).

En 2021, dès 55 ans, les habitants de Mayotte sont souvent limités voire handicapés dans certaines activités de la vie de tous les jours [48]. Leur motricité est affectée : 24 % d'entre eux rencontrent de fortes difficultés à gravir quelques marches d'un escalier ou marcher 500 mètres sur terrain plat (13 % dans l'Hexagone) [48] (Figure 117).

Ils sont aussi plus souvent atteints de déficiences sensorielles : 12 % éprouvent beaucoup de difficultés pour voir (5 % dans l'Hexagone). Ils évoquent aussi des troubles de l'attention : 9 % ont beaucoup de mal à se concentrer ou à se souvenir, contre 5 % dans l'Hexagone [48] (Figure 118).

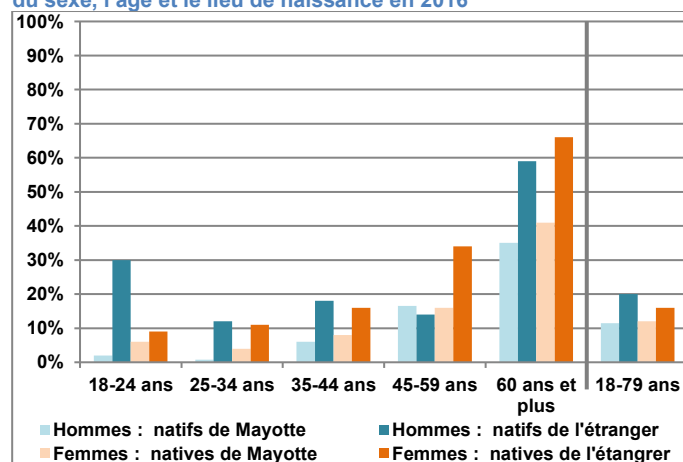
Figure 115 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe et de l'âge en 2021



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [48]

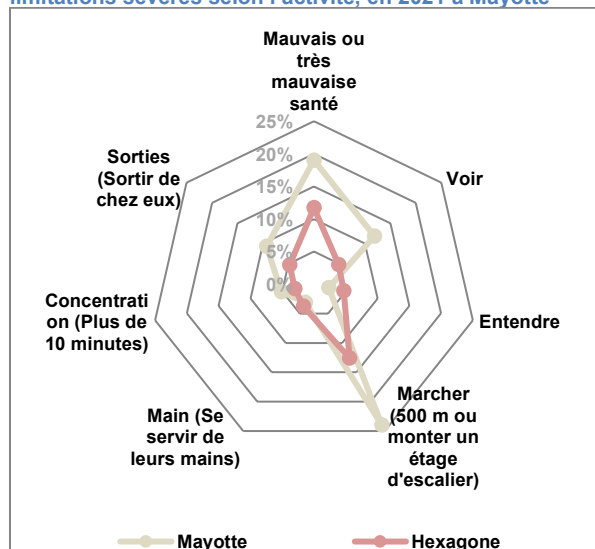
Figure 116 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe, l'âge et le lieu de naissance en 2016



Champ : Habitants de 18-79 ans à Mayotte

Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [52]

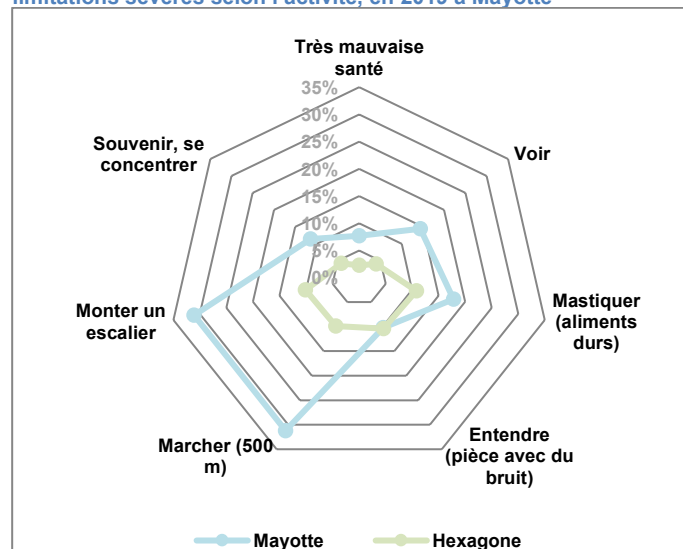
Figure 117 : Part des personnes de 55 ans ou plus se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères selon l'activité, en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 55 ans ou plus à Mayotte se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [48]

Figure 118 : Part des personnes de 55 ans ou plus se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères selon l'activité, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 55 ans ou plus à Mayotte se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères

Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [62]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 27 : Part des différentes limitations fonctionnelles par profil de population, en 2019 à Mayotte

Personnes présentant une limitation...		Global	Sexe		Classe d'âge							Niveau d'éducation				Niveau de revenus (en quintiles locaux)				
			Hom.	Fem.	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 ou +	Certificat d'études, aucun diplôme	CAP-BEP	BAC BAC+2	≥ BAC+3	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}
... * fonctionnelle(s) physique(s) et sensorielle(s) et leur niveau de sévérité (**)	Modérée	35%	33%	37%	31%	34%	34%	48%	41%	37%	14%	35%	37%	36%	35%	33%	34%	32%	37%	39%
	Sévère	25%	22%	28%	6%	7%	7,9+%	16%	29%	47%	81%	32%	6%	7%	7%	21%	35%	34%	19%	12%
... de la fonction visuelle et son niveau de sévérité	Modérée	28%	26%	29%	17%	15%	19%	33%	34%	43%	33%	30%	19%	21%	21%	27%	30%	29%	27%	24%
	Sévère	9%	10%	9%	3%	1,5%	3%	8%	11%	12%	31%	11%	3%	2%	2,0%	8%	13%	10%	7%	5%
... * fonctionnelle(s) physique(s), sensorielle(s) ou intellectuelle(s) et leur niveau de sévérité (**, difficultés de mémorisation ou de concentration)	Modérée	36%	33%	39%	34%	38%	37%	48%	42%	35%	12%	36%	41%	39%	36%	36%	35%	34%	37%	41%
	Sévère	27%	25%	29%	8%	8%	11%	19%	30%	50%	84%	34%	8%	8%	8%	22%	37%	36%	23%	13%
... de la fonction auditive (***) dans un environnement silencieux et son niveau de sévérité	Modérée	9%	10%	8%	4%	6%	3%	5%	8%	17%	22%	10%	4%	5%	8%	6%	13%	10%	7%	5%
	Sévère	3%	3%	3%	0,5%	1,0%	0,2%	2%	1,1%	1,5%	18%	4%	0,3%	0%	0%	4%	5%	2%	1,2%	1,6%
... de la fonction auditive (***) dans un environnement bruyant et son niveau de sévérité	Modérée	25%	22%	27%	21%	18%	18%	24%	29%	34%	32%	26%	25%	16%	18%	23%	30%	25%	20%	23%
	Sévère	7%	8%	6%	1,3%	1,8%	0,6%	4%	5%	11%	32%	9%	0,8%	0,4%	0,9%	6%	12%	7%	5%	2%
... de la fonction auditive (***) dans un environnement silencieux et/ou bruyant et son niveau de sévérité	Modérée	25%	24%	27%	22%	19%	19%	24%	31%	34%	31%	27%	26%	19%	19%	23%	31%	25%	22%	23%
	Sévère	7%	8%	6%	1,5%	2%	0,6%	5%	5%	11%	34%	9%	1,1%	0,4%	0,9%	7%	12%	8%	5%	3%
... de la mobilité (marcher 500m sur terrain plat sans aide) et son niveau de sévérité	Modérée	12%	10%	14%	6%	7%	8%	14%	16%	22%	12%	14%	6%	7%	9%	12%	13%	14%	13%	8%
	Sévère	17%	15%	19%	1,4%	3%	4%	5%	20%	33%	75%	23%	2%	2%	3%	13%	26%	27%	11%	6%
... de la mobilité (monter ou descendre des escaliers de 12 marches) et son niveau de sévérité	Modérée	14%	11%	17%	5%	7%	10%	16%	23%	24%	10%	16%	7%	6%	8%	10%	18%	14%	16%	8%
	Sévère	18%	17%	20%	1,7%	4%	3%	7%	16%	41%	77%	24%	2%	5%	1,3%	16%	25%	29%	12%	6%
... de la mobilité (marcher 500m sur terrain plat sans aide ou monter/descendre des escaliers de 12 marches) et son niveau de sévérité	Modérée	15%	13%	18%	7%	9%	13%	18%	22%	26%	10%	18%	10%	8%	8%	13%	17%	17%	18%	10%
	Sévère	21%	18%	23%	3%	5%	5%	8%	22%	43%	79%	26%	3%	5%	4%	17%	30%	30%	14%	7%
... des difficultés de concentration ou de mémorisation et son niveau de sévérité	Modérée	19%	18%	19%	14%	13%	15%	18%	21%	25%	30%	20%	20%	11%	12%	20%	23%	22%	17%	11%
	Sévère	8%	9%	8%	2%	1,7%	4%	5%	4%	14%	35%	11%	3%	0,8%	0,4%	7%	12%	10%	8%	3%

Note : * ou des. ** difficultés de vision, difficultés d'audition en milieu silencieux ou bruyant, difficultés pour marcher 500m, difficultés pour monter ou descendre des escaliers d'une douzaine de marches. *** entendre ce qui est dit dans une conversation avec une autre personne.

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees, Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [56]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Un individu sur deux de 15 ans ou plus déclare en 2019 être atteint de douleur physique, ce qui est plus important que dans l'Hexagone : 49 % contre 40 % [56].

Pour 9 % des habitants de Mayotte le niveau d'intensité est estimé comme **fort voire très fort**, équivalent à l'Hexagone : 10 % [56].

Toutefois, **à structure de population équivalente**, si le taux global devient équivalent à l'Hexagone, celui pour une intensité forte voire très forte **devient 1,6 fois plus important**¹⁷¹ [56].

En effet, les taux par classe d'âge demeurent proches de l'Hexagone pour les moins de 65 ans. Au-delà, **ils deviennent au moins deux fois supérieurs pour Mayotte** : 25 % contre 12 % dans l'Hexagone chez les 65-74 ans et 53 % contre 20 % chez les 75 ans ou plus (*Figure 119*).

¹⁷¹ Sans standardisation, et pour la déclaration de douleurs fortes voire très fortes, Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière la Martinique (18 %), la Guadeloupe (16 %), La Réunion (12 %) et la Guyane (10 %) [57]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la seconde place (16 %), à égalité avec la Guadeloupe, devant La Réunion (13 %) et l'Hexagone, la Guyane (14 %) et derrière la Martinique (17 %) [57].



ARS MAYOTTE

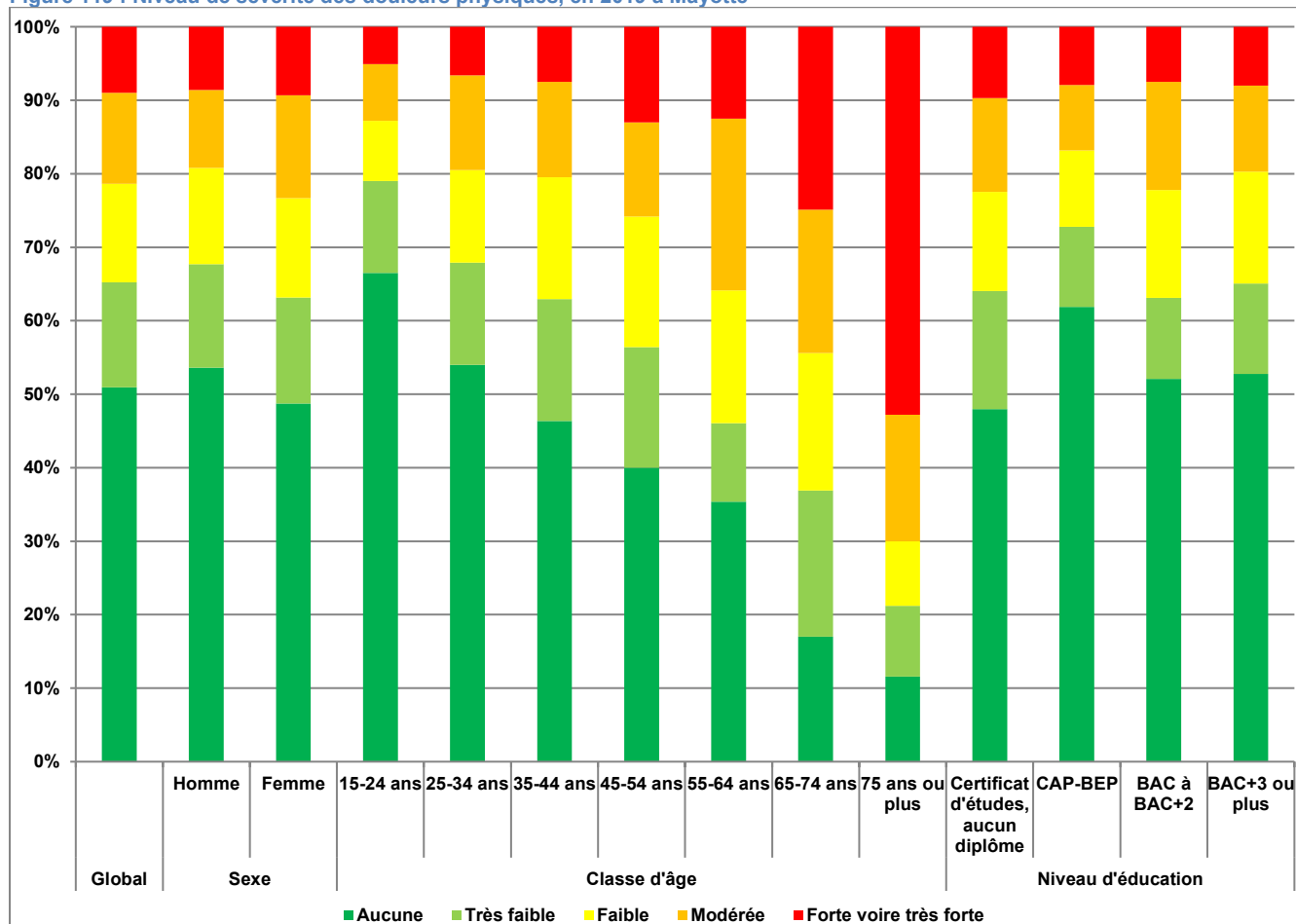
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 119 : Niveau de sévérité des douleurs physiques, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

En 2019, les **difficultés sévères de vue**¹⁷² concernent 5 % des personnes de 15 ans ou plus en contre 3 % dans l'Hexagone [57]. À un **niveau « modéré »**, elles sont plus fréquentes particulièrement sur le territoire (21 %, contre 17 % dans l'Hexagone) [48].

Des écarts s'observent également chez la population dès 55 ans ou plus, **12 %** ont des **difficultés sévères de vue**, **2 %** pour **entendre**, **24 %** pour **marcher 500 mètres ou utiliser les escaliers**, **3 %** à **se servir de leur mains**, **5 %** à **se concentrer plus de 10 minutes** et **9 %** à **sortir de chez eux** [48] (Figure 120).

Un enfant de 10-12 sur dix¹⁷³ porte des lunettes ou des lentilles correctrices, même occasionnellement (32 % chez les enfants en classe de CM2 dans l'Hexagone) [64].

Les dépistages visuels des infirmier(e)s montrent que **sept enfants de 10-12 ans**¹⁷⁴ **sur dix ont 10/10 aux deux yeux et un sur dix ne portant pas de lunettes a une acuité visuelle inférieure à 7**¹⁷⁵ (6 % dans l'Hexagone¹⁷⁶) [64]. Ce taux est comparable à celui des enfants scolarisés en **établissement d'éducation prioritaire dans l'Hexagone** [64].

Par ailleurs, la correction visuelle dont dispose l'enfant **n'était plus toujours adaptée** au moment du dépistage puisque trois enfants sur dix équipés ont tout de même une mauvaise acuité visuelle [64].

¹⁷² Sans standardisation, et pour la déclaration de restrictions d'activité, Mayotte se retrouve à la seconde place, derrière la Martinique et la Guyane (6 %), la Guadeloupe (5 %) et La Réunion (3 %) [57]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la première place (9 %), devant la Guyane (8 %), la Martinique (6 %), la Guadeloupe (5 %) et La Réunion (4 %) [57].

¹⁷³ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹⁷⁴ Le dépistage visuel a été réalisé avec l'échelle de Monoyer à 3-5 mètres.

¹⁷⁵ A l'un des deux yeux.

¹⁷⁶ Chez les enfants inscrits dans les « autres » établissements, la part est de 5 % [64].



ARS MAYOTTE

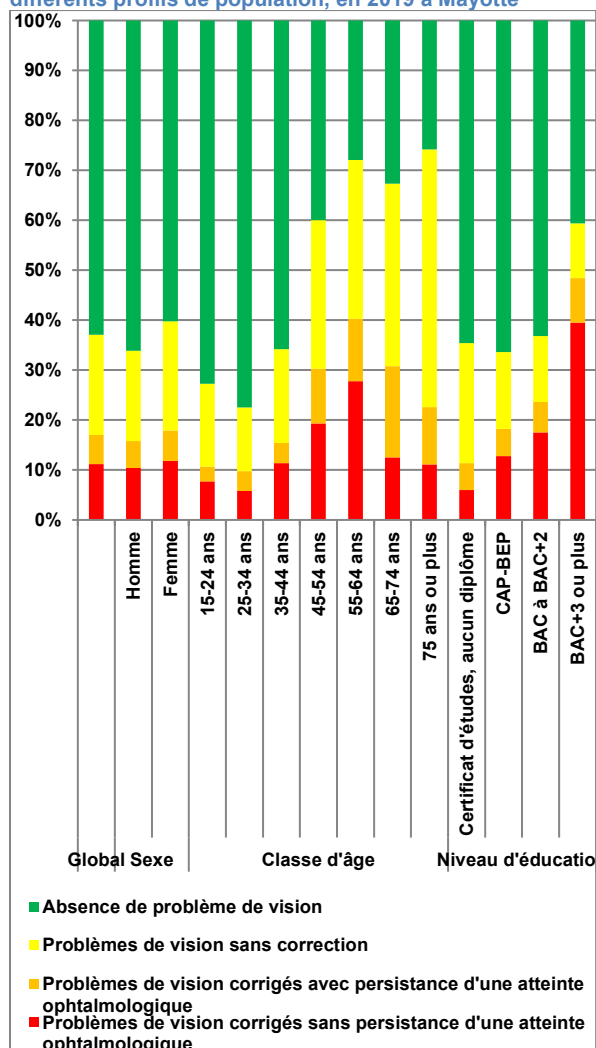
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

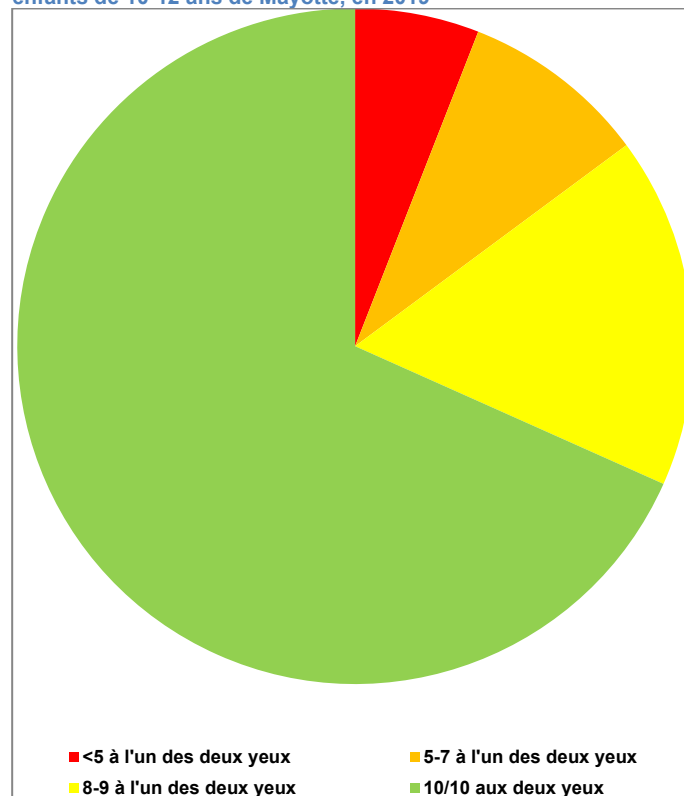


Figure 120 : Problèmes visuels en fonction des différents profils de population, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 121 : Résultats du dépistage visuel chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte, en 2019



Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème}
Source : ARS Mayotte, Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [64]

b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap

L'AEEH est une prestation accordée par la CDAPH, instance constituée au sein de la MDPH, et destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants de moins de 20 ans en situation de handicap. **Cette allocation est attribuée aux enfants de moins de 20 ans avec un taux d'incapacité à 80 % à Mayotte.** Le décret du 04/12/2020 rend **désormais applicable l'octroi de l'AEEH pour les taux de 50-79 %** à compter du 1er juin 2021. De plus, un second décret en avril 2021 **rallonge la durée du Cerfa médical de 6 mois à 1 an.**

En 2021, 844 demandes de prestation ont été enregistrées par la CDPAH (multipliées par 2,4 depuis 2016), dont 77 % ont été accordées (contre 79 % en 2016) [103]. Il s'agit alors de **l'année où le plus de demandes ont été soumises** [103]. En 2023, 580 demandes sont comptabilisées (-31 %), pour un taux d'accords de 56 % [103]. En 2024, année des mouvement sociaux, seulement 36 demandes sont recensées (-94 %), dont 61 % d'accordées [103].

L'AAH est une aide financière accordée aux adultes et versée sous conditions : d'avoir 20 ans et plus et d'avoir un taux d'incapacité reconnu à 80 %, **seul taux retenu à Mayotte pour l'accès à cette prestation.** Elle est aussi attribuée par la CDAPH.

En 2021, **455 demandes** de prestation¹⁷⁷ ont été enregistrées (+70 % par rapport à 2016), dont **60 % ont été accordées** (contre 79 % en 2016) [103]. Comme pour l'AEEH, il s'agit du **pic des demandes**

¹⁷⁷ La MDPH se mobilise pour l'extension de l'AAH-2 depuis le 1er octobre 2021 qui s'applique aux personnes ayant un taux compris en 50 % et 79 % et présentant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. Ainsi, 25 AAH-2 au titre de l'article L821-2 ont été attribuées depuis, soit 36 % des AAH accordées depuis l'application du décret.



ARS MAYOTTE

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

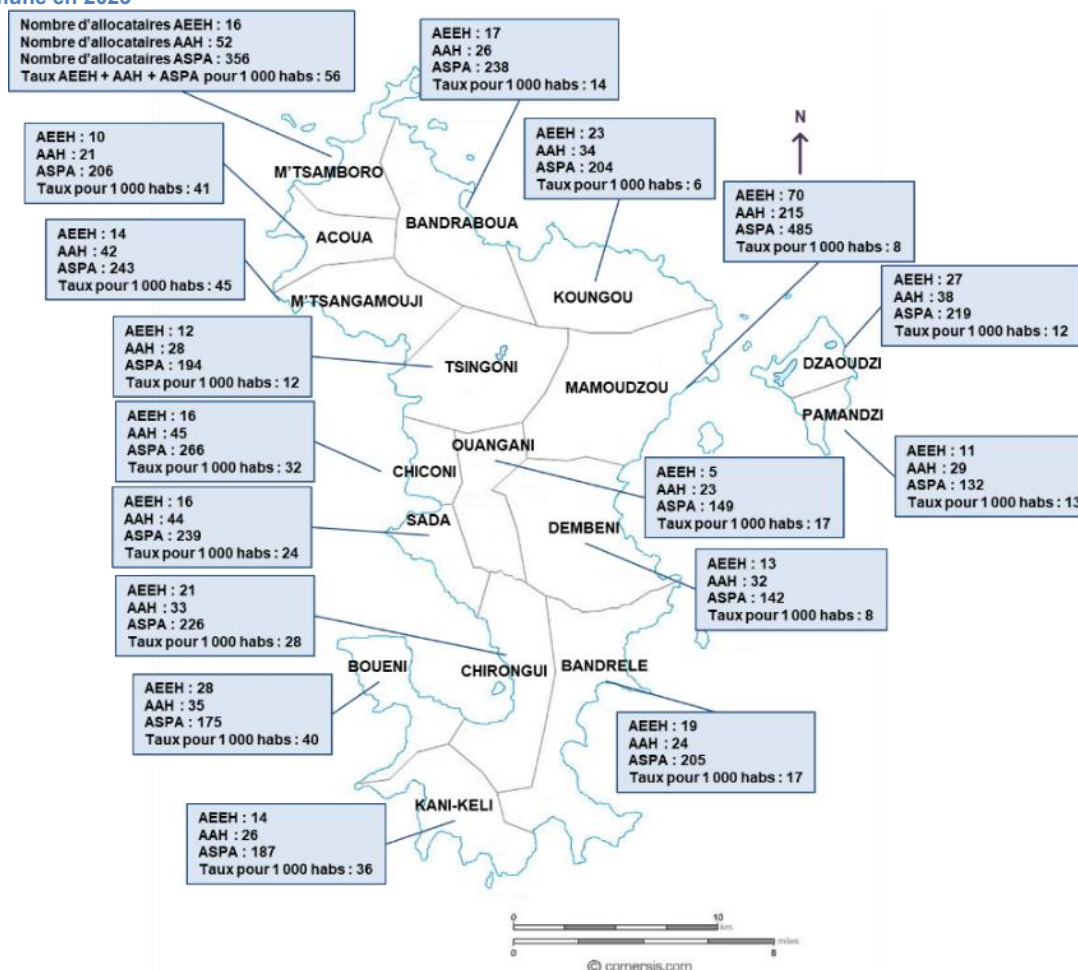
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



[103]. Toutefois, en **2023**, la baisse n'est que de **6 %** (426 demandes, pour un taux d'accord de 73 %), puis de **46 % en 2024** (229 demandes, 69 %) [103].

Figure 122 : Taux d'allocataires de l'AEEH (moins de 20 ans), de l'AAH (20 à 64 ans) et de l'ASPA (65 ans ou plus) par commune en 2023



Méthode : La population de référence par commune est déterminée après application des répartitions observées en 2017 à l'estimation au 1^{er} janvier 2023.

Champ : Habitants de Mayotte

Source : CSSM, tableau de bord [104]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Parallèlement à l'AEEH, l'AAH et l'ASPA, la **scolarisation des enfants en situation de handicap demeure une priorité nationale**. Un enfant porteur de handicap peut être accueilli en milieu scolaire dès lors que son handicap ou son comportement ne risque pas de poser de problème dans une classe ordinaire. Des efforts importants en matière d'intégration scolaire ont été consentis par le Rectorat de Mayotte. En **2006**, le territoire comptait déjà **25 classes spécialisées** : 18 classes pour inclusion scolaire, 4 Unités pédagogiques d'intégration, 4 classes PPF-ASH et 1 classe pour les enfants de la lune. En **2013**, le nombre de classes spécialisées a doublé : **56** pour les **ULIS**. Plus particulièrement il a triplé pour les **PPF-ASH** : **14**. Le travail en réseau avec les enseignants référents ainsi que l'aide précieuse du référent scolarisation de la MDPH représentent un appui important pour l'encadrement pédagogique de ces enfants. En **2021**, **344 orientations scolaires** dont 17 en UEEA ont été réalisées [103].

La **RQTH** est un autre dispositif accordé par la CDAPH qui permet aux personnes en situation de handicap de bénéficier de mesures spécifiques favorisant leur insertion professionnelle. À Mayotte, toutes entreprises privées d'au moins vingt salariés doivent embaucher des personnes en situation de handicap dans une proportion de 2 % de l'effectif total (6 % dans les autres régions). Cependant, **cette obligation d'emploi de travailleur handicapé n'est pas respectée par les entreprises**. En **2022**, la MDPH a enregistré **461 demandes** de RQTH (+27 % par rapport à 2016), dont **77 % ont été accordées** (contre 66 % en 2016) [103]. Depuis, le nombre de demande a diminué de **41 % en 2024** (271 demandes, 19 % d'accordés) [103].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Enfin, les établissements et services médico-sociaux permettent de **répondre à des besoins plus spécifiques** destinés aux personnes en situation de handicap. Comme pour l'accès au droit des prestations (AAH, AEEH), l'orientation vers les établissements et services médico-sociaux nécessite une **décision de la CDAPH**. En **2023**, les orientations vers les établissements ou services médico-sociaux pour les adultes de 20 ans ou plus (198) sont **2,6 fois plus importantes** qu'en 2016, puis chute de 44 % en 2024 (111) [103]. Pour les orientations chez les **enfants** (moins de 20 ans) : elles ont doublé en 2021 (773) vis-à-vis de 2017 (377), **puis diminue une première fois en 2022 et 2023** (572, -26 % sur cette dernière année) et à nouveau en 2024 (45, -92 %) [103], toujours en lien avec les mouvements sociaux observés

12 – Santé environnementale

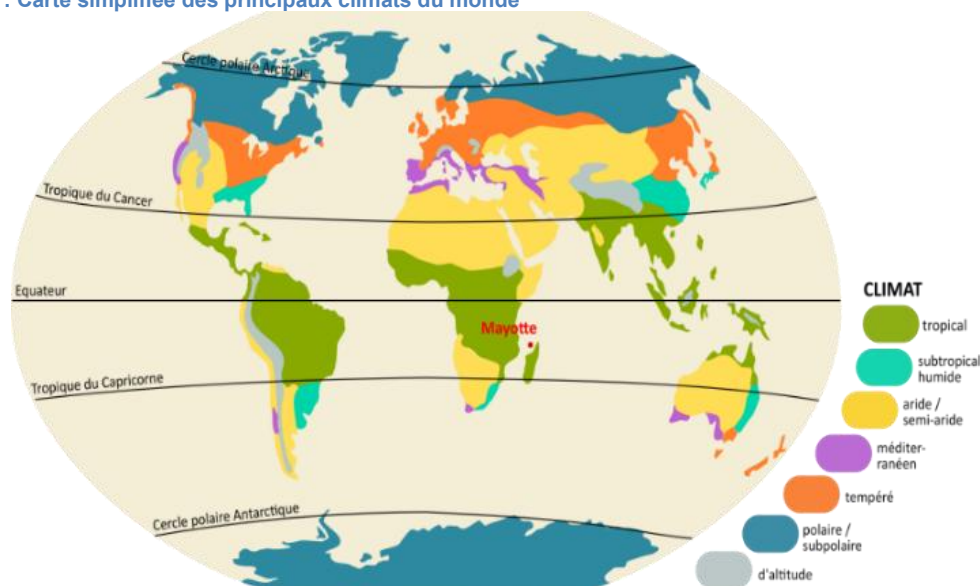
a) Climat et relief

Le climat tropical de l'île de Mayotte est de **type chaud-humide propice au développement du moustique** et des maladies infectieuses [105].

Il se sépare en **deux périodes** : la **saison sèche**¹⁷⁸ (associée à son paysage de savane tropicale) et la **saison des pluies**¹⁷⁹ (associée à son paysage tropical humide et montagnard). La **température moyenne annuelle sur l'île est comprise entre 21°C et 28°C** [105].

La zone intertropicale, à laquelle Mayotte appartient, connaît des alternances de saisons sèche et humide avec des variations des températures moyennes suffisamment notables pour permettre de parler malgré tout d'un « hiver » et d'un « été » tropical/austral, assujetti à un régime de vents alizés¹⁸⁰ [105].

Figure 123 : Carte simplifiée des principaux climats du monde



Source : Site web <https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie> [105]

Il ne pleut pas partout avec la même intensité sur l'île (Figure 126). Et en fonction de la période : en janvier, au plus fort des pluies d'« été », il pleut en moyenne **25 fois plus qu'au mois d'août**, période de pleine saison sèche hivernale, en lien avec les vents soufflant à Mayotte ainsi que son relief [105].

Le **rapport précipitations/température**¹⁸¹ pour Mayotte est alors de **2 mm de pluie pour 1°C**, mettant en évidence que lorsque le double de la valeur du total des précipitations moyennes d'un mois est inférieur à la température moyenne du même mois, on peut considérer le mois en question comme étant en état de sécheresse [105] (Figure 124).

¹⁷⁸ Appelée également « Kussini », de juin à septembre, avec un vent soufflant direction sud/sud-est [105].

¹⁷⁹ Appelée également « Kashkasi », avec un vent soufflant direction nord/nord-ouest, correspondant à un vent de mousson [105].

¹⁸⁰ Les alizés sont des masses d'air intertropicales dynamiques issues respectivement des deux hémisphères. Leur direction est dictée par la force centrifuge de la rotation de la Terre de part et d'autre d'une sorte de ligne de démarcation flottante, l'équateur thermique ou zone de convergence intertropicale [105]. Mayotte se situe à la limite méridionale de la zone de convergence intertropicale, dans l'hémisphère sud, où le front dépressionnaire estival de l'Océan Indien (mousson) la touche en janvier [105].

¹⁸¹ De ce critère dépend de nombreux facteurs tels que l'hydrologie, la végétation, l'agriculture, les paysages, etc. [105].



ARS MAYOTTE

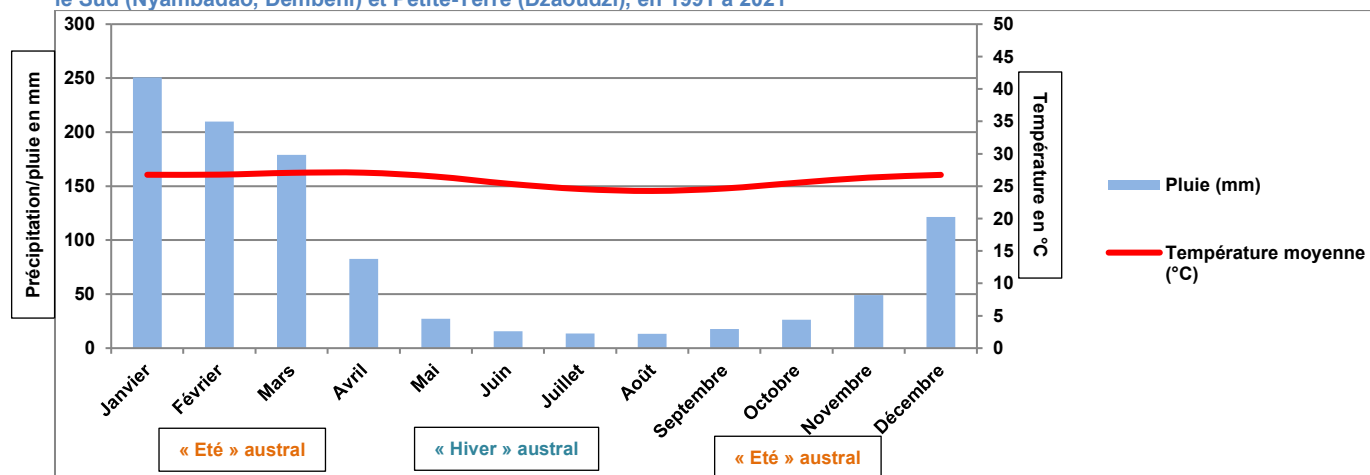
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 124 : Diagramme ombrothermique moyenné sur les données du Centre de l'île (Mamoudzou), le Nord (Koungou), le Sud (Nyambadao, Dembéli) et Petite-Terre (Dzaoudzi), en 1991 à 2021

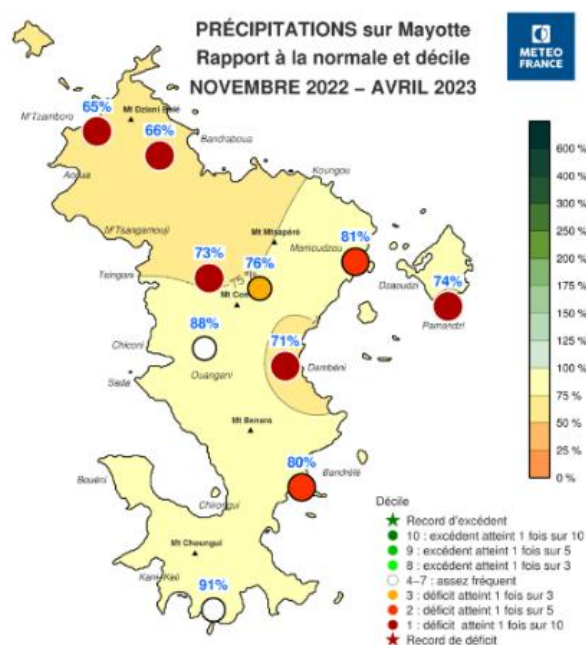


Source : Site web <https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701> [106]

Figure 125 : Carte du relief de Mayotte



Figure 126 : Cumul de pluies de novembre 2022 à avril 2023 à Mayotte



b) Les moustiques

Caractéristiques entomologiques

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

En 2014, sur 420 sites contenant des larves et/ou nymphes de moustiques, 40 espèces appartenant à 15 genres ont pu être identifiés [108]. Les plus fréquentes étaient : *Stegomyia aegypti*, *Stegomyia albopicta*, *Anophèles gambiae* et *Eretmopadites subsimplicipes*, dont les trois premières étant des vecteurs confirmés de la Dengue et du Chikungunya [108]. Par site mesuré, 1 à 3,3 espèces différentes de moustique ont pu être observées [108].

Selon les habitats, par exemple, les aisselles de feuilles de bananier remplies d'eau, les trous d'arbre et les trous de crabe présentaient de faibles richesses spécifiques, tandis que les bambous coupés, les bassins d'eau, les pneus abandonnés et les zones de marais présentaient des richesses spécifiques élevées [108].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Une **association multi-espèces a été observée dans 52 %** des habitats en suggérant un lien important entre plusieurs espèces de moustiques pour la biocénose¹⁸² de ces habitats aquatiques¹⁸³ [108].

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

Lutte contre le développement du moustique

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

La désorganisation de la lutte contre le paludisme à Mayotte entre 1990 et 2000, avec en particulier **l'arrêt de la lutte anti vectorielle systématique**, a eu pour conséquence une explosion du nombre de cas. Après une étude pilote concluante dans la commune de Bandraboua en 2010 et 2011, une nouvelle stratégie de la LAV a été adoptée avec la **distribution et l'installation de moustiquaires imprégnées de deltaméthrine sur tout le territoire de Mayotte de 2012 à 2016**. La méthode de lutte contre les vecteurs consistant à mener des opérations de pulvérisations murales d'insecticides était **dépassée** en raison non seulement d'une **urbanisation galopante**, du refus et de l'absentéisme de la population mais également de **l'inefficacité de ces pulvérisations sur certains supports** servant de murs des habitations comme la tôle ou le bois. Le bilan de la distribution fait état de plus de 140 000 moustiquaires¹⁸⁴ fournies ou installées dans 47 000 foyers avec une moyenne de trois par foyer. Suite aux épidémies de Dengue (2014, 2019-2020, 2024), de FVR (2019-2020) et de Chikungunya depuis mars 2025, l'ARS de Mayotte recommande aux habitants de dormir sous une moustiquaire imprégnée de deltaméthrine afin de se protéger des piqûres de moustiques et éviter ainsi la transmission de la maladie à leur entourage.

En 2023, **le taux d'équipement en moustiquaire au sein des ménages est insuffisant** : deux tiers seulement, une part **nettement en deçà** des 90 % **recommandés par l'OMS** [109]. Les **maisons précaires** en tôle, bois, matière végétale ou terre sont **mieux équipées** que celles en **dur** : respectivement huit et six sur dix [109]. Lorsqu'elle est présente, la moustiquaire est placée au-dessus des lits et à part similaire dans la chambre des adultes (61 %), et celle des enfants lorsque présents dans le foyer (59 %)¹⁸⁵ [109]. Les autres emplacements sont beaucoup plus faiblement déclarés : **2 % aux fenêtres et 1,4 % aux portes** [109].

Pourtant, la **moustiquaire demeure l'équipement jugé le plus fiable par les adultes**, un sur dix restant peu convaincu par les autres moyens disponibles pour lutter contre les moustiques [109]. **Deux individus sur cinq pensent que les moustiquaires autour des lits ou aux fenêtres sont le moyen le plus efficace de se protéger contre les moustiques** [109]. Viennent ensuite les diffuseurs insecticides, serpentins ou pièges à moustiques (23 %), la climatisation ou le ventilateur (14 %) et les lotions, sprays ou crèmes répulsives sur la peau ou les vêtements¹⁸⁶ (7 %) [109] (*Figure 127*).

Toutefois, **le coût des moustiquaires est jugé trop élevé** (16 %) et constitue l'un des principaux facteurs du sous-équipement [109]. Ils sont également **17 % à mettre en avant le manque d'esthétique, notamment chez les diplômés** [109]. **15 % des individus non équipés estiment que leur utilisation n'est pas efficace**, principalement les **non-scolarisés** (23 %) [109] (*Figure 128*).

Un tiers (35 %) des habitants n'adopte aucune mesure particulière pour réduire ou limiter la présence des moustiques à leur domicile [109]. Il s'agit alors de la déclaration la plus fréquente à Mayotte, suivie ensuite par l'élimination des eaux stagnantes chez eux et aux alentours (31 %), le retrait des encombrants (30 %), vider les coupelles ou les pots (25 %) et nettoyer ou vérifier la pente des gouttières (17 %).

Quatre individus sur dix trouvent qu'il y a beaucoup de moustiques à leur domicile. L'entretien des **fosses septiques, souvent négligé**, ressort notamment : 54 % qui disent que leur fosse déborde

¹⁸² Ensemble des êtres vivants d'un milieu donné.

¹⁸³ La cooccurrence maximale de 6 espèces appartenant à 5 genres a été observée dans un même site [108].

¹⁸⁴ Soit un taux de couverture de 91 %.

¹⁸⁵ En 2019, chez les enfants de 10-12 ans Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31], 43 % déclaraient dormir régulièrement sous une moustiquaire [64].

¹⁸⁶ Parmi les méthodes réellement efficaces on relève : porter des vêtements couvrants et amples, les lotions, sprays ou crèmes répulsives, les diffuseurs insecticides serpentins ou pièges à moustiques et les moustiquaires.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

déclarent une fréquence similaire de moustiquaires, 78 % pour ceux qui le suspectent, contre 42 % dont la fosse ne déborde pas [109]. **L'abondance des déchets également** : 36 % de ceux ne vivant pas à proximité de déchets, contre 51 % de ceux en déclarant deux à quatre types différents persistant dans leur entourage [109].

Figure 127 : Efficacité perçue des différentes méthodes existantes pour se protéger contre les moustiques, en 2023

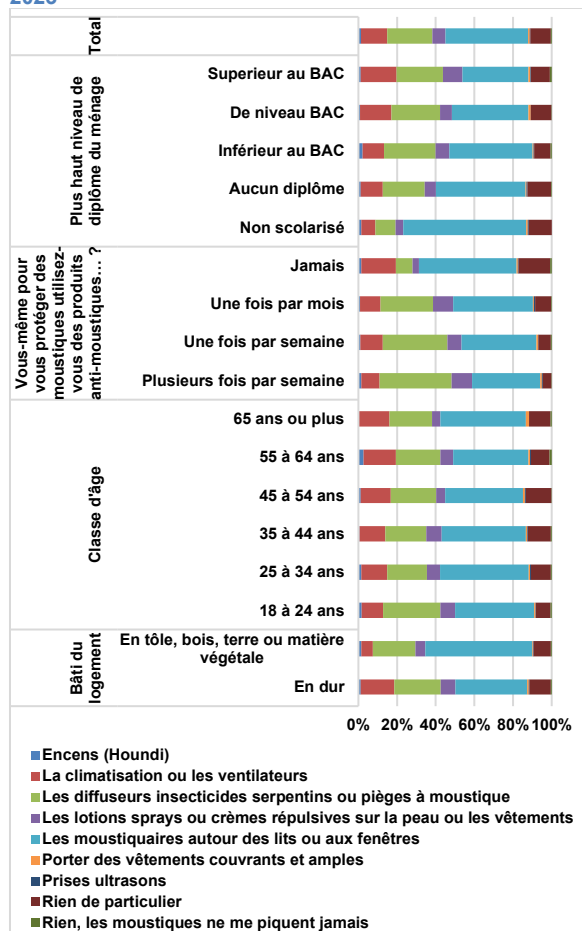
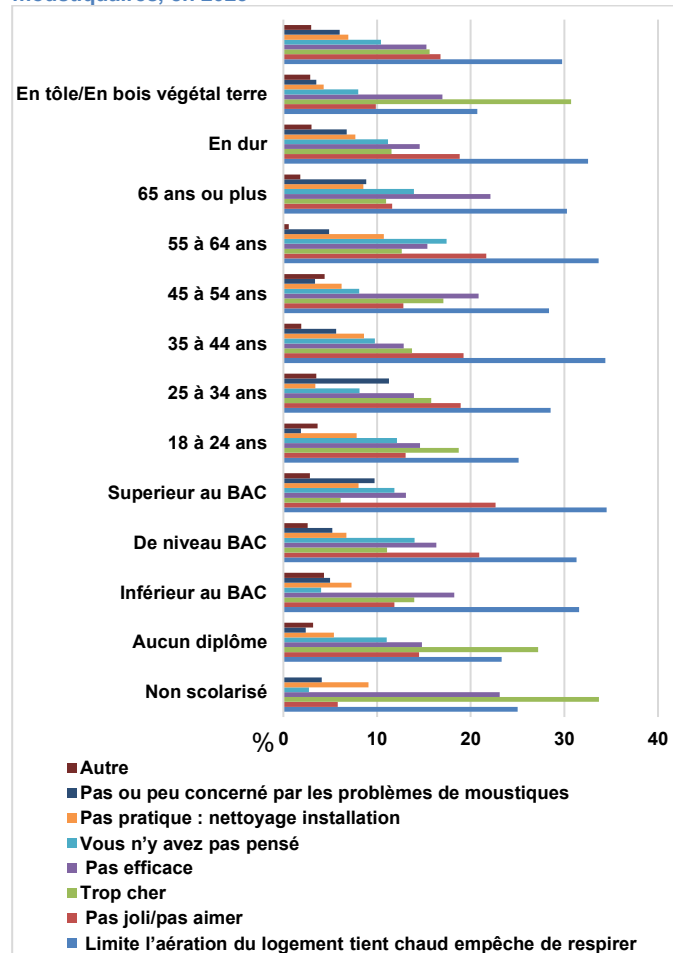


Figure 128 : Motifs évoqués de non-équipement en moustiquaires, en 2023



Champ : Habitants de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [109]

c) Qualité de l'air

Température intérieure

En 2023, la température moyenne relevée dans les ménages de Mayotte est de **29,9 °C**¹⁸⁷, et pour 1,5 % des ménages elle était supérieure à 35 °C [110].

On retrouve une **différence en moyenne de 1,6 °C en faveur des maisons en dur par rapport à celles en bois, terre, végétal, tôle** avec, respectivement 29,3 °C et 30,9 °C [110]. **Ces dernières sont alors douze fois plus concernées par des températures supérieures à 35 °C**¹⁸⁸ [110].

En fonction de l'heure de la mesure, la température dans les **maisons en dur** augmente en médiane de 2 degrés, **passant de 28 °C à 30 °C**, demeurant en-dessous des 34 °C, à quelques exceptions près [110]. Cette hausse est également observée pour les **logements précaires**, mais de 29 °C aux heures les plus fraîches de la journée à une médiane de 31 °C aux heures les plus chaudes, se situant pour **un logement sur quatre entre 33 °C et 39 °C** [110] (Figure 129).

Constat d'autant plus problématique que les **équipements en climatiseur et ventilateur** sont, pour le premier, **presque inexistant dans les logements en bois, terre, matière végétale, tôle** (3 % contre 44 %) et, pour le second, en dépit de son utilité toute proportion gardée, bien plus faible que dans les logements en dur (57 % contre 76 %) [110].

¹⁸⁷ 30 °C en médiane [110].

¹⁸⁸ 4 % dans les logements en bois, terre, végétal et tôle contre 0,3 % pour ceux en dur [110].



ARS MAYOTTE

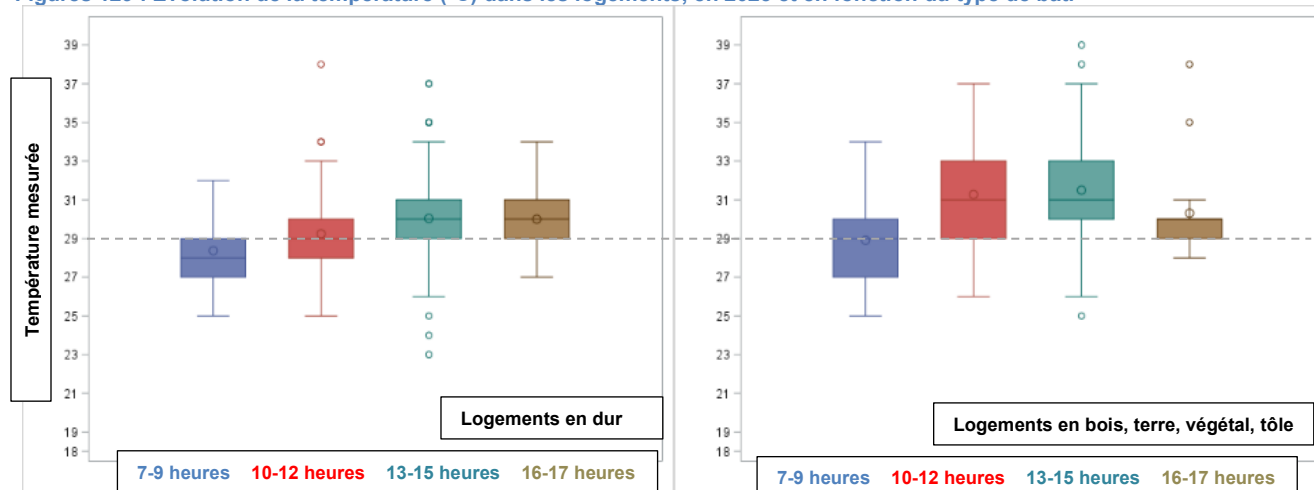
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figures 129 : Evolution de la température (°C) dans les logements, en 2023 et en fonction du type de bâti



Note de lecture : Les boîtes à moustaches ou boxplot représentent la répartition des valeurs d'une information selon les différentes catégories considérées.

En ordonnant l'information par ordre croissant, la tige du bas/premier quartile/Q1 montre la répartition des valeurs obtenues du minimum à celle correspondant à un quart des données. Celle du haut/troisième quartile/Q3 représente la répartition de la valeur correspondant aux trois quarts des données à la valeur maximale. Le carré ou rectangle entre ces deux tiges ou interquartile, présente la distribution entre la valeur correspondant à un quart de l'échantillon et celle aux trois quarts.

Le trait représente la médiane et le rond du quartile la valeur moyenne. Les points avant le premier quartile et après le second quartile sont des valeurs jugées hors normes relativement à la répartition observée. Les boîtes à moustaches ont pour intérêt de présenter synthétiquement les valeurs prises par l'information étudiée et permettent visuellement d'afficher les tendances en fonction des catégories considérées.

Champ : Logements de Mayotte

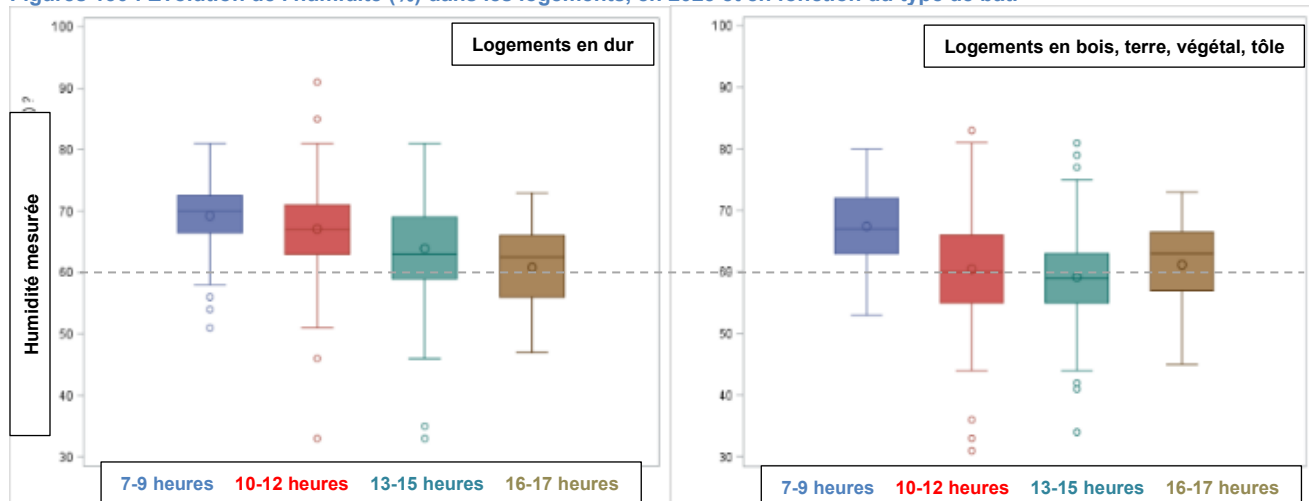
Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [110]

Humidité¹⁸⁹ intérieure

Le taux moyen d'humidité retrouvé dans les logements de Mayotte est de 64,4 %¹⁹⁰ [110]. Entre maisons en dur et en bois, terre, végétal et tôle, une différence de 5,2 points est observée (respectivement 66,4 % contre 61,2 %) [110].

Ces dernières présentant alors une part de ménages **en-dessous des 50 % d'humidité sept fois plus important** : 7 % contre 1,1 % [110]. Alors que les habitats en dur vont présenter des **taux supérieurs à 70 % deux fois plus souvent** : 28 % contre 13 % [110] (Figure 130).

Figures 130 : Evolution de l'humidité (%) dans les logements, en 2023 et en fonction du type de bâti



Champ : Logements de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [110]

¹⁸⁹ L'Air intérieur humide est propice aux moisissures dans un logement, pouvant entraîner une sensibilité accrue aux infections respiratoires tels que la rhinite, l'asthme et la bronchite. Cette dernière pathologie fait écho aux différentes épidémies de bronchiolite qui se déclenchent sur le territoire. De plus, un enfant dormant dans une chambre en présence de moisissures et de spores a alors une fois et demie à trois fois et demie plus de risque de développer une allergie ou de devenir asthmatique en étant adulte.

¹⁹⁰ 65 % en médiane [110].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



CO et CO₂ intérieurs¹⁹¹

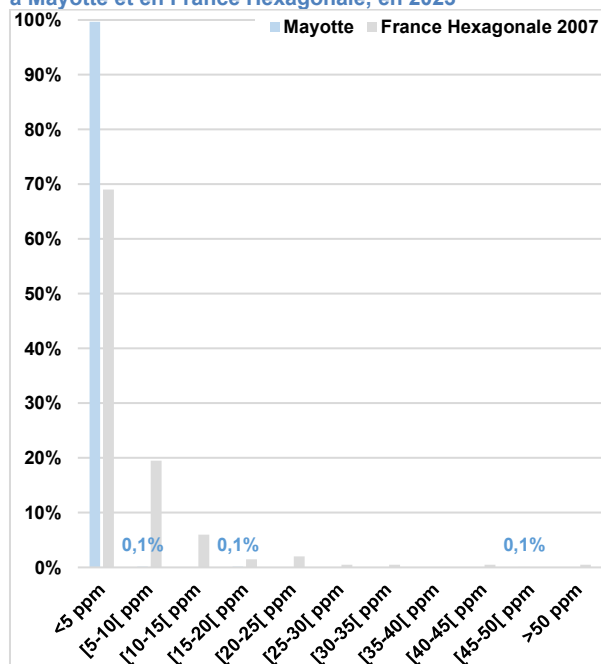
Le **niveau moyen** de **CO** mesuré¹⁹² dans les ménages est de **0,06 ppm**¹⁹³, et de **540 ppm**¹⁹⁴ pour le **CO₂**. Ces niveaux sont alors dans la **norme de ceux attendus, et nettement plus faibles qu'en France Hexagonale** [110] (*Figures 131 & 132*).

Sept ménages sur dix ayant des niveaux en **CO** supérieur à 5 ppm **se disent mal informés** de l'influence de la qualité de l'air à l'intérieur de leur logement sur leur santé contre 58 % pour ceux ayant des valeurs inférieures à ce seuil [110]. Pour le CO₂, 30 % des ménages avec un taux inférieur à 1 500 ppm déclarent être mal informés contre **66 % pour ceux dont le CO₂ est supérieur** [110].

En adéquation avec les recommandations portées et en lien avec les fortes températures mesurées à l'intérieur des ménages de Mayotte, 97 % des adultes **aèrent a minima** une fois par jour leur logement, dont **65 % toute la journée**¹⁹⁵ [110]. Si les effets de ces bonnes habitudes d'aération ne se font pas spécialement ressentir sur le taux de CO₂ trouvé dans les ménages, **c'est sur celui de CO qu'un effet peut être visible** [110]. Passant alors de 2 % pour un CO supérieur à 5 ppm chez les individus disant ne jamais aérer leur maison ou une fois par demi-journée, à 0,1 % pour ceux faisant ce geste plus fréquemment [110].

En isolant les mesures réalisées entre 11 et 14 heures de la journée, moments de la préparation des repas, on peut observer que les valeurs de **CO sont les plus importantes chez les individus utilisant à l'intérieur de leur logement le pétrole et le barbecue** (4 % de valeurs supérieures à 15 ppm) pour cuisiner alors que pour les autres modes de cuisson, aucune valeur anormale n'a pu être relevée¹⁹⁶ [110]. Pour le **CO₂**, seule **l'utilisation du pétrole chez soi** pour cuire ses aliments ressort fortement avec 20 % de valeurs supérieures à 1 500 ppm [110].

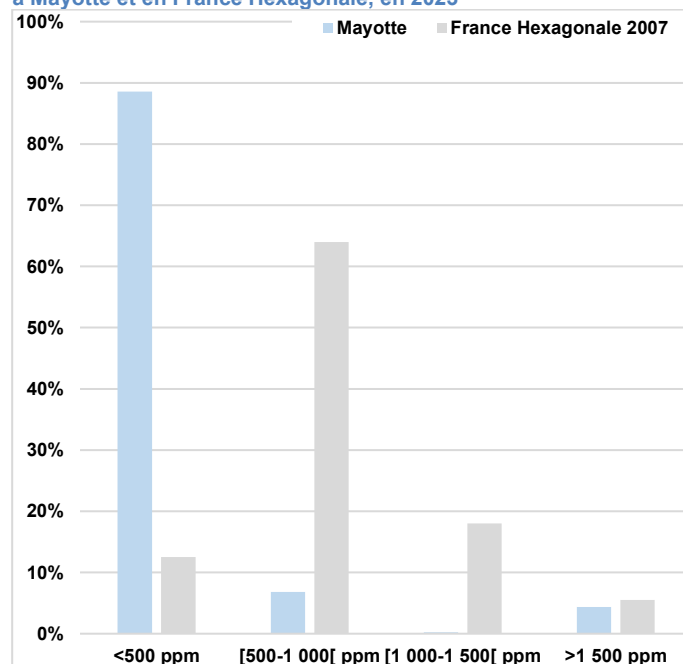
Figures 131 : Répartition des différents niveaux de CO à Mayotte et en France Hexagonale, en 2023



Champ : Logements de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, *étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023* [110]

Figures 132 : Répartition des différents niveaux de CO₂ à Mayotte et en France Hexagonale, en 2023



¹⁹¹ Le CO est un gaz toxique, mortel, incolore, inodore qui se forme lors de la combustion incomplète de matières carbonées tel que le charbon, pétrole, essence, fioul, gaz, bois. Il est plus particulièrement associé à la première cause domestique de mortalité accidentelle. Quant au CO₂, s'il est bien moins nocif que le CO, un niveau trop élevé peut entraîner de nombreuses gênes, dont respiratoire, et notamment une augmentation du rythme cardiaque.

¹⁹² Les mesures de CO, CO₂, température et d'humidité relative ont été réalisées à l'intérieur des logements à l'aide de capteurs portables multisondes KIMO HQ 210. L'appareil a été placé à l'intérieur du logement, au centre de la pièce principale, loin de toutes sources de pollutions directes et des moyens d'aérations (fenêtre, brasseur d'air, etc.). Chaque paramètre a été suivi sur une période de 30 min au rythme d'une mesure par minute. La valeur retenue pour l'étude correspond à la moyenne des mesures réalisées sur la période.

¹⁹³ 0 ppm en médiane [110]. Pour le CO, la valeur seuil de 5 ppm correspond à environ un dixième de la VGAI de l'Anses pour une exposition de 30 min [111].

¹⁹⁴ 376 ppm en médiane [110]. La valeur seuil de 1500 ppm correspond à la concentration à partir de laquelle le renouvellement de l'air est considéré comme insuffisant [111].

¹⁹⁵ Et 4 % pour une fois par demi-journée, 25 % la moitié de la journée, 3 % une fois toutes les heures, 3 % jamais [110].

¹⁹⁶ A l'exception de l'utilisation à l'intérieur du gaz avec quelques cas au-dessus de 15 ppm : 0,3 % [110].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Air intérieur

Sur les différents ménages mesurés, 87 % présentent les conditions nécessaires au calcul de l'indice de chaleur¹⁹⁷ [112] [110]. Dès lors, en 2023 et parmi eux, on observe que **59 %** des logements ont des risques potentiels (**inconfort extrême**) sur la santé de leur(s) occupant(s), **6 %** d'insolation, crampes et syncopes de chaleur probables (**danger**) et **0,1 % de danger extrême** [110].

Les **logements en dur** sont **1,5 % classés à risque probable et aucun pour un danger identifié**¹⁹⁸, tandis que pour les maisons dont le bâti est en **bois, terre, matière végétale, tôle** sont, respectivement, **12 % et 0,2 %**¹⁹⁹ [110].

Un quart des habitants sont insatisfaits de la qualité de l'air à l'intérieur²⁰⁰ de leur logement [110]. Parmi les motifs d'insatisfactions cités : 66 % l'air chaud²⁰¹, 40 % les poussières et particules, 33 % l'humidité²⁰², 24 % les odeurs, 23 % le manque de renouvellement de l'air, 11 % l'air extérieur trop pollué et 4 % la trop grande fréquence des courants d'air [110].

Globalement, **les adultes vivant dans des habitats précaires vont citer plus souvent chacun des items vis-à-vis de ceux des logements en dur à l'exception des odeurs** : respectivement 19 % et 32 %, et l'air chaud : respectivement 60 % et 73 % [110]. **L'une des deux différences les plus notables est alors l'insatisfaction liée aux poussières et particules** où 52 % d'habitants de maison en bois, terre, végétal et tôle s'en plaignent contre 32 % de ceux de maison en dur [110]. **L'autre concerne l'humidité**, plus souvent déclarée comme un défaut dans les maisons en dur (37 %) que dans l'habitat précaire (29 %) [110]. Tandis que concernant le manque de renouvellement de l'air, le trop de courant d'air et l'air extérieur considérée comme trop polluée, on ne constate quasiment pas de différence entre les deux profils de bâti (0 à 3 point-s- de différence) [110].

Les personnes insatisfaites de la qualité de l'air dans leur logement déclarent **trois fois plus souvent en avoir ressenti ses effets** par rapport à ceux qui en sont satisfaits : 27 % contre 9 % [110].

Air extérieur²⁰³

En 2023, **deux habitants sur dix estiment que l'air à l'extérieur de leur logement est dégradé voire très dégradé** [110]. Les individus déclarant négativement la qualité de l'air extérieur, sont quasiment **deux fois plus à estimer qu'ils courent un risque** d'avoir une maladie grave du fait de leur environnement : 59 % contre 35 %²⁰⁴ de ceux l'estimant bonne voire très bonne [110].

Parmi les symptômes ressentis en lien avec une exposition à une mauvaise qualité de l'air extérieur, ressortent les **maux de tête** : 56 %, qui restent moins cités par les 65 ans ou plus : 44 % contre 56-57 % [110]. Les plus âgés évoquant alors plus souvent les **allergies** : 33 % contre 27-28 % [110]. Autre symptôme plus souvent déclaré par les plus jeunes cette fois-ci : les **problèmes d'odorat**, 28 % des 18-34 ans contre 19 % des 65 ans ou plus [110]. Enfin, et sans distinction avec l'âge, 2 % déclarent avoir fait un **malaise** à cause de la mauvaise qualité de l'air extérieur à leur logement [110].

L'association Hawa Mayotte mène chaque année depuis 2019 des **mesures des PM2.5**²⁰⁵ dans l'air ambiant sur la zone Nord de Kawéni et depuis 2023 sur La Convalescence en situation urbain de

¹⁹⁷ L'indice de chaleur est une mesure de la charge supportable de l'organisme provoquée par une combinaison entre forte humidité de l'air et températures élevées. Si cet indicateur reste à relativiser du fait que de nombreux facteurs entrent également en jeu tel que l'âge, le poids, le sexe et l'état de santé, il permet néanmoins de synthétiser les effets de ces deux paramètres et d'en sortir une échelle du risque potentiel de leur logement sur la santé des populations. En effet, l'humidité n'a aucun impact sur la température ressentie lorsque cette dernière est en-dessous des 20 °C. En revanche, au-delà des 27 °C, un retentissement important sur le bien-être est visible [112].

¹⁹⁸ 49 % présentent des températures inférieures à 27 °C ou un risque au plus potentiel, 49 % un risque probable [110].

¹⁹⁹ 33 % présentent des températures inférieures à 27 °C ou un risque au plus potentiel, 55 % un risque probable [110].

²⁰⁰ Ici le terme « qualité de l'air » est utilisé au sens large, il comprend à la fois les paramètres de confort (température, hygrométrie) et les polluants de l'air.

²⁰¹ Diminuant fortement en fonction des taux d'humidité : plus de la moitié des individus déclare ce défaut pour des mesures inférieures à 50 %, environ un tiers des individus pour des mesures entre 50 et 80 % et la moitié des individus pour des mesures supérieures à 80 % [110].

²⁰² Pour des mesures de l'humidité inférieures à 70 % moins d'un tiers des habitants déclarent ce défaut contre la moitié chez ceux dont la mesure était supérieure à 70 % [110].

²⁰³ La pollution de l'air extérieur, est usuellement considérée comme la première source de mortalité environnementale avec environ 48 000 décès prématurés annuels en France imputés selon les estimations, et 311 000 décès prématurés annuels en Europe, dont 238 000 dues aux particules fines, 49 000 au dioxyde d'azote, 24 000 à l'ozone.

²⁰⁴ Dont, respectivement, 38 % et 18 % pour un risque élevé [110].

²⁰⁵ Les particules appelées PM2.5 sont des particules dont le diamètre est de 2,5 microns (µm) dites « fines ». Elles sont constituées d'un mélange de différents composés chimiques et sont émises principalement lors des phénomènes de combustion ou formées par réactions chimiques à partir de gaz précurseurs présents dans l'atmosphère. Ces particules sont reconnues comme ayant des effets nuisibles sur la santé, l'exposition chronique contribue à augmenter le risque de contracter des maladies cardiovasculaires et respiratoires, ainsi que des cancers pulmonaires. Les particules fines, inférieures à 2,5 µm, impactent à long terme la santé cardiovasculaire. Les particules PM2.5 issues du trafic routier altèrent aussi la santé neurologique (performances cognitives) et la santé périnatale.



fond²⁰⁶. En 2023, la moyenne annuelle était de 15,0 µg/m³ et **était en hausse par rapport à 2020** : +16 % (12,9 µg/m³)²⁰⁷ [113]. En comparaison avec les mesures des niveaux respirés à proximité du trafic routier en Ile-de-France, il se situe au milieu des deux bornes : 14 à 16 µg/m³ [114].

Sur l'année 2021, on constate que l'évolution de la **mesure des PM2.5 est régulièrement au-dessus des seuils de référence fixés par l'OMS** annuel de 5 µg/m³ et journalier de 15 µg/m³ [115].

Sur la période 2020 à 2023 et sur ce même secteur, les mesures sur les polluants tels que le dioxyde d'azote (NO₂), les oxydes d'azote (NO_x), les PM2.5, le dioxyde de soufre (SO₂), l'ozone (O₃) et le CO **respectaient les normes** en lien avec la protection de la santé humaine et de la végétation, **contrairement aux PM10**²⁰⁸ [116] [113].

En 2020, l'inventaire des polluants atmosphériques et des GES a été réalisé à partir des données de 2018 pour différents secteurs d'activité de l'île (*Figure 133*) :

- Dans les **carrières** de Mtsamoudou, Koungou (entreprise ETPC) et Miangani (entreprise IBS), pour 76 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit de **particules totales en suspension**²⁰⁹ et pour 21 % de **PM10** [117] ;
- Des **centrales d'enrobage au bitume de matériaux routiers**, pour 73 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit de **particules totales en suspension** et pour 20 % des **PM10** [117] ;
- Liées à la production des **centrales thermiques** des Badamiers et de Longoni, pour 97 % des émissions de polluants atmosphériques s'agit des **NO_x** [117]. Concernant les émissions de GES, il s'agit à 100 % de **CO₂** [117] ;
- Des **stations-services** de l'île, pour 57 % des émissions de polluants atmosphériques il s'agit de **gazole** et pour 39 % des **COVNM**²¹⁰ **issus du sans plomb** [117] ;
- Liées au **traitement des ordures ménagères et résiduelles**, pour environ 100 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit des **COVNM** [117]. Concernant les émissions de GES, 73 % il s'agit du **CO₂** et 27 % pour le **méthane** (NH₃) [117] ;
- Liées au **traitement et le rejet des eaux usées**, pour les émissions des GES, pour 98 % il s'agit du **NH₃** [117] ;
- Du **trafic routier**, pour 75 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit des **NO_x** soit un volume de 14 001 tonnes/an et 15 % du **CO**, soit un volume de 2 760 tonnes/n [117]. Concernant les émissions des GES, la quasi-totalité revient au **CO₂** [117] ;
- Du **trafic aérien**, pour 58 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit des **NO_x** et 26 % du **CO** [117]. Concernant les émissions des GES, tout comme pour le trafic routier, la quasi-totalité revient au [117] ;
- Du **trafic maritime** (navires de pêche), pour 34 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit de **COVNM**, 33 % des **NO_x** et 32 % le **CO₂** [117]. Concernant les émissions de GES, pour 98 % il s'agit du **CO₂** [117] ;
- Liées à la **gestion des déjections animales**, pour 77 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit d'**ammoniac** (NH₃) et 14 % des **particules totales en suspension** [117]. Concernant les émissions de GES, ils sont répartis entre 83 % des **NO_x** et 17 % de **protoxyde d'azote** [117] ;
- De l'**agriculture**, pour 75 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit du **NH₃** et 18 % des **particules totales en suspension** [117]. Les émissions de GES sont pour 97 % du **protoxyde d'azote** [117] ;
- Du **secteur tertiaire**, pour 48 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit du **SO₂** et 33 % des **NO_x** [117]. Les émissions de GES quant à elles sont dominées quasiment à 100 % par le **CO₂** [117] ;

²⁰⁶ Plus représentative de la pollution moyenne à laquelle les habitants de Mayotte peuvent être exposés.

²⁰⁷ Le taux de couverture des données pour 2021 était de 92 %, 98 % en 2020. En 2019, la moyenne annuelle était de 13,2 µg/m³ pour un taux de couverture de 68 %.

²⁰⁸ La toxicité des particules en suspension est essentiellement due aux particules de diamètre inférieur à 10µm (PM10). Elles peuvent être émises directement dans l'air par des activités anthropiques (industrie, résidentiel, agriculture, transports) et par des sources naturelles (feux de forêt, éruptions volcaniques, etc.). Des particules peuvent également se former directement dans l'atmosphère par réactions physico-chimiques entre des polluants déjà présents dans l'atmosphère.

²⁰⁹ Regroupement des particules tout diamètre confondu.

²¹⁰ Les COVNM proviennent des transports (pots d'échappement, évaporation de réservoirs), ainsi que des activités industrielles telles que les activités minières, le raffinage de pétrole, l'industrie chimique, l'application de peintures et de vernis, l'imprimerie. Ils contiennent notamment plusieurs polluants tels que le benzène, le toluène, le xylène, etc. Les COVNM sont émis en relativement faible quantité lors de la combustion d'énergies fossiles, à l'exception des moteurs des véhicules routiers. L'émission spécifique est plus grande avec l'utilisation de la biomasse. Une part importante des COVNM provient du phénomène d'évaporation au cours de la fabrication et de la mise en œuvre de produits contenant des solvants. Outre leur impact direct sur la santé, ils interviennent dans le processus de production d'ozone dans la basse atmosphère.

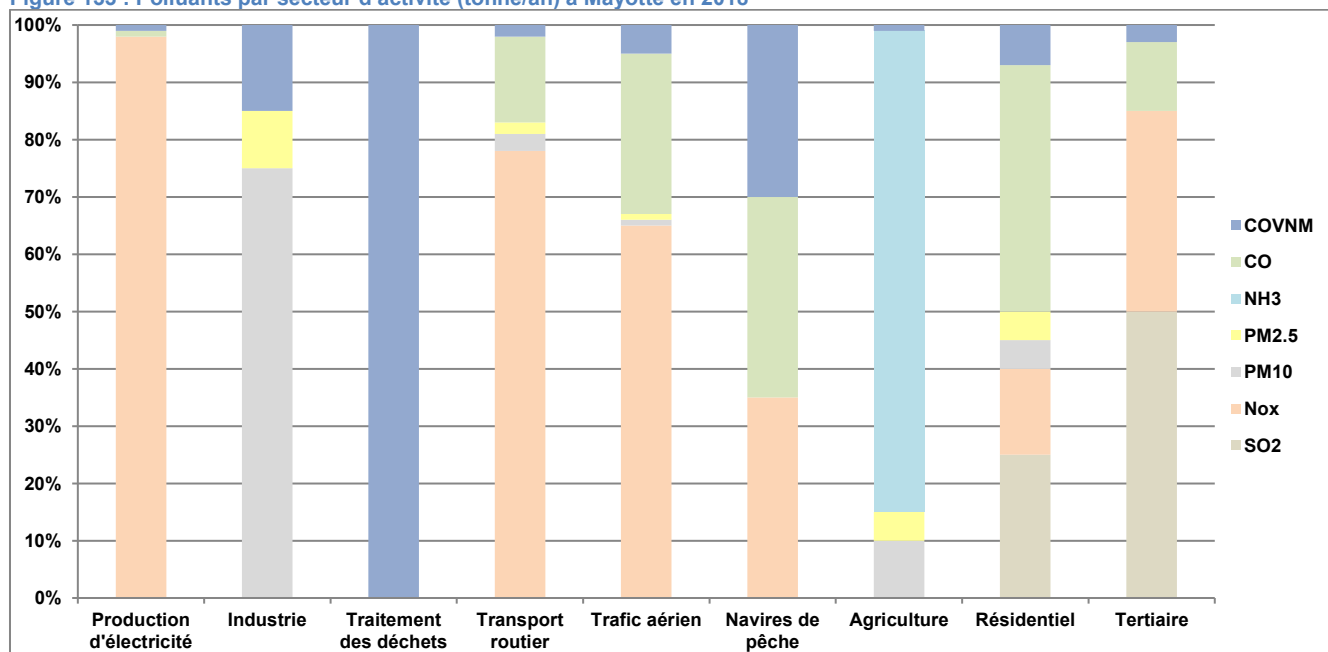


- Du **secteur résidentiel**, pour 40 % des émissions de polluants atmosphériques, il s'agit du **CO₂**, 22 % pour le **SO₂**, et 16 % pour les **NOx** [117]. Les émissions des GES quant à elles sont dominées quasiment à 100 % par le **CO₂** comme pour le tertiaire [117].

En termes de volume d'émission, **le transport routier demeure le principal émetteur de polluants atmosphériques** à Mayotte (excepté pour le SO₂ et le NH₃) du fait de la combustion des moteurs [117]. Suivi du secteur de production et de distribution d'énergie qui contribuent fortement dans l'émission des oxydes d'azote à travers son sous-secteur de production d'électricité par les centrales thermiques [117]. À ce niveau d'étude et en fonction des données disponibles, les principaux polluants atmosphériques émis (tonne/an) sur le territoire de Mayotte sont les NOx [117].

De la même façon, **le principal GES émis à Mayotte est le CO₂**, issus principalement du transport routier et de la production et distribution d'énergie [117]. Les secteurs résidentiel, tertiaire et les navires de pêche se partagent le reste des émissions de CO₂ [117]. **L'agriculture** quant à elle, prend la tête des **émissions de protoxyde d'azote** et du **NH₃**, respectivement 71 % et 59 % [117]. Ces deux GES proviennent essentiellement de la fermentation entérique²¹¹ et la gestion des déjections animales dans ce secteur [117]. Le traitement et l'élimination des déchets contribuent aussi pour 41 % des émissions du méthane qui sont **favorisées par des climats chauds** [117]. **Les autres secteurs d'activité ont de faibles contributions dans le bilan des GES** [117].

Figure 133 : Polluants par secteur d'activité (tonne/an) à Mayotte en 2018



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

Source : Association Hawa Mayotte, rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre [117]

Tableau 28 : Récapitulatif des GES par secteur d'activité à Mayotte en 2018

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

Source : Association Hawa Mayotte, rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre [117]

En 2023, **un quart** de la population disent **brûler** « sauvagement » des **déchets verts** (feuilles mortes, branches, etc.)²¹², dont 7 % au moins trois fois par semaine et **15 %** pour les **déchets ménagers** (cartons, papiers, plastiques, alimentaires, etc.)²¹³, dont 4 % sur cette même fréquence [110].

²¹¹ Processus digestif par lequel des micro-organismes décomposent les aliments afin de permettre leur absorption dans la circulation sanguine d'un animal.

²¹² 8 % au moins une fois par semaine, et 74 % jamais [110].

²¹³ 4 % au moins une fois par semaine, et 85 % jamais [110].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Les **déchets toxiques** (peintures, vernis, piles, acides, etc.)²¹⁴, et extrêmement à risque, sont déclarés par **3 %** des individus, dont 0,9 % souvent [110].

Plus généralement, **72 %** des adultes déclarent **n'avoir jamais procédé à l'incinération de déchets**, les habitants des **maisons en dur bien plus que ceux des logements précaires** : 75 % contre 64 % [110].

En fonction de la présence ou non d'un bac à ordures, les déclarations varient [110]. Ainsi, pour les déchets verts, ceux n'en ayant pas voire au mieux un collectif sont 70-72 % à ne jamais réaliser cette tâche, contre 79 % pour ceux ayant un bac privé. 81-83 % contre 89 % pour les déchets ménagers [110]. Tandis que pour les **déchets toxiques, ils sont deux fois plus à réaliser ce geste a minima au moins une fois par mois**, respectivement 4-5 % et 1,5 % [110].

On constate que les individus incinérant le plus souvent des déchets verts sont plus fréquents à avouer ne rien savoir sur le lien entre qualité de l'air extérieur et influence sur sa santé : 7 % contre 12 % qui sont bien informés sur ce sujet, 7 % contre 16 % pour les déchets ménagers et **7 % contre 19 % pour les déchets toxiques** [110].

d) Déchets et évacuation des eaux usées

Déchets

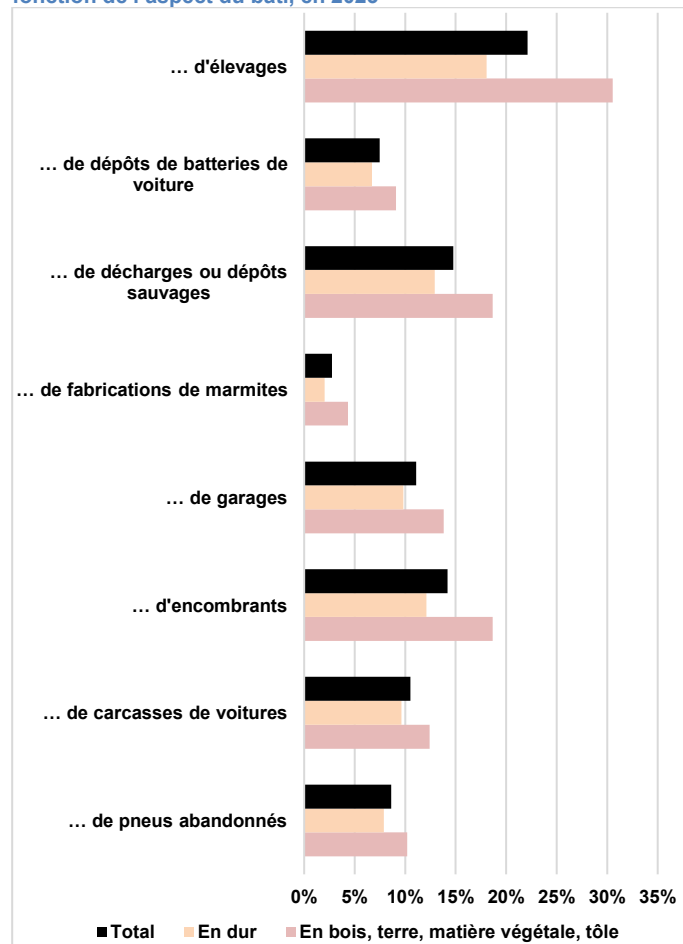
En 2023, **28 % des individus déclarent l'absence de déchets** tel que les pneus abandonnés, les carcasses de voitures, les encombrants, les décharges ou dépôts sauvages et les dépôts de batterie de voiture, **autour de leur logement ou dans leur cour** [110]. Les logements **précaires** sont **un peu plus** concernés : 32 % pour au moins un type de déchets contre 26 % pour ceux en dur [110]. A l'extrême opposé, **2 % des adultes de 18 ans ou plus évoquent la présence de pneus abandonnés, carcasses de voiture, encombrants, décharges ou dépôts sauvages, batteries de voiture, deux fois plus pour les habitants de logement en bois, terre, matière végétale, tôle** (4 % contre 1,8 %) [110]. Dès lors, les décharges ou dépôts sauvages ainsi que les encombrants sont les plus déclarés, respectivement 15 % et 14 % [110].

Les **batteries de voiture**, signalées par **8 % des individus**, représentent une préoccupation majeure pour l'environnement et la pollution des sols²¹⁵ [110].

Non cités dans l'indicateur cumulé, mais **présentant un haut facteur de risque de production de déchets à risque**, les **garages à proximité** sont évoqués par 11 % des ménages, les **fabriques de marmites**²¹⁶ par 3 % et les **élevages** 22 % [110] (Figure 134).

Huit individus sur dix dénoncent l'influence néfaste des déchets sur l'odeur, la santé, la pollution des eaux et des sols ainsi que la beauté de l'environnement [110].

Figure 134 : Type de déchets autour des logements en fonction de l'aspect du bâti, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [110]

²¹⁴ 1,3 % au moins une fois par semaine, et 97 % jamais [110].

²¹⁵ Ces batteries contiennent des métaux tels que le cobalt, le nickel, le plomb et le manganèse, connus pour leur forte toxicité. Lorsqu'elles ne sont pas correctement éliminées, ces substances peuvent entraîner une contamination des réserves d'eau et des écosystèmes. De plus, des cas d'incendies ont été attribués à une gestion inappropriée des batteries au lithium dans le passé.

²¹⁶ Tout comme pour les batteries de voitures, les marmites en aluminium sont reconnues pour leur contenu en plomb : les enfants jouant à proximité peuvent se contaminer par ingestion de terre ou inhalation de poussières polluées. Le saturnisme est une intoxication par le plomb dangereuse pour la santé, notamment chez les enfants et les femmes enceintes, du fait de ses effets toxiques durables sur l'organisme, même à faible dose, surtout au niveau du système nerveux, de la moelle osseuse et des reins.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Sept adultes de 18 ans ou plus **sur dix à Mayotte déclarent déposer leurs déchets²¹⁷ en dehors des bacs à ordure au moins trois fois par semaine** et à l'opposé un sur dix jamais [110]. Aussi bien individuel que collectif, la **présence du bac à ordure n'a que peu d'influence sur ces mauvais gestes**, ne diminuant que de 3 points le fait de ne jamais les réaliser [110]. Contrairement au **niveau d'éducation** qui va avoir un effet significatif, **triplant ainsi le taux d'individus ne déposant jamais ses déchets dans la rue** : 5 % pour les non scolarisés à 19 % pour les titulaires d'un diplôme supérieur au BAC+2 ou équivalent²¹⁸ [110].

Lorsque l'on interroge la population sur ce qu'il faut faire des **appareils électroménagers hors d'usage** (télévision, réfrigérateur, machine à laver, etc.), les **deux tiers déclarent qu'il faut les déposer à la déchèterie** [110]. Ils sont ensuite 22 % à estimer qu'il faut les faire réparer ou les reconditionner et 11 % les laisser dans un magasin ou laisser ce dernier venir les récupérer lors de l'achat d'un nouvel appareil. **7 % pensent qu'il suffit de les jeter dans la nature** [110].

Sur la période 2020 à 2022, **4 483 déchets²¹⁹** ont été signalés par le service de la LAV de l'ARS Mayotte, dont **82 % sur le domaine public**. La majorité sont des **carcasses de voiture** (57 %) et des **encombrants** (23 %).

Ce sont notamment pour les **pneus** que la part d'abandonnés sur le **domaine privé est la plus importante** : 39 % (*Tableau 29*).

Figure 135 : Répartition, par période de remontée des informations, des déchets recensés dans la nature sur de 2020 à 2022 à Mayotte

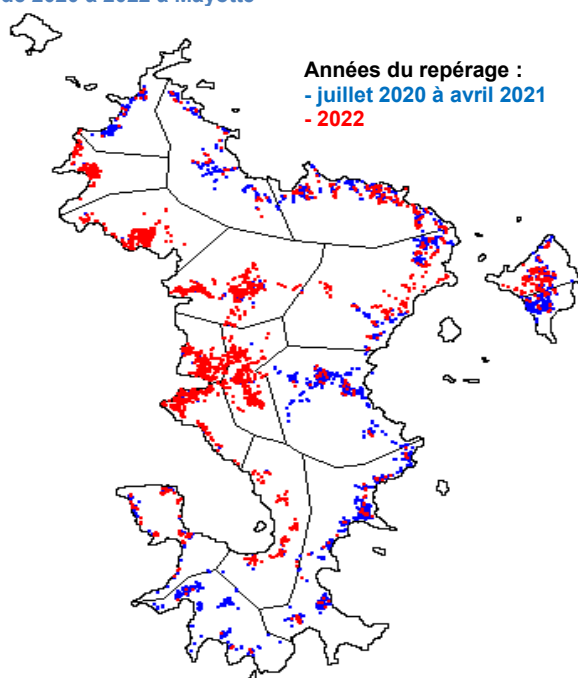
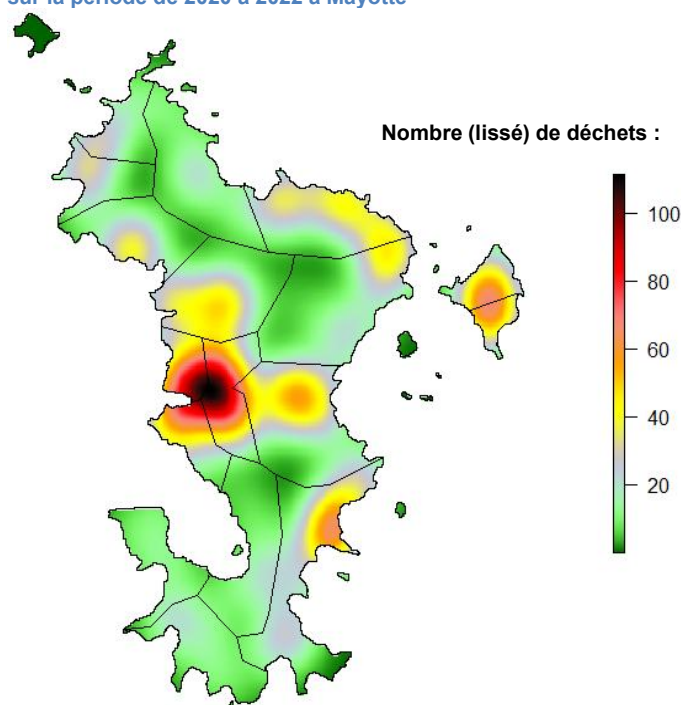


Figure 136 : Densité (lissée) des déchets recensés en sur la période de 2020 à 2022 à Mayotte



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

Source : ARS Mayotte - Service de la LAV

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Tableau 29 : Type de déchets et de domaine de Mayotte sur la période 2020 à 2022

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

Source : ARS Mayotte - Service de la LAV

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

²¹⁷ Concernant le tri des déchets, un tiers des adultes de l'île le réalise, dont 22 % systématiquement [110].

²¹⁸ Toutefois, le manque de service permettant de les ramasser et donc de vider ces bacs à ordure fait que quel que soit le niveau d'éducation, la fréquence de « au moins trois fois par semaine » reste constante [110].

²¹⁹ Regroupant les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



28 % des individus déclarent la **présence de rats** plus de trois fois chez eux au cours du dernier mois [110]. Cette proportion augmente en fonction du nombre cumulé de déchets ou de lieux potentiellement générateurs de déchets, passant de **27 % pour ceux en déclarant au plus un, 30-32 % deux à cinq, à 37 %** pour ceux déclarant **les six** items disponibles [110].

Les **habitats précaires**, plus concernés par un paysage à risque en termes de prolifération des déchets autour d'eux, sont logiquement beaucoup plus concernés par la **présence de rats** plus de trois fois au cours du dernier mois : **+18 points**, que les **habitats en dur** (22 % contre 40 %), et *a contrario* : 28 % pour aucune fois contre 48 % [110].

Evacuation des eaux

En 2017, **38 %** des résidences principales de Mayotte sont reliées à **une fosse septique ou une fosse sèche** (+3 points par rapport à 2012), **19 % pour le réseau d'égouts** (18 % en 2012) et **42 % à même le sol** (46 % en 2012) [31]. En croisant avec le type de bâti, on observe alors une forte variabilité : 21 % des maisons en **tôle, bois, végétal** pour les deux types de fosse contre **49 % pour les maisons en dur** (dont immeuble), respectivement 6 % et 28 % pour les égouts, **73 %** et 23 % pour le sol [31].

On observe également une **nette disparité en fonction des communes** : **Bouéni** (77 %), **M'tsangamouji** (72 %) et **M'tsamboro** (69 %) sont celles recensant le plus de maisons reliées à **une fosse septique ou une fosse sèche** ; et **Kani-Kéli** (47 %), **Mamoudzou** (34 %), **Bandraboua** et **Dembéni** (19 %) pour le **réseau d'égouts** [31]. **Dembéni** est également la commune présentant une forte part de logements dont l'évacuation des eaux usées **se fait à même le sol** (49 %), avec **Ouangani** (57 %) et **Koungou** (56 %) [31] (*Tableau 30*).

Tableau 30 : Répartition type de bâti et mode d'évacuation des eaux usées en 2017 à Mayotte

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

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

Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [31]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

En 2023, malgré l'obligation du Code de la Santé Publique²²⁰ seulement deux foyers sur dix sont raccordés au réseau d'assainissement collectif/réseau d'égouts²²¹, demeurant alors **quatre fois inférieur à la part en France Hexagonale** [118]. **Les maisons en dur y sont raccordées trois fois plus souvent** que les logements précaires²²² (31 % contre 13 %) [118].

Le **non-raccordement** concerne principalement les ménages avec **latrines** (95 %, contre 58 % de ceux équipés de toilettes modernes) [118]. Parmi les logements non raccordés et utilisant une fosse septique, seulement **11 % déclarent l'avoir déjà vidée** [118].

Néanmoins, les niveaux d'information sur les **risques liés à l'assainissement** sont similaires, quel que soit le mode utilisé : **62 % s'en disent bien informés**, tandis que 24 % estiment l'être mal²²³ [118].

6 % des ménages ont abandonné leur fosse septique en la recouvrant directement avec de la terre puis en en creusant une nouvelle, augmentant ainsi les risques de contamination des eaux souterraines [118]. Les ménages à faibles revenus ont ainsi moins tendance à faire appel à un prestataire pour vider leur fosse (23 % ne le font pas) que les autres (5 %) [118].

²²⁰ Articles L.1331-1.

²²¹ 22 %, 70 % ne le sont pas et 7 % n'en sont pas sûr.

²²² 10 % des habitants des maisons en dur ne savent pas si elles sont raccordées au réseau, contre seulement 5 % pour les logements précaires.

²²³ Les autres ne savent pas où se situer.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Par ailleurs, **4 % des ménages signalent que leur fosse septique déborde**, et **0,4 % le suspectent en raison de mauvaises odeurs** [118]. Ce problème touche presque deux fois plus souvent ceux ayant creusé une nouvelle fosse (7 % contre 4 %) [118].

Les ménages concernés par un débordement se sentent aussi davantage exposés à des risques environnementaux pour leur santé : entre 33 % et 64 % d'entre eux en ont conscience, contre 40 % chez les autres [118]. Ils rapportent également **plus fréquemment la présence de moustiques** (88 % à 94 %, contre 86 %) et **de rats** (71 % à 78 %, contre 62 %) [118].

Enfin, **15 % des foyers se plaignent des odeurs de fosses septiques** : 11 % attribuent ces nuisances à leur propre installation, 3 % à celle d'un voisin, et 1 % ne parvient pas à en identifier l'origine [118]. Ces désagréments sont nettement plus fréquents en cas de débordement, touchant alors entre 62 % et 78 % des ménages concernés, contre seulement 13 % en l'absence de débordement [118].

e) Nuisances sonores

En 2023, **deux adultes de 18 ans ou plus sur cinq déclarent être exposés aux nuisances sonores produites par leur voisinage**, dont un sur cinq en permanence²²⁴ [119].

Les habitants des maisons en tôle, bois, matière végétale ou terre, bâti moins adapté pour filtrer efficacement le bruit, sont plus fréquents à se plaindre de leur voisinage vis-à-vis de ceux vivant dans les maisons en dur : 46 % contre 40 % [119]. **Cependant, quelle que soit la nature du bâti, ils déclarent dans les mêmes proportions être gênés en « permanence » par l'extérieur** (18 %) [119]. Dès lors, les adultes qui se disent satisfaits de l'isolation vis-à-vis du bruit de leur logement sont 22 % à être atteints par le bruit extérieur, dont 9 % en permanence, contre 65 % pour ceux qui en sont insatisfaits, dont 29 % en permanence [119].

De jour, le niveau moyen d'intensité du bruit mesuré au sein des ménages est de **57 décibels**²²⁵, se situant alors **au-dessus du seuil d'acceptabilité** en journée de 50-55 dB(A) [120]. Seulement 14 % des ménages se trouvaient alors en dessous de cette norme et 5 % ont une mesure supérieure à 70 décibels²²⁶ [119] (Figure 137).

Qu'ils déclarent être affectés ou non par les nuisances sonores, **17 % des individus disent en ressentir les effets sur leur santé** [119].

Ils déclarent alors comme symptômes : pour 61 % la **fatigue**, notamment chez les plus de 35 ans, et pour 58 % les **problèmes de sommeil**, cette fois-ci principalement chez les moins de 35 ans [119]. Le **stress** associé au bruit concerne près d'un cas sur deux, augmentant avec l'âge : de 41 % chez les 25-34 ans à 53 % chez les 65 ans ou plus [119]. 36 % de la population de Mayotte déclarent une forte **sensibilité au bruit** suite aux nuisances sonores, diminuant de : 41 % chez les 18-24 ans à 31 % chez les 65 ans ou plus [119].

Enfin, une personne sur mille déclare avoir ressenti une **perte d'audition** immédiate à la suite d'une exposition trop forte au bruit, et cinq sur mille de très fort maux de tête [119].

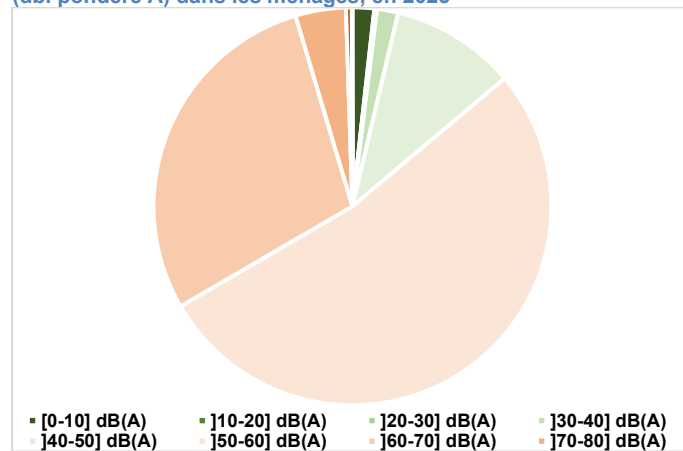
Les nuisances sonores émanant des voisins sont les plus couramment déclarées : 55 % [119].

Le taux diminue nettement en fonction du bâti du logement mais aussi du niveau de satisfaction de l'isolation sonore : de 61 % chez les habitants des maisons précaires se plaignant de l'isolation des murs à 51 % chez ceux des maisons en dur qui en sont satisfaits [119].

La seconde source est liée aux véhicules motorisés (43 %), où l'effet inverse est observé, avec des individus vivant dans les habitats précaires moins concernés : 47 à 51 % contre 30 à 32 % [119].

Viennent ensuite les nuisances sonores engendrées par les **travaux des chantiers de construction** (22 %), où les déclarations sont moins influencées par le bâti et l'isolation sonore [119]. Parmi les autres sources : les **animaux domestiques** (18 %) et les **sorties d'écoles** (6 %) sont également évoqués [119]. Et dans des proportions beaucoup plus faibles : les **boîtes de nuit, bars, restaurants** (1,9 %) et les **vois aériens** (1,2 %) [119]. Le territoire étant touché par une vague de délinquance croissante

Figure 137 : Mesure du niveau de pression acoustique (dbI pondéré A) dans les ménages, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [119]

²²⁴ 18 %, 24 % souvent, 28 % rarement et 31 % jamais [119].

²²⁵ Pression sonore en Pa ou décibel A de notation dB(A).

²²⁶ Dont 0,04 % au-dessus des 90 dB(A) avec un maximum mesuré à 93 : soit un début de risque sérieux [119].



ARS MAYOTTE

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

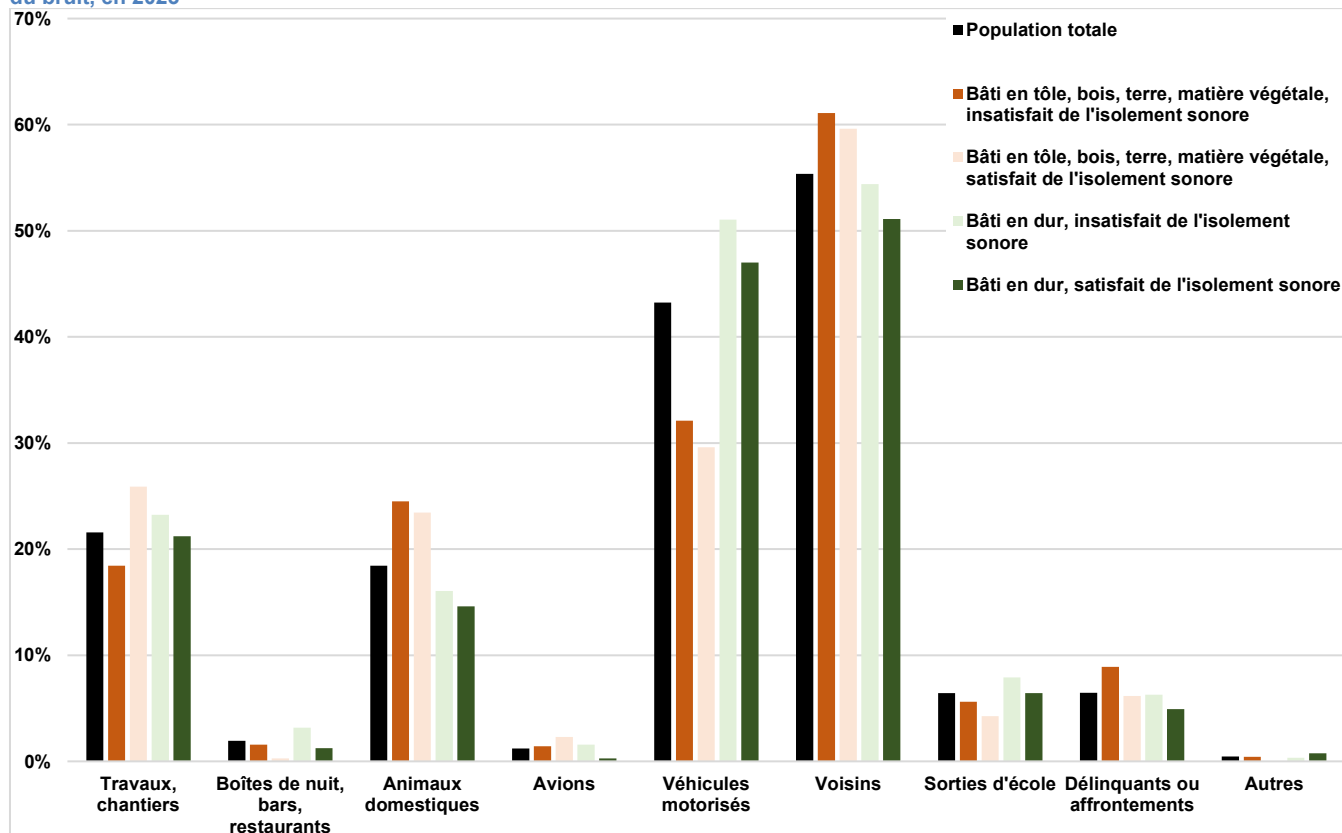
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



d'année en année, **7 % des ménages se plaignent du bruit lié aux affrontements** qui s'y déroulent fréquemment [119] (Figure 138).

Figure 138 : Sources des nuisances sonores par type de bâtiments et niveau de satisfaction quant à l'isolation vis-à-vis du bruit, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [119]

f) Produits phytosanitaires

Les **contrôles** menés par le service de l'alimentation de la DAAF de 2017 à 2023 **ont révélé une utilisation généralisée de pesticides illicites**, en particulier dans les cultures maraîchères informelles [121]. Ces pesticides non homologués sont **souvent introduits à Mayotte via des bateaux clandestins en provenance des îles voisines mais aussi via des importations frauduleuses** [121]. Des prélèvements effectués sur des **légumes vendus en bord de route** ont montré des **taux de non-conformité dépassant souvent les 70 %** [121].

Parmi les substances actives détectées, on trouve des **pesticides interdits dans l'UE**, dont certains sont **classés comme extrêmement toxiques pour la santé humaine et l'environnement** [121]. Par exemple, des prélèvements effectués sur des **tomates** ont révélé une contamination au **diméthoate**, un insecticide interdit dans l'UE en raison de ses effets néfastes sur la santé humaine [121].

g) Eau de consommation

La distribution d'eau potable

La **production et la distribution de l'eau potable sur l'île de Mayotte sont assurées par un syndicat unique** : le SMAE, et par un contrat de délégation de service public. L'eau utilisée pour la production des eaux de consommation humaine provient de ressources profondes exploitées par des forages et des ressources superficielles comme les **rivières**, les **retenues collinaires** et l'**eau de mer**²²⁷.

Les prises d'eau superficielles essentiellement situées dans la **partie nord de l'île représentent 75 % des ressources** destinées à la production d'eau potable et 25 % proviennent des forages (Tableau 31).

²²⁷ L'eau de mer est une ressource inépuisable et les rendements pour pouvoir faire de l'eau douce sont faibles en comparaison avec les procédés classiques. Cela n'est donc pas représentatif de la quantité d'eau potable produite.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 31 : Types de ressource en eau de Mayotte, débits et répartition en 2021

Type d'eau	Nature de l'eau	Débit prélevé moyen	Répartition	
			2021	2020
Eau souterraine	Forages	11 521 m3/j	24 %	25 %
	Rivières	22 272 m3/j	47 %	47 %
Eau de surface	Retenues	7 638 m3/j	16 %	15 %
	Eau de mer	5 924 m3/j	13 %	13 %
Débit total (m3/jour)		47 355		44 388

Champ : Mayotte

Source : ARS Mayotte – SE [122]

Au 31 décembre 2021, le **contrôle sanitaire appliqué à Mayotte concerne 46 captages en exploitation** (ressources) [122] :

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

Ainsi que 13 stations de traitement et de production dont 6 UP et 14 UDI [122]. Afin d'assurer la sécurité sanitaire de l'eau destinée à la consommation humaine, la **mise en place des périmètres de protection des captages est en cours** [122]. Cette action vise à protéger et pérenniser les ressources en eau et les points de production par la maîtrise des activités provoquées directement ou indirectement par l'action de l'« homme » plus ou moins proches de celles-ci (urbanisme, agriculture, etc.) [122]. Lema s'est engagé dans une procédure de mise en place de ces périmètres de protection autour de l'ensemble des captages d'eau potable avec l'avancement suivant au 31 décembre 2021 [122] :

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

Cependant, malgré la prise des arrêtés préfectoraux de captages, ceux-ci ne sont toujours pas appliqués que ce soit d'un point de vue administratif (notification des propriétaires concernés, annexion aux documents d'urbanisme) ou de celui des travaux à réaliser pour respecter les préconisations et les prescriptions arrêtées [122]. Constatant la dégradation de l'environnement et les pressions de plus en plus grandes sur la ressource en eau, il devient urgent que ces préconisations et prescriptions soient prises en compte et appliquées au risque de ne plus pouvoir disposer d'une eau en quantité et en qualité suffisante destinée à la consommation humaine [122].

L'indice d'avancement des périmètres de protection de la ressource en eau est de 53 % en 2021, -5 points vis-à-vis de 2020 (58 %), s'expliquant par la mise en service de nouveaux captages pour lesquelles la procédure d'autorisation n'a pas été finalisée (58 % en 2019, 57 % en 2018) [122].

La qualité de l'eau potable

Les analyses réalisées en 2022 par l'ARS Mayotte et la SMAE dans le cadre du contrôle sanitaire et de l'autosurveillance montrent une très **bonne qualité bactériologique et physico-chimique des eaux** destinées à la consommation humaine [122]. Le taux de conformité bactériologique de contrôle sanitaire est **supérieur à 99 %** [122]. Depuis 2016, le nombre de secteurs avec un **taux inférieur à 100 % a diminué drastiquement** pour finalement ne concerner plus qu'une seule commune (M'tsangamouji) en 2022 [122] (Figure 139 & Tableau 32).

Les recherches de micropolluants, de substances radioactives et de pesticides n'ont montré aucun dépassement des normes en vigueur [122]. Les situations de non-conformité restent ponctuelles et la **qualité de l'eau est uniforme sur l'île** [122] (Figure 139).

De nombreuses coupures d'eau ont été constatées depuis 2020, s'accroissant fortement depuis 2023 suite à la crise de l'eau, et se poursuivant en 2025. **Ces coupures**

Figure 139 : Qualité bactériologique de l'eau de robinet pour l'année 2022 à Mayotte



Champ : Eau de robinet de Mayotte
Source : ARS Mayotte – SE [122]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



peuvent générer une eau trouble au moment de la remise en service et être impropre à la consommation. Les recommandations sanitaires indiquent ainsi qu'il faut éviter de consommer l'eau du robinet durant la première journée suivant la remise en eau.

Tableau 32 : Evolution du nombre de communes incluant au moins un secteur concerné par les différentes catégories de qualité bactériologique au robinet de 2016 à 2022

Conformité	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
85-90 %	0	0	1	0	0	0	0
90-95 %	5	3	1	0	0	0	0
95-99,9 %	10	4	5	13	4	9	1
100 %	9	14	14	7	14	11	16
Total	24	21	21	20	18	20	18

Note : Le total des communes ne fait pas nécessairement 17 car certaines communes peuvent être concernées par plusieurs catégories en fonction du secteur mesuré.

Champ : Eau de robinet de Mayotte

Source : ARS Mayotte – SE [122]

Tableau 33 : Qualité physico-chimique de l'eau au robinet de 2020 à 2022

Paramètre \ % de conformité	2022	2021	2020
Turbidité :			
- Référence qualité*	93,1 %	99,1 %	99,6 %
- Limite de qualité**	98,9 %	98,9 %	95,2 %
Aluminium, référence qualité	99,8 %	98,7 %	97,4 %
Nitrate, limite de qualité	100 %	100 %	100 %
Total pesticides, limite de qualité	100 %	100 %	100 %
Sous-produits de chloration, limite de qualité	100 %	100 %	100 %
Conductivité, référence de qualité	84,0 %	73,3 %	86,5 %

Note : * valeurs réglementaires fixées pour vingt paramètres, qui constituent des témoins du fonctionnement des installations de production de la distribution d'eau. Ces substances n'ont d'incidence directe sur la santé, mais peuvent mettre en évidence des dysfonctionnements des installations de traitement ou être à l'origine d'inconforts ou de désagréments pour le consommateur.

** valeurs réglementaires fixées pour les paramètres dont la présence dans l'eau induit des risques pour la santé du consommateur à plus ou moins long terme.

Champ : Eau de robinet de Mayotte

Source : ARS Mayotte – SE [122]

Les bornes fontaines monétiques

Suite à l'épidémie de choléra ayant touché l'île en 2000, **80 BFM** avaient été installées sur les **17 communes de Mayotte** en collaboration avec les différents partenaires : mairies, DASS, SMAE, Lema, pour 1,1 millions d'euros. Les critères d'implantation retenus étaient : une BFM **minimum par commune**, une BFM pour **100 foyers** non raccordés (site), une priorité donnée aux **quartiers les plus défavorisés** et aux emplacements actuels ou historiques de robinet public.

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

Au **31 décembre 2024**, le territoire de Mayotte est couvert par un total de **95 BFM**. Les sites sont sélectionnés et retenus via une étude conjointe avec les **mairies** de Mayotte, **Lema** et la **SMAE**. Les BFM sont **principalement implantées dans la commune de Mamoudzou** et ses alentours (Koungou, Tsingoni, Ouangani et Dembéli), ainsi qu'en Petite-Terre, Bandraboua et le Nord de la commune de Bandré. Les communes de M'tsamboro, Acoua, M'tsangamouji, Chiconi, Bouéni et Kani-Kéli en sont dépourvues, compensées par la **mise en place de rampes fonctionnelles** au Sud (*Figure 140*).

La consommation totale en 2013 était de 38 000 m³, rapportée à la population déclarant s'approvisionner à la BFM [49], cela reviendrait à une consommation moyenne de **14 m³ par ménage**²²⁸. Elle augmente ensuite de 63 % jusqu'en 2016 (soit 20 m³ par ménage), puis chute de 11 % et se porte à 55 000 m³ (soit 17 m³ par ménage). Depuis 2017, la consommation aux BFM ne cesse de croître : de 65 000 m³ en 2019 à 166 088 en 2023 (multipliée par 2,5), soit **43 m³ par ménage** (*Tableau 34*).

La consommation des **BFM** représente **0,7 % de l'eau produit sur le territoire**. Suite à l'épidémie de Covid-19, **55 rampes** avaient été remises en service et installées, représentant **0,2 % de l'alimentation en eau potable** de Mayotte.

Tableau 34 : Nombre total de BFM à Mayotte et consommation annuelle de 2013 à 2024

Année	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
BFM Opérationnelles	95	92	93		64	50	49	46	53	54	56	47
Consommation annuelle (m ³)		166 088	146 728		83 790	65 000	67 000	55 000	62 000	53 000	38 000	38 000
Consommation par ménage		42,6	38,9		23,8	19,1	20,4	17,3	20,3	18,0	13,3	13,8
Equivalent L/jour/ménage		116,5	106,5		65,2	52,3	55,8	47,4	55,6	49,2	36,5	37,8

Source : SMAE

Exploitation : ARS Mayotte – SE

²²⁸ Estimations basées sur le ratio consommation annuelle sur nombre de résidences principales. En 2012, le parc de logement se tenait à 53 200 résidences principales et 5 % des ménages déclaraient s'alimenter à une borne fontaine [8] [49]. En 2017, il est de 63 100 résidences principales soit un taux de croissance de +3,5 % en moyenne par an [8]. Sur cette base, il est possible d'estimer le nombre de résidences principales entre 2012 et 2017 et de 2018 à 2020 pour lesquelles sera appliqué le taux de 5 % d'approvisionnement à une borne fontaine également [49].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 140 : Emplacement des Bornes Fontaines Monétiques en décembre 2024



Source : SMAE
Exploitation : ARS Mayotte – SE

Usage de l'eau²²⁹

Pour les ménages qui ne disposent pas d'eau potable chez eux, **le principal moyen de récupération de l'eau destinée à la consommation humaine est d'y aller à pied (81 %) [118]**. L'utilisation de la voiture personnelle est ensuite le plus souvent citée (36 %) [118] (Figure 142).

Les durées de trajet varient selon le lieu d'approvisionnement : 24 % des ménages s'approvisionnant à la rivière et 27 % de ceux utilisant une BFM mettent **plus de trente minutes pour s'y rendre**, contre 43 % parmi ceux collectant l'eau de pluie [118]. En revanche, 86 % des habitants s'approvisionnent à la rivière ou à un revendeur d'eau en moins de trente minutes [118] (Figure 143).

La majorité des personnes (70 %) transportent leur(s) réserve(s) d'eau sans équipement (brouette, charrette, etc.), tandis que 10 % le font avec²³⁰ [118]. 7 % en voiture et moins de 1 % en taxi ou à moto [118]. **Les trajets à pied sont généralement les plus courts** : 30 % des personnes utilisant

²²⁹ 15 % des individus considèrent qu'il est sans danger de donner de l'eau du robinet à un nourrisson ; Un adulte sur cinq pense qu'il n'y a aucun risque pour une femme enceinte de consommer l'eau du robinet ; Trois quarts des personnes estiment qu'après de fortes précipitations, boire de l'eau du robinet peut être nocif pour la santé ; Neuf personnes sur dix reconnaissent que consommer de l'eau de mauvaise qualité peut provoquer des maladies [118].

²³⁰ Il s'agit de deux modes de transport à pied.



un équipement (brouette, charrette, etc.) et 41 % de celles sans équipement rapportent des trajets de moins de dix minutes [118]. Toutefois, une proportion non négligeable des ménages rapporte des temps de trajet supérieurs à trente minutes : 24 % pour ceux avec équipement et 17 % pour ceux sans [118].

Pour les ménages **utilisant une moto**, **92 % mettent entre dix et trente minutes** pour aller s'approvisionner en eau, et **79 % des utilisateurs de taxi** [118].

Enfin, pour ceux **utilisant une voiture personnelle**, **les durées de trajet sont plus variées** : 17 % déclarent un trajet de moins de dix minutes, 56 % de dix à trente minutes, et 27 % pour plus de trente minutes [118].

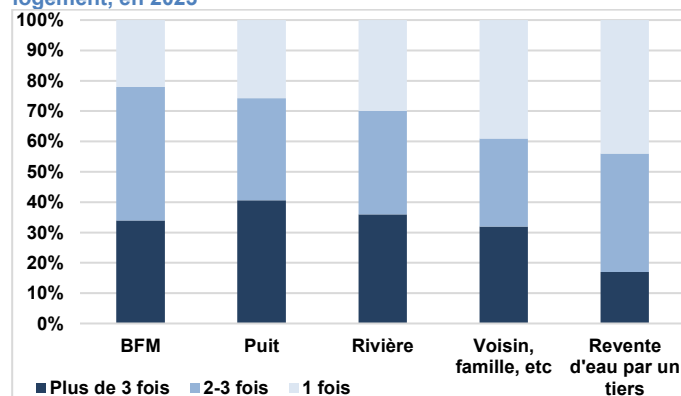
L'**eau potable** provenant du robinet à l'intérieur du logement, de la BFM et des bouteilles est utilisée dans plus de **sept cas sur dix** pour le **nettoyage des fruits et légumes**, la **douche**, les **toilettes**, la **cuisine**, le **lavage des mains**, le **brossage des dents**, la **lessive** et la **vaisselle** [118]. **Six ménages sur dix déclarent la consommer directement**²³¹, mais seulement **un quart l'utilise pour préparer les biberons** des enfants en bas âge [118].

Parmi les ménages utilisant l'**eau de pluie** ou l'**eau de rivière**, 3 % et 1 % respectivement s'en servent pour la préparation des biberons, des pratiques pouvant présenter des risques pour la santé. L'eau de ces deux lieux de provenance est **principalement utilisée pour la lessive**, la **vidange des toilettes**, la **douche** et la **vaisselle** [118] (Figure 144).

La **clarté de l'eau est le principal critère utilisé pour juger de la qualité de l'eau de consommation**, citée par **huit personnes sur dix** [118]. Vérifier l'absence de matière en suspension est beaucoup moins importante pour les non-diplômés (cités par seulement 14 %) que pour les personnes titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat (44 %) [118]. L'effet du niveau de diplôme se fait également sentir, bien que dans une moindre mesure, sur l'appréciation du goût de l'eau (34 % chez les non-diplômés contre 43 % chez les diplômés) [118]. En revanche, l'odeur de l'eau est perçue de manière assez proche dans ces différents profils de population (59 % contre 63 %) [118].

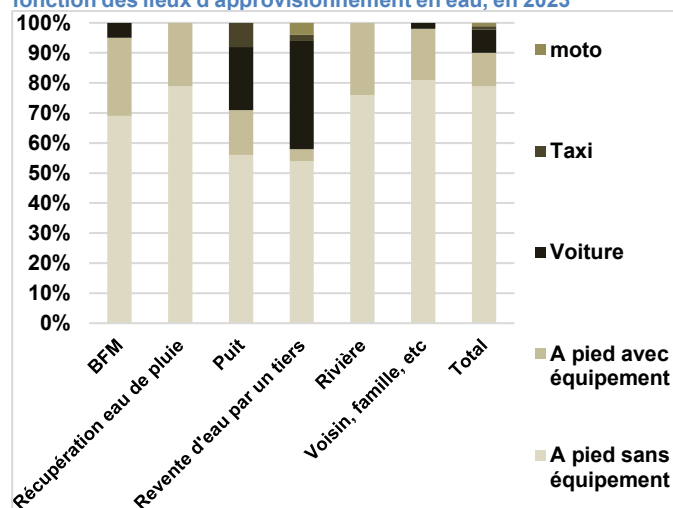
Pour améliorer la qualité de l'eau, plus de la **moitié des ménages choisissent de la faire bouillir avant consommation** et **trois sur dix la laissent reposer** [118]. Une minorité des ménages utilisent un filtre ou ajoutent des produits chimiques tels que de l'eau de Javel,

Figure 141 : Fréquence hebdomadaire d'approvisionnement aux sources d'eau hors du logement, en 2023



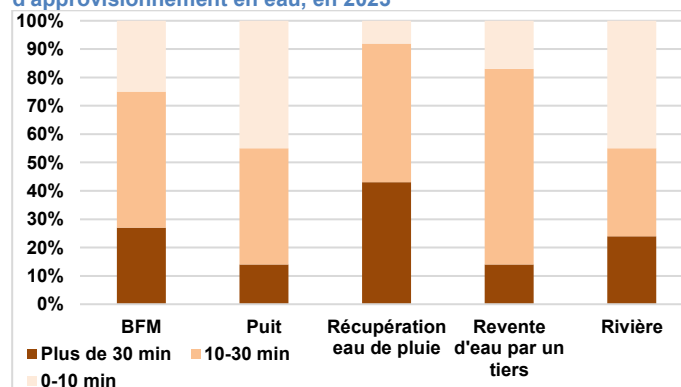
Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]

Figure 142 : Répartition des modes de déplacement en fonction des lieux d'approvisionnement en eau, en 2023



Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]

Figure 143 : Durée d'accès (trajet aller) par lieux d'approvisionnement en eau, en 2023



Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]

²³¹ Les adultes bien informés des effets de la qualité de l'eau du robinet sur leur santé sont 42 % à attendre plus de six heures après la remise de l'eau et avant de la consommer, contre 34 % chez les personnes moins bien informées, et près de la moitié parmi ceux n'ayant jamais rendu parler de ces effets [118].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

du bicarbonate ou du chlore [118].

Dans les ménages, divers contenants sont utilisés pour conserver l'eau, tant pour l'usage quotidien que pendant les interruptions de l'approvisionnement de l'eau [118]. Ainsi, **l'eau est stockée dans des bacs communaux** servant initialement au ramassage des déchets par près de **quatre foyers sur dix**, tandis qu'un **foyer sur dix la stocke dans des seaux**, des **bouteilles** et des **bassines**, et **14 % dans des réservoirs de 20 litres** [118]. Par ailleurs, **96 % des ménages couvrent toujours leurs récipients**.

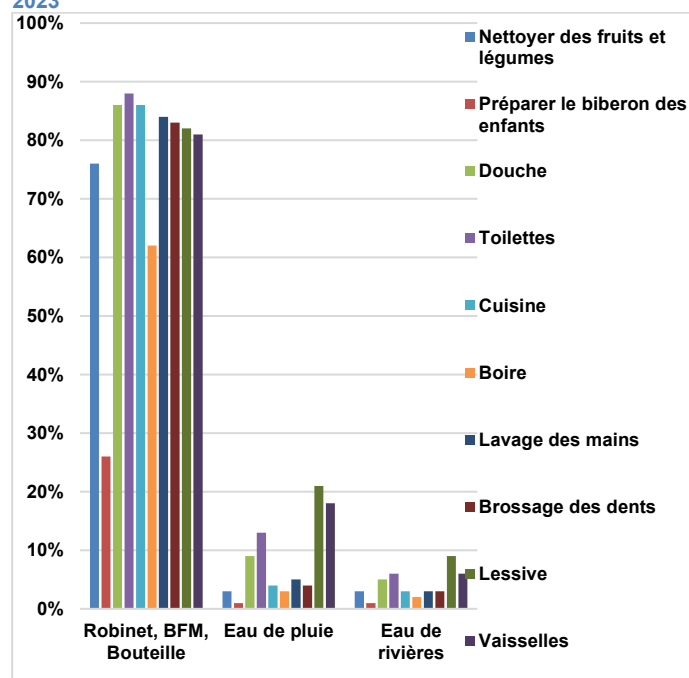
71 % des ménages nettoient quotidiennement leurs réservoirs (contenant supérieur à 20 litres), tandis que 24 % les lavent de manière hebdomadaire et 5 % de façon mensuelle [118]. Concernant les **seaux**, **66 %** des utilisateurs optent pour un nettoyage quotidien, contre 34 % qui privilégient un entretien hebdomadaire [118]. Les **bouteilles**, **citernes** et les **kapoka**²³² sont lavés chaque jour par **56 %** des ménages, tandis que 39 % préfèrent un entretien hebdomadaire [118]. Les **bidons**, quant à eux, sont nettoyés quotidiennement par **53 %** des ménages, et chaque semaine par 47 % [118]. Enfin, **43 % des ménages lavent leurs poubelles** attribuées au stockage de l'eau de consommation chaque jour, plus de la moitié (55 %) chaque semaine, et une minorité de 1,2 % y procède mensuellement [118].

34 % des ménages jugent la qualité de l'eau du robinet satisfaisante, tandis que deux tiers des adultes estiment qu'elle peut rendre malade. Parmi les motifs de méfiance évoqués, le **manque de limpidité**, un **goût** ou une **odeur inhabituelle** sont cités par environ **deux à trois ménages sur dix** [118]. Par ailleurs, 11 % des habitants déclarent ne plus avoir confiance en la SMAE et le LEMA. 14 % estiment que l'eau est de mauvaise qualité en raison de la présence supposée de calcaire [118] (Figure 145).

Concernant l'information sur la qualité de l'eau lors des coupures, 35 % des foyers se déclarent insatisfaits, et **41 % des habitants déplorent un manque de régularité dans la communication sur l'eau potable** [118]. Pendant les coupures d'eau, **42 % des ménages sont informés par le bouche-à-oreille**, 34 % via les réseaux sociaux et les médias, mettant en évidence les limites des canaux de communication [118]. **Seulement 11 % des ménages reçoivent l'information directement des fournisseurs d'eau** (SMAE et LEMA) [118].

²³² Unité de mesure traditionnelle malgache équivalant à 300mL, utilisée pour les denrées alimentaires de base comme le riz, les lentilles, le maïs, etc.

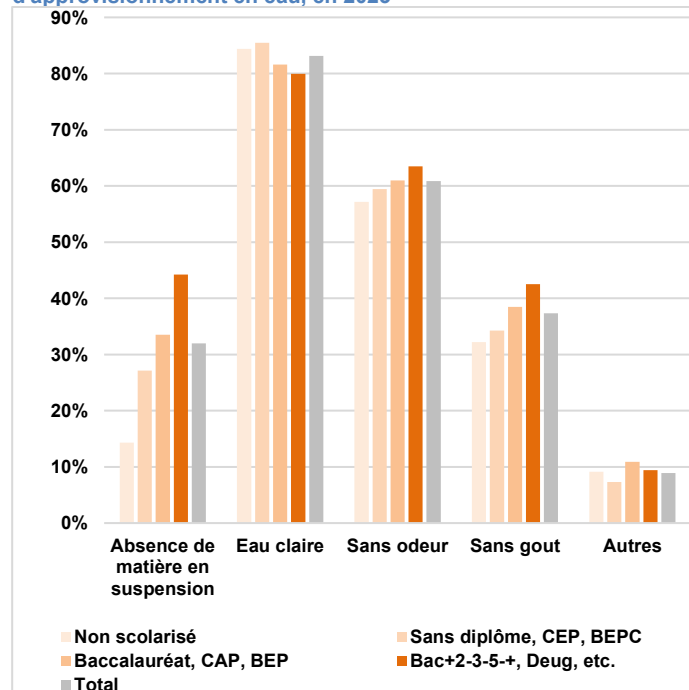
Figure 144 : Motifs d'utilisation de l'eau conservée ou recueillie en fonction de son lieu de provenance, en 2023



Note de lecture : Chez les gens utilisant l'eau du robinet, des BFM ou des bouteilles d'eau, 76 % l'utilisent pour nettoyer des fruits et des légumes. La somme ne fait pas 100 %, la question était à choix multiple.

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]

Figure 145 : Durée d'accès (trajet aller) par lieux d'approvisionnement en eau, en 2023



Note : La somme ne fait pas 100 %, la question étant à choix multiple.

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Baignades

En 2023 et au cours des douze derniers mois, **42 % des adultes de 18 ans et plus déclarent qu'eux-mêmes ou l'un de leur(s) enfant(s) se sont baignés dans l'un des différents points d'eau présents sur le territoire [124]. Les femmes étant moins adeptes de cette pratique que les hommes avec respectivement 37 % et 48 % [124]. Tout comme les 65 ans ou plus (21 %) qui sont deux fois moins concernés que les 18 à 24 ans (51 %) [124].**

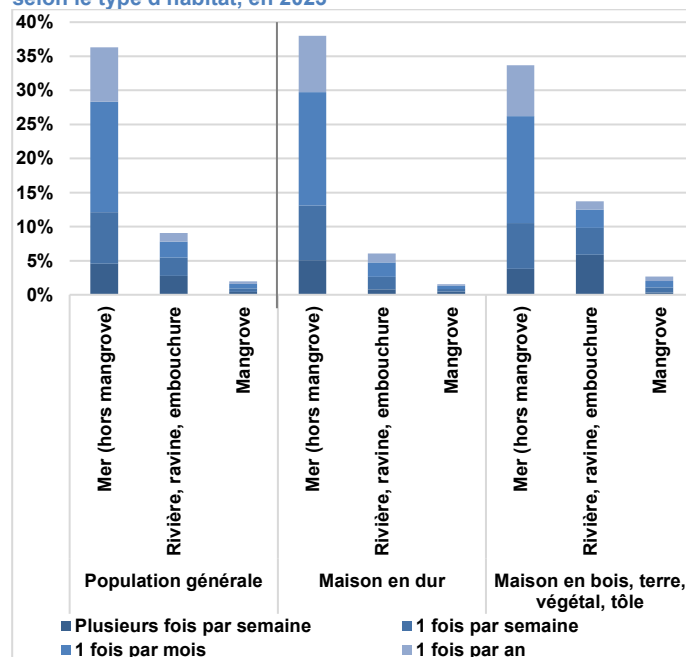
Parmi les lieux de baignades les plus cités, on trouve la mer (hors mangrove) au premier rang, avec 36 % des individus s'y rendant au moins une fois dans l'année²³⁴, dont 5 % plusieurs fois par semaine [124].

Vient ensuite la « rivière, ravine, embouchure », citée par 9 % des adultes²³⁵, dont 3 % plusieurs fois par semaine [124]. Ce taux témoigne d'une situation préoccupante car il s'agit de lieux potentiellement à risque sanitaire pour les individus, notamment suite aux signalements lancés en 2019 et 2021 sur l'utilisation de produits de lessive (y compris de substances potentiellement plus dangereuses comme la javel) pour le lavage du linge²³⁶ [124]. Concernant la mangrove, 2 % déclarent s'y baigner, dont 0,4 % plusieurs fois par semaine [124] (Figure 147).

Les retenues collinaires, source d'eau potable pour alimenter la population de Mayotte, sont citées par 0,7 % comme lieu de baignade au moins une fois dans l'année, dont 0,1 % y allant plusieurs fois dans la semaine [124]. Il s'agit alors de deux fois plus souvent d'individus vivant dans des logements précaires : 1,0 % contre 0,6 % pour les autres, soit potentiellement près de 3 250 adultes et enfants qui s'y baignent annuellement [124]. Ce volume représente une fréquentation non négligeable qui pourrait engendrer une dégradation de la qualité de l'eau et un risque sanitaire sur l'eau de consommation humaine²³⁷ [124].

Quant aux caniveaux, directement reliés à l'évacuation des eaux usées et aux risques associés sur la santé, ils sont cités par 0,8 %, dont 0,2 % plusieurs fois dans la semaine [124]. Avec les habitants des logements en tôle, bois, terre, matière végétale plus coutumiers à s'y rendre que les autres : 1,3 % contre 0,5 % [124] (Figure 148).

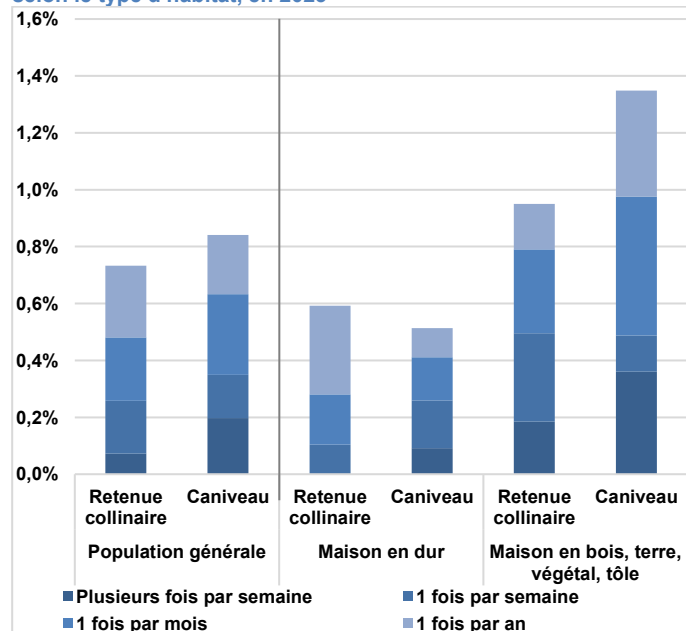
Figure 147 : Fréquence de baignades à la mer, à la rivière et à la mangrove au cours des 12 derniers mois, selon le type d'habitat, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [124]

Figure 148 : Fréquence de baignades à la retenue collinaire et au caniveau au cours des 12 derniers mois selon le type d'habitat, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [124]

²³⁴ 34 % des habitants des logements tôle, bois, terre, matière végétale s'y baignent contre 38 % pour les habitants des maisons en dur [124].

²³⁵ 14 % des habitants des logements tôle, bois, terre, matière végétale s'y baignent contre seulement 6 % pour les habitants des maisons en dur [124].

²³⁶ La « rivière, ravine, embouchure » présente un risque sanitaire important également à cause la défécation à l'air libre et du rejet des eaux usées, conséquence d'un manque important d'assainissement [124].

²³⁷ Mais aussi pour eux-mêmes avec la présence de métaux lourds au fond de ces réserves collinaires [124].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



12 % des adultes déclarent avoir eu un problème de peau (longues démangeaisons, boutons persistants, etc.) **ou un abcès suite à une baignade** [124]. En fonction du lieu fréquenté au moins une fois par semaine : **14 %** déclarent un problème de peau suite à une baignade à la **mer**, **16 %** suite à celle à la **rivière, ravine, embouchure** [124]. Pour la baignade à la **mangrove**, la part est de **21 %** [124]. Et c'est alors pour les **caniveaux** et les **retenues collinaires** que les risques de problème de peau doublent : respectivement **28 %** et **29 %** [124].

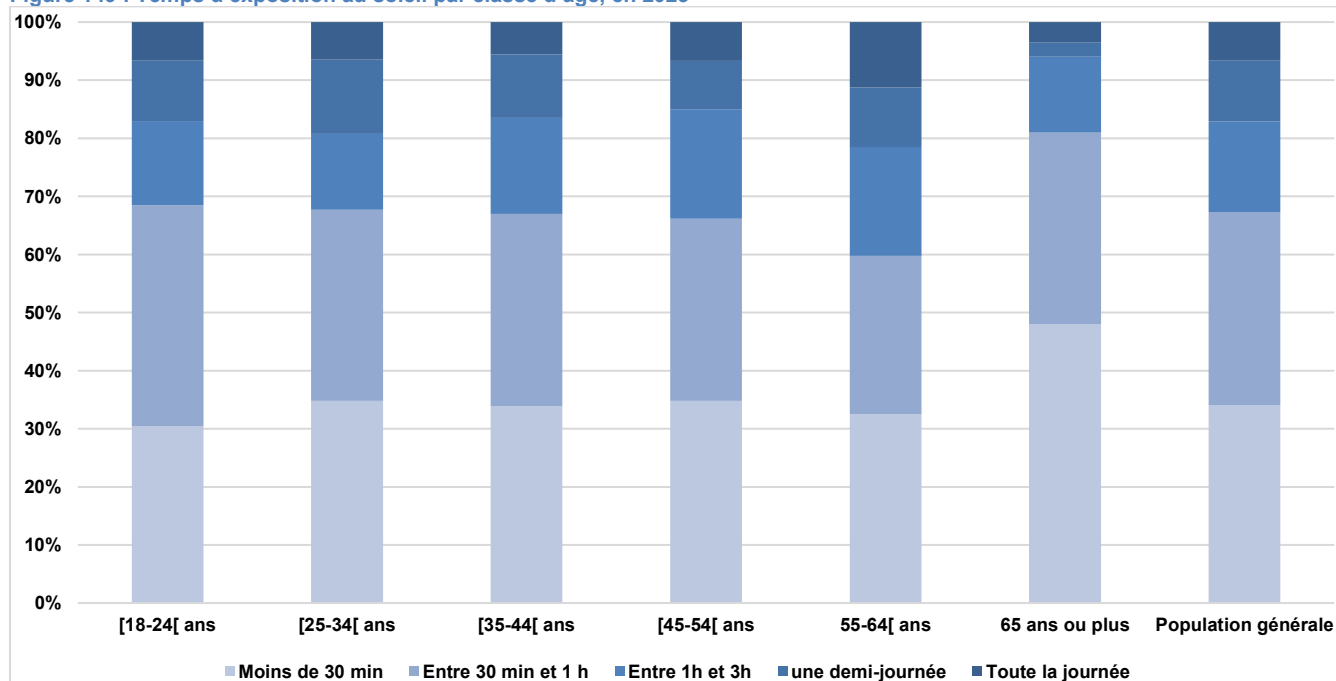
Risque solaire²³⁸

En 2023 et quel que soit le lieu, sur les **sept habitants sur dix** à Mayotte **passant du temps au soleil** : **quatre** le font par **contrainte**, **deux** le font par **obligation professionnelle** et seulement le **dernier** par **plaisir** [124]. On observe que les personnes les **plus âgées** (46 %) et les **plus jeunes** (34 %) **s'exposent le moins** au soleil²³⁹ [124].

Les plus âgées (65 ans ou plus), comptant déjà parmi les fréquences d'exposition les plus faibles, **restent le moins longtemps au soleil** lorsqu'ils s'exposent : 48 % moins de 30 minutes par jour, entre 30 % et 35 % pour les autres classes d'âges [124] (*Figure 149*).

Moins les individus déclarent passer du temps au soleil et plus ils le font par plaisir : 26 % pour moins de 30 minutes contre 17 % pour toute la journée [124]. **Ces derniers sont alors plus fréquents à évoquer une exposition prolongée forcée par leur emploi professionnel** : 35 % [124].

Figure 149 : Temps d'exposition au soleil par classe d'âge, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, *étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023* [124]

Trois adultes de 18 ans ou plus sur dix passant du temps au soleil déclarent **avoir eu plus de trois coups de soleil** au cours des douze derniers mois [124]. Et ceux qui le font par **obligation professionnelle** sont les **plus touchés** : 52 % déclarent au moins un coup de soleil dont 31 % plus de trois [124]. Tandis que ceux qui le sont par contrainte et par plaisir sont 41 % à en déclarer au moins un²⁴⁰ [124].

La durée passée au soleil va avoir également un retentissement, pour **plus de trois coups de soleil** : **61 %** de ceux exposés au soleil **toute la journée**, 32 % de ceux exposés pendant une demi-journée, et **16 %** de ceux exposés **moins de trente minutes** la journée [124].

²³⁸ Le risque solaire, bien que souvent sous-estimé, demeure une menace constante pour la santé humaine. Le rayonnement UV potentiellement nocif, est capable de causer des dommages sérieux à la peau et aux yeux. Dès lors, l'exposition prolongée aux UV peut déclencher une variété de problèmes de santé, allant de la brûlure douloureuse à des lésions chroniques tel que les cancers de la peau. Selon l'OMS, deux à trois millions de cancers de la peau non-mélanome et environ 132 000 cas de mélanome malin sont diagnostiqués dans le monde, ce dernier étant le plus agressif [126]. L'excès d'exposition au soleil est également responsable des rides précoces, de pigmentations irrégulières et des taches de vieillesse [125].

²³⁹ 24 à 29 % chez les autres classes d'âge [124].

²⁴⁰ Déclarent plus de trois coups de soleil : par plaisir 29 %, par contrainte professionnelle 28 % [124].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

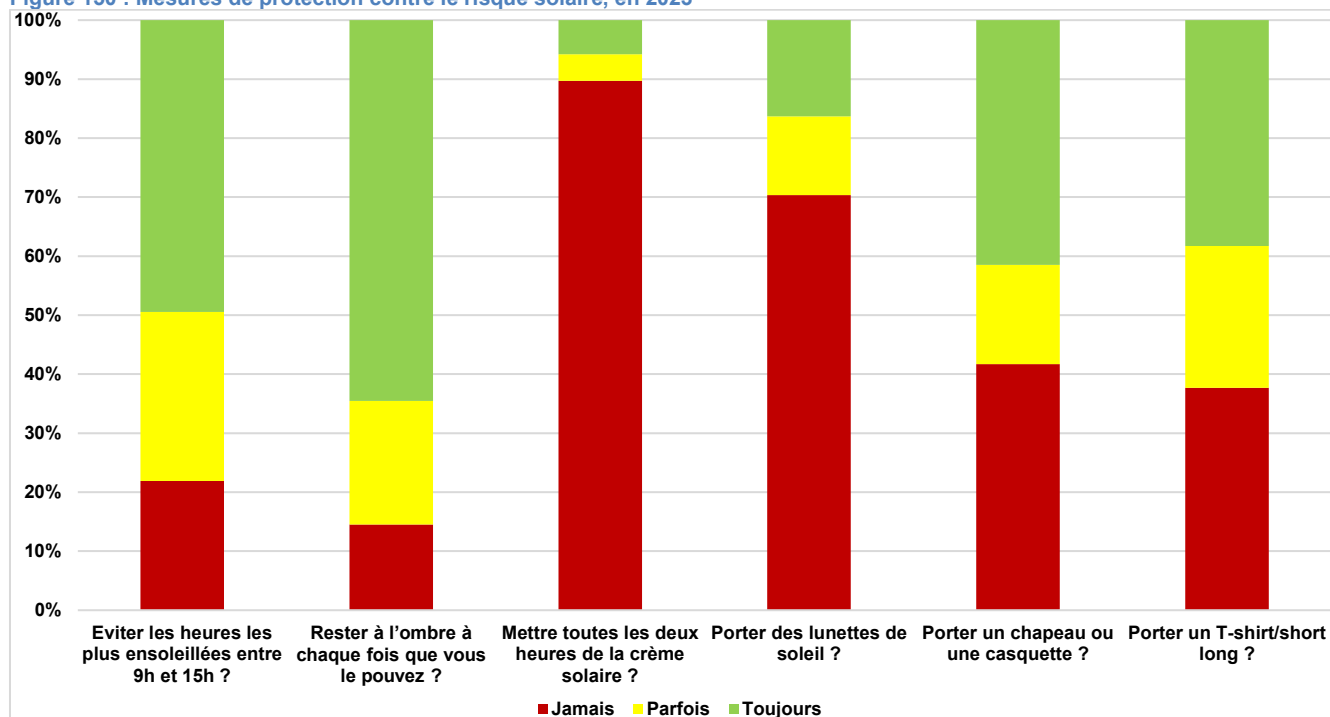


Les adultes qui déclarent connaître les risques sur leur santé de l'exposition au soleil vont **mieux se protéger** : **six sur dix** ne citent **aucun cas de coup de soleil**, contre quatre sur dix pour les **mal informés** (43 %) ²⁴¹ [124].

Parmi les différentes mesures de protection contre le soleil, **rester à l'ombre** est la plus souvent déclarée : **deux personnes sur trois** y veillent systématiquement [124]. Vient ensuite le fait d'**éviter les heures les plus ensoleillées** : **la moitié des citations** [124]. Puis à égalité, le **port d'un chapeau ou d'une casquette ou des vêtements longs** : **quatre habitants sur dix**. La **crème solaire**, appliquée et réappliquée toutes les deux heures n'est citée que par **un adulte sur dix**, dont la moitié pas systématiquement [124] (Figure 150).

Sur ces six moyens de protection, **un habitant sur cinq n'en cite aucun**, avec un taux **plus élevé chez les femmes** que chez les hommes (21 % contre 15 %), et un habitant sur cinq en cite au moins quatre ²⁴² [124]. Si l'on ne constate pas de différence sur l'accumulation de ces méthodes selon l'âge, les **65 ans et plus** se démarquent avec **un quart d'entre eux qui en applique toujours au moins quatre** sur les six proposées [124]. Enfin, l'**efficacité de ces méthodes est avérée** avec **35 % n'en appliquant aucune** qui déclarent **a minima trois coups de soleil** sur l'année passée, 27 % pour ceux en appliquant un à trois et **17 % pour l'application d'au moins quatre sur six** [124].

Figure 150 : Mesures de protection contre le risque solaire, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [124]

i) Connaissances et perception de l'information sur l'environnement et santé perçue

En 2023, sur quatorze propositions visant à mesurer l'état des connaissances de la population en matière de Santé environnementale, **la moitié des adultes de Mayotte se déclare bien informée pour onze à treize d'entre elles** ²⁴³ [110]. Un individu sur quatre l'est pour la totalité et, à l'opposé, **un quart pour quatre items ou moins** [110].

Les propositions pour lesquelles la population se sent la **mieux informée** sont alors : les **effets sur la santé des déchets** (72 %), la **qualité de l'eau** (71 %), le **contact avec les nuisibles** (cafards, rats, etc. – 68 %), et à part égale viennent l'**assainissement** (eaux usées, eaux grises), l'**exposition au soleil et la chaleur** (67 %) [110].

Les autres sont alors cités par moins des deux tiers de la population [110].

²⁴¹ Déclarent plus de trois coups de soleil : bien informés 25 %, mal informés 42 % [124].

²⁴² 17 % un seul, 25 % deux, 21 % trois, 14 % quatre, 4 % cinq et 0,8 % les six [124].

²⁴³ 8,9 en moyenne [110].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

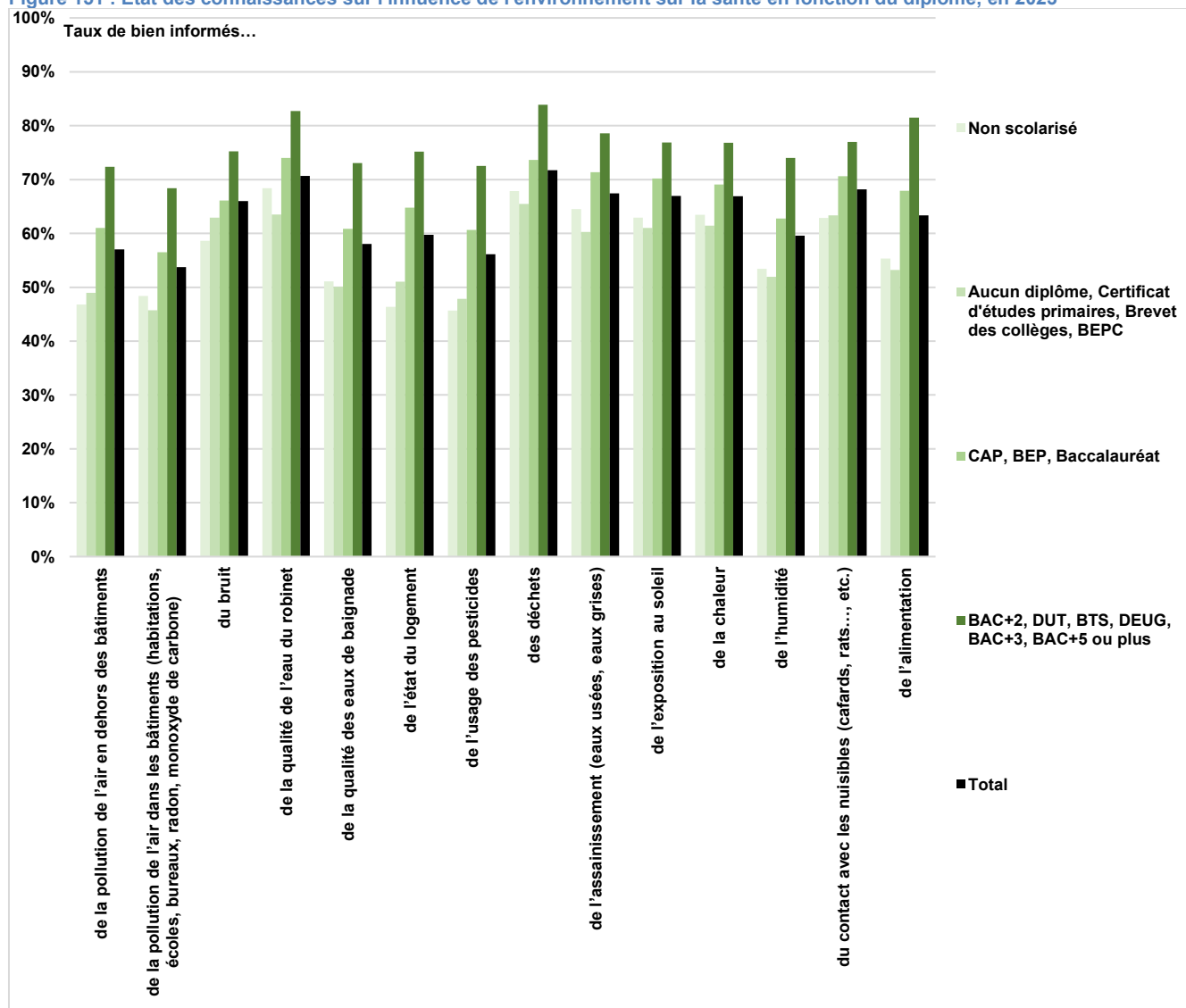
www.ars.mayotte.santé



Quelque soit l'item considéré, **ce sont les plus jeunes qui sont les mieux informés** des risques sur leur santé, comparés aux 65 ans ou plus qui déclarent cet état de connaissance beaucoup plus faiblement : -13 à -12 points pour la qualité des eaux de baignade, -11 à -9 points pour ceux de l'humidité et de la qualité de l'eau au robinet, -12 à -7 points pour l'usage des pesticides [110]. C'est essentiellement sur les **effets du bruit** (-6 points), des **pesticides** et du **contact avec les nuisibles** (-5 points) que l'on constate une **différence entre les 18-34 ans et les 35-64 ans** [110]. Ces derniers demeurant plus fréquemment la sous-population la mieux informée du territoire [110].

Le **niveau de diplôme tient un rôle important** sur l'état de ces connaissances [110]. **Plus il est élevé et plus les individus se déclarent bien informés** quelque en soit la proposition : +29 points entre les non scolarisés et les titulaires d'un niveau supérieur au BAC+2 ou équivalent sur les effets de l'état du logement sur leur santé, +27 points pour l'usage des pesticides, +26 points pour ceux de l'alimentation et la pollution de l'air en dehors des bâtiments et +13 à +22 pour les effets des autres items [110] (Figure 151).

Figure 151 : Etat des connaissances sur l'influence de l'environnement sur la santé en fonction du diplôme, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [110]

Un individu de 18 ans ou plus sur cinq dit avoir une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou qui le limite dans ses activités de tous les jours [110]. Ainsi, **un quart de ces derniers pense que leur pathologie est liée à l'environnement dans lequel ils vivent**, tandis que **deux individus sur cinq n'en n'évoquant pas estiment qu'ils courent un risque d'en être affecté** (dont 21 % un risque élevé) [110]. Ce sont plus généralement **un tiers des habitants qui pensent que leur environnement est ou sera responsable de leurs problèmes de santé** [110].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



j) Hygiène des mains

À Mayotte, l'hygiène des mains est globalement bien respectée, avec neuf adultes de 18 ans ou plus sur dix utilisant du savon : souvent (31 %) ou toujours (60 %) en 2023 [118]. Le lavage systématique des mains est réalisé dans neuf des onze situations proposées [118]. Cependant, deux situations nécessitent un renforcement des pratiques : le soir avant de se coucher, 7 % des personnes ne se lavent jamais les mains et seulement 17 % la plupart du temps [118]. Et après avoir reçu des invités à domicile, 27 % des individus ne se lavent jamais les mains et 15 % le font la plupart du temps [118] (Figure 152).

Globalement, les bonnes pratiques d'hygiène augmentent avec l'âge, les personnes âgées de 65 ans ou plus étant plus soucieuses que les jeunes de 18 à 24 ans [118]. Les hausses les plus marquantes concernent le lavage des mains le soir avant de se coucher (+11 points), après avoir reçu des invités à domicile (+10 points), et après avoir touché un animal, des aliments pour animaux ou des déchets d'animaux (+8 points) (Figure 153) [118].

Le niveau de formation influence également les comportements, mais sur des aspects différents [118]. Par exemple, en dehors du lavage des mains après avoir reçu des invités (+8 points), les personnes mieux formées se distinguent par leurs bonnes pratiques après être sorties des toilettes (+8 points) et après avoir touché des ordures ménagères (+7 points), par rapport aux non scolarisés (Figure 154) [118].

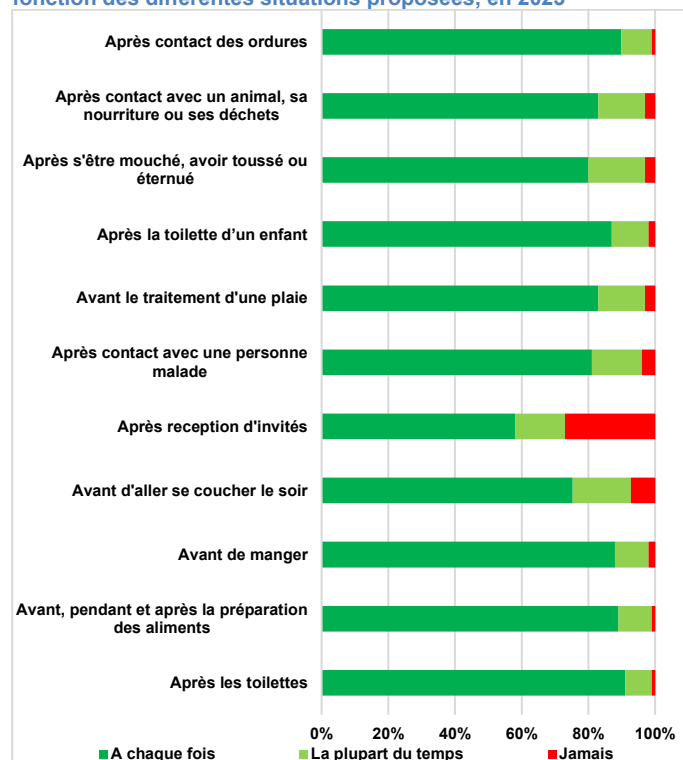
Enfin, l'accès à l'eau, que ce soit à l'intérieur du domicile ou dans la cour, a un impact significatif sur les habitudes : le lavage des mains après avoir reçu des invités en est influencé, avec un écart de 18 points en faveur de ceux ayant accès à l'eau [118]. Deux autres situations sont également marquées par cet accès chez les adultes de 18 ans ou plus : après avoir été en contact avec une personne malade (+10 points) et après s'être mouché, avoir toussé ou éternué (+10 points) [118].

Environ 90 % des habitants de Mayotte utilisent le kapoka pour maintenir l'hygiène dans les toilettes, la cuisine et la douche [118]. Cependant, seulement 2 % des individus s'en servent à la fois pour ces trois usages [118].

En 2019 et chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} 244, un enfant sur trois déclare ne pas se laver les mains à l'école, principalement dû à l'état des toilettes

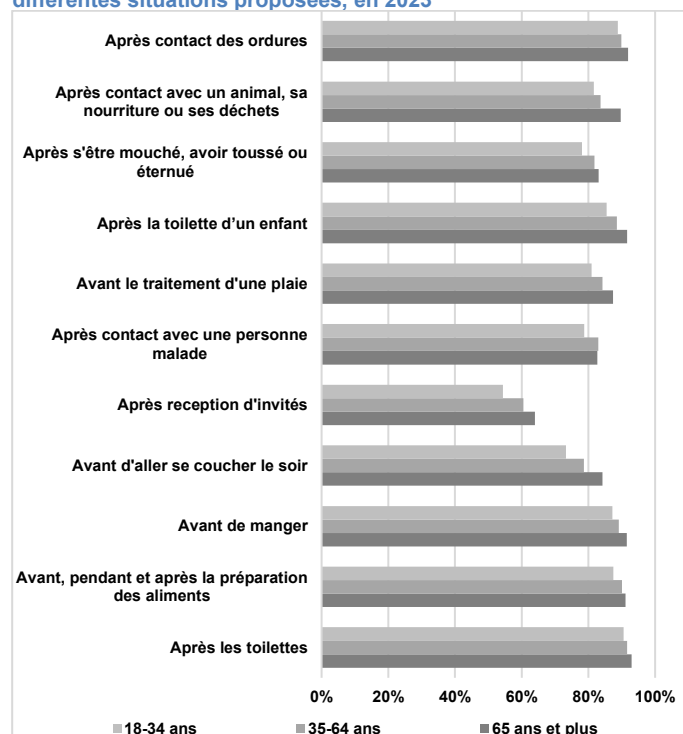
²⁴⁴ Soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

Figure 152 : Fréquences de lavage des mains en fonction des différentes situations proposées, en 2023



Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]

Figure 153 : Part d'individus se lavant les mains à chaque fois, par classe d'âge, en fonction des différentes situations proposées, en 2023



Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

[64]. La **présence d'eau à l'intérieur du logement** a alors un impact : **+8 points pour le lavage des mains avant de manger** et **+14 points pour celui à la maison** [64] (Figure 155).

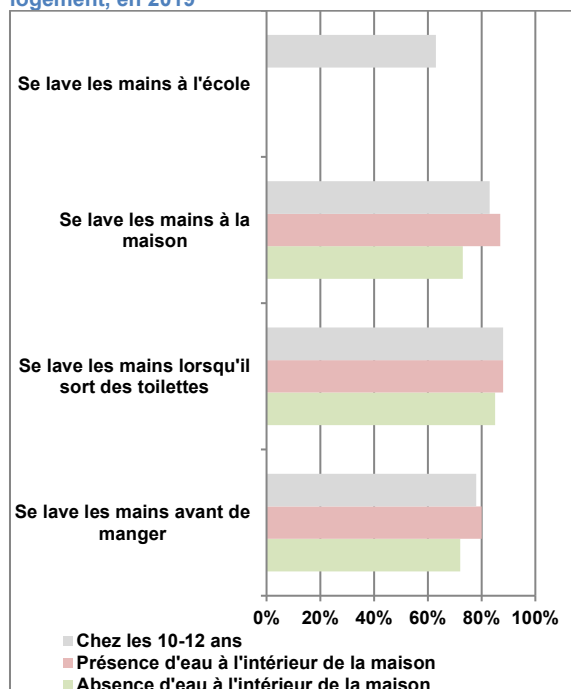
Ils sont **trois sur quatre à appliquer** un lavage des mains avec **du savon** et plus l'enfant se les lave fréquemment plus il en utilise [64].

Trois enfants sur quatre connaissent l'importance de se laver les mains tous les jours, ce qui a une influence positive sur leur hygiène : ils sont alors **deux fois plus à se les nettoyer régulièrement** [64] (Figure 156). **82 % déclarent utiliser du savon tandis qu'ils sont 63 % pour ceux n'ayant pas reçu d'éducation sur le sujet** [64].

Concernant l'hygiène corporelle, **85 % des enfants se douchent tous les jours** [64]. On peut relever à nouveau une **influence importante de l'accès à l'eau à l'intérieur du logement**. Ainsi, parmi les enfants ayant un point d'eau chez eux, **neuf sur dix** déclarent se doucher régulièrement alors qu'ils ne sont plus que **six sur dix** pour ceux qui en sont dépourvus [64].

En 2023 et restreint aux lieux de baignade, **83 % des adultes de 18 ans ou plus déclarent prendre toujours une douche après s'être baignés**, et **93 % systématiquement en utilisant du savon** [124].

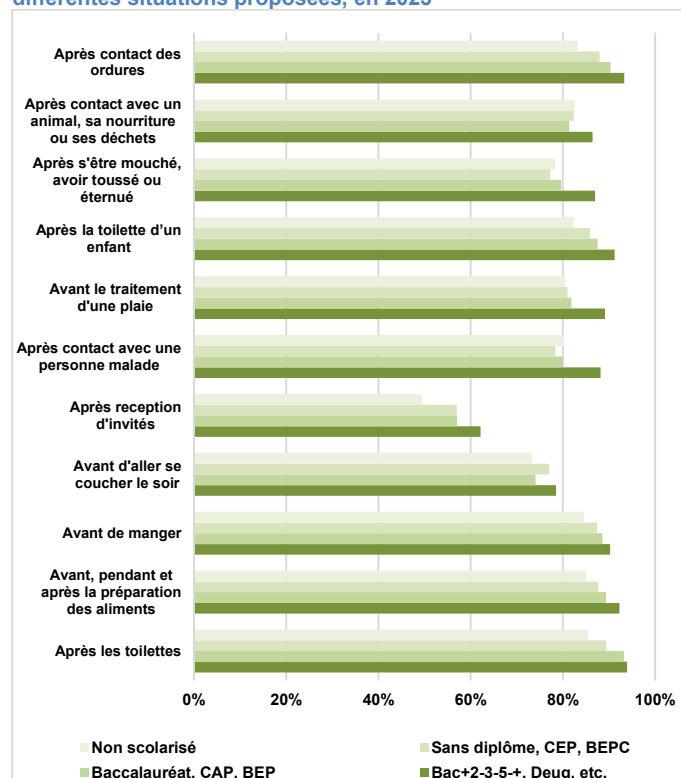
Figure 155 : Fréquences de lavage des mains, chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte, avant de manger, après être allé aux toilettes, à la maison et à l'école croisées avec la présence d'eau à l'intérieur du logement, en 2019



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

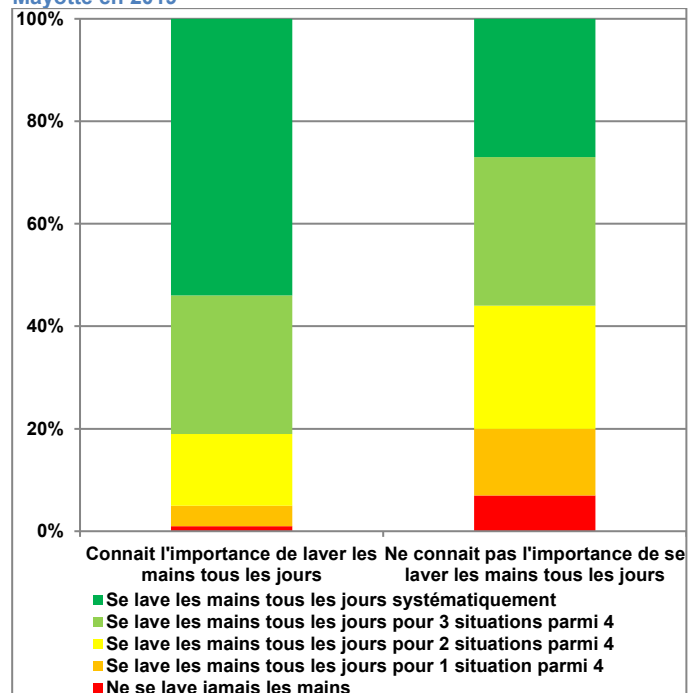
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [64]

Figure 154 : Part d'individus se lavant les mains à chaque fois, par niveau de diplôme, en fonction des différentes situations proposées, en 2023



Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [118]

Figure 156 : Croisement entre la connaissance de « l'importance de se laver les mains » et la fréquence de lavage des mains, chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



Note : « Situations » évoquées en lien avec la figure 155.

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

Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [64]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



k) Accidents de la vie courante

En 2023, **15 %** des adultes de 18 ans ou plus déclarent un **accident de la vie courante** dans les douze derniers mois précédents l'enquête, et **parmi eux un sur cinq a entraîné une hospitalisation** [127]. La grande majorité (63 %) ont lieu au domicile tandis qu'environ **un quart (28 %) s'est déroulé sur la voie publique** [127]. Les **chutes concernent particulièrement les personnes âgées**, (un sur dix en déclare une), tandis que les **brûlures** (un adulte sur cinquante) sont mises en évidence deux fois plus chez **les femmes**, et à des niveaux de gravité également plus importants [127]. Autre cause d'accidents de la vie courante importante : les **coupures et plaies** (une personne sur vingt), qui sont alors l'apanage des plus **jeunes** [127]. Sur ces trois causes détaillées, l'**influence de l'emploi informel**, mais aussi de l'**habitat précaire** sur leurs niveaux de gravité (durées d'hospitalisation) est également observée [127]. Enfin, les autres causes comme les collisions (0,6 %), électrocutions (0,2 %), suffocation (0,2 %) et ingestions de produits toxiques (0,1 %), quoi que bien présentes, ressortent plus faiblement [127].

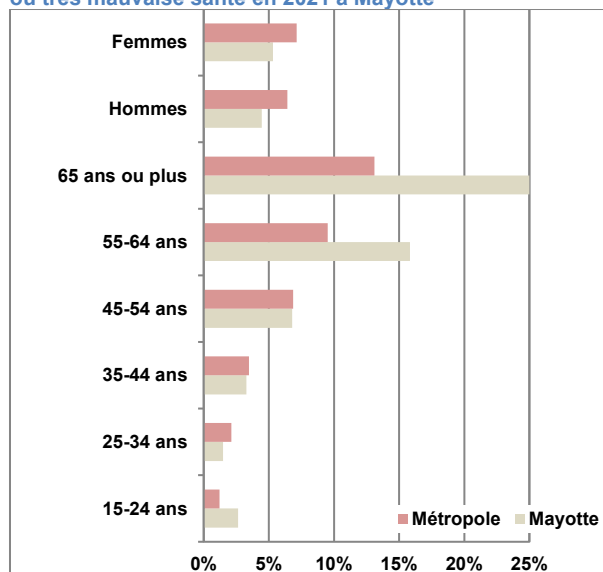
En 2019, **3 % des 15 ans ou plus déclarent avoir déjà connu un accident de la circulation** (contre 1,6 % dans l'Hexagone) et **7 % pour un accident domestique ou de loisir** (contre 8 % dans l'Hexagone) [56]. Les **hommes sont deux à quatre fois plus concernés** : 4 % pour ceux de la circulation, contre 1,2 % chez les femmes, et 9 % pour ceux domestiques ou de loisirs, contre 4 % chez les femmes [56].

Chez les 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} ²⁴⁵ en 2019, **deux enfants sur cinq évoquent au moins un accident** qui l'a marqué dont un tiers a eu lieu au cours de la dernière année [64]. Quelle que soit l'année de l'évènement, dans **un cas sur trois** l'accident déclaré a entraîné une **hospitalisation** d'au moins un jour [64]. Il s'agit le plus souvent d'accidents ayant lieu **à domicile** (42 %) et **dans la rue** (34 %) [64]. Les accidents **à l'école** ne représentent qu'**un cas sur dix** [64]. **Un accident sur trois** est lié à une **chute** et **un sur dix à une brûlure** [64]. Les collisions et les coupures ressortent dans des proportions équivalentes (8 %) [64]. Dans **7 %** des situations, l'accident est arrivé suite à une **agression** et dans **1 %** à une bagarre [64].

13 – Indicateurs de morbidité

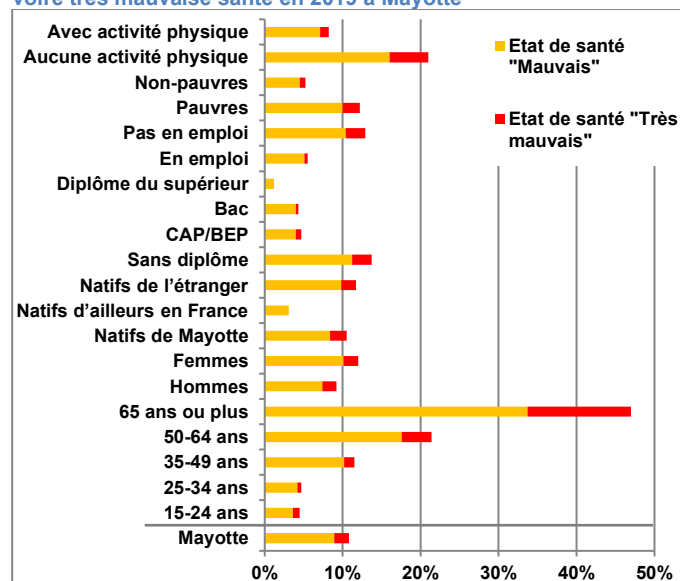
La jeunesse de la population de l'île explique en bonne partie des indicateurs favorables de morbidité déclarés comparés à ceux de l'Hexagone. Ainsi, **huit individus sur dix de 15 ans ou plus s'estiment en bonne, voire en très bonne santé en 2021** (deux sur trois en 2019²⁴⁶), taux similaire à la France Hexagonale [48] (Figure 157). Le nombre de personnes de 60 ans ou plus devrait tripler d'ici 2050 [5], une forte baisse de ces indicateurs est à prévoir dans les années à venir [62].

Figure 157 : Taux d'individus se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [48]

Figure 158 : Taux d'individus se déclarant en mauvaise voire très mauvaise santé en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants 15-64 ans de Mayotte
Exploitation : ORS Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [56]

²⁴⁵ Soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

²⁴⁶ 68 % chez les Français, 64 % chez les étrangers [56].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

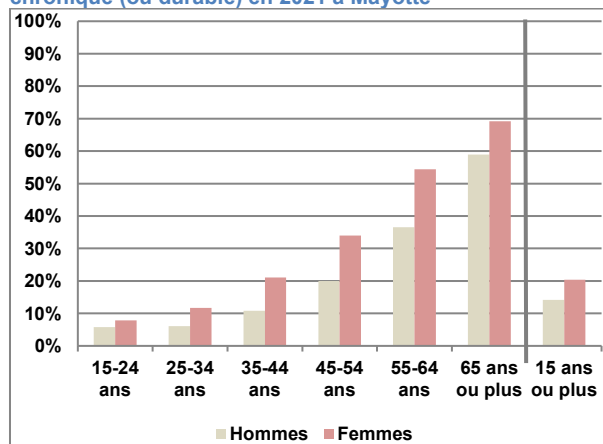
www.ars.mayotte.santé



À structure de population équivalente et en 2019, **21 %** des habitants de Mayotte se déclarent en **mauvaise voire très mauvaise santé** contre **7 %** dans l'Hexagone²⁴⁷ [62]. La **précarité a un effet important sur cette estimation négative** [62]. Ainsi, les « pauvres » sont deux fois plus à se déclarer dans une telle situation que les « non-pauvres » (12 % contre 5 %) [62], tout comme les « sans emploi » par rapport à ceux en emploi (13 % contre 6 %) [62]. Enfin, les individus dépourvus de diplôme sont 14 % à se déclarer en mauvaise voire très mauvaise santé, tandis que les titulaires d'un diplôme supérieur ne sont que 1 % [62].

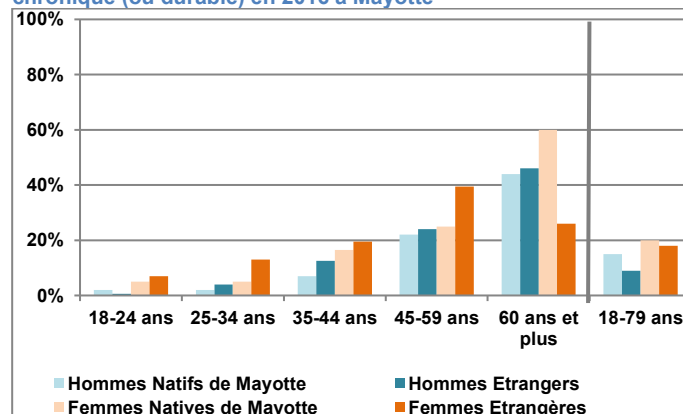
En 2021, **17 %** des habitants de 15 ans ou plus déclarent un **problème de Santé chronique**²⁴⁸ (30 % dans l'Hexagone) (Figure 159). Dès **45-54 ans**, une personne interrogée sur quatre estime avoir un **problème de santé chronique**.

Figure 159 : Individus déclarant un problème de santé chronique (ou durable) en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [48]
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 160 : Individus déclarant un problème de santé chronique (ou durable) en 2016 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [52]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

14 – Principales pathologies

a) Motifs de séjour au centre hospitalier de Mayotte

D'après les données du PMSI (diagnostics principaux) sur la période 2022-2024, les principales pathologies pour les séjours en soins hospitaliers sont essentiellement dominées par les « grossesses, accouchements et puerpéralité²⁴⁹ » qui correspondent à 26 % des séjours hospitaliers à Mayotte, contre 3 % dans l'Hexagone [65].

Si l'on fait abstraction de ce motif de séjours, ainsi que des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé²⁵⁰ » (48 %, 46 % dans l'Hexagone) et des « Codes d'utilisation particulière » (0,2 %, 0,4 % dans l'Hexagone), ce sont : Les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (13 %, 6 % dans l'Hexagone), les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, 9 % dans l'Hexagone) et les « **maladies de la peau et**

²⁴⁷ Sans standardisation, et pour une estimation d'un état de Santé « bon » voire « très bon », Mayotte se retrouve à la troisième place, derrière l'Hexagone et la Guyane (68 %), et devant La Réunion (65 %), la Guadeloupe (58 %) et la Martinique (55 %) [57]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte chute à la dernière place (52 %) loin derrière les autres Drom, 61 % pour la Guyane et La Réunion, 59 % pour la Guadeloupe et 58 % pour la Martinique [57].

²⁴⁸ 20 % en 2019 [57], 22 % chez les Français et 19 % chez les étrangers, contre 38 % dans l'Hexagone [56]. Sans et avec standardisation, et pour la déclaration d'une maladie chronique, Mayotte se retrouve à la dernière place (32 % en taux standardisé vis-à-vis de l'Hexagone), Hexagone : 38 %, Martinique : 49 % (47 % en taux standardisé), Guadeloupe : 46 % (45 %), La Réunion : 39 % (42 %), Guyane : 28 % (36 %) [57].

²⁴⁹ Nomenclature regroupant les motifs : « Grossesse se terminant par un avortement », « Œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité », « Autre pathologie maternelle principalement liée à la grossesse », « Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement », « Complications du travail et de l'accouchement », « Accouchement », « Complications principalement liées à la naissance, post-partum », « Autres conditions obstétricales, non classées ailleurs ».

²⁵⁰ Nomenclature regroupant les motifs : « Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers », « Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles », « Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction », « Sujet ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques », « Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales », « Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs » et « Sujet dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections ».



du tissu cellulaire sous-cutané » (11 %, 2 % dans l'Hexagone) qui ressortent comme les **trois premiers** motifs de séjour au CHM [65] (*Tableau 36*).

Tableau 36 : Principaux motifs de séjour (diagnostics principaux) en soins hospitaliers de 2020 à 2024 à Mayotte

CIM10	Mayotte				Hexagone		
	Taux (%) de variation*** 2020-2022 (%)	Taux (%) de variation*** 2022-2024 (%)	Volume 2024	Durée moyenne de séjour 2022-2023-2024 (En jours)	Répartition (%) 2022-2023-2024	Répartition (%) 2022-2023-2024 sans * et **	Répartition (%) 2022-2023-2024 sans * et **
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	-6,0	5,9	963	6,1	2,0%	7,4%	1,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	33,9	-37,8	864	5,1	3,5%	12,9%	5,8%
Maladies de l'appareil digestif	9,9	-10,5	870	5,5	2,1%	7,7%	16,1%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-13,0	9,4	1 507	9,8	2,8%	10,6%	2,0%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-2,1	-14,8	291	10,8	0,7%	2,8%	8,6%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	4,5	-4,9	758	5,8	1,7%	6,4%	7,0%
Grossesse, accouchement et puerpéralité*	8,5	-10,9	10 784	4,3	25,5%		
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	15,4	-8,9	1 015	19,8	2,4%	8,8%	0,9%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	34,5	-21,5	157	9,7	0,4%	1,5%	0,6%
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs	0,1	-35,8	434	3,4	1,9%	7,0%	9,2%
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	6,8	-16,5	1 131	5,5	3,0%	11,3%	8,6%
Tumeurs	9,4	-16,6	433	10,2	1,1%	3,9%	10,0%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*	3,8	-1,7	22 207	3,4	47,6%		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	10,8	-15,0	434	4,4	1,1%	4,1%	1,3%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	-1,5	-20,9	291	9,5	0,8%	3,0%	2,2%
Troubles mentaux et du comportement	32,9	-42,4	88	3,2	0,4%	1,7%	2,5%
Maladies du système nerveux	12,0	-21,5	270	9,7	0,8%	2,9%	3,1%
Maladies de l'œil et de ses annexes	87,5	-31,6	102	4,6	0,3%	1,2%	8,5%
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	18,0	-40,5	34	3,5	0,2%	0,6%	0,8%
Maladies de l'appareil circulatoire	8,0	-10,1	680	7,5	1,6%	6,1%	11,3%
Total	5,8	-7,9	43 313	5,1	100%	100%	100%

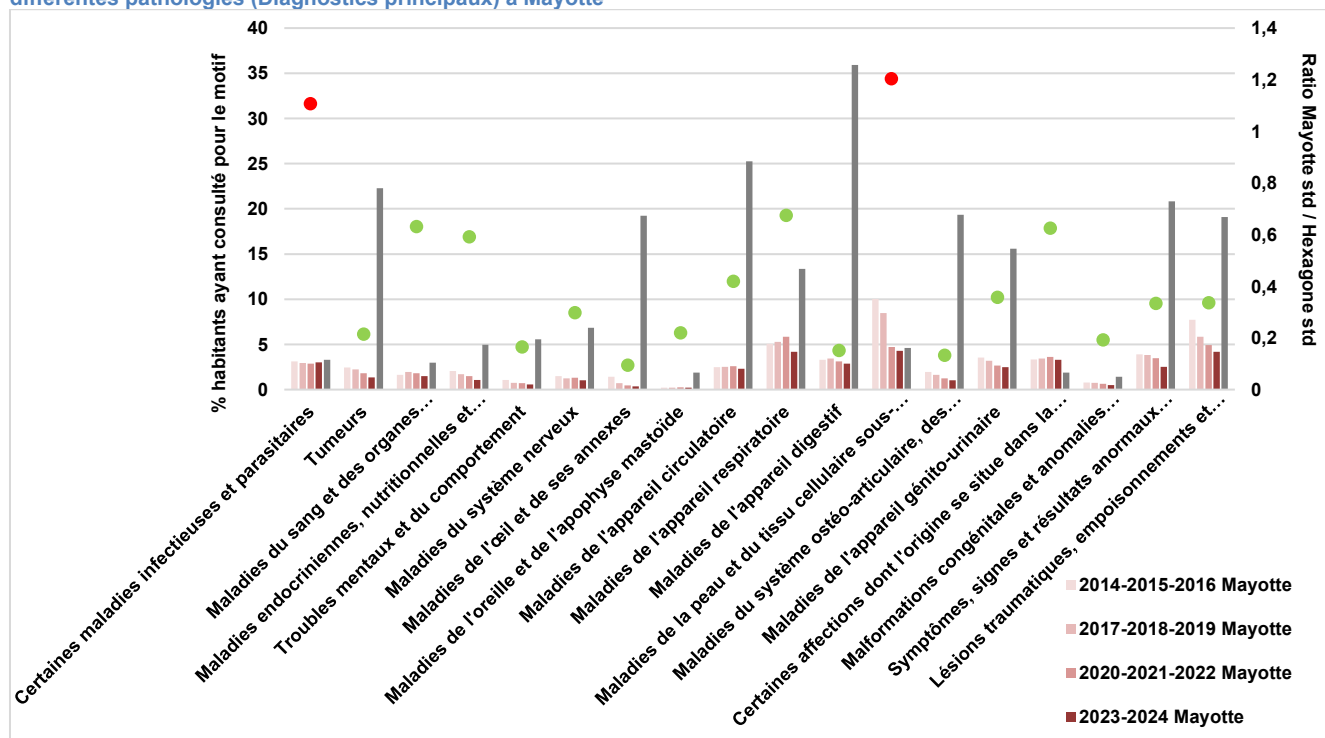
Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » n'est pas considérée dans ces analyses (N = 9 en 2024, 35 en 2023, 112 en 2022, 606 en 2021 et 405 en 2020). *** Taux de variation annuel moyen.

Champ : Personnes ayant recouru au CHM

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 161 : Taux de recours brut²⁵¹ (2014 à 2024) et ratios standardisés (2020-2021-2022) au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) à Mayotte



Note : Les ratio standardisés sont en rouge lorsque supérieur à 1 et en vert lorsqu'inférieur. Par exemple, le recours au CHM pour les maladies infectieuses est 1,2 fois supérieur à Mayotte que dans l'Hexagone ; tandis que celui pour les tumeurs est 1/0,21 = 4,8 fois inférieur.

Champ : Personnes ayant recouru au CHM

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.

²⁵¹ Déterminé par nombre de séjours en lien avec la pathologie observée sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2024. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

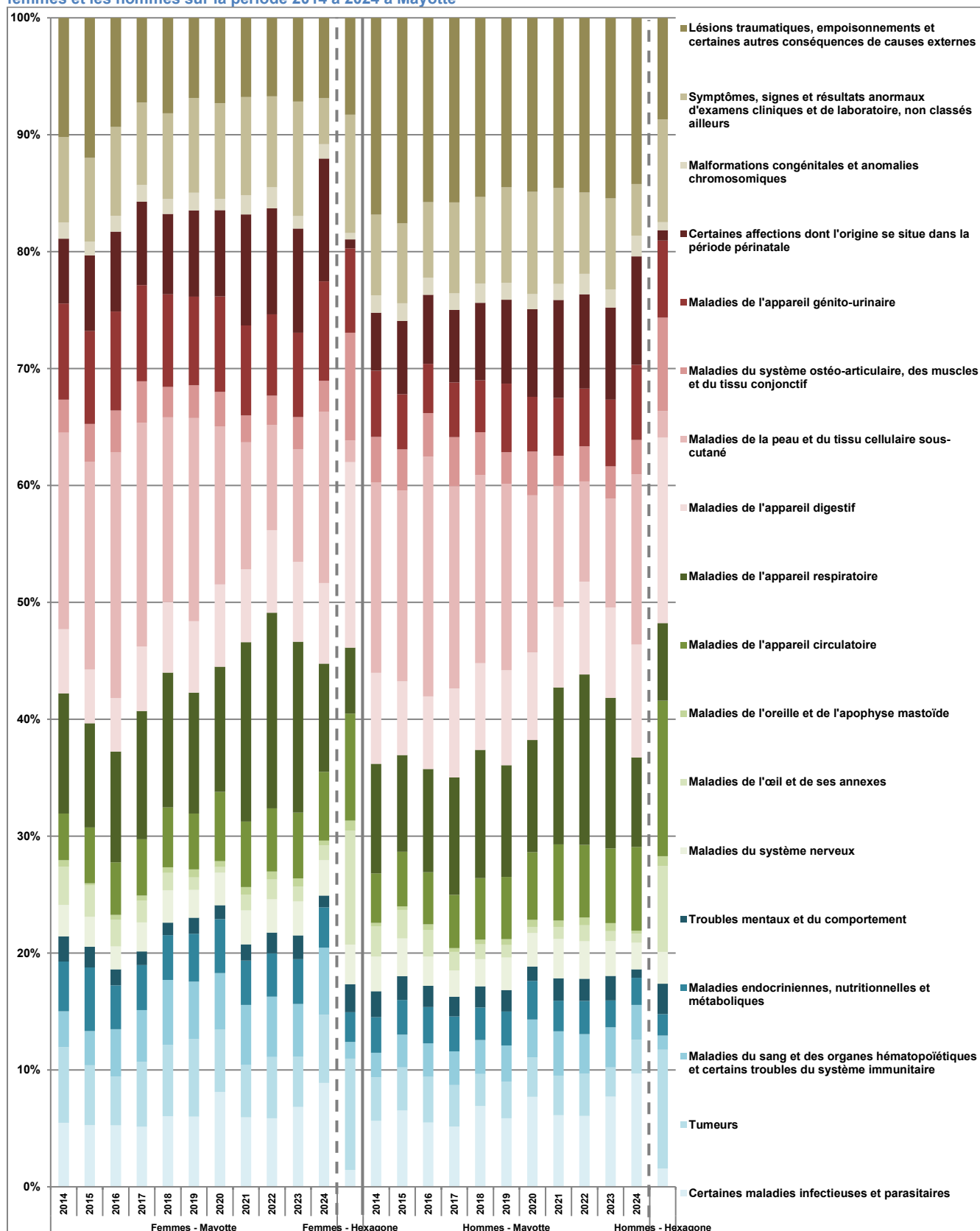
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 – Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 162 : Répartition des différents motifs de séjour hors « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé », « grossesses, accouchements et puerpéralités » et « codes d'utilisation particulière » chez les femmes et les hommes sur la période 2014 à 2024 à Mayotte



Note : Les nomenclatures CIM-10 « Codes d'utilisation particulière », « Grossesses, accouchements et puerpéralités » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » ne sont pas considérées dans ces analyses.

Champ : Personnes ayant recouru au CHM

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



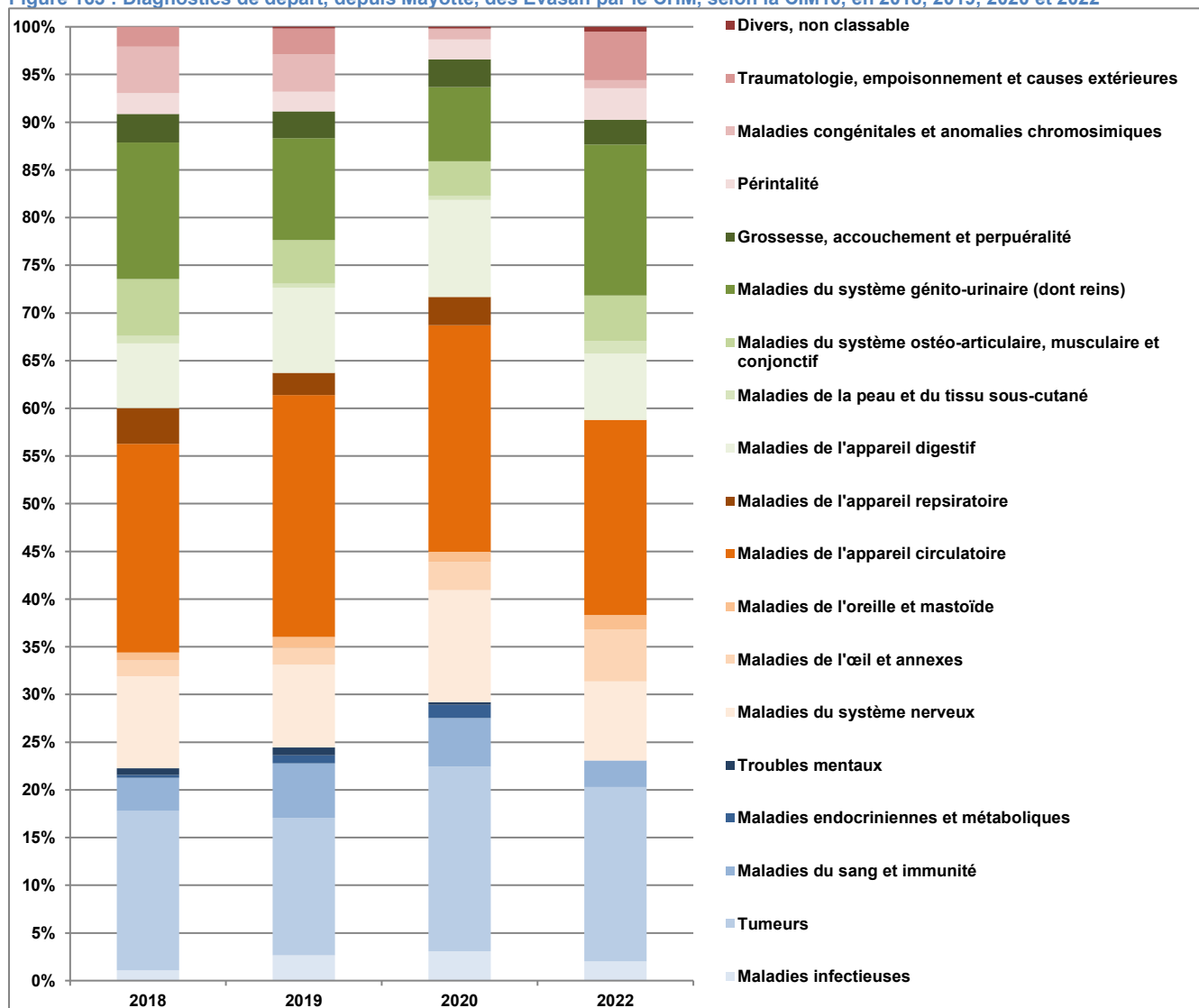
Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé !

b) Motifs d'évacuations sanitaires

En 2022, la majorité des pathologies à l'origine d'Evasan concerne les « **maladies de l'appareil circulatoire** » (15 %), les « **tumeurs** » (14 %), les « **maladies du système génito-urinaire** » (12 %) et les « **maladies du système nerveux** » (6 %) [74] (Figure 163).

Les évacuations pour « **maladies de la peau et du tissu sous cutané** » (+220 %) et « **maladies du système génito-urinaire** » (+110 %) sont celles qui ont le plus augmenté entre 2020 et 2022, alors que sur la précédente (2019 à 2020), c'étaient les « **maladies endocriniennes et métaboliques** » et les « **maladies de l'œil et annexes** » : +60 % [74].

Figure 163 : Diagnostics de départ, depuis Mayotte, des Evasan par le CHM, selon la CIM10, en 2018, 2019, 2020 et 2022



Champ : Habitants ayant eu recours aux évacuations sanitaires depuis Mayotte

Source : CHM [74]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.

c) Motifs de recours aux Urgences

De 2018 à 2023, les trois quarts des passages aux Urgences ne sont pas renseignés [65]. Le taux a même augmenté de 2018 (66 %) à 2023 (80 %, contre 61 % en Hexagone en 2024) [65] (Figure 164). Sur cette dernière année, chez les **femmes** le premier motif bien renseigné de passage est l'**obstétrique** (4 %, 6 % en Hexagone), suivi du **nouveau-né** (3 %, 4 % en Hexagone) puis de l'**hépatogastro-entérologie** (2 %, 4 % en Hexagone) [65].

Ce dernier motif est le premier chez les hommes (6 %, 4 % en Hexagone), suivi de l'**obstétrique** (3 %, 6 % en Hexagone) et, *ex aequo*, du **nouveau-né** et de l'**état général, malaise et choc** (1,9 %, respectivement 4 % et 1,5 % en Hexagone) [65].



ARS MAYOTTE

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

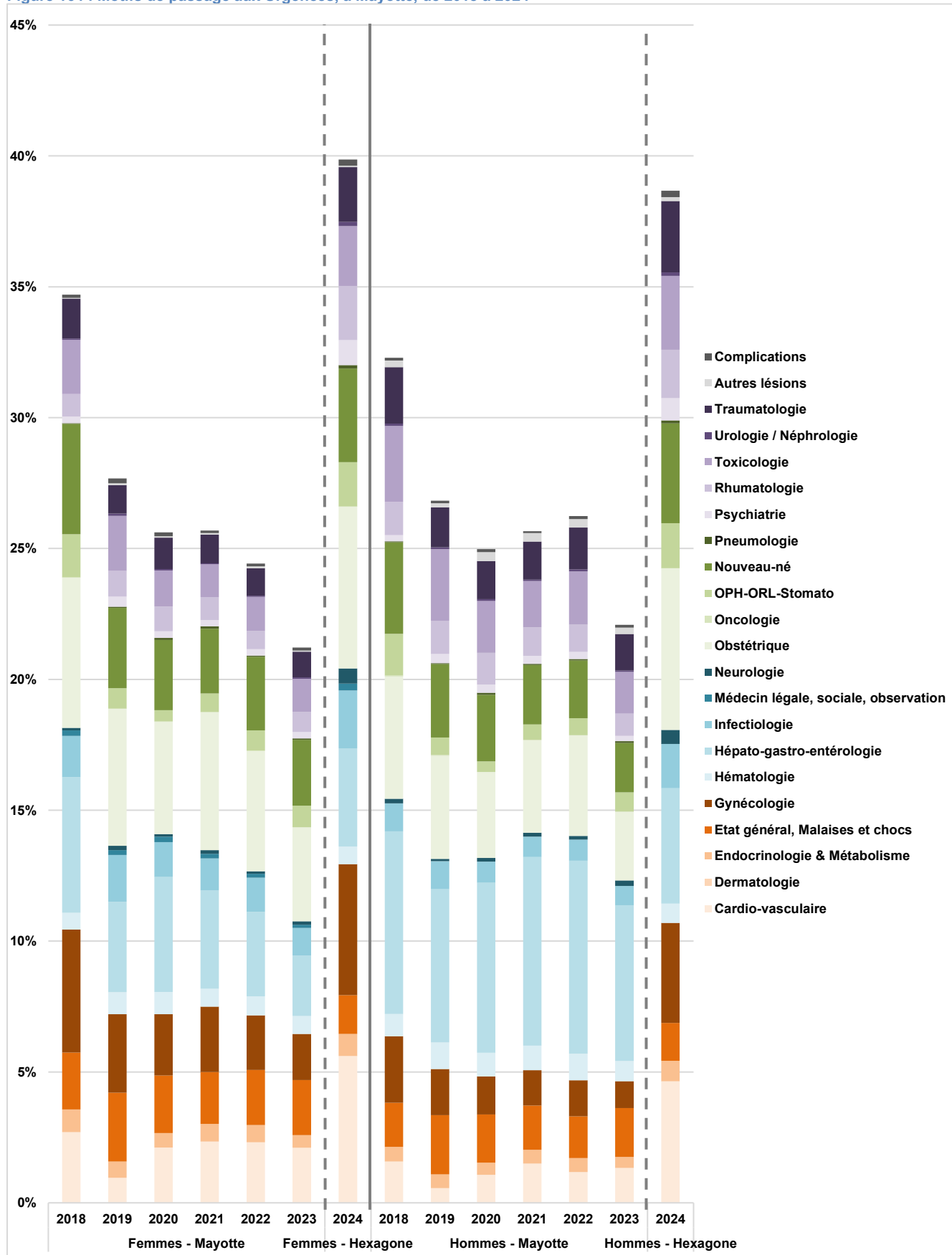
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Figure 164 : Motifs de passage aux Urgences, à Mayotte, de 2018 à 2024



Champ : Habitants ayant eu recours aux Urgences à Mayotte

Source : PMSI-ATIH [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.

**ARS MAYOTTE**

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

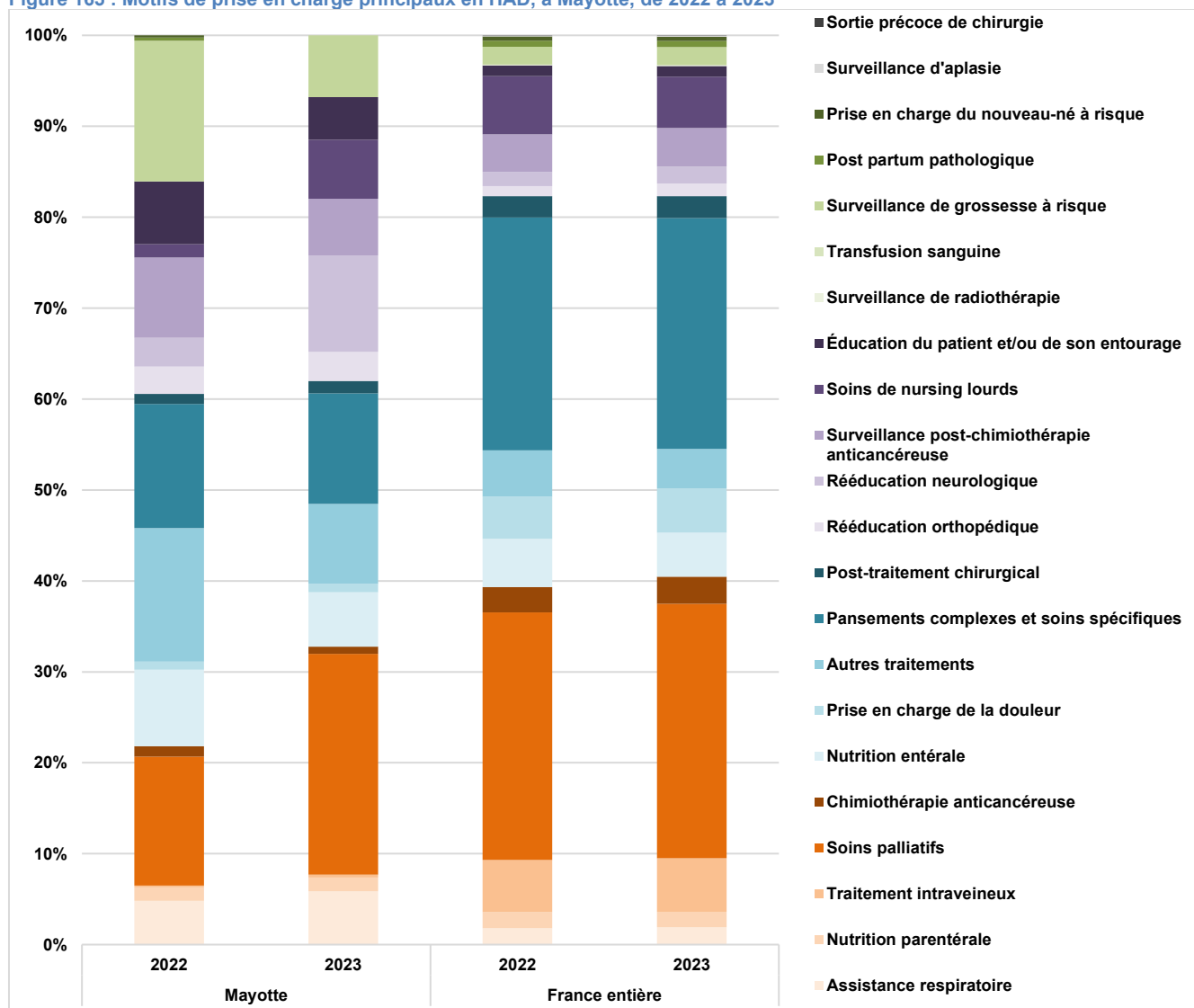


d) MPP en HAD

En 2023, les premiers MPP en HAD sont les **soins palliatifs** : 24 % (contre 28 % en France entière), suivis des **pansements complexes et soins spécifiques** : 12 % (contre 25 %), et enfin la **rééducation neurologique** : 11 % (contre 2 %) [128] (Figure 165).

Les **traitements intraveineux** et les **soins de nursing lourds**, troisième MPP en France entière, ne ressortent pas pour le premier à Mayotte (0 %), et similairement pour le second (7 %) [128].

Figure 165 : Motifs de prise en charge principaux en HAD, à Mayotte, de 2022 à 2023



Champ : Habitants ayant eu recours aux Urgences à Mayotte

Source : ATIH - Scan Santé [128]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

e) Catégories majeures en SSR

Sur les années 2024 et 2023, l'intégralité des catégories majeures de prise en charge en SSR ne sont pas renseignées, tout comme en France Hexagonale [65].

Sur l'année 2022, l'information demeure présente pour 15 % des séjours (14 % en Hexagone) toutefois : dont 6 % pour les affections du système nerveux (4 % en Hexagone), 2 % pour les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (4 % en Hexagone), à égalité (1 % chacun) les affections de l'appareil respiratoire (1,1 % en Hexagone), les affections de la peau, des tissus sous cutanées et des seins (0,3 % en Hexagone), et les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles²⁵² (1,1 % en Hexagone) [65].

²⁵² 4 % sont catégorisés : erreurs et recueils inclassables, 0,03 % en Hexagone.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Enfin et sur les trois années 2022, 2023 et 2024, la **CIM-10** est quant à elle indiquée dans **74 % des séjours** (70 % en Hexagone) [65]. Et il s'agit alors des **maladies de l'appareil circulatoire** (39 %, 18 % en Hexagone), des **lésions traumatiques, empoisonnements** et certaines autres conséquences de causes externes (13 %, 14 % en Hexagone), puis des **maladies du système nerveux** (5 %, 8 % en Hexagone) qui ressortent le plus [65].

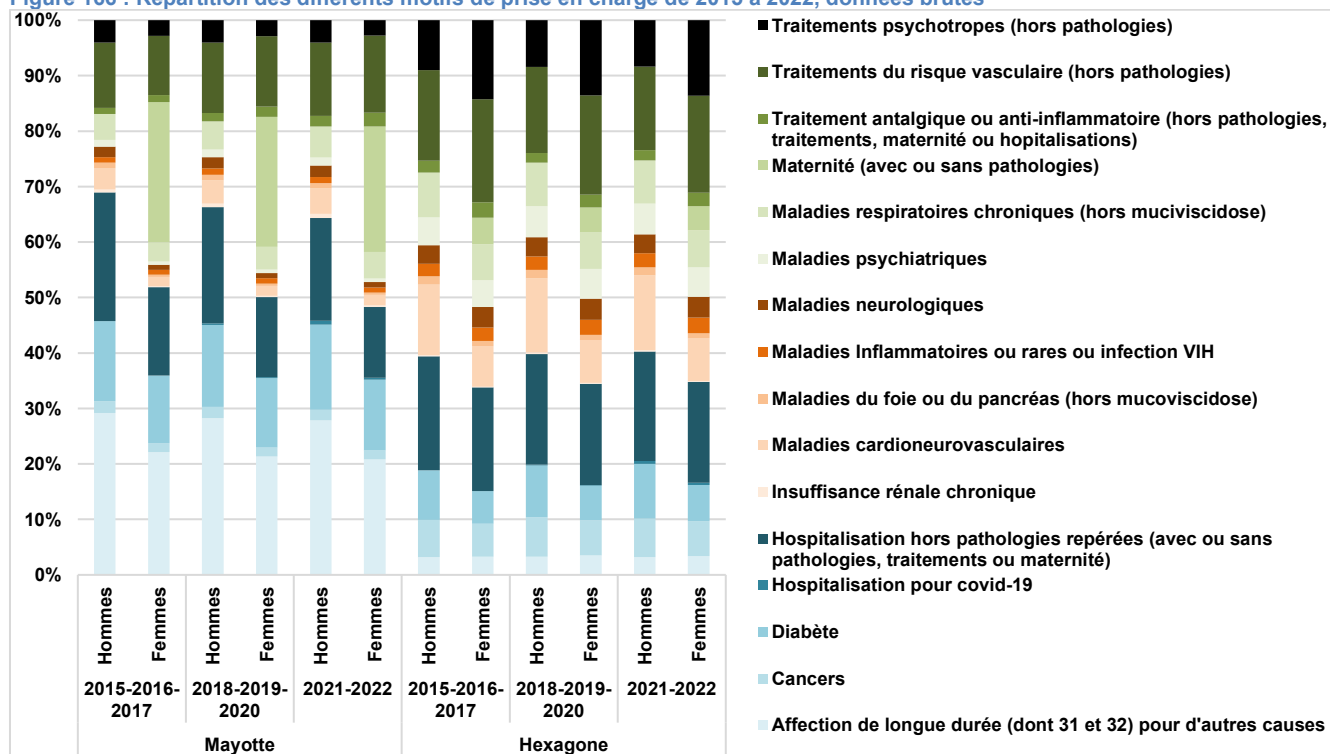
f) Motifs de prise en charge²⁵³

Sur la période 2021 à 2022, les **hospitalisations hors pathologies repérées** représentent le premier motif de prise en charge accordée aux **hommes** (19 %, -4 points vis-à-vis de la période 2015 à 2017), suivies du **diabète** (15 %, +1 point) puis des **traitements du risque vasculaire** (13 %, +1 point) [70]. **Ce dernier motif** est alors le second chez les **femmes** (14 %, +3 points), alors que le premier est associé à la « **Maternité** » (23 %, -2 points) [70]. Enfin, à troisième rang *ex-aequo* (13 %) : le **diabète** (+1 point) et les **hospitalisations hors pathologies repérées** (-3 points) [70].

Comparé à la France Hexagonale, le premier rang est le même (20 % chez les hommes, 18 % chez les femmes), suivis des traitements du risque vasculaire (respectivement 15 et 18 %) et des maladies cardionerveurovasculaires pour les hommes (14 %) et des traitements psychotropes pour les femmes (14 %) [70].

A noter que les ALD 31 et 32²⁵⁴ pèsent pour 28 % (chez les hommes) à 21 % (chez les femmes) à Mayotte contre 3 % en Hexagone (quel que soit le sexe) [70] (Figure 166).

Figure 166 : Répartition des différents motifs de prise en charge de 2015 à 2022, données brutes²⁵⁵



Champ : Assurés sociaux bénéficiaires d'une prise en charge

Source : Assurance Maladie [70]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

²⁵³ Données représentatives des assurés sociaux seulement, soit 67 % des habitants de Mayotte en 2023 [53], contre un sur deux en 2012 [52].

²⁵⁴ La nomenclature « Autres affections de longue durée » inclut également les ALD 31 et 32.

Les ALD 31 concernent les patients atteints d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante, ne figurant pas sur la liste des ALD 30. Elles comportent un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Les ALD 32 ou ALD « polyopathologies » concernent les patients atteints de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

²⁵⁵ Les traitements dits « hors pathologies » et les traitements sans mention (« avec ou sans pathologies ») ne sont pas construits de la même façon. Par exemple, les traitements neuroleptiques « hors pathologies » prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année mais qui n'ont pas de code diagnostic de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS. Les traitements neuroleptiques sans mention prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année et qui peuvent avoir ou non un code diagnostic de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

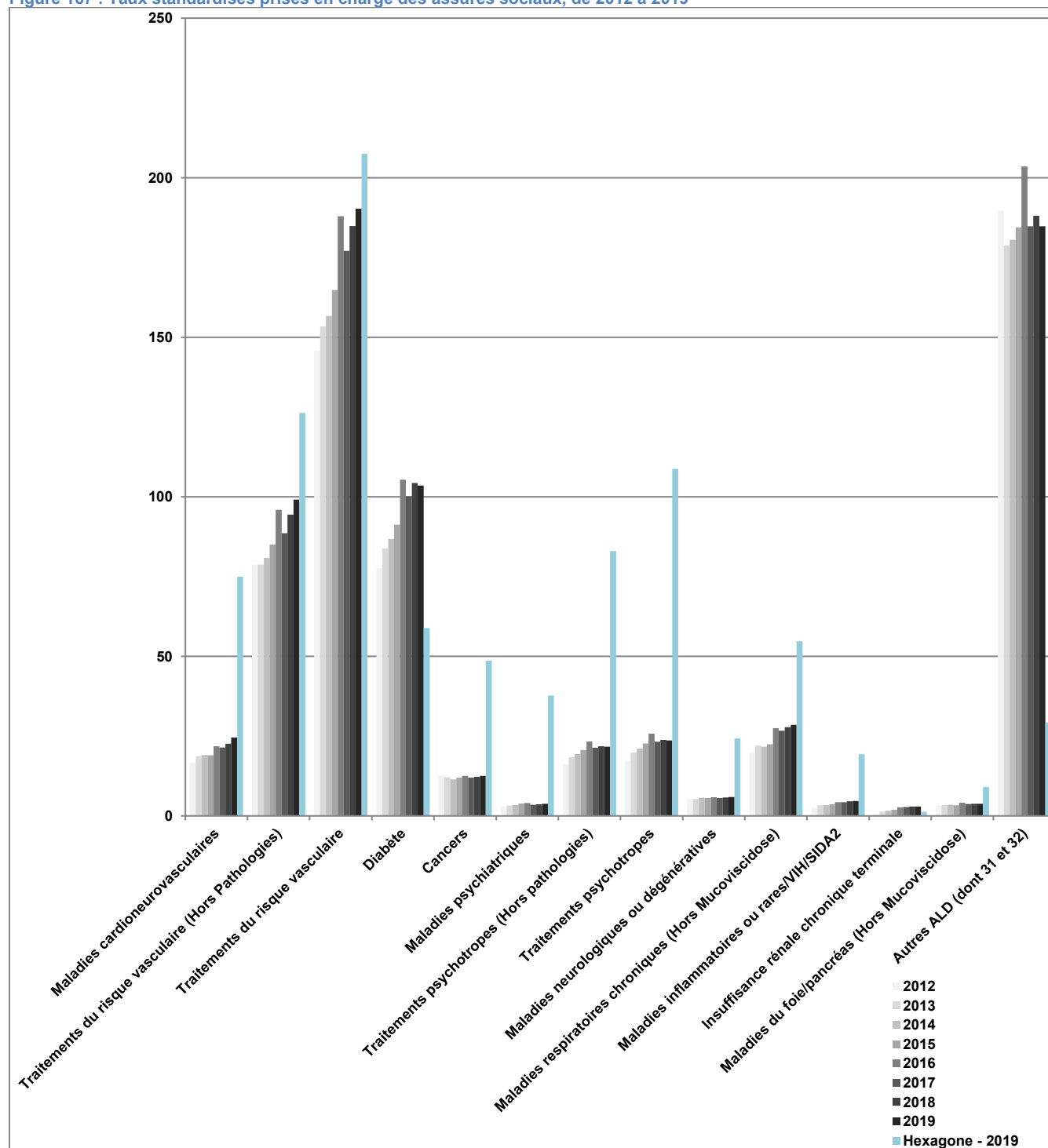
www.ars.mayotte.santé



D'après les données standardisées de l'Assurance maladie de 2019, les **traitements du risque vasculaire** représentaient le regroupement de pathologies le plus fréquent justifiant d'une prise en charge à Mayotte avec un taux de 190 ‰ (contre 208 ‰ en France entière), suivi de loin par le **diabète** : 104 ‰ (contre 59 ‰) et les **traitements du risque vasculaire (hors pathologie)** : de 99 ‰ (contre 126 ‰) [70].

Ces taux standardisés nécessitent de nombreuses précautions d'usage du fait du taux de couverture maladie à Mayotte. Ainsi, ils représentent des bornes *a minima* de la situation réelle. Cependant, pour deux pathologies la prévalence reste deux fois supérieure à l'Hexagone : le diabète et l'**insuffisance rénale chronique terminale** [70] (Figure 167).

Figure 167 : Taux standardisés prises en charge des assurés sociaux, de 2012 à 2019



Champ : Assurés sociaux bénéficiaires d'une prise en charge

Source : Assurance Maladie [70]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

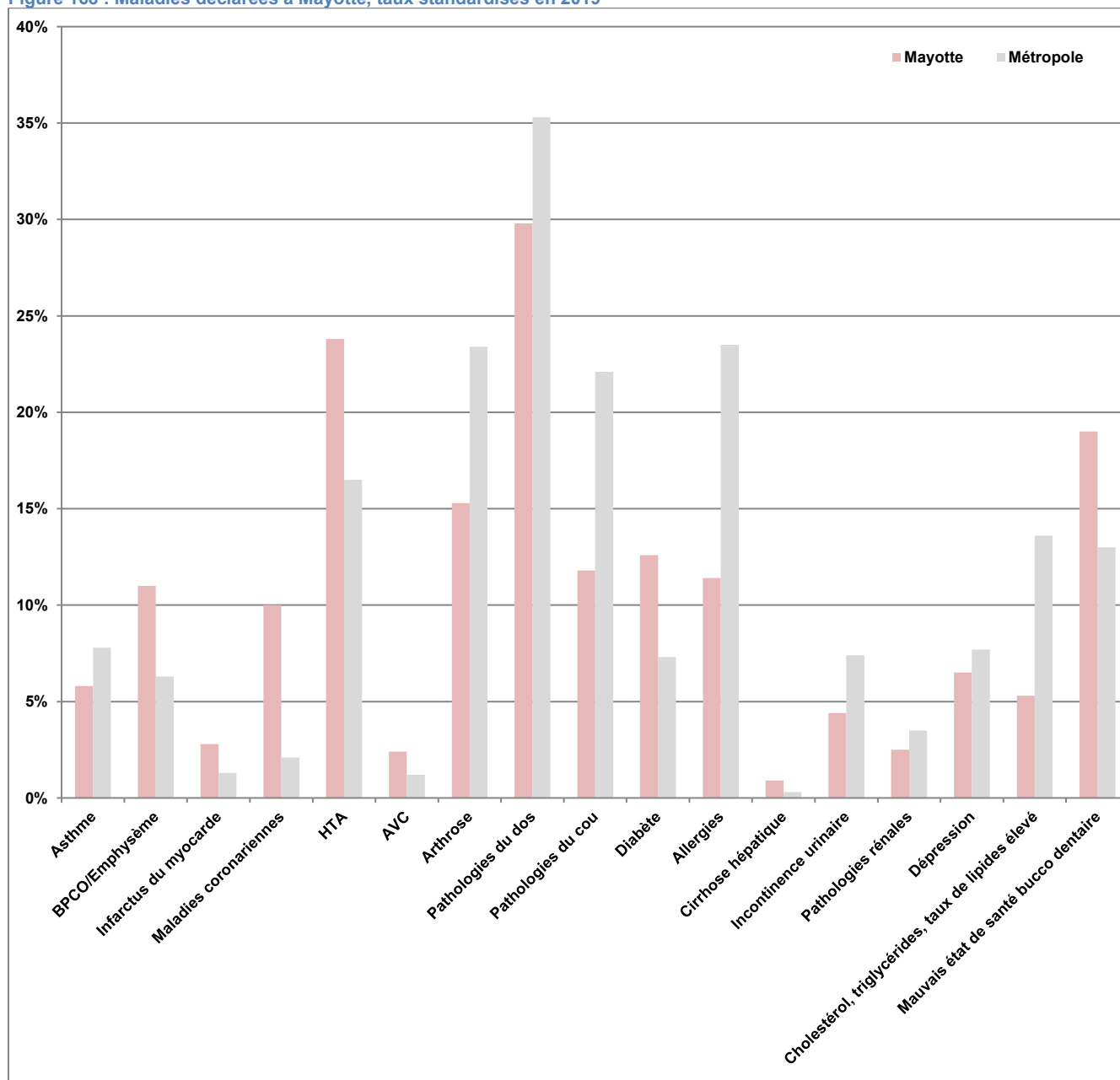


g) Pathologies déclarées

En 2019, et à **structure de population équivalente**, les pathologies les plus déclarées à Mayotte par les 15 ans ou plus et vis-à-vis de l'Hexagone sont : les **BPCO/emphysèmes** (11 %, contre 6 % dans l'Hexagone), les **infarctus du myocarde** (3 % contre 1,3 %), les **maladies coronariennes** (10 % contre 2 %), l'**HTA**²⁵⁶ (24 % contre 17 %), les **AVC** (2 % contre 1,2 %), le **diabète**²⁵⁷ (13 % contre 7 %) et la **cirrhose hépatique** (0,9 % contre 0,3 %).

Enfin, une mauvaise voire très mauvaise **santé bucco-dentaire** ressort également (19 % contre 13 %) [56] (Figure 168).

Figure 168 : Maladies déclarées à Mayotte, taux standardisés en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction de l'enquête EHIS de 2019 [56]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

²⁵⁶ Après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte et la Guadeloupe sont les territoires seconds *ex aequo* déclarant le plus souvent un statut d'HTA, derrière la Guyane (26 %), à un niveau proche de la Martinique (23 %) et au-dessus de La Réunion (20 %) et l'Hexagone [57].

²⁵⁷ Après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte est le territoire déclarant le plus souvent un statut diabétique, à un niveau proche de La Réunion, la Guyane et la Guadeloupe (12 %) et au-dessus de la Martinique (10 %) et l'Hexagone [57].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



h) Diabète

En 2019, 11 % des personnes âgées de **15 à 69 ans** sont prédiabétiques²⁵⁸ tandis que le diabète connu s'élève à 7 % et non connu à 4 %, portant la **prévalence globale du diabète à Mayotte à 11 %** [131]. Ces taux sont plus hauts chez les femmes de 18-69 ans : 8 % contre 6 % pour le diabète connu et 5 % contre 4 % pour le diabète non connu, soit en cumul un taux de diabétiques de 13 % chez les femmes contre 10 % chez les hommes [131] (*Tableau 37*).

En 2008²⁵⁹, la prévalence était de 11 % chez les 30 à 69 ans (dont 6 % non connus) [85], 18 % en 2019 sur cette même classe d'âge (dont 7 % non connus) [131].

En 2019, les personnes ayant un **diabète connu** était **plus âgées** que celles ayant un statut non diabétique avec une moyenne de **49 ans contre 34 ans (48 ans contre 34 ans** pour le diabète **non connu**) et un déséquilibre vis-à-vis du sexe de **61 % en faveur des femmes** (59 % pour le diabète non connu) [131].

Leur profil métabolique était également dégradé, avec un **IMC moyen de 30,2 kg/m² (32,7 kg/m² pour le diabète non connu)**, une **hypertension** chez **69 % (62 % pour le diabète non connu)** et une moyenne **d'hémoglobine glyquée²⁶⁰ de 8 %** (identique pour le diabète non connu) [131].

Ces personnes avaient, par ailleurs, un **profil socialement défavorisé** et percevant leur **situation financière** comme **difficile** dans **45 % des cas (61 % pour le diabète non connu)** [131]. Enfin, 43 % sont natifs de Mayotte et 55 % des Comores (respectivement 37 % et 57 % pour le diabète non connu) [131].

Tableau 37 : Prévalence du diabète connu et non connu (dépisté) à Mayotte selon l'âge et selon deux méthodologies différentes, en 2008 et 2019

		2008* [85]			2019** [131]		
		Diabète connu (%)	Diabète dépisté (%)	Total (%)	Diabète connu (%)	Diabète dépisté (%)	Total (%)
Sexe	Homme	4	5	10			
	Femme	5	7	12			
Classe d'âge	18-29 ans				0,8	0,3	1
	30-39 ans	1	2	3	5	3	8
	40-49 ans	6	10	15	9	9	18
	50-59 ans	8	8	15	21	12	33
	60-69 ans	14	12	26	26	11	37
Lieu de naissance	Mayotte	6	7	13			
	Comores	3	5	8			
	Madagascar	6	7	13			
	Autre	10	0	10			
Taux global corrigé		5	6	11	7	5	12

Note : * Dosage de l'HbA1c après dépistage capillaire. Le statut diabétique était défini si la glycémie était supérieure à 1g/L à jeun ou supérieur à 1,4g/L non à jeun ou proportion de l'HbA1c > 6 %. ** Mesure directe de l'HbA1c. Le statut diabétique était défini si le taux d'HbA1c était supérieur à 6,5 %.

Source : Enquête MayDia de 2008 [85], Enquête Unono Wa Maoré de 2019 [131]

Exploitation : ARS Mayotte – DÉES

i) Hypertension artérielle

En 2019, la **prévalence de l'HTA est de 38 %** chez les 18-69 ans (**3 % pour celle de grade 3**) [130]. Comparativement avec **2008** et sur la classe d'âge des 30-69 ans, **elle a augmenté de 4 points** (44 % [85] contre 48 % en 2019) [130]. **Six habitants sur dix déclarent avoir mesuré leur pression artérielle il y a moins d'un an** [56].

Ce taux était similaire entre les hommes et les femmes de 30-69 ans [130], tandis qu'en 2008 il était plus élevé chez les hommes : 50 % contre 37 % [85]. Il augmente avec l'âge, passant de **19 % chez les 18-29 ans** (dont 0,1 % de grade 3) à **83 % chez les 60-69 ans** (dont 12 % de grade 3) [130].

Parmi les hypertendus, la moitié connaît son diagnostic d'HTA [130] (un tiers chez les 30-69 ans en 2008 [85]). **Les femmes ont plus souvent connaissance de leur statut que les hommes** : 56 % contre 38 % [130] (*Tableau 38*).

Les individus présentant une HTA déclarent plus souvent un diabète : 13 % contre 4 % pour ceux non touché par l'HTA [130]. Ils sont également **plus fréquemment en surpoids ou situation d'obésité**, respectivement 75 % et 53 % [130].

On dénote cependant l'absence de lien avec le statut tabagique et la consommation d'alcool [130].

²⁵⁸ La notion de prédiabète renvoie à l'absence de déclaration d'un diabète par la personne et un taux d'HbA1c comprise entre 6 % (inclus) et 6,5 % (exclu) [131].

²⁵⁹ Une différence méthodologique importante existe entre l'étude de 2008 et celle de 2019, rendant la comparaison directe délicate. En 2008, les dosages de l'HbA1c n'étaient effectués qu'après un dépistage capillaire. Un prélèvement veineux devait être effectué dans un centre dans un second temps. En 2019, le prélèvement veineux était proposé à l'ensemble des participants.

²⁶⁰ HbA1c ou hémoglobine glyquée représente le biomarqueur de référence permettant de déterminer le statut diabétique d'un individu.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



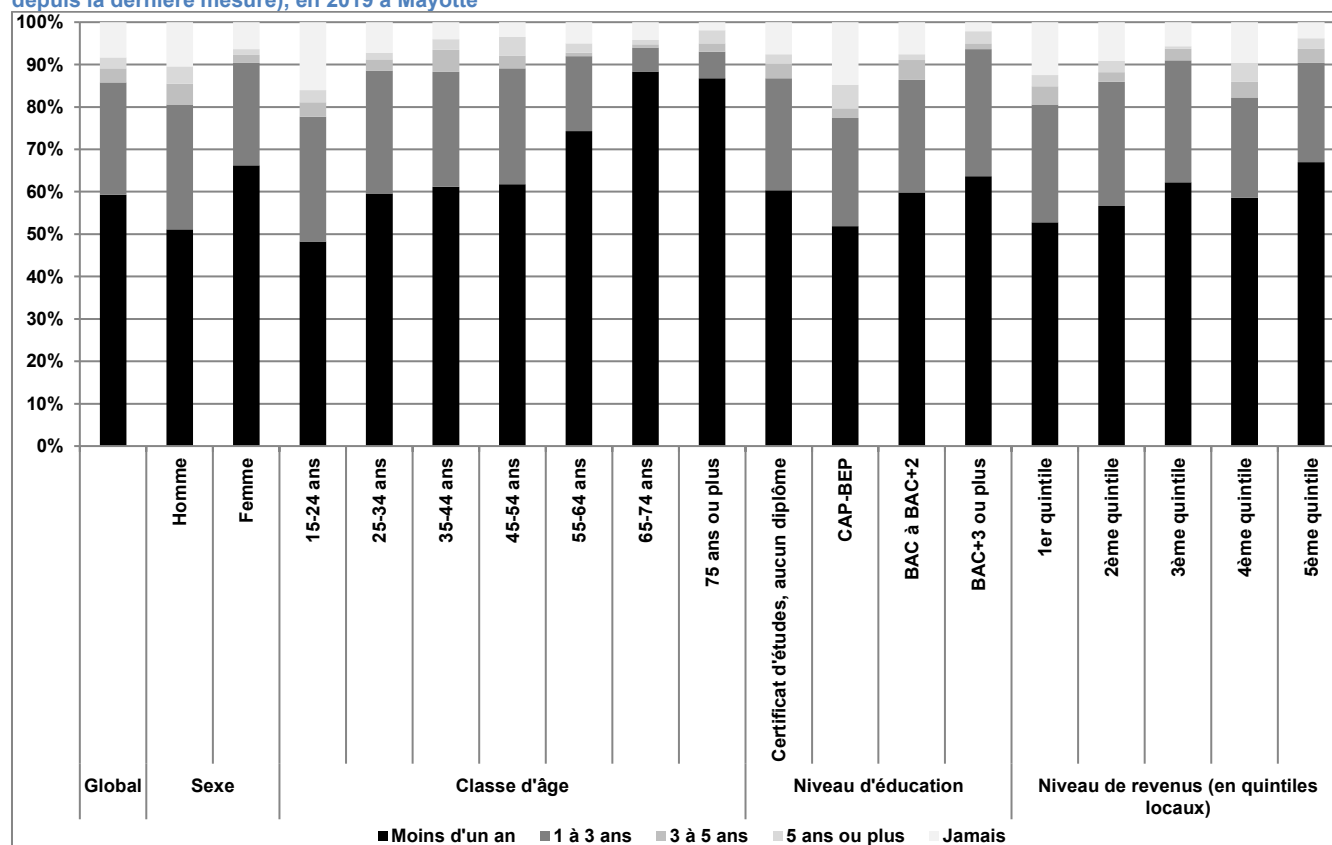
Tableau 38 : Mesures de la pression artérielle et prévalences de l'hypertension artérielle, connaissance, traitement et contrôle, en 2019 à Mayotte

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Hommes	Femmes	Population totale
Mesure de la pression artérielle								
PAS (mmHg) ²⁶¹	118,9	123,3	132	139,1	149,1	130,6	123,7	126,8
PAD (mmHg) ²⁶²	76,5	81,4	86,5	87,6	88,1	82	81,8	81,8
Pression pulsée (mmHg) (PAS-PAD)	42,4	42	45,5	51,5	61	48,7	41,9	45
HTA systolique isolée (%) (PAS≥140 et PAD<90)	3%	5%	4%	13%	32%	9%	5%	7%
Classification des pressions artérielles et grade de l'HTA (%)								
Optimale (≤120/80)	48	34	18	9	5	23	38	31
Normal (120-129/80-84)	25	26	22	19	14	27	20	23
Normale haute (130-139/85-89)	15	16	17	19	12	18	14	16
Hypertension grade 1 (140-159/90-99)	11	18	29	35	40	24	19	21
Hypertension grade 2 (160-179/100-109)	1,7	4	11	13	18	6	7	7
Hypertension grade 3 (≥ 180/≥ 110)	0,1	1,8	3	6	12	3	2	3
Mesures de pression artérielle élevées	12	25	44	54	70	33	28	30
Prévalences de l'hypertension artérielle et proportions de connaissance, traitement et contrôle (%)								
Prévalence de l'HTA ²⁶³	19	32	52	65	83	39	38	38
Proportion d'HTA connue ²⁶⁴	45	43	43	59	57	38	56	48
Proportion d'HTA avec activité physique pour diminuer la pression artérielle ²⁶⁵	26	35	56	71	46	61	42	49
Proportion d'HTA traitée pharmacologiquement ²⁶⁶	10	21	49	68	79	50	43	45
Proportion d'HTA contrôlée ²⁶⁷	42	53	29	26	27	29	31	30

Champ : Habitants de 18-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [130]

Figure 169 : Taux de dépistage de la pression artérielle en fonction des différents profils de population (durées écoulées depuis la dernière mesure), en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [56]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

²⁶¹ Mesure de la pression artérielle systolique

²⁶² Mesure de la pression artérielle diastolique

²⁶³ En 2008 : 33 % chez les 30-39 ans, 51 % chez les 40-49 ans, 58 % chez les 50-59 ans, 62 % chez les 60-69 ans [85]. Toutes classes d'âge confondues, 50 % chez les hommes et 37 % chez les femmes [85].

²⁶⁴ Proportion de personnes déclarant être hypertendues, parmi l'ensemble des personnes hypertendues.

²⁶⁵ Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.

²⁶⁶ Proportion de personnes déclarant prendre un traitement pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.

²⁶⁷ Proportion de personnes ayant des pressions artérielles < 140/90 mmHg lors de l'examen clinique, parmi l'ensemble des personnes déclarant prendre un traitement pour diminuer leur pression artérielle.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



j) Maladies sexuellement transmissibles

VIH

En 2024, le **taux de dépistage VIH**²⁶⁸ est de **98 sérologies VIH pour 1 000 habitants**, en **légère baisse depuis 2021** (110) [132]. Il est de 113 pour 1 000 habitants en France hexagonale hors Île-de-France et varie de 192 pour 1 000 habitants pour La Réunion à 322 pour 1 000 habitants en Guyane [132].

En 2024, la proportion de **femmes découvrant leur séropositivité**²⁶⁹ (54 %) est **similaire à la période 2018-2022** (55 %), alors qu'en 2023 elle était bien supérieure (64 %) [133] [132]. Elle est bien **plus importante** que celle retrouvée en **France Hexagonale**, hors Île-de-France (33 %) [133] [132]. La proportion de personnes de **moins de 25 ans** l'est également (21 % contre 14 %), mais a nettement diminué vis-à-vis de la période 2018 à 2023 (30 % à 35 %) [133] [132].

En 2023, le stade clinique présentait la même répartition que sur la période 2018-2022, avec la **très grande majorité des personnes asymptomatiques** (84 %), proportion plus importante que celle retrouvée pour la France Hexagonale, hors Île-de-France (63 %) [133].

Les découvertes de séropositivité en 2024 concernent principalement des individus nés aux Comores, à Madagascar, aux Seychelles ou à l'île Maurice (65 %, contre 60 % à 64 % sur la période 2018 à 2023) [133] [132]. Le **mode de contamination est majoritairement hétérosexuel** (81 %, 87 % sur la période 2018 à 2023), alors qu'en France Hexagonale, hors Île-de-France, il se répartissait entre contamination hétérosexuelle (50 %) et rapports sexuels entre hommes (45 %) [133] [132].

En 2019, la **séroprévalence globale brute**²⁷⁰ pour l'infection par le **VIH** chez les 15-69 ans de Mayotte était de **0,1 %** [134].

Syphilis

En 2024, le **taux de dépistage**²⁷¹, tous sexes et âges confondus pour la syphilis, est de **26 pour 1 000 habitants** [132]. Il est compris entre 86 et 123 pour les autres Drom, et est de 48 pour la France Hexagonale hors l'Île-de-France [132]. Il est en **augmentation depuis 2014**, celui-ci étant **plus marquée depuis 2020** [132]. Le taux de dépistage est très important chez les **femmes de 26-49 ans** (91 pour 1 000 habitants), très certainement en lien avec une grossesse [132].

Le **taux de diagnostics positifs**²⁷² est en **hausse depuis 2023**. Tous sexes et âges confondus pour la syphilis, il est de **3,1 pour 100 000 habitants**, contre 1,9 l'année précédente [132]. Par classe d'âge et de sexe, ce **taux a fortement augmenté chez les hommes âgés de 50 ans et plus** (24 pour 100 000 habitants) [132]. Il a par contre **diminué chez les hommes de 26 à 49 ans** [132]. Chez les femmes, le **taux est resté stable pour les plus de 26 ans** et a **légèrement augmenté chez les 15-25 ans** [132].

En 2019, la **séroprévalence globale** pour l'infection pour la **syphilis** chez les 15-69 ans de Mayotte était de **0,4 %** [134].

Gonocoque²⁷³

En 2024, le **taux de dépistage**²⁷⁴, tous sexes et âges pour les infections à gonocoques, est de **17 pour 1 000 habitants** [132]. Ce taux était compris entre 98 et 115 pour les autres Drom, et de 50 en France Hexagonale hors Île-de-France [132]. Il était en **augmentation depuis 2015**, celle-ci étant **plus marquée depuis 2020** [132]. Ce taux de dépistage est le **plus important** chez les **femmes de 26-49 ans** (64 pour 1 000), très certainement en lien avec une grossesse, et **faible chez celles les femmes de 15-25 ans** (27 pour 1 000) [132].

Le **taux de diagnostics positifs**²⁷⁵, tous sexes et tous âges confondus, est de 9 pour 100 000 habitants [132]. Il est en **légère baisse** par rapport à celui observé en 2023 et trois fois inférieur à celui enregistré en France Hexagonale hors Île-de-France (27 pour 100 000 habitants) [132]. Il est le **plus élevé** chez

²⁶⁸ Selon les données de l'enquête déclarative des sérologies VIH. La seconde approche basée sur les données du SNDS n'est pas considérée ici du fait de la couverture maladie non exhaustive à Mayotte.

²⁶⁹ Le dépistage, suite à une grossesse, représentait 39 % des motifs de dépistage, alors que cette proportion était de 27 % sur la période 2018-2022 [133]. Cette proportion n'était que de 6 % pour la France Hexagonale, sans l'Île-de-France. À l'inverse, le dépistage orienté représentait 16 % des motifs, contre 25 % sur la période 2018-2022 [133].

²⁷⁰ Basée sur nombre de cas positifs de l'étude sur nombre de participants, ne prenant pas en compte les pondérations permettant de redresser l'échantillon et le rendre représentatif.

²⁷¹ Déterminé depuis le SNDS, dépistages remboursés en secteur privé et public, hors hospitalisations publiques [132].

²⁷² Déterminé depuis le SNDS, infections diagnostiquées en secteur privé et traitées [132].

²⁷³ La gonococcie (également appelée blennorragie, gonorrhée ou encore « chaude pisse ») est une infection d'origine bactérienne. Elle provoque des brûlures et/ou un écoulement jaune par la verge, le vagin ou l'anus. Cette infection se transmet lors de rapports sexuels, bucco-génitaux, vaginaux ou anaux.

²⁷⁴ Déterminé depuis le SNDS, dépistages remboursés en secteur privé et public, hors hospitalisations publiques [132].

²⁷⁵ Déterminé depuis le SNDS, infections diagnostiquées en secteur privé et traitées [132].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

les **femmes** âgées de **15 à 25 ans** et de **26 à 49 ans** (respectivement 26 et 23 pour 100 000 habitants), et en **nette diminution chez les hommes de 26 à 49 ans** (10 pour 100 000 habitants en 2024 contre 37 en 2023) [132].

En 2019, la **séroprévalence globale** pour l'infection pour la **gonococcie** chez les 15-69 ans de Mayotte était de **0,8 %** [134].

Chlamydia trachomatis

En 2019, la **prévalence globale** de l'infection à *Chlamydia trachomatis*²⁷⁶ est de **9 %** chez les 15-69 ans [134]. **Les femmes sont plus concernées que les hommes** : 12 % contre 7 %, les chômeurs (13 %) et les non assurés sociaux (12 %) [134]. La classe d'âge la plus touchée est celle des **20-29 ans** : 14 % contre 6 % chez les 15-19 ans, 11 % chez les 30-44 ans et 5 % chez les 45-69 ans [134].

En 2024, le **taux de dépistage**²⁷⁷ des infections à *Chlamydia trachomatis* à tous sexes et âges confondus est de **14 pour 1 000 habitants** de cette classe d'âge, très inférieur à celui des autres Drom, où il était compris entre 98 et 136 pour 1 000 habitants [132]. Pour l'Île-de-France, il est de 61 pour 1 000 habitants [132]. Ce taux était en **augmentation depuis 2014**, celle-ci étant plus marquée depuis 2021 [132]. Il est très **important chez les femmes de 26-49 ans** (48 pour 1 000), très certainement en lien avec une grossesse, et très **faible chez celles de 15-24 ans** (21 pour 1 000) [132].

Le **taux de diagnostics positifs d'infection** à *Chlamydia trachomatis*²⁷⁸ était en **hausse chez les femmes âgées de 26 à 49 ans**, ainsi que chez celles de **15 à 25 ans**, avec une augmentation beaucoup plus marquée dans cette dernière classe d'âge [132]. Les deux groupes atteignaient ainsi des niveaux comparables (51 contre 49 femmes diagnostiquées et traitées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants) [132]. De façon plus globale, tous sexes et âges confondus, le **taux de diagnostic était de 22 pour 100 000 habitants**, contre 78 pour 100 000 habitants en France hexagonale hors Île-de-France [132].

Trichomonas vaginalis

En 2019, la **prévalence globale**, de l'infection à *Trichomonas vaginalis*²⁷⁹ est de **8 %** chez les 15-69 ans [134]. **Les femmes sont près de six fois plus concernées que les hommes** : 13 % contre 2 % [134].

C'est à **partir des 20-29 ans** que l'on observe une **hausse importante** du taux d'infection (9 % contre 1,2 % chez les 15-19 ans), qui se stabilise sur les classes d'âge plus avancées (10 % chez les 30-44 ans et 9 % chez les 45-69 ans) [134].

Parmi les autres profils qui ressortent : les non diplômés (11 %), les inactifs (13 %) et les femmes hétérosexuelles (15 %) [134].

Hépatite C

En 2019, la **prévalence de l'infection actuelle ou passée** à l'hépatite C est **estimée à 0,2 %**, pour un âge moyen de 56,3 ans et sans réelle distinction en fonction du sexe [135].

Ces résultats confirment que **Mayotte est une zone de faible endémie pour le VHC** [135].

Hépatite B

En 2024, **3,6 %** des 18 ans ou plus **présentent une infection en cours de l'hépatite B**²⁸⁰ alors que la prévalence estimée en France la même année est de 0,4 % [79]. Ce taux était de **3,0 %** chez les 15-69 ans **en 2019** [135]. Il augmente des 18 à 24 ans (2,9 %) au 45 à 64 ans (4,4 %) : +1,5 points, avant d'être divisé par deux chez les 65 ans ou plus (2 %) [79].

Pour les autres catégories, **25 % révèlent une infection ancienne et guérie** (28 % en 2019 [135]), et dans 41 % des cas l'absence d'infection, mais aussi d'immunité (42 % en 2019 [135]) [79] (*Figure 170*).

²⁷⁶ L'infection à *Chlamydia* ne provoque aucun symptôme dans 60 à 70 % des cas, elle est dite alors « silencieuse », ce qui n'empêche pas son développement. C'est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes, particulièrement chez les moins de 25 ans. Elle touche les hommes comme les femmes et peut entraîner de graves complications. C'est l'une des premières causes de stérilité en France. Chez les femmes, la *Chlamydia* peut causer des écoulements vaginaux anormaux, des saignements vaginaux entre les règles ou pendant ou après des relations sexuelles, des douleurs abdominales ou dans le bas du dos, une sensation de brûlure en urinant et des douleurs au moment des rapports sexuels.

²⁷⁷ Déterminé depuis le SNDS, dépistages remboursés en secteurs privé et public, hors hospitalisations publiques.

²⁷⁸ Déterminé depuis le SNDS, infections diagnostiquées en secteur privé et traitées.

²⁷⁹ *Trichomonas vaginalis* est un parasite de l'être humain appartenant à la famille des protozoaires. Il est responsable d'infection sexuellement transmissible, le plus souvent bénigne. Il se transmet par contact sexuel. Les symptômes chez les femmes sont des pertes vaginales anormales et abondantes, habituellement décrites comme verdâtres et sentant mauvais ; des brûlures et démangeaisons au niveau de la vulve et du vagin ; et des douleurs lors de la miction (action d'uriner).

²⁸⁰ 13 % des adultes de 18 ans de Mayotte déclarent n'avoir jamais entendu parler de l'hépatite B, 30 % ne savent pas s'ils l'ont eue, 54 % savent ne jamais l'avoir eue, 2 % déclarent l'avoir eue dont 0,4 % confirmé par un test diagnostic [79]. Pour 2,7 % des personnes persuadées de ne pas l'avoir eue, on retrouve une infection en cours [79].



Figure 170 : Immunité et infection à l'hépatite B selon les différents facteurs sociodémographiques, en 2024



Champ : Habitants de 18 ans ou plus
Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, enquête EpiMay 2024 [79]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

En 2019, et en fonction du fait d'avoir eu un **rapport sexuel au cours de sa vie**, le taux d'infection en cours ou (anciennement) guérie est **sept fois plus important** : 35 % chez ceux en ayant eu un contre 5 % chez les autres [135]. De même pour l'**utilisation du préservatif lors du premier rapport** : 21 % pour ceux concernés **contre 38 %** pour ceux n'en ayant pas utilisé [135]. Enfin, la prévalence de la **co-infection hépatite B-hépatite Delta**²⁸¹ était de **0,7 %** sur le territoire [135].

15 – Le cancer

a) Etat des lieux de l'offre de soins

La prise en charge du cancer à Mayotte est assurée par le **CHM**, grâce à son activité d'oncologie médicale²⁸², qui en constitue le **pivot du dispositif local**. Il assure le repérage diagnostique, les explorations initiales, la prise en charge des complications et une partie des traitements.

²⁸¹ L'hépatite D est une inflammation du foie provoquée par le VHD, qui a besoin du VHB pour se répliquer. Il ne peut pas y avoir d'hépatite D en l'absence de VHB. La co-infection VHD-VHB est considérée comme la forme la plus grave d'hépatite virale chronique en raison de l'évolution rapide vers la mort par atteinte hépatique et carcinome hépatocellulaire. La vaccination contre l'hépatite B est la seule méthode de prévention de l'infection par le VHD.

²⁸² Incluant un hôpital de jour de chimiothérapie, avec préparation et administration des traitements cytotoxiques, ainsi qu'une organisation de concertations pluridisciplinaires, souvent en lien avec des équipes de La Réunion via la télémedecine.



Toutefois, **l'offre de soins reste incomplète sur le territoire**. Les traitements nécessitant une **radiothérapie** ainsi qu'une part importante de la **chirurgie carcinologique spécialisée** ne sont pas disponibles localement.

Ces prises en charge reposent donc sur des **Evasan** vers La Réunion, notamment génératrices de délais.

La **prévention et le dépistage** constituent un axe prioritaire de la politique de lutte contre le cancer à Mayotte, piloté par l'**ARS**. Le **CRCDC**²⁸³ **mène des actions de prévention primaire et secondaire des cancers**.

Il a en charge l'organisation et la gestion des programmes de dépistage des cancers. Le CRCDC s'appuie sur un réseau de professionnels de santé partenaires, notamment des sage-femmes, en libéral, en PMI et des médiatrices en santé de proximité pour proposer les actions de dépistage en « aller-vers ».

Une offre de dépistage du cancer du col de l'utérus a été mise en place en 2010.

Ce dépistage s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans, assurées sociales et non assurées sociales. La population cible concerne 59 064 femmes sur 3 ans, **soit environ 19 000 dépistages par an**.

Des **actions de dépistage du cancer du sein** par autopalpation sont proposées à date par le CRCDC, par le biais d'entretiens avec les sage-femmes, à l'occasion de sensibilisations ou de consultations pour suivi de grossesse et/ou pour dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les médecins généralistes et gynécologues sont des relais pour orienter les femmes dont la palpation induit une suspicion de tumeur vers une offre d'imagerie pour la réalisation d'un bilan.

Il n'y a pas actuellement de dépistage organisé du cancer colorectal à Mayotte. Les médecins généralistes ont accès aux kits de dépistage depuis 2021 avec la création du CRCDC.

L'absence de programme de dépistage tient essentiellement aux difficultés d'accès à la prise en charge par coloscopie.

La population cible du dépistage des **cancers colorectaux** concernerait 27 849 personnes de 50-74 ans, soit environ **14 000 dépistages par an**.

Des dispositifs spécifiques d'« aller-vers », adaptés au contexte social et linguistique du territoire, ont permis de renforcer le dépistage, notamment du **cancer du col de l'utérus**, avec des résultats significatifs ces dernières années.

Néanmoins, **le dépistage doit être renforcé au regard des besoins**, en particulier pour les cancers du sein et colorectal.

L'accompagnement des patients s'appuie également sur un **tissu associatif local engagé**, en particulier l'**AMALCA** et l'**ASCA**. Ces structures jouent un rôle essentiel dans l'information, le soutien psychologique, l'aide aux démarches administratives et la lutte contre le renoncement aux soins, dans un contexte de grande précarité sociale.

Chimiothérapie

Entre 2013 et 2024, le nombre total de séjours avec traitement de **chimiothérapie** a augmenté de 14 % et celui du nombre de **séances** de 16 % [58].

A l'inverse, le nombre de **patients** atteints d'un cancer et ayant eu un traitement par chimiothérapie a diminué de -18 % entre 2013 et 2022 [58] (*Tableau 39*).

Tableau 39 : Activité de chimiothérapie à Mayotte de 2013 à 2024

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre total de séjours avec traitement de chimiothérapie (réalisés pendant une hospitalisation complète ou ambulatoire)	1 229	1 470	1 283	1 122	1 498	1 330	1 502	1 544	1 659	1 539	1 680	1 401
Nombre de séances (ou séquences en HAD) de chimiothérapie	1 171	1 401	1 223	1 079	1 445	1 276	1 453	1 502	1 599	1 495	1 626	1 354
Nombre de patients atteints de cancer ayant eu un traitement par chimiothérapie dans l'année	107	115	79	73	87	85	100	108	91	88		

Champ : Individus ayant eu recours au CHM

Source : SAE [58]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

²⁸³ Anciennement Redeca.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



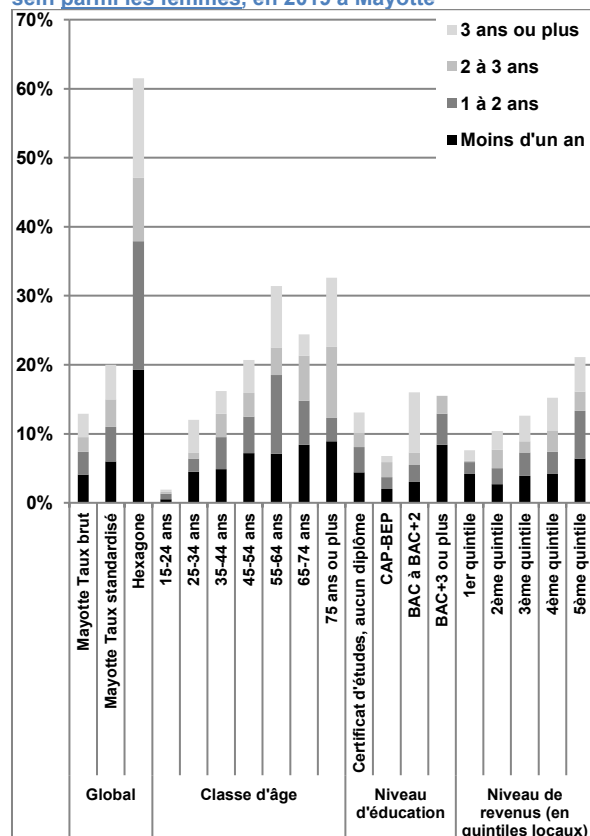
b) Dépistages

À Mayotte, **quatre femmes de 15 ans ou plus sur cinq n'ont jamais réalisé de mammographie** pour le dépistage du cancer du sein [56]. À structure de population équivalente, les femmes de Mayotte **sont trois fois plus concernées** que celles de l'Hexagone [56]. Chez celles de 15-24 ans, 0,5 % en ont réalisé une il y a moins d'un an, ce taux double entre les 25-44 ans et les 45 ans ou plus : 5 % contre 7 à 9 % [56] (Figure 171).

Concernant le **dépistage du cancer du col de l'utérus, trois femmes sur cinq n'en ont jamais réalisé un**, ce qui reste **trois fois plus important** que chez celles de l'Hexagone à structure de population équivalente [56]. 7 % des femmes de 15-24 ans ont réalisé ce dépistage il y a moins d'un an, il triple chez les 25-44 ans (20 à 23 %) puis diminue sur les classes d'âge qui suivent : 8 % des 55-64 ans et moins de 1,5 % des 65 ans ou plus [56] (Figure 172).

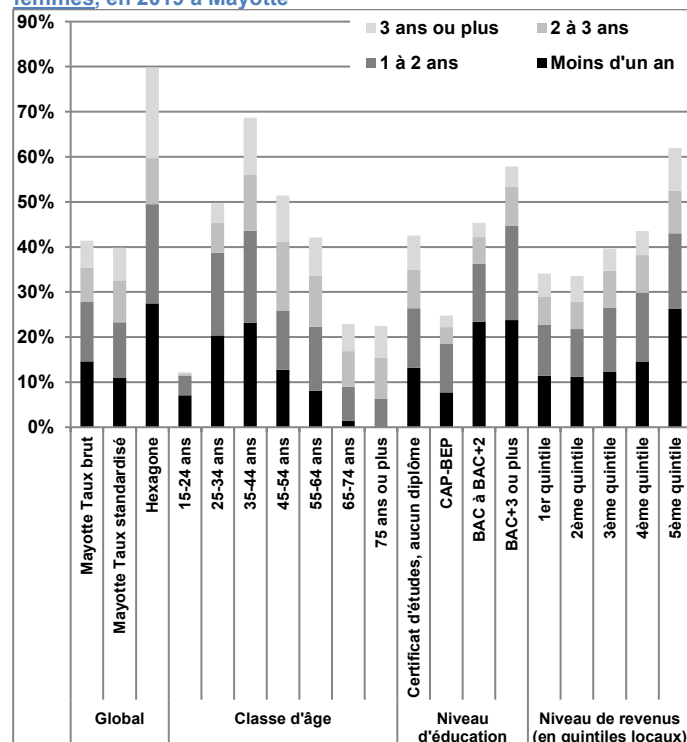
Pour le **dépistage du cancer colorectal**, les hommes et les femmes sont **peu concernés**, et dans des proportions similaires (94-95 %), soit **20 points de plus** que les habitants de l'Hexagone (72 %) [56] (Figure 173).

Figure 171 : Durées écoulées depuis la réalisation de la dernière mammographie de dépistage du cancer du sein parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



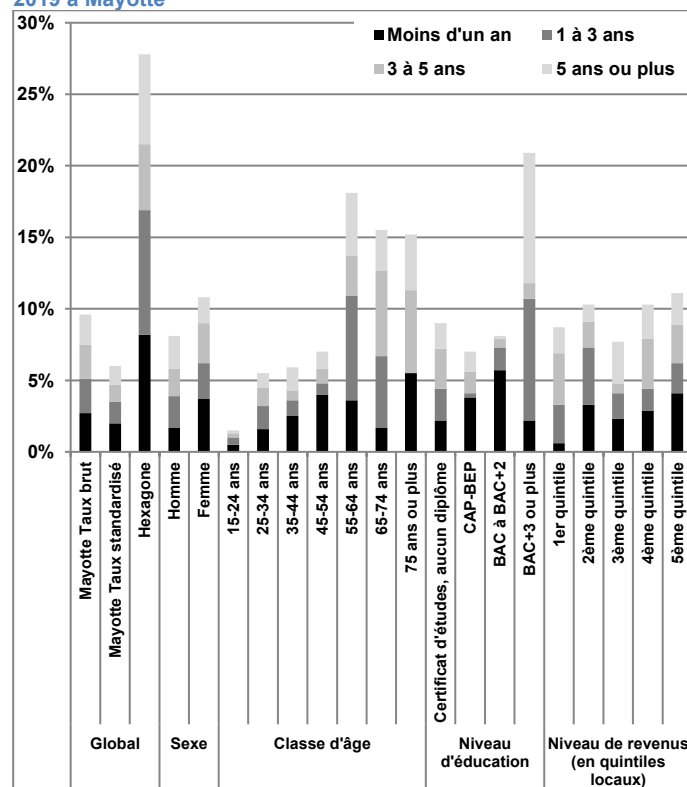
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 172 : Durées écoulées depuis le dernier dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 173 : Durées écoulées depuis le dernier dépistage du cancer colorectal (par test de détection de saignement occulte fécal) en population générale, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [56]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



c) Recours au CHM

À Mayotte, sur la période de 2022 à 2024, les « tumeurs » représentent **4 % des motifs de séjour au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « Codes d'utilisation particuliers », contre 10 % dans l'Hexagone [65].

Chez les **femmes** de Mayotte : **5 %**, et chez les **hommes** : **3 %** [65]. Sur ces **1 524** séjours liés aux tumeurs et cumulés sur la période considérée, **42 % des femmes** concernées ont **moins de 40 ans**, **34 % chez les hommes** [65].

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est, tous sexes confondus, de **10,2 jours** [65].

Le **taux de recours standardisé** est **4,7 fois inférieur** à l'Hexagone entre 2022 et 2024 [65].

Aussi bien chez les femmes (39 %) que chez les hommes (23 %), les « **tumeurs bénignes** » ressortent au premier rang [65].

Viennent ensuite chez les **femmes**, les tumeurs « **du sein et des organes génitaux de la femme** » (20 %), et celles « **des organes digestifs** » (8 %) [65].

Chez les **hommes**, il s'agit des tumeurs « **organes digestifs** » (17 %) et de celles « **primitives ou présumées primitives, des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés** » (13 %) [65] (*Tableau 40*).

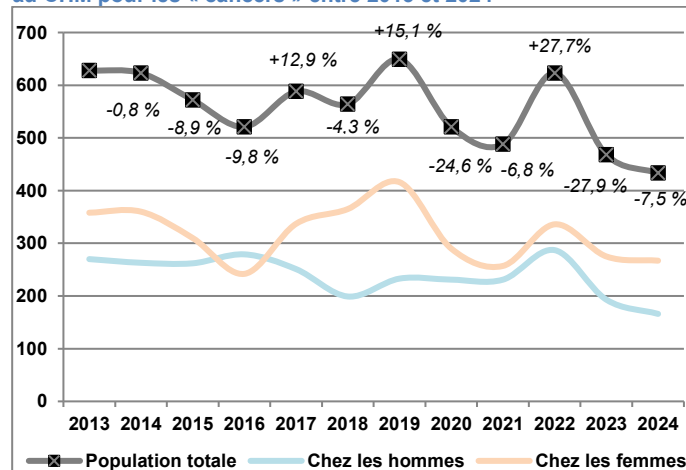
Les « tumeurs » représentent **14 % des Evasan de 2022** (19 % en 2020, 14 % en 2019 et 17 % en 2018) [74].

Sur la **HAD** et pour la période 2022 à 2023, les **chimiothérapies anticancéreuses** représentent **1,0 %** des motifs de prises en charge (3 % en Hexagone), soit 471 HAD cumulées, et **8 %** pour les **surveillances post-chimiothérapies anticancéreuses** (3 % en Hexagone), soit 3 674 HAD cumulées [65].

Sur les **SSR** et pour la période 2022 à 2024, les **tumeurs** représentent **2,0 %** des motifs de séjours (6 % en Hexagone), soit 17 SSR cumulés [65].

Enfin, sur les **RPU**, on constate **103 passages en 2018** suivie d'une baisse l'année suivante à 92 (-11 %) pour les tumeurs [65]. De 2019 à 2022 le volume augmente constamment pour atteindre un **pic de 166 passages** (+80 %) [65]. En **2023**, **143 passages** classés « tumeurs » selon la CIM-10 sont répertoriés (-14 %) [65].

Figure 174 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « cancers » entre 2013 et 2024

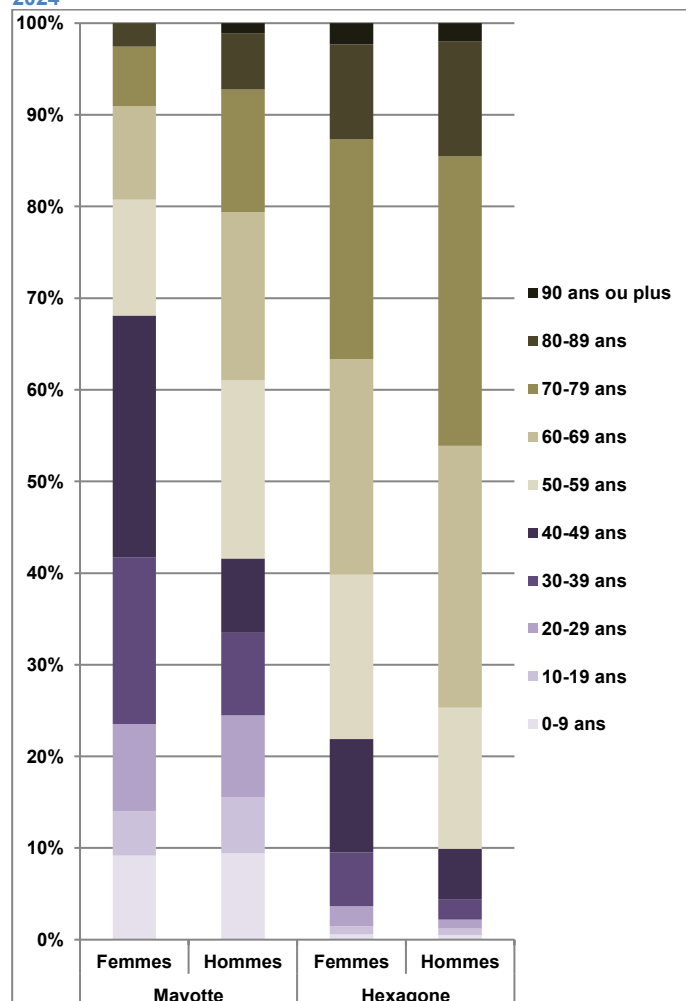


Champ : Individus ayant eu recours au CHM

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 175 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « cancers » entre 2022 et 2024



Champ : Individus ayant eu recours au CHM

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 40 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « cancers » chez les femmes et les hommes de 2022 à 2024

	Moyennes	Effectifs		Pourcentages	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Tumeurs malignes, lèvre, cavité buccale et pharynx		7	14	2%	6%
Tumeurs malignes, organes digestifs		27	41	8%	17%
Tumeurs malignes, organes respiratoires et intrathoraciques		5	11	1,5%	5%
Tumeurs malignes, os et cartilage articulaire		2	6	0,6%	2%
Tumeurs malignes, peau		4	5	1,2%	2%
Tissu mésothélial et tissus mous		4	8	1,2%	3%
Tumeurs malignes, seins, organes génitaux de la femme		66		20%	
Tumeurs malignes, organes génitaux masculins			29		12%
Tumeurs malignes, voies urinaires		4	5	1,2%	2%
Tumeurs malignes, œil, cerveau et autres parties du système nerveux central		9	4	3%	1,6%
Thyroïde et autres glandes endocrines		3	2	0,9%	0,8%
Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés		7	7	2%	3%
Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives, des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés		21	32	6%	13%
Tumeurs in situ		20	5	6%	2%
Tumeurs bénignes		125	56	39%	23%
Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue		20	19	6%	8%
Total		324	244	100	100

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate E.L.L.O.R.A.

d) Prises en charge²⁸⁴

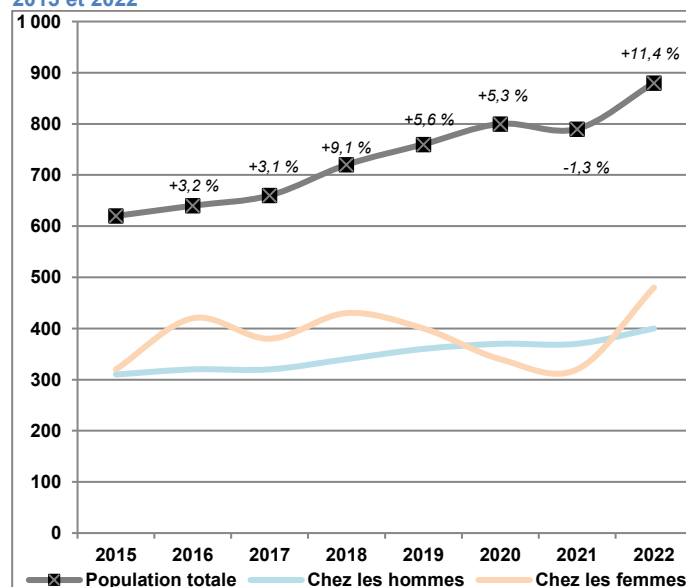
Sur la période de **2020 à 2022**, les **cancers** représentent, en **taux standardisé**, **0,7 %** des motifs renseignés chez les assurés sociaux ayant eu recours à des soins remboursés. Depuis 2015, le taux **reste stable** : 0,7 % en 2015 et en 2022 [70].

En termes de volume, on observe **620 prises en charge à Mayotte en 2015**, augmentant constamment à 800 prises en charge en 2020 (+29 %) [70]. Et après une légère diminution de 1,3 % en 2021, on en retrouve **880 en 2022** (+11 %) [70] (Figure 176).

Chez les femmes assurées sociales, les **25 à 54 ans** sont très fortement représentées : 68 %, dont 11 % de 25 à 34 ans [70]. Alors que chez les hommes, la part est de 15 % et nulle pour les moins de 35 ans [70]. On observe **52 % d'hommes assurés sociaux de 65 ans ou plus**, contre 12 % seulement chez les femmes [70]. En France entière, ces parts sont respectivement de 75 % et 62 % [70].

Par ailleurs, en 2022, les pathologies associées et présentant les taux de prise en charge les plus forts sont : le « **cancer de la prostate** » et « **cancer du sein** » [70].

Figure 176 : Nombre de patients, assurés sociaux, pris en charge à Mayotte pour motifs de « cancers » entre 2015 et 2022



Note : La baisse observée en 2021 est dû à la covid-19.

Champ : Assurés sociaux bénéficiaires d'une prise en charge

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses (Assurance Maladie) [70]

Exploitation : ORS Mayotte

²⁸⁴ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

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

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

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



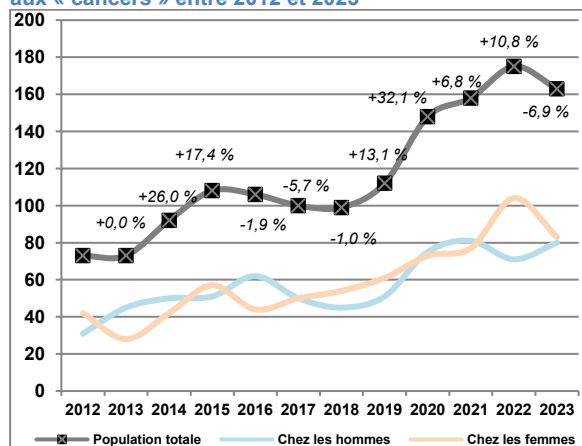
e) Mortalité

Les « **cancers** » représentent **15 % des décès** sur la période 2012 à 2023 (14 % chez les hommes et 17 % chez les femmes), soit 1 407 décès cumulés (692 hommes – 49 % – et 715 femmes – 51 % –) et **117 décès par an** en moyenne [69]. C'est la **seconde cause de mortalité à Mayotte** en 2023 [69].

Sur la période 2020 à 2022, chez les femmes, **65 % des décès liés à un « cancer » concerne un individu de moins de 65 ans**, 54 % chez les hommes [69] (Figure 178).

Sur la période 2021 à 2023 et à **structure de population équivalente**, la mortalité en est **1,2 fois plus faible chez les hommes** à Mayotte que dans l'Hexagone, tandis qu'elle est **1,3 fois plus élevée chez les femmes** [69].

Figure 177 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « cancers » entre 2012 et 2023



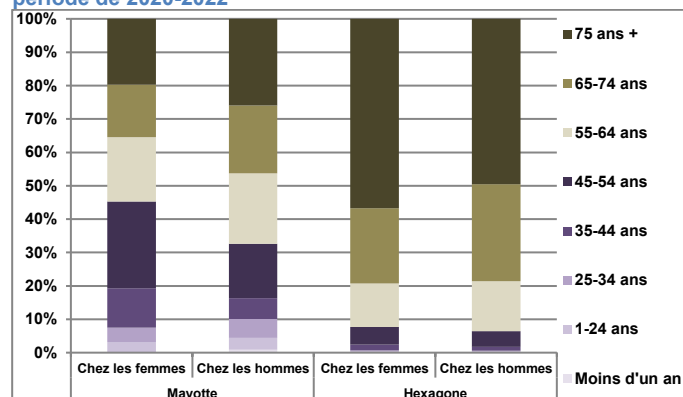
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « cancers », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC [136], SNDS [69]

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 178 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les décès domiciliés à Mayotte associés aux « cancers » sur la période de 2020-2022



Pour la période de 2020 à 2022, chez les **femmes**, sur les 254 décès domiciliés cumulés et liés aux cancers, ce sont les « **cancers du sein** » (20 %) qui ressortent en premier, suivis des « **autres cancers** » (20 %) et des « **cancers de l'utérus** » (19 %). Chez les **hommes**, sur les 227 décès, les « **cancers de la prostate** » (21 %) sont les plus fréquents, suivis des « **autres cancers** » (18 %) et des « **cancer du foie et des voies biliaires intra-hépatiques** » (12 %) (Tableau 41).

Tableau 41 : Détail des causes de décès domiciliés à Mayotte liées aux « cancers » sur la période de 2020 à 2022

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	<10	1,6%	<10	1,8%
Cancer de l'œsophage	0	0%	0	0%
Cancer de l'estomac	<10	3%	13	6%
Cancer du côlon-rectum	<10	0,8%	<10	4%
Cancer du foie et des voies biliaires intra-hépatiques	<10	4%	27	12%
Cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires extra-hépatiques	<10	0,8%	0	0%
Cancer du pancréas	<10	2%	<10	4%
Cancer du larynx	0	0%	<10	0,4%
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	<10	3%	20	9%
Cancer de la plèvre	0	0%	0	0%
Mélanome malin de la peau	0	0%	<10	0,4%
Cancer du sein	51	20%	0	0%
Cancer de l'utérus	49	19%	0	0%
Cancer de l'ovaire	<10	4%	0	0%
Cancer de l'os, cartilage articulaire	<10	0,8%	2	0,9%
Cancer de la prostate	0	0%	48	21%
Cancer du testicule et des organes génitaux de l'homme, autres et non précisés	0	0%	0	0%
Cancer du rein	<10	0,8%	<10	0,9%
Cancer de la vessie	<10	0,8%	<10	3%
Cancer du système nerveux central	<10	2%	<10	2%
Cancer de la thyroïde	<10	3%	<10	0%
Maladie de Hodgkin	<10	0,4%	<10	0,4%
Lymphome malin non hodgkinien	<10	4%	<10	1,8%
Myélome multiple et maladies immunoprolifératives malignes	<10	2%	<10	4%
Leucémie	<10	3%	11	5%
Autres cancers	50	20%	40	18%
Tumeurs in situ	0	0%	0	0%
Tumeurs bénignes	<10	1,2%	<10	1,3%
Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	12	5%	13	6%
Somme 2020 à 2022	254	100%	227	100%

Champ : Décès domiciliés liés aux « cancers », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC [136], SNDS [69]
Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



16 - Principales épidémies et crises

Le DésUS²⁸⁵ assure au sein des ARS les missions de réception, d'analyse et de gestion des signalements à impact sanitaire sur l'ensemble du champ de la veille et de la sécurité sanitaire. Elle assure également la coordination du contrôle sanitaire aux frontières.

a) La Covid-19

Le 13 mars 2020 est documenté le premier cas positif à la Covid-19 sur le territoire de Mayotte.

À la date du 31 décembre 2022, près de **33 000 contaminations**²⁸⁶ ont été observées, soit **11 % de la population**²⁸⁷ (Figure 179). Dans 55 % des cas il s'agit de femmes et les classes d'âge les plus représentées sont les 20-29 ans (22 %) et les 30-39 ans (23 %). Les moins de 9 ans sont 1,5 % à avoir été dépistés « positif » à la Covid-19, 3 % pour les plus de 70 ans.

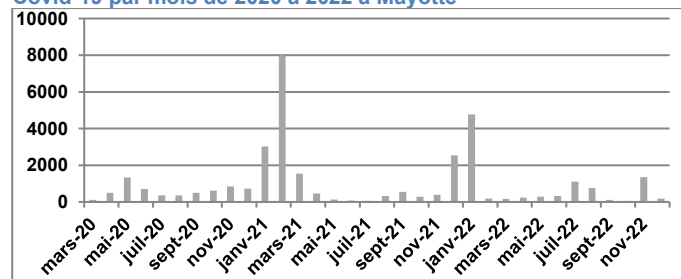
2 069 hospitalisations²⁸⁸ pour « Covid-19 » ont été observées au CHM, dont **17 %** incluant au moins un passage en service de réanimation (Figure 180). On observe autant d'hommes que de femmes, et un sur dix est un jeune de moins de 20 ans. Les 50 ans ou plus représentent la moitié des hospitalisations.

166 décès²⁸⁹ confirmés liés à la Covid-19 ont été observés et 15²⁹⁰ autres sont suspectés. Sur ces 181 décès, **63 % ont eu lieu en 2021** (Figure 181). Pour 60 % il s'agit d'hommes et la moitié des décès concerne un individu de 70 ans ou plus²⁹¹.

À la date du 31 décembre 2022, l'épidémie de Covid-19 sur le territoire peut se décliner en cinq vagues distinctes : la première de mars à juillet 2020, la seconde de décembre 2020 à avril 2021, la troisième de novembre 2021 à février 2022, la quatrième de juin à septembre 2022 et la cinquième de novembre à décembre 2022.

Les travaux menés avec l'Université de Dembeni [138], la plateforme MODCOV19²⁹² et l'ARS de Mayotte ont permis de mettre à disposition des outils innovants pour la gestion de crise. Ces travaux ont été réalisés pour chacune des trois premières vagues et ont été particulièrement performants. Ils ont permis de fournir, selon différents scénarios possibles, la forme prévisionnelle de la courbe épidémique à venir et d'adapter les mesures sanitaires lors de la lutte contre la Covid-19.

Figure 179 : Nombre de nouveaux cas positifs à la Covid-19 par mois de 2020 à 2022 à Mayotte

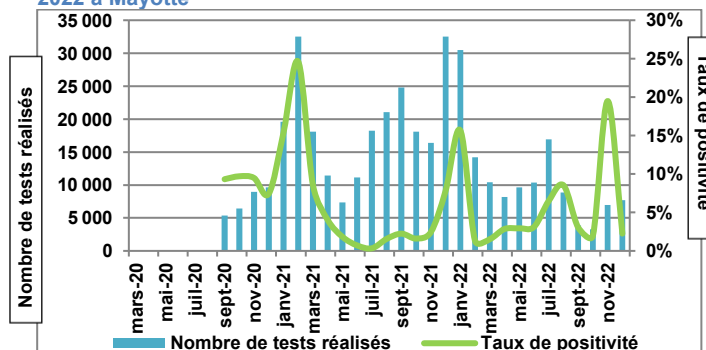


Champ : Individus prélevés à Mayotte

Source : ARS Mayotte – Contact tracing DésUS [139], SI-dep

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 180 : Nombre de tests réalisés pour le dépistage de la Covid-19 et taux de positivité par mois de 2020 à 2022 à Mayotte

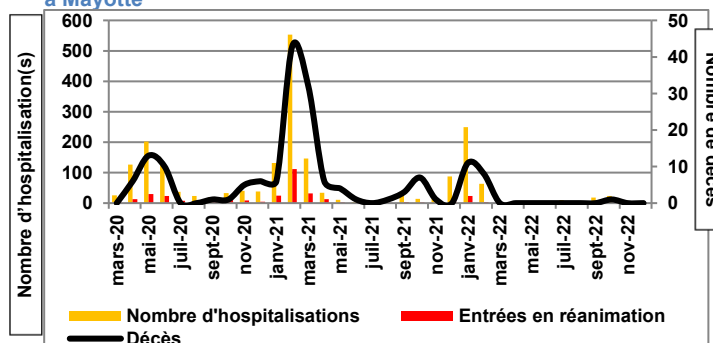


Champ : Individus prélevés à Mayotte

Source : SI-dep

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 181 : Nombre de nouvelles hospitalisations et de décès pour motif « Covid-19 » par mois de 2020 à 2022 à Mayotte



Champ : Individus hospitalisés à Mayotte

Source : CHM, SI-Vic

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

²⁸⁵ Ancienne Veille et Sécurité Sanitaire (VSS).

²⁸⁶ Données SI-dep et du contact-tracing du DésUS de l'ARS de Mayotte [139], cas prélevés à Mayotte.

²⁸⁷ Selon l'estimation de la population au 1^{er} janvier 2022 [4].

²⁸⁸ Données du CHM.

²⁸⁹ Données SI-vic et de l'ARS Réunion.

²⁹⁰ Données du contact-tracing du DésUS de l'ARS de Mayotte [139].

²⁹¹ Données du CHM.

²⁹² Afin d'aider à la coordination des actions de modélisation sur la Covid-19 en France autour des multiples facettes de la crise, la plateforme MODCOV19 a été mise en place en mars 2020 grâce à l'INSMI, au CNRS et le réseau Mathrice.



ARS MAYOTTE

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

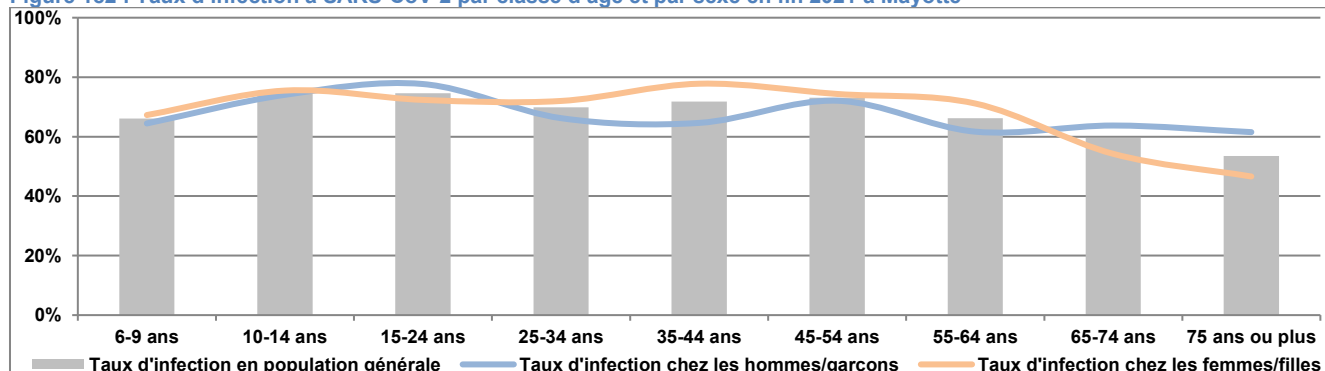
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



À la date du 21 octobre 2021, 71 % de la population de 6 ans ou plus habitant à Mayotte avaient été touchées par la Covid-19 [77] (Figure 182). Le virus a alors atteint toutes les classes d'âge et toutes les catégories de la population [77].

Figure 182 : Taux d'infection à SARS-CoV-2 par classe d'âge et par sexe en fin 2021 à Mayotte

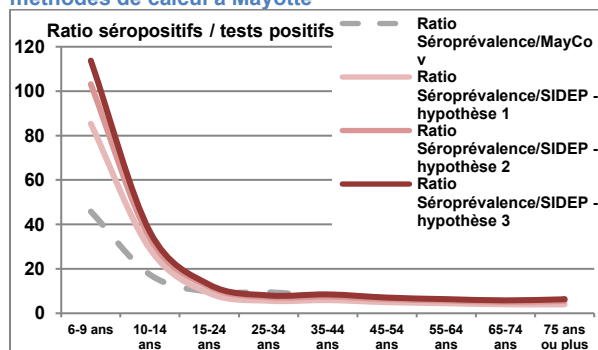


Champ : Habitants de Mayotte de 6 ans ou plus pour lesquels les résultats des analyses sanguines ont pu conclure sur leur statut d'infection

Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19-ORS Mayotte, enquête MayCov de 2021 [77]

Le taux de détection global de la Covid-19 est de 1 cas détecté pour 8 à 12 non détectés [77] (Figure 183). Le **milieu scolaire** est le principal lieu **déclaré** de la transmission du virus pour les **enfants**, tout comme le **milieu professionnel** pour les **adultes** [77]. Début 2021 représente la période où Mayotte a été la plus touchée et concentrant la majorité des contaminations par la Covid-19 : les modèles de la plateforme MODCOV19 estiment alors un taux d'infection global de 33 % en fin 2020 [77] (Figure 184). En dépit d'un **respect important des mesures barrières** au début de l'année 2021, neuf habitants sur dix déclaraient les appliquer souvent voire quotidiennement, ce taux a **chuté nettement à six habitants sur dix** plusieurs mois plus tard [77]. **La Covid-19 est une maladie moins prise au sérieux par les plus jeunes** : la moitié estime qu'il s'agit d'une maladie très grave. Ils sont trois individus de 75 ans ou plus sur quatre à avoir le même ressenti [77].

Figure 183 : Ratio taux d'infecteds sur taux de testés positifs (taux de détection) par classe d'âge selon trois méthodes de calcul à Mayotte

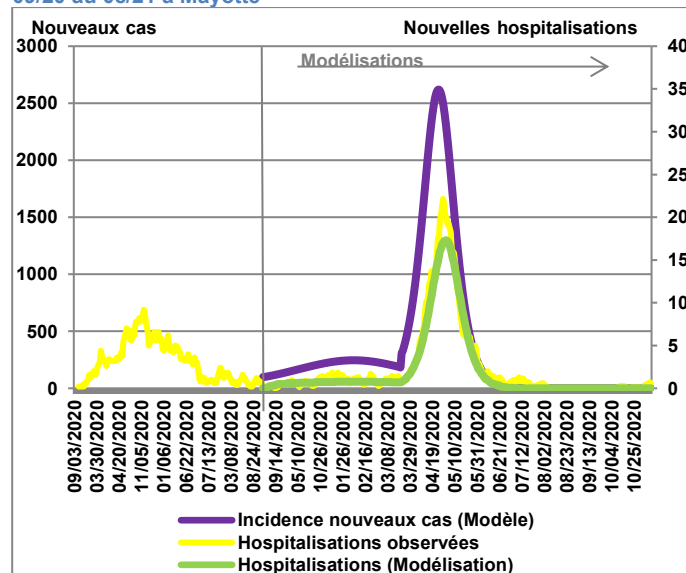


Note de lecture : Les hypothèses sont liées à la période prise en compte. Sur l'hypothèse 1, le taux de positivité depuis l'enquête de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte est divisé par le taux de testés positifs par classe d'âge sur la période du 9 mars 2020 au 21 octobre 2021. Pour l'hypothèse 2, la période considérée est celle du 1er novembre 2020 au 21 octobre 2021. Pour l'hypothèse 3 : du 1er janvier 2021 au 21 octobre 2021. Le terme MayCov désigne le nom de l'étude de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte.

Champ : Habitants de Mayotte de 6 ans ou plus pour lesquels les résultats des analyses sanguines ont pu conclure sur leur statut d'infection

Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19-ORS Mayotte, enquête MayCov de 2021 [77]

Figure 184 : Reconstruction de la courbe des incidences nouveaux cas et hospitalisations après inférence de trois paramètres libres sur la période du 09/20 au 08/21 à Mayotte



Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19-ORS Mayotte, enquête MayCov de 2021 [77]

Toutes choses égales par ailleurs, les profils de population qui sont **les plus à risque** de l'infection à la Covid-19 à Mayotte sont **les plus jeunes** et les individus vivant en **grande précarité** [77]. Assez logiquement, les habitants **ne respectant pas « globalement » les mesures préventives** sont les plus vulnérables face à l'infection [77].

La mesure qui ressort avec les meilleurs effets protecteurs est le **port du masque** [77].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



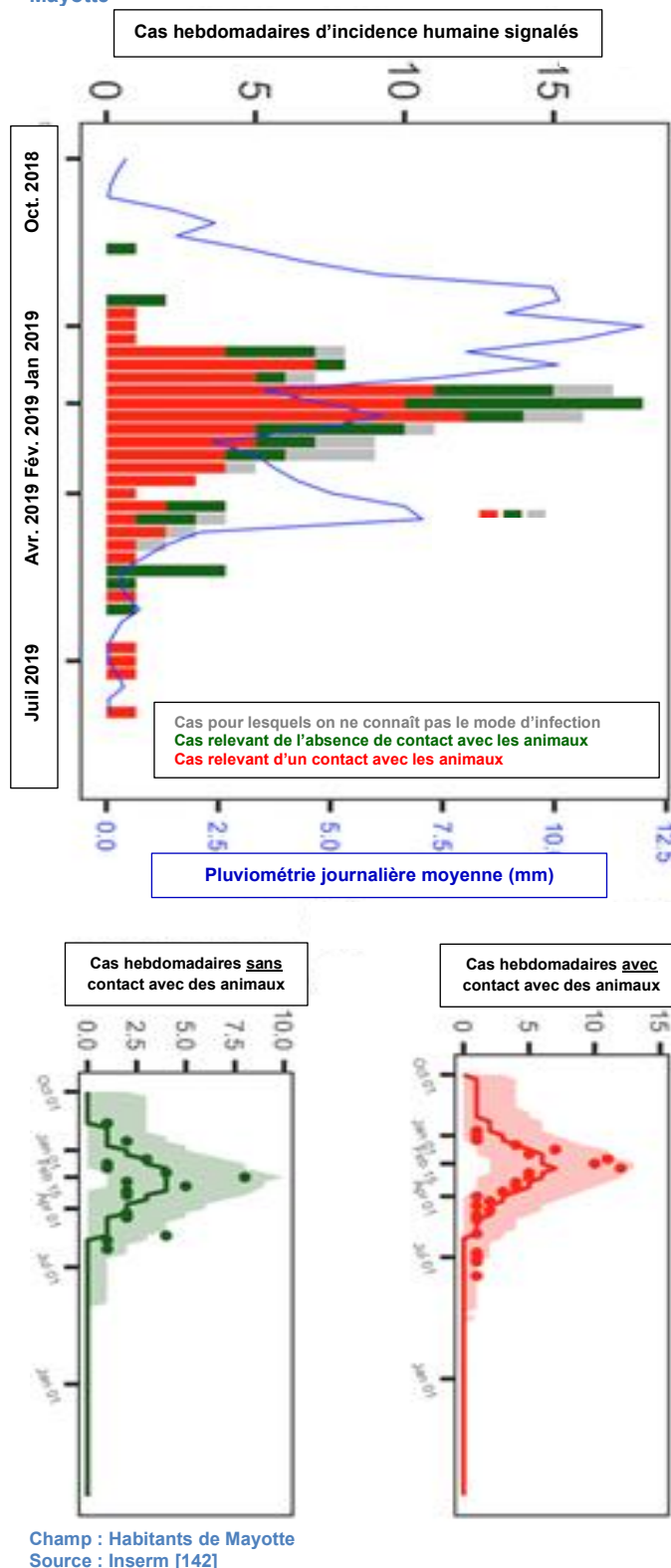
b) La FVR²⁹³

La FVR est une arbovirose zoonotique (Phlebovirus, Famille Phenuiviridae) **affectant principalement le bétail**, et **transmissible à l'humain par voie vectorielle** (moustiques du genre *Aedes* et *Culex*), et par **contact direct avec le bétail infectieux** (ou ses produits). La maladie est présente en Afrique, dans la Péninsule arabique, Madagascar et dans l'archipel des Comores [140]. La FVR cause chez le bétail des avortements et une surmortalité chez les jeunes animaux [140]. **Chez l'homme**, les symptômes s'apparentent le plus souvent à un syndrome **dengue-like**, avec cependant des **formes sévères rapportées** (méningo-encéphalites, fièvres hémorragique et décès).

Etudiée sur l'île par les acteurs de la Santé humaine et animale **à partir de 2008**, la **maladie est décrite à Mayotte depuis au moins 2004**. Deux épidémies espacées d'une dizaine d'années ont été rapportées en **2007-2008²⁹⁴** et **2018-2019**. La mise en place d'une surveillance conjointe santé animale/santé humaine : événementielle chez l'homme et le bétail et prophylaxie²⁹⁵ annuelle chez le bétail, a permis de mieux comprendre son épidémiologie sur l'île [140]. Tout d'abord, les données génomiques et des **modélisations de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de l'équipe IPLESP de l'Inserm** ont mis en avant que ces deux émergences ont résulté vraisemblablement de **réintroductions du virus sur le territoire par des animaux infectés** [140]. Suite à ces travaux, des recommandations ont pu être remontées afin de lutter contre la FVR comme des **dépistages systématiques sur les animaux arrivant sur l'île** [140].

Ces travaux ont également mis en évidence que les **communes centrales de l'île semblent être les plus à même de détecter précocement une réémergence chez l'animal en raison d'un réseau de transport plus intense** permettant le renforcement de la surveillance directement sur certains secteurs de Mayotte [141] (*Figure 185*). Dès lors, la surveillance conjointe mise en place est primordiale pour continuer à réduire le risque d'infection, notamment dans le secteur central de l'île [140].

Figure 185 : Nombre de cas de FVR de 2018 à 2019 à Mayotte



²⁹³ Décrite pour la première fois en 1930 dans la Corne de l'Afrique [140].

²⁹⁴ Non documentée du fait d'un déficit de l'Observation. Suite à cette première épidémie, deux dispositifs de surveillance de la FVR (chez les animaux et chez les humains) ont été mis en place. Ces dispositifs nécessitent un travail de coordination et de collecte de données sur le long terme de vétérinaires et de leur service, d'épidémiologistes (en Santé animale et humaine), de virologues, d'éleveurs et d'agents de Santé publique humaine [140].

²⁹⁵ Ensemble des mesures à prendre pour prévenir des maladies.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Concernant l'épidémie de 2018/2019 : 143 cas ont été recensés, 60 % ont été en contact direct avec des animaux d'élevage, ou avec leurs liquides biologiques et 13 % vivaient à proximité d'élevage [137].

Les travaux de l'Inserm (approche interdisciplinaire « One Health »), analysant le nombre de cas, les précipitations observées et le niveau de sérologie chez les animaux d'élevage [142] (Figures 186 & 187), ont pu conclure que la moitié des cas résulteraient, en fait, d'infection par piqûre de moustique, et dans l'autre par contact direct avec les animaux. Il s'agit là de résultats innovants et majeurs pour la lutte contre la FVR, permettant en cas de réémergence de mettre l'accent sur la prévention aussi bien auprès de la population générale (lutte contre les moustiques) qu'auprès des éleveurs (population plus en contact avec le bétail) [140]. De ces travaux ressort aussi l'efficacité d'une vaccination rapide des animaux dès la première détection de cas humain pour endiguer l'épidémie, ainsi qu'une coordination des dispositifs de surveillance de la maladie [140].

Un autre modèle a été utilisé pour reconstituer la trajectoire de l'épidémie de 2018-2019 au sein de la population [143]. Une estimation de 10 797 individus de 15 ans ou plus infectés par le virus de la FVR au cours de l'épidémie a pu être réalisée, parmi lesquels 1,2 % auraient été signalés au système de surveillance et mettant en évidence un taux d'asymptomatiques (ou de personnes n'ayant pas recouru à des soins médicaux) particulièrement élevé [143].

La séroprévalence des IgG contre le virus FVR serait passée d'environ 6 % avant l'épidémie à environ 13 % par la suite dans la population générale [143]. En l'absence de circulation documentée du virus FVR entre 2011 et 2018, la séroprévalence FVR antérieure à l'épidémie 2018-2019 des moins de 15 ans doit être négligeable [143].

c) Le paludisme^{296 297}

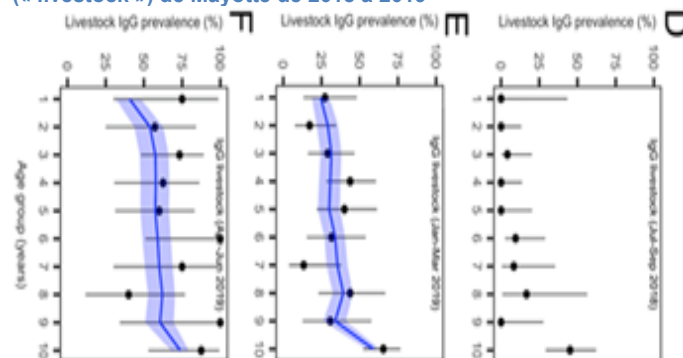
Le paludisme a toujours été endémique dans la zone de l'OI. Vers la fin des années 70, la mise en place d'une lutte intégrée²⁹⁸ avait alors permis de faire baisser le nombre de cas sous le seuil de 100 cas par an jusqu'en 1990, malgré deux épisodes épidémiques de 1984 et 1987 [144].

²⁹⁶ Le paludisme est une infection parasitaire causée par les espèces du genre *Plasmodium*, qui est un protozoaire. L'infection est transmise par les piqûres, le soir ou la nuit, des moustiques femelles du genre *Anophele*. Quatre espèces sont traditionnellement reconnues comme agents étiologiques du paludisme chez l'homme : *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* et *P. malariae* et plus récemment *P. knowlesi*. L'infection n'entraîne pas de réponse immune protectrice, seule une résidence longue et continue en zone endémique confère une relative immunité qui sera perdue peu de temps après avoir quitté cette zone.

²⁹⁷ Avant 1976, la transmission pérenne du paludisme était assurée par *Anopheles gambiae* s.s. et *Anopheles funestus* [144]. *Anopheles funestus* a reculé du fait des pulvérisations intradomiciliaires et de l'extension des zones de cultures. Alors qu'il était considéré comme éradiqué à Mayotte depuis 1990, *Anopheles funestus* a de nouveau été capturé dans l'île fin 2004 [144].

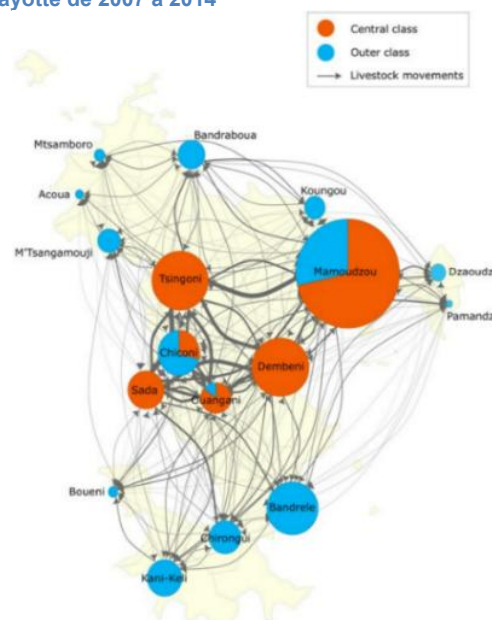
²⁹⁸ Comme le souligne le rapport d'une consultation de l'IRD en 2001 : « Mayotte est l'unique région du monde où la lutte antivectorielle d'un service de santé publique a réduit drastiquement la transmission d'un paludisme stable dans un faciès écologique tropical de type holoendémique de transmission continue » [144].

Figure 186 : Prévalence IgG chez les animaux (« livestock ») de Mayotte de 2018 à 2019



Note : On peut alors observer la faible prévalence en IgG du bétail (« Livestock ») en phase pré-épidémique (figure D), son augmentation au moment du pic de l'épidémie (figure E) puis post-épidémique (figure F)
Champ : Bétail (« Livestock ») de Mayotte
Source : Inserm [142]

Figure 187 : Trajectoire du bétail (« Livestock ») de Mayotte de 2007 à 2014



Note : La taille du « rond » est proportionnelle au volume de bétails par commune. Les « flèches » indiquent les différentes trajectoires d'une commune à l'autre. La taille de la « flèche » est proportionnelle au volume de mouvement par commune.
Champ : Bétail (« Livestock ») de Mayotte
Source : Inserm [141]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



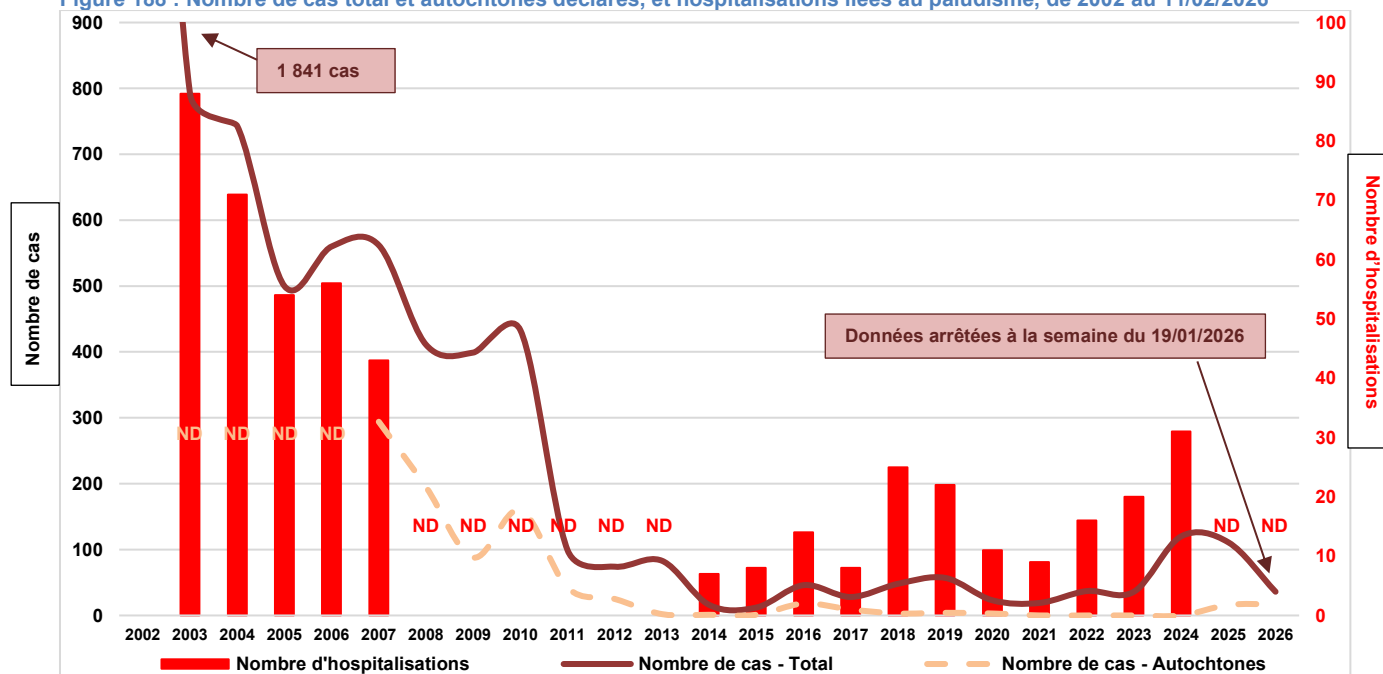
La **diminution des efforts de lutte** contre le paludisme à Mayotte entre 1990 et 2000 a eu pour conséquences une **explosion du nombre de cas avec plus de 1 000 par an**²⁹⁹, deux nouveaux épisodes épidémiques en 1991 et 1995, et une augmentation du nombre de décès (10 observés en 2001) [144].

S'ensuit jusqu'en 2010 une **première réorganisation de la lutte contre le paludisme**³⁰⁰ puis une **seconde** en 2012³⁰¹ avec la distribution de moustiquaires³⁰² sur tout le territoire de Mayotte. **Ces élans vont s'avérer payant, une baisse drastique** à 433 nouveaux cas en 2010 est observée, dont 160 autochtones, puis 12 en 2015, dont seulement 1 autochtone recensé [145].

En parallèle, le nombre de cas importés des Comores diminuait lui aussi du fait des **programmes mis en place par le programme national de lutte contre le paludisme de cette région. Mayotte entre ainsi officiellement selon l'OMS en phase d'élimination du paludisme** en 2014. Néanmoins, en 2016 une première recrudescence inquiétante du nombre de cas de paludisme à Mayotte est observée (46 dont 18 autochtones) [145].

Deux trajectoires apparaissent ensuite, avec un **nombre de cas autochtones nul depuis 2021** [145]. Et *a contrario* une hausse du nombre de cas importés de 2021 (9) à 2024 (120), liée majoritairement à **la recrudescence du paludisme dans l'Union des Comores**³⁰³ [145]. Enfin, la baisse observée à Mayotte en 2020 et 2021 pourrait être en partie liée à la **crise sanitaire de la COVID-19**, notamment en raison des nombreuses restrictions de voyage qui étaient en vigueur à cette période [145] (*Figure 188*).

Figure 188 : Nombre de cas total et autochtones déclarés, et hospitalisations liées au paludisme, de 2002 au 11/02/2026



Note : Le nombre d'hospitalisations a été déterminé via les codes CIM-10 « B50-Paludisme à *Plasmodium falciparum* », « B51-Paludisme à *Plasmodium Vivax* », « B52 Paludisme à *Plasmodium Malariae* », « B-53 Paludismes confirm. par ex. parasito., nca », « B-54 Paludisme, SAI ». Le terme « ND » désigne l'absence de données renseignées pour l'année indiquée.

Champ : Cas de paludisme à Mayotte

Source : Données du ARS-LAV [145], PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Sur la période **2003 à 2004**, le **rapport hommes/femmes** était de 1,6 et avec une moyenne d'âge de 19 ans [146]. En 2003 la **proportion d'enfants de moins de 5 ans**, classe d'âge la plus à risque de faire une forme grave, est de 27 % contre 13 % en 2004 [146]. Sur les deux années considérées, les communes de **Bandraboua** et **Tsingoni** représentaient les foyers persistants d'un grand nombre de cas [146]. Les espèces les plus fréquemment identifiées étaient *Plasmodium falciparum* (93 %) puis *Plasmodium vivax* (3 %) [146].

²⁹⁹ Et notamment un pic de 1 842 cas en 2002 [144].

³⁰⁰ Avec la reprise des AID systématiques et la lutte anti larvaire, la mise en place de test de diagnostic rapide et la modification de l'arsenal thérapeutique.

³⁰¹ Avec la distribution de moustiquaires imprégnées de deltaméthrine sur tout le territoire de Mayotte.

³⁰² Imprégnées de deltaméthrine sur tout le territoire de Mayotte jusqu'en 2016, depuis ce n'est plus le cas.

³⁰³ La situation locale s'est dégradée depuis 2015 et plus de 18 000 cas ont été rapportés en 2019 selon l'OMS. Ces derniers signalent également une hausse de 57 % des cas de 2020 à 2021. Enfin, une nouvelle flambée épidémique a eu lieu début 2024 aux Comores [145].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



En **2005**, le **rapport hommes/femmes** était de 2,9 puis 1,7 en 2006, avec des moyennes d'âge respectives de 20 ans et 22 ans [147]. Quant aux **proportions d'enfants de moins de 5 ans**, elles étaient identiques à 13 % quel que soit les deux années [147]. **Les cas importés provenant alors essentiellement des Comores** [147]. Les **foyers les plus persistants sont à nouveau** ceux de la période 2003 et 2004 [147]. Sur 2005 à 2006, *Plasmodium falciparum* était à nouveau majoritaire à 90 % des cas [147]. Quant à l'espèce *Plasmodium vivax*, elle ressort à nouveau à 3 % en 2005 puis 0,7 % en 2006 [147]. En termes de profil, sur la **période 2003 à 2007**, 312 hospitalisations (10 % des cas déclarés) sont observées ainsi que **3 décès** [148].

Entre **2007 et 2016**, 2 113 cas de paludisme ont ainsi été rapportés à l'ARS de Mayotte dont 826 cas autochtones [149]. La **proportion d'hommes infectés était de 62 %**, avec un minimum de 51 % en 2013 et un maximum de 79 % en 2016, et la **moyenne d'âge était de 24 ans chez les hommes et 23 ans chez les femmes**, en constante augmentation jusqu'en 2015 pour les deux sexes [149]. Les **moins de 5 ans** représentaient **12 % des hommes et 16 % des femmes** [149]. On constatait 19 % d'hospitalisations³⁰⁴ (dont 3 % en réanimation), 11 % de formes graves, dont **2 décès** [149]. Comme sur la période 2003 à 2006, **Bandraboua** continua de faire office de foyer historique avec 366 cas rapportés sur 2007 à 2010, soit **45 % des cas autochtones** de l'île sur la période complète [149]. Quelques petits foyers ont été observés³⁰⁵, jusqu'en 2016 où on observe à **nouveau un foyer à Bandraboua**, avec la survenue de **10 nouveaux cas dont 8 cas autochtones** [149]. Les **cas importés provenaient pour la plupart des Comores** (92 %) [149]. Une minorité (6 %) provenait de Madagascar, 2 % d'Afrique et 1 % d'ailleurs. *Plasmodium falciparum* avait été isolé dans 93 % des cas, *Plasmodium malariae* dans 4 % des cas, *P. vivax* dans 2 % des cas et *P. ovale* dans 0,4 % des cas [149].

En **2024**, le **rapport hommes sur femmes** est de 1,5 (1,6 en 2018³⁰⁶), avec un **âge médian** de 37 ans (28 ans en 2019-2020³⁰⁷) et **10 % ont moins de 5 ans** (13 % en sur la période 2019-2020) [145]. Cette année-là, 33 % des cas sont hospitalisés, et on remonte un volume de **7 admissions en réanimation**. **Aucun décès** n'est observé³⁰⁸ [145]. Huit cas sur dix proviennent des Comores, une part qui a diminué par rapport à la période pré-2018³⁰⁹, avec notamment une **hausse des paluds importés de l'Afrique** (21 % sur 2021-2020, 26 % sur 2021-2022, 34 % en 2023, 12 % en 2024)³¹⁰ [145]. Les cas observés en 2024, tout comme sur toute la période 2018 à 2023, étaient **dispersés sur toute l'île** et *Plasmodium falciparum* reste l'espèce prédominante (97 %) à Mayotte [145].

En 2025, **111 cas de paluds sont recensés dont 16 autochtones** [145]. En 2026, mi-février **47 cas** ont été signalés à l'ARS de Mayotte [150].

d) La Gale

La Gale n'étant pas une MDO, le nombre de signaux relatifs et portés à la connaissance de l'ARS était historiquement faible jusqu'en 2021. Toutefois, on observait entre **1 et 5 hospitalisation(s) par an** sur la période 2014 à 2019 avec un **pic de 6 séjours** en 2018, volume que l'on retrouve alors en 2020.

En novembre 2021, 3 cas index en provenance d'un lieu de vie à **Sada** ont été portés à la connaissance de l'ARS. Des investigations ont été menées, permettant la **découverte de 82 contacts dont 60 cas symptomatiques**.

La multiplication des signalements ont conduit l'ARS à développer une stratégie de réponse adaptée au territoire de Mayotte en s'appuyant sur les protocoles dits de « mass treatment » développés par l'Ethiopie en partenariat avec l'OMS afin de faire face à cette épidémie inédite.

Fin 2022, après 60 semaines d'opération, **8 065 personnes** vivant au sein de 1 695 foyers ont été reçues en consultation, **pour un taux global de séroprévalence de 17 %** [151]. L'indication d'une **administration de masse de traitement a été retenue après 67 investigations** (10 497 personnes traitées) ; 25 investigations ont entraîné des traitements localisés (1 175 personnes traitées) [151]. Le **traitement environnemental a été réalisé au sein de 2 602 foyers** [151]. La prévalence maximale de diagnostic positif au sein d'un quartier de 20 foyers a été de 38 % [151]. Une prévalence à J30 supérieure à celle évaluée au cours des investigations a été notée trois fois [151].

³⁰⁴ Le taux d'hospitalisation avait par ailleurs augmenté après 2010, atteignant 54 % en 2016 [149].

³⁰⁵ Sur la période 2010 à 2018, on pourra recenser l'ensemble des micro-foyers observés : 2010 Longoni (Koungou), Poroani (Chirongui), Bouyouni (Bandraboua) ; 2011 : Bouyouni (Bandraboua), Dembéni (village), Miréréni (Chirongui) ; 2012 : Tsararano (Dembéni) ; 2016 : Bouyouni (Bandraboua), Combani (Tsingoni) ; 2017 : M'tsapéré (Mamoudzou) ; 2018 : M'tsangamouji (village) [149].

³⁰⁶ Rapport stable sur la période 2018 à 2024 sauf sur 2021-2022 confondue où il était de 0,96 [145].

³⁰⁷ La hausse de l'âge médian n'est pas continue sur la période 2018 à 2024, avec par exemple 24 ans sur 2021-2022 [145].

³⁰⁸ Un unique décès est observé sur la période 2018 à 2024 : sur 2019-2020 [145].

³⁰⁹ 82 % en 2018 [145].

³¹⁰ Habituellement fiable, sur 2019-2020 un pic des cas importés provenant de Madagascar a pu être observé : 10 % [145].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



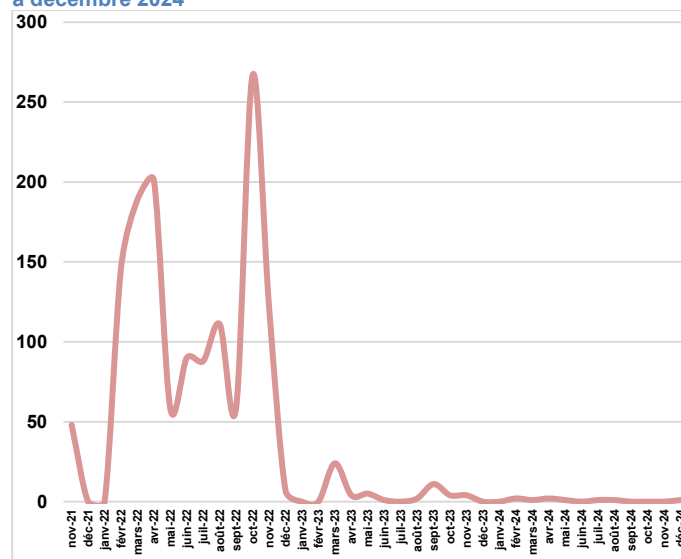
Le nombre total de personnes traitées représente 4 % de la population de Mayotte [151].

Plus des trois quarts des investigations réalisées après notification de cas groupés de gale ont **confirmé la circulation épidémique de *Sarcoptes scabiei* au sein des quartiers précaires** [151].

En parallèle de ces investigations et traitements, l'ARS de Mayotte a **mis en place un système de signalement des cas de Gale semblable à celui des MDO**, de manière à suivre et investiguer finement les nouveaux cas. En **2023, 106 cas symptomatiques** ont été remontés, la grande majorité dans la continuité de l'épidémie de 2022 [151]. En **2024**, seulement **9 cas** sont observés [151].

Sur la période de l'épidémie, **24 hospitalisations** sont remontées sur les années complètes 2021 à 2023 [151]. En **2024**, **8 sont notifiées** [151].

Figure 189 : Nombre de cas de Gale de novembre 2021 à décembre 2024

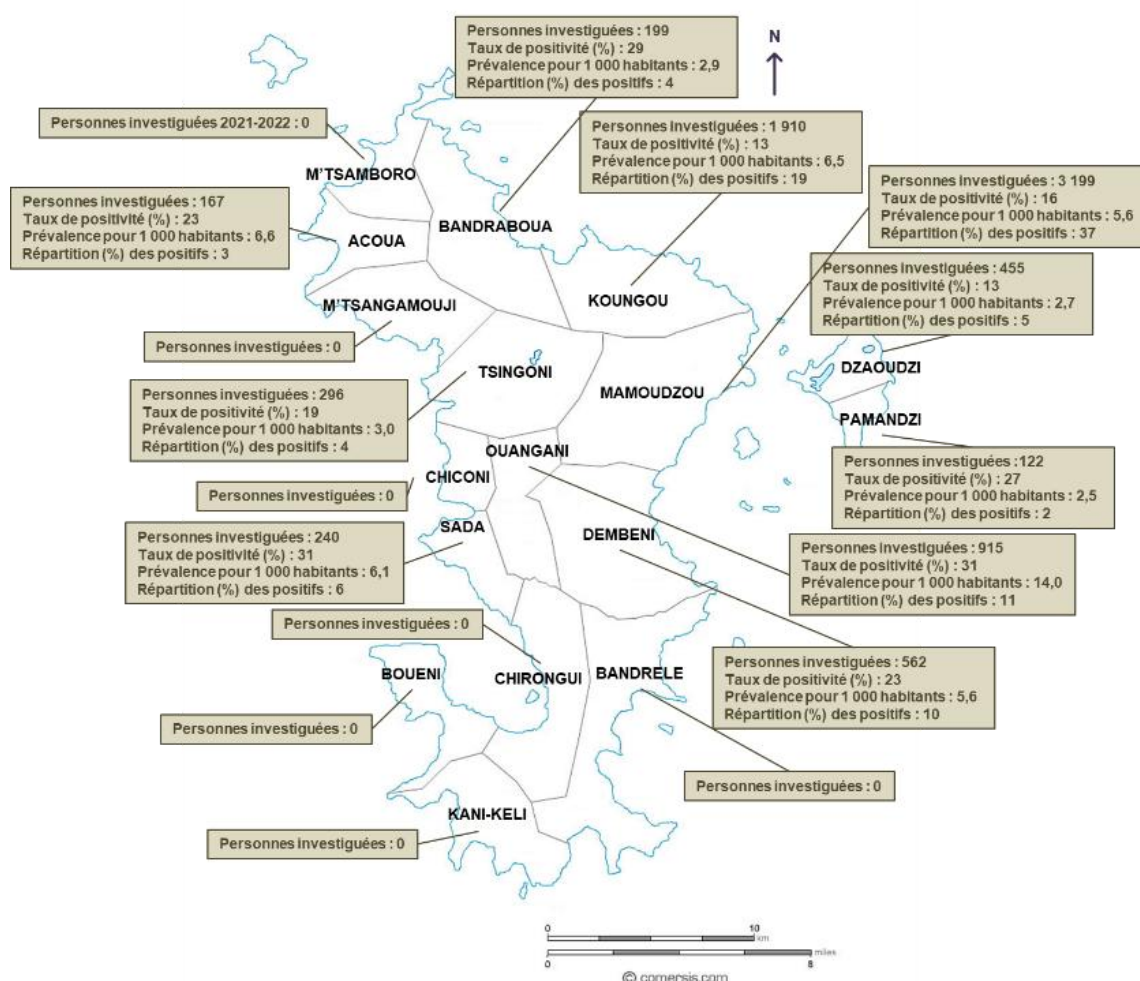


Champ : Cas de Gale à Mayotte

Source : ARS Mayotte - DéSUS [139]

Exploitation : ARS Mayotte - DéES

Figure 190 : Répartition des investigations et cas positifs de l'épidémie de Gale de novembre 2021 à décembre 2022



Note : Les taux pour 1 000 habitants sont déterminés depuis la population estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2022 [4] puis ventilée selon les répartitions par commune observée en 2017.

Champ : Cas de Gale à Mayotte

Source : ARS Mayotte - DéSUS [139]

Exploitation : ARS Mayotte - DéES



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

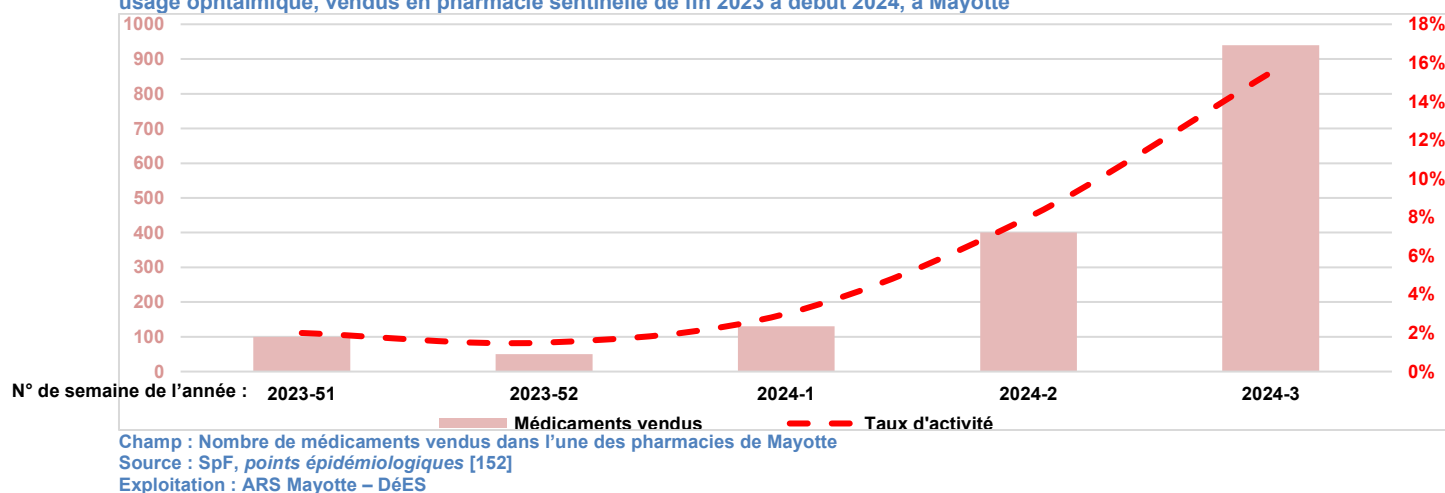
Maescha de Unono*
*La vie, c'est la santé !



e) La conjonctivite

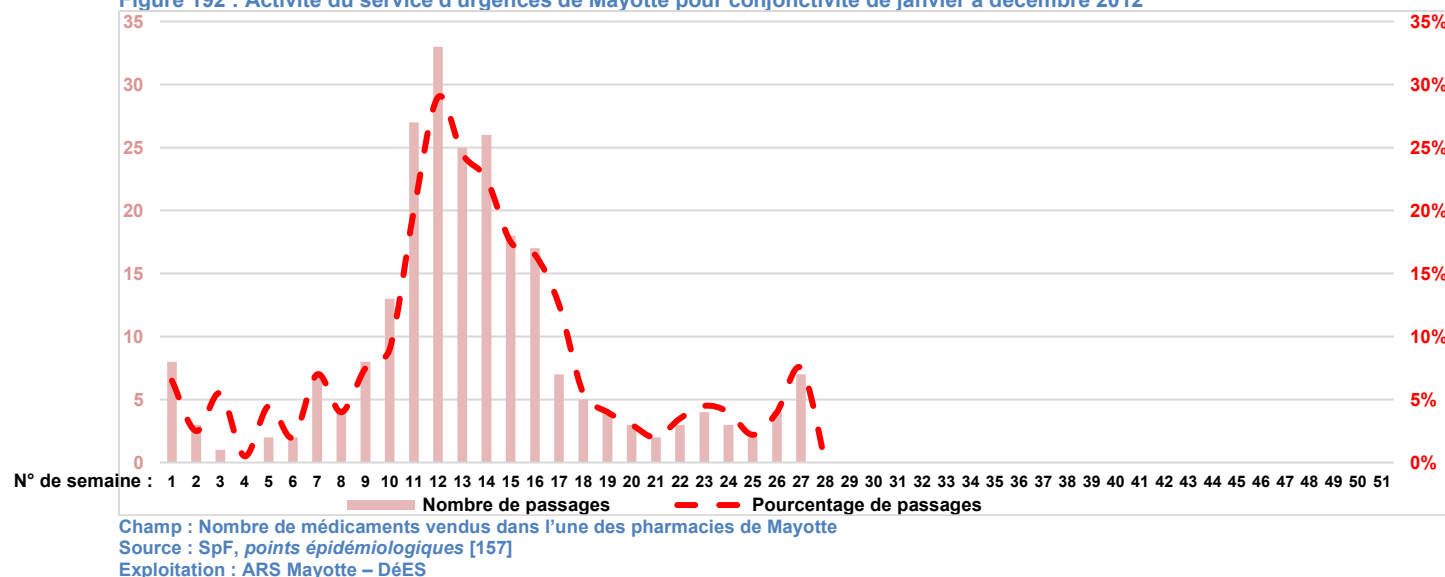
Sur le **mois de janvier 2024**³¹¹, une **épidémie de conjonctivite** hémorragique a sévi sur le territoire, avec notamment une augmentation des délivrances de médicaments à usage ophtalmique de **+137 % vis-à-vis de la semaine précédente** de ce même mois : passant d'environ 130 médicaments vendus en première semaine de janvier à 400 la suivante puis 930 la troisième [152] (Figure 191). Le **variant CVA24** a pu être identifié suite à l'analyse de 19 prélèvements [153]. Ces hausses ont alors été observées dans les communes de **Tsingoni, Mamoudzou, Dembéni, Sada, Chirongui et Kani-Kéli** [152].

Figure 191 : Évolution du nombre hebdomadaire de médicaments antibiotiques, antiseptiques et anti-inflammatoires à usage ophtalmique, vendus en pharmacie sentinelle de fin 2023 à début 2024, à Mayotte



Il faut remonter à la période de février à mai **2012 pour retrouver une autre épidémie et d'une ampleur supérieure**, avec près de 11 000 malades estimé [154], représentant **6 % de la population** de cette année-là atteinte [155]. Elle était alors probablement due à **coxsackievirus A24** [156]. **Partie de la commune de Sada** (45 % de l'activité du dispensaire de la commune), elle s'était **étendue** notamment dans le Nord, Mamoudzou et Petite-Terre [155]. Dès lors les passages pour conjonctivite représentaient 1,3 % de l'activité totale. Ils concernaient des sujets **jeunes avec une moyenne d'âge de 12 ans** [157].

Figure 192 : Activité du service d'urgences de Mayotte pour conjonctivite de janvier à décembre 2012



³¹¹ Une surveillance environnementale a été mise en place entre septembre 2023 et janvier 2024 lors de la pénurie d'eau potable au niveau de deux stations d'épuration de Mayotte afin de détecter d'éventuels poliovirus [153]. L'analyse de 3 échantillons a mis en évidence la présence de 6 types viraux appartenant aux espèces EV-B (5 types) et EV-C (1 type) [153]. Un poliovirus apparenté à la souche vaccinale Sabin 3 a été détecté dans un échantillon de janvier, cette détection isolée relève d'une importation en lien avec des personnes ayant reçu un vaccin oral OPV bivalent 1,3 dans un autre pays et récemment arrivées à Mayotte [153].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



f) Le choléra

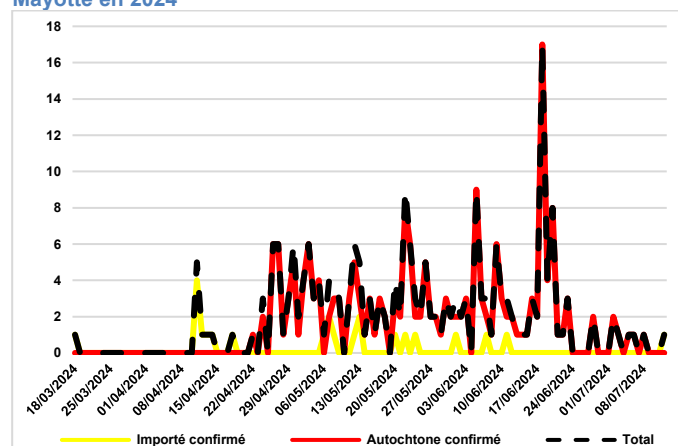
En 2021, le choléra a ressurgi en Afrique de l'Est [158]. En février 2022, une épidémie d'ampleur aux Comores a ensuite démarré, faisant³¹² 10 342 infections et 149 décès [158]. Une campagne massive de vaccination sera lancée afin de redresser la situation sanitaire avec, fin juillet, 73 % des populations d'Anjouan, 73 % de Mohéli et 40 % de la Grande-Comores couvertes [158]. Mayotte touchée à son tour en mars de cette même année avec un **premier cas de choléra** notifié, suivi en avril du **premier cas autochtone**, marquant le début de la **seconde épidémie** de son histoire, et s'achevant en octobre avec un pic identifié en mi-juin [139].

Le bilan total³¹³ est de **221 cas** dont 199 autochtones (Figure 193), **7 décès** et 14 cas graves ayant nécessité une hospitalisation en réanimation [139]. A noter que le dernier malade a été observé en juillet, il s'agissait d'un cas importé³¹⁴, cette catégorie pesant finalement pour 10 % des cas totaux [139].

L'âge médian était de **19 ans**, avec un **sex-ratio en faveur des hommes** de 1,3 [139]. Parmi les **facteurs de risque** identifiés : précarité, difficulté d'accès à l'eau potable, défauts d'assainissement, utilisation d'eau de rivière, voyage dans des îles voisines touchées, associés à une transmission communautaire [139]. **Huit sur dix ont présenté des symptômes**, dont neuf sur dix des diarrhées et sept sur dix pour les vomissements [139].

Afin de lutter contre l'épidémie, l'**ARS de Mayotte a déployé une vaste campagne de vaccination**³¹⁵ avec près de 34 000 doses administrées à la population, soit **près d'un habitant sur dix couvert** [139].

Figure 193 : Nombre de cas de choléra par jour, à Mayotte en 2024

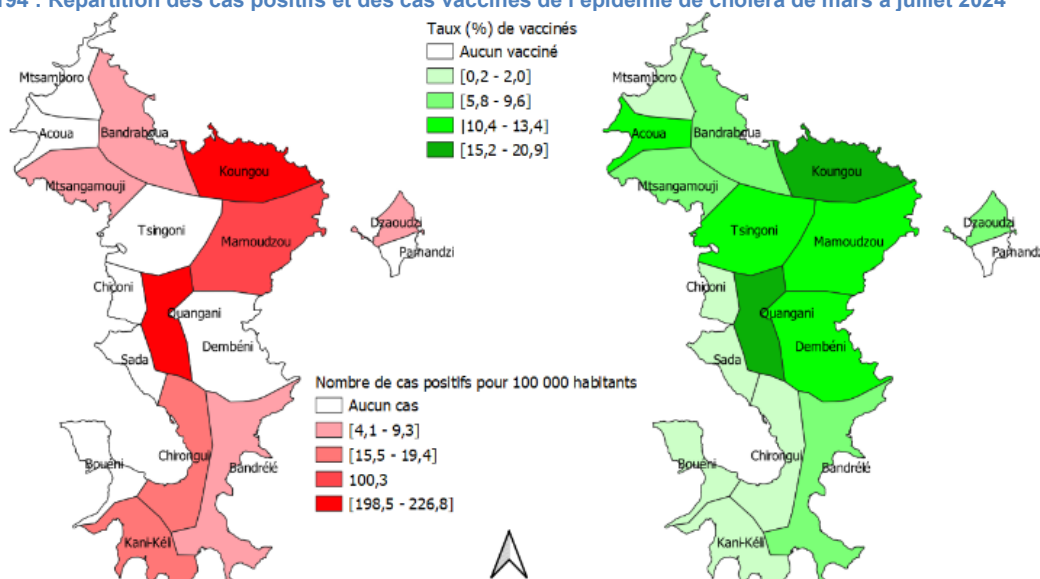


Champ : Nombre de cas de choléra à Mayotte

Source : ARS Mayotte – DéSUS [139]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 194 : Répartition des cas positifs et des cas vaccinés de l'épidémie de choléra de mars à juillet 2024



Note : Les taux pour 1 000 habitants sont déterminés depuis la population estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2024 [4] puis ventilée selon les répartitions par commune observée en 2017.

Champ : Nombre de cas de choléra à Mayotte

Source : ARS Mayotte – DéSUS [139]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Cette épidémie fait donc suite à celle de 1998-2000 avec 10 cas de choléra recensés (6 importés et 4 autochtones), qui démarra alors également après une épidémie sur le territoire d'Anjouan [159]. Les communes impactées avaient alors été Sada, Mamoudzou et Dzaoudzi [159]. L'âge médian était

³¹² En grande partie dans l'île d'Anjouan : 9 126 cas et 126 décès [158].

³¹³ Premières souches confirmées de sérotype O1 et de sérotype Ogawa, sensible à la doxycycline [158].

³¹⁴ Le dernier cas autochtone correspondant au même mois, à quelques jours d'intervalle du dernier importé [158].

³¹⁵ Dukoral ou Vaxchora.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



de 31 ans et le sex-ratio H/F de 1,0. Les symptômes décrits étaient les diarrhées (aspect eau de riz) pour la totalité et huit sur dix pour les vomissements [159]. **Son retentissement sur le territoire fût tel que plusieurs BFM ont ensuite été implantées à Mayotte [159].**

g) La coqueluche

En **2024, 125 cas** de coqueluche (*bordella pertussis*) ont été rapportés (contre respectivement 8 et 17 en 2022 et 2023), avec une hausse principalement observée **en juin et août** [139] [160].

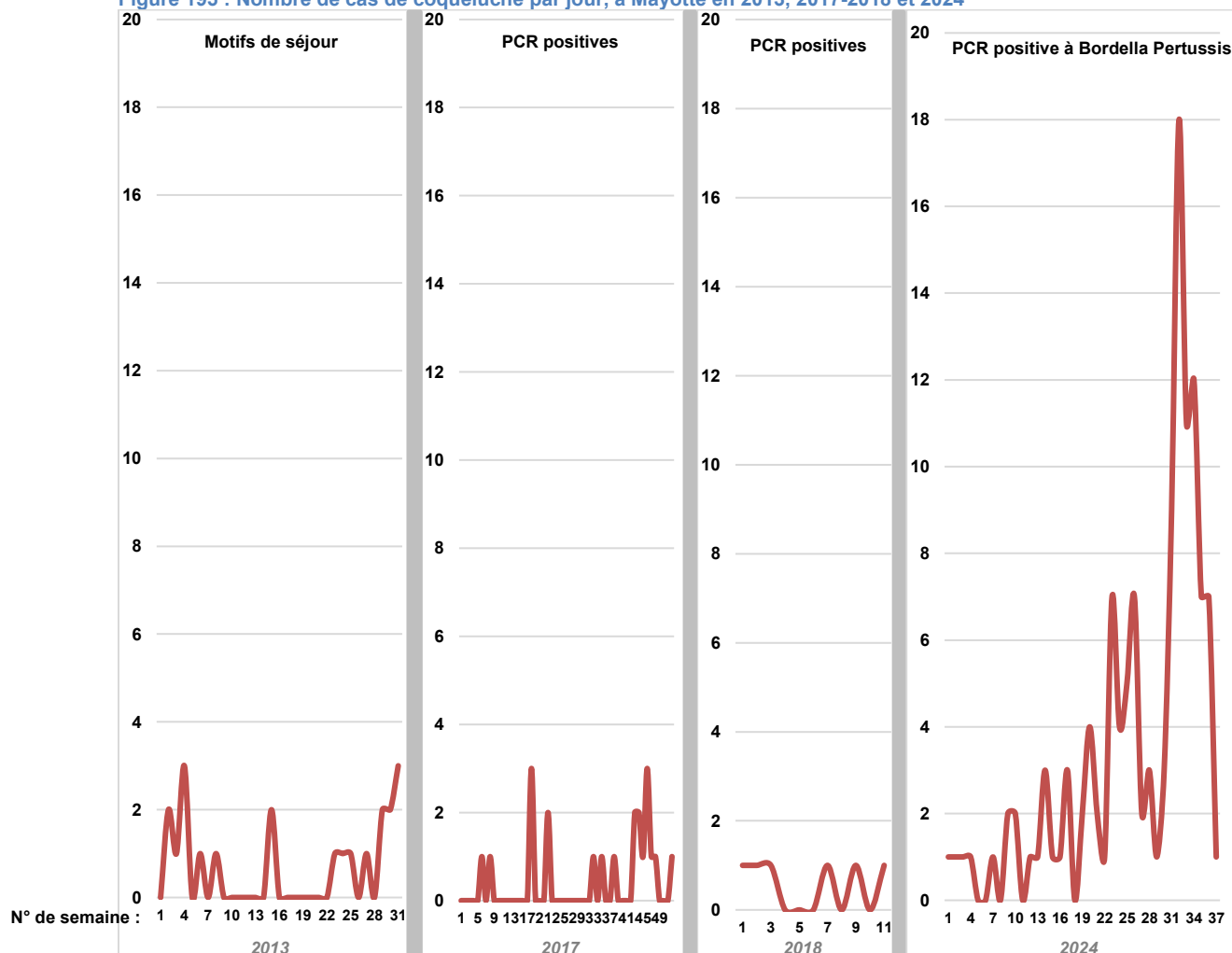
L'épidémie a concerné principalement les **enfants de moins d'un an** (55 %³¹⁶), ainsi que les communes de Mamoudzou (73 PCR positives pour 100 000 habitants), Koungou, Dombéni (38), Bandraboua, Tsingoni (36) et Sada (18) [139] [160]. **Deux décès** ont été notifiés chez des nourrissons non vaccinés ainsi que leur mère [139] [160]. **Cette recrudescence à un niveau d'intensité élevée s'inscrit dans un contexte national et européen** [139] [160].

A la date de **fin juillet 2025, 46 cas ont été remontés**, la **majorité chez des adultes** (54 %). Toutefois, 2 d'entre eux avaient moins de 28 jours et 3 moins de 6 mois [139] [161].

Rétrospectivement de **début 2017 à février 2018, autre période considérée comme épidémique à Mayotte**, 27 cas avaient été remontés, 23 positifs à *Bordetella Pertussis* et 4 à *Bordella Parapertussis*, situés sur toute la partie Est du territoire dont la Petite-Terre [139] [162]. La majorité (21 cas) était des nourrissons de moins d'un an, hospitalisés en service de pédiatrie au CHM [139] [162]. 80 % des cas diagnostiqués depuis 2017 n'avaient aucune couverture vaccinale [139] [162]. Cette année-là, deux nourrissons atteints de cette pathologie sont décédés en réanimation [139] [162].

Enfin, il faut remonter ensuite à **2013** pour retrouver documentation d'une **épidémie de coqueluche** à Mayotte [139] [163]. Cette année-là, 21 passages ont été codés au CHM, contre seulement 8 en 2012, à nouveau il s'agissait principalement de nourrisson (11) [139] [163].

Figure 195 : Nombre de cas de coqueluche par jour, à Mayotte en 2013, 2017-2018 et 2024



Champ : Habitants de Mayotte

Source : ARS Mayotte- SpF, points épidémiologiques [139] [160] [162] [163]

³¹⁶ 18 % avaient entre 1 et 3 ans(s) et 16 % sont des adultes de 18 ans ou plus [139] [160].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



h) La leptospirose

Depuis les données centralisées de 2008 à 2022, **une incidence 70 fois supérieure à celle de l'Hexagone a pu être observée** : 66 contre 0,9 cas pour 100 000 habitants, la plus élevée de tous les territoires français, juste derrière la Polynésie française (72 cas pour 100 000 habitants) [139] [164]. La **recrudescence est alors observée en fin de saison des pluies, entre février et mai** (80 % des cas), avec un pic en avril [139] [164] (*Figure 196*). A Mayotte, **historiquement c'est la commune de Chirongui** qui est le foyer pour lequel l'incidence déterminée est nettement supérieure à celles des autres communes, et cela pratiquement chaque année [139] [164].

En 2011, la **séroprévalence de la leptospirose**³¹⁷ **chez les 5 ans ou plus était de 17 %** [165]. Depuis, **en moyenne 124 nouveaux cas pour 31 hospitalisations**, soit un séjour au CHM pour quatre cas, sont remontés chaque année au DésUS de l'ARS de Mayotte [139]. Le nombre de nouveau cas a **quasiment triplé** depuis la période 2006 à 2010, notamment en lien avec la **mise en place de la surveillance active** de la leptospirose en 2008 par l'ARS de Mayotte [139]. Cette situation était une réponse aux 42 formes sévères observées sur la période de 1984 et 1989, et aux 13 cas essentiellement graves dont un tiers de forme pulmonaires avec une létalité de 23 % (contre 0,9 % sur la période 2008 à 2015) [139] [166]. Concernant les **hospitalisations**, la **part de passages en réanimation demeure très variable** : de un sur dix à un sur trois et le nombre de décès marginal bien qu'existant, au regard du nombre de cas par an [139].

L'âge médian des nouveaux cas signalés est situé entre **25 et 30 ans**, avec une **part non négligeable d'enfants de moins de 14 ans** (20 % à 30 %) [139]. De plus, il s'agit la plupart du temps **d'hommes**, deux fois plus que de femmes [139].

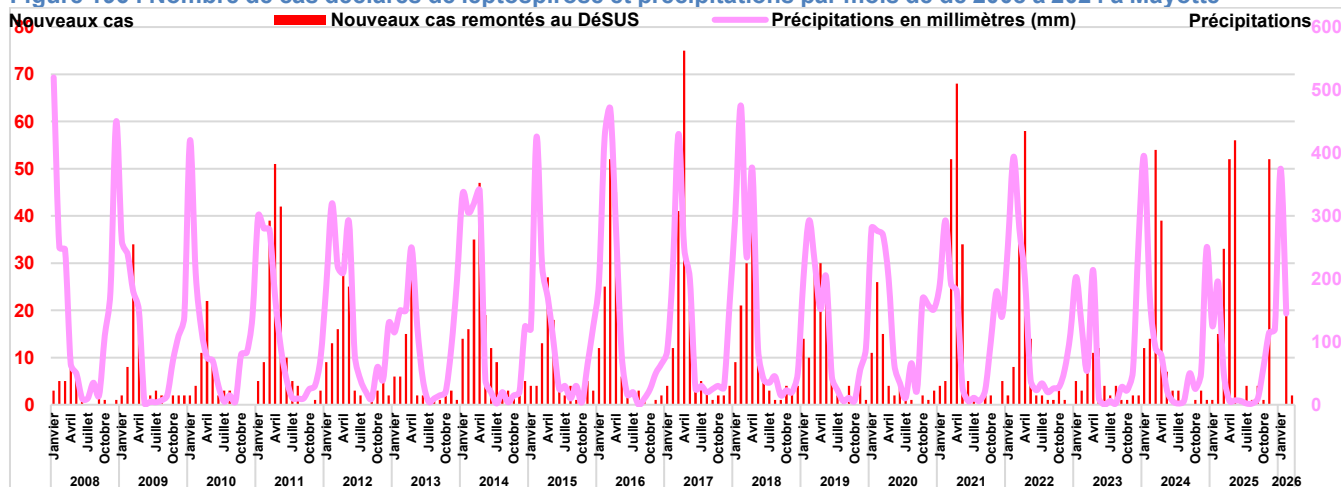
Le **sérogroupe Mini** était retrouvé majoritaire sur la période 2007 à 2015 tandis que le **Icterohaemorrhagiae**, dont la particularité étant d'être responsable de la majorité des formes les plus sévères, a **disparu sur cette période** alors qu'il était retrouvé dans 6 % des tests sur la période 2003 à 2008 [139]. D'autres souches spécifiques sont alors retrouvées, dont *L. Mayottensis* tant dans le réservoir animal que chez l'homme à Mayotte [139] [165].

Les investigations menées par le DésUS mettaient en évidence comme facteurs de risque : la présence de rats mais aussi de chiens, la présence de poubelles ouvertes et déchets sauvages, vivre dans des maisons en tôles, en zone semi-urbaine ou urbaine, avoir une activité agricole/jardinage (notamment chez ceux sans protection) ou de rivière (baignade ou lessive), pratiquant des jeux dans la boue, marchant pieds nus ou en savates et présentant des lésions cutanées au moment de la contamination [139].

Sur l'année 2025, 185 cas de leptospirose confirmés par PCR ont été signalés, contre 128 en 2024 [139] [167]. Pour autant, le nombre de cas égal celui de l'année record de 2021 avec 180 cas [139] [167]. Le sex-ratio H/F est de 1,8 [139] [167]. La classe d'âge la plus représentée chez les femmes est celle des 25 à 44 ans, et chez les hommes de 5 à 34 ans [139] [167]. Sur cette année, l'axe central de l'île a été le plus touché : **Acoua, Bandraboua, Tsingoni, Ouangani et Chirongui** [139] [167].

A la date de **mars 2026, 57 cas sont déjà enregistrés** [139] [167].

Figure 196 : Nombre de cas déclarés de leptospirose et précipitations par mois de de 2008 à 2024 à Mayotte



Champ : Nombre de cas de leptospirose et pluviométrie à Mayotte

Source : ARS Mayotte – DésUS [139], Météo France [107]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

³¹⁷ Infections en cours ou passées.



ARS MAYOTTE

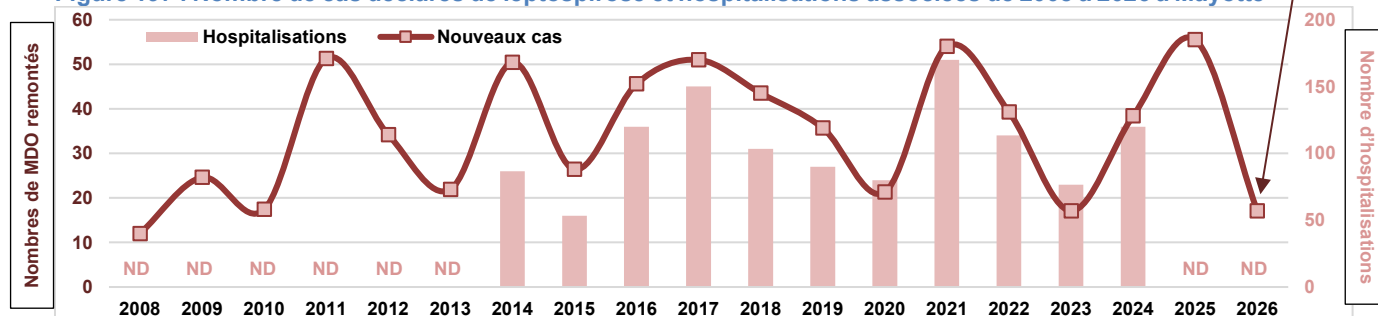
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 197 : Nombre de cas déclarés de leptospirose et hospitalisations associées de 2008 à 2026 à Mayotte



Note : Le nombre d'hospitalisations a été déterminé via le code CIM-10 « A27-Leptospirose ». Le terme « ND » désigne l'absence de données renseignées pour l'année indiquée.

Champ : Nombre de cas de leptospirose, et séjours hospitaliers pour motif leptospirose

Source : ARS Mayotte – DésUS [139], PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

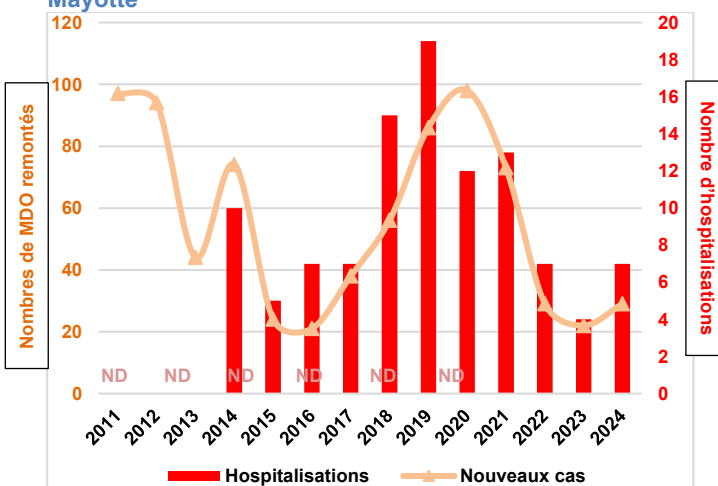
i) L'hépatite A

Sur la période 2009-2010, une dizaine de cas d'hépatite A avait été signalé à l'ARS avant de monter brusquement à 99 en 2011, pour un taux d'hospitalisations, observés, sur ces trois années de 20 % [139] [168]. La moyenne d'âge des nouveaux infectés diminuant de 16 ans en 2009 à 11 ans en 2011 [139] [168]. Le sex-ratio H/F global était alors de 1,7 en faveur des hommes [139] [168]. Les secteurs les plus touchés furent Tsingoni, Bandraboua, Koungou et Mamoudzou à cette époque [139] [168]. L'année 2012 confirmera une circulation endémique sur le territoire avec à nouveau 96 cas, et une moyenne d'âge de 9 ans, pour un taux d'hospitalisation similaire [139] [169]. Cette hausse du nombre de nouveaux cas suivait alors une dynamique plus active de recherche de cas sur l'île [139] [169]. Toutefois, le taux de séropositivité qui augmente de manière continue de 3 % en 2009 à 18 % en 2012 confirme ces conclusions [139] [170].

Sur la période 2019 à 2022, une moyenne de 73 nouveaux cas par an remontés à l'ARS Mayotte est observée, impliquant une incidence de 10,4 cas pour 100 000 habitants, près de vingt fois supérieur à celle en Hexagone (0,6) [139] [171]. Elle place Mayotte au statut de territoire à la prévalence la plus élevée pour l'hépatite A [139] [171]. Plus de femmes sont déclarées touchées sur cette période, avec un âge médian de 8 ans et 64 hospitalisations [139] [171]. Ce sont alors les communes de Bandraboua, Ouangani et Koungou qui sont les concernées [139] [171]. Enfin, sur la période 2023-2024, une moyenne de 26 nouveaux cas par an est observée [139] [171].

De manière générale, la dynamique des 99 hospitalisations observées sur la période 2014 à 2023 épouse celle des 521 cas répartis sur ces mêmes 10 années [65] [139] [171], à l'exception de l'année 2020 où les services hospitaliers étaient plus particulièrement influencées par l'épidémie de Covid-19 [65] [171]. Le DésUS de l'ARS Mayotte a mené un nombre limité d'actions ciblées concernant l'hépatite A, principalement sous forme de visites à domicile chez les nourrissons hospitalisés, avec une prise en charge plus systématique des cas en 2023 lors de la crise de l'eau [139]. Cette mobilisation avait pour but de prévenir un risque épidémique accru lié aux pathologies hydriques, telles que la typhoïde, l'hépatite A et le choléra. Cependant, paradoxalement, 2023 a été une année marquée par une faible incidence d'hépatite A [139] [171]. Il est suspecté que les populations privées d'accès à l'eau à domicile n'ont pas pu se rendre aux rivières souvent asséchées cette année-là, espaces traditionnels et culturels de rassemblement et de lavage tels que les anciens lavoirs dans les villages, réduisant les contacts potentiels favorisant la transmission. Novembre 2025, 136 cas ont été confirmés depuis le début de l'année [139] [172].

Figure 198 : Nombre de cas déclarés d'hépatite A et hospitalisations associées de 2011 à 2024 à Mayotte



Note : Le nombre d'hospitalisations a été déterminé via le code CIM-10 « B15-Hépatite aig. A ». Le terme « ND » désigne l'absence de données renseignées pour l'année indiquée.

Champ : Nombre de cas d'hépatite A, et séjours hospitaliers pour motif hépatite A

Source : ARS Mayotte – DésUS [139], PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

j) La fièvre typhoïde

La fièvre typhoïde est une maladie présente à Mayotte depuis de nombreuses années. Sur la **période la plus ancienne documentée de 2007 à 2008**, le sex-ratio Hommes/Femmes était de 1,1 en faveur des hommes, avec un âge médian de 18 ans, 80 % ont été hospitalisés [139] [173]. En **2010**, l'incidence est estimée à **6 nouveaux cas pour 100 000 habitants** [139]. L'année suivante (2011), une **investigation est mise en place** autour de chaque cas confirmé **par le DésSUS de l'ARS Mayotte** afin de rechercher des cas secondaires non diagnostiqués et la source potentielle de contamination [139]. Sur la période 2011 à 2016, une trentaine de cas de fièvre typhoïde était observée en moyenne chaque année [139]. L'incidence double alors à 14 cas pour 100 000 habitants et continue sa hausse à **19 et 17 cas pour 100 000 habitants** respectivement en **2015 et 2016** [139]. On compte alors plus de femmes que d'hommes infectées, avec une moyenne d'âge de 17 ans et sept hospitalisations (dont un en réanimation) sur huit cas [139]. Sur la période **2016 à 2020**, **14 à 20 cas pour 100 000 habitants** étaient recensés [139]. Le sex-ratio H/F était de 0,7, avec un âge médian de 12 ans [139]. Une incidence annuelle de 18 cas pour 100 000 habitants est déterminée sur 2019 à 2022 [139]. Le sex-ratio H/F est quant à lui identique à celui de la période précédente, avec un âge médian également très proche de 14 ans [139]. Quant au taux d'hospitalisation, il était de 60 % [139].

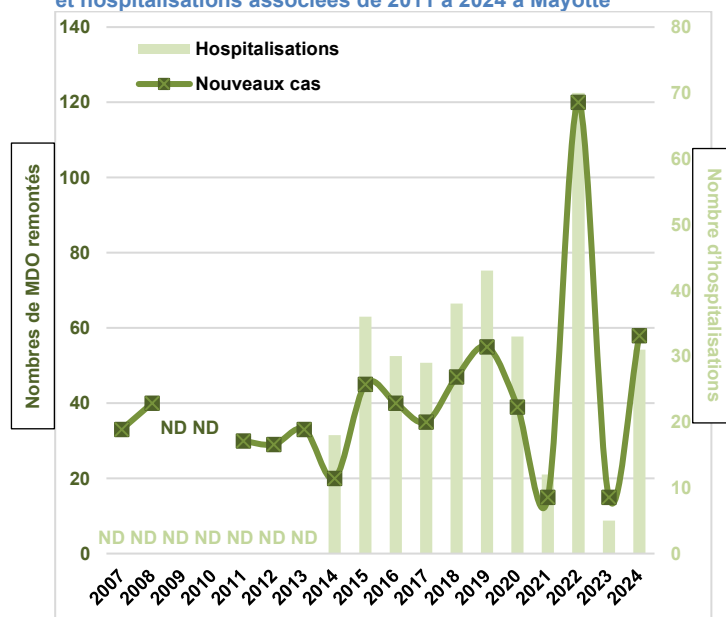
L'année 2022 est une année à part avec le plus fort taux de déclarations observé sur les huit dernières années, et une incidence de 41 cas pour 100 000 [139]. Alors qu'en 2023, année caractérisée par une sécheresse exceptionnelle entraînant une crise de l'eau et des restrictions associées, le taux de déclaration était, avec celui enregistré dans les années 2020 et 2021 (années de la covid-19), le plus faible depuis 2016 [139]. **Entre 2022 et la premier semestre 2024, 80 % des cas ont été hospitalisés**, et 9 passages en réanimation ont été recensés [139]. **Les sex-ratios H/F observés sont très variables** d'une année à l'autre, 0,8 en 2022, 1,1 en 2023 et 3,7 sur l'année 2024, sans pour autant qu'il y ait d'explication précise à cette évolution [139]. **Les cas sont majoritairement jeunes**, et près de 75 % d'entre eux avaient entre 0 et 19 ans [139]. **L'année 2024 voit alors le déclenchement d'une opération de vaccination** pilotée par le DésSUS [139]. Globalement, sur toutes les périodes observées, **aucun décès en lien avec la fièvre typhoïde n'a été mis en évidence** [139]. Comparativement à l'Hexagone, **le taux moyen de déclaration à Mayotte entre 2016 et 2024 est près de 70 fois supérieur**, atteignant la valeur de 16 cas déclarés pour 100 000 habitants contre 0,3 en Hexagone [139]. Sachant que dans 83 % des situations, il s'agit sur le territoire national d'individus qui revenaient d'un séjour dans une zone à risque [139]. A noter que sur l'intégralité de la période observée, **aucune souche de Salmonella Typhi, Paratyphi A ou B n'a été isolée**.

Les **foyers historiques** et persistant identifiés sont alors les communes de **Koungou**, avec notamment une épidémie localisée pendant deux mois en 2022, et **Mamoudzou** [139]. A un degré moindre Dzaoudzi, Pamandzi, Bandraboua, Bandréle et M'tsamboro sont ressorties plus régulièrement dans les dernières années que les autres communes [139] [174]. La grande majorité des cas occupait un **habitat précaire sans accès direct à l'eau et sans assainissement correct** [139]. A plusieurs reprises, un lien familial et le partage de repas avait pu être établi lors des investigations [139]. Ces conclusions sont régulièrement appuyées par l'absence de voyage récent, renforçant la catégorisation « **autochtone** » des cas [139]. Ces investigations ont mis en évidence des **contacts avec des ruisseaux ou rivières** (hygiène, préparation des aliments) traversant le quartier pour lesquels des **tuyaux d'assainissement des eaux usées se déversés directement dedans** [139]. L'achat de poisson ou de légumes au bord de la route est également cité [139].

Les croisements avec **les données de la pluviométrie affirment d'année en année une corrélation avec le nombre de cas de fièvre typhoïde** [107] [139].

Enfin, **du début de l'année 2025 à mi-novembre, 111 cas de fièvre typhoïde ont été confirmés, plus tôt que l'année précédente** : février contre avril en 2024 [139] [172].

Figure 199 : Nombre de cas déclarés de fièvre typhoïde et hospitalisations associées de 2011 à 2024 à Mayotte



Note : Le nombre d'hospitalisations a été déterminé via le code CIM-10 « A01-Fièvre typhoïde et paratyphoïde ». Le terme « ND » désigne l'absence de données renseignées pour l'année indiquée.

Champ : Nombre de cas de fièvre typhoïde, et séjours hospitaliers pour motif fièvre typhoïde

Source : ARS Mayotte – DésSUS [139], PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP.

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

INDUSTRIE DE L'UNION
"La vie, c'est la santé !"



k) La gastro-entérite aigüe

Traditionnellement, l'épidémie saisonnière de gastro-entérite amorcée en semaine juillet 2025 s'est poursuivie sur les semaines suivantes [172].

Le taux de positivité au Rotavirus A continuait d'augmenter, atteignant 52 % sur la dernière semaine contre 37 % sur la précédente [172].

Il s'agissait en très grande majorité d'enfants de moins de 5 ans, comme pour les précédentes épidémies [172].

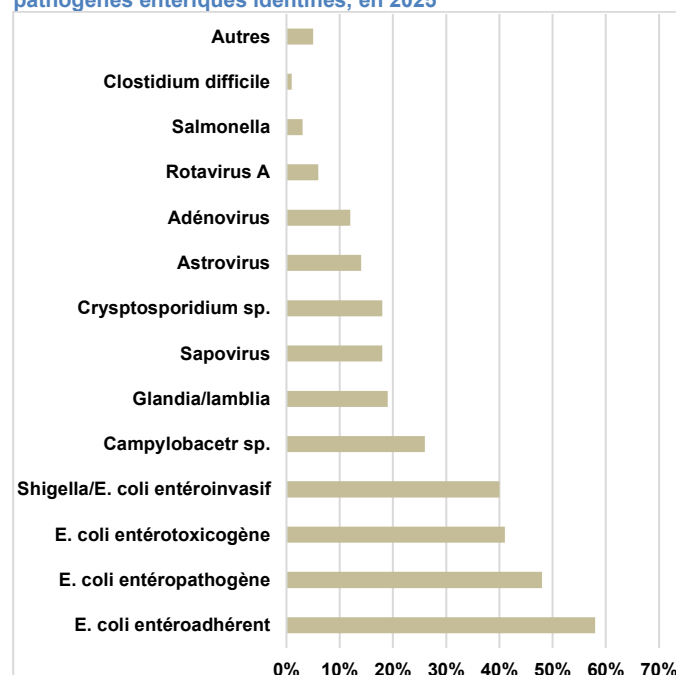
À titre comparatif, l'épidémie de rotavirus A en 2024 s'étendait plutôt sur la période de mai à octobre avec un rebond observé dès le mois de janvier 2025 [172].

Alors qu'en 2023, 2020 et 2019, l'épidémie était plus localisée sur la période estivale [172].

En lien avec l'épidémie de Covid-19 de 2020-2022, aucune donnée n'est disponible sur cette période [172].

Les principales souches en 2025 sont : *E. coli* entéroadhérent (58 %), *E. coli* entéropathogène (48 %), *E. coli* entérotoxigène (41 %) et *E. coli* entérotoxigènes/shigella (40 %) [172] (Figure 200).

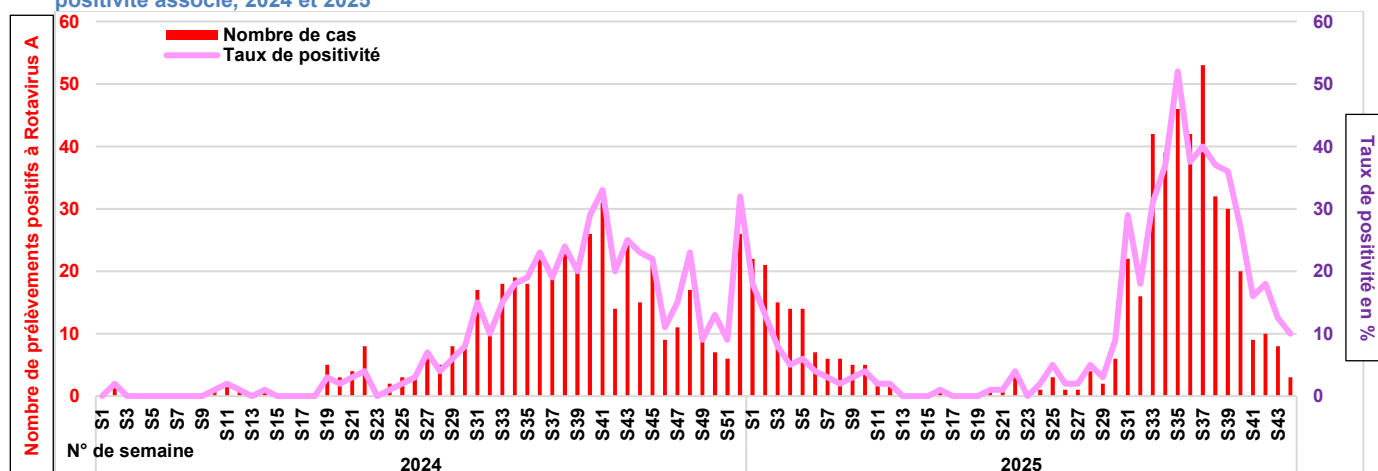
Figure 200 : Taux de positivité des principaux pathogènes entériques identifiés, en 2025



Champ : Prélèvements sanguins associés à des patients infectés à Mayotte

Source : SpF, points épidémiologiques [172]

Figure 201 : Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements gastro-entériques positifs au rotavirus A et du taux de positivité associé, 2024 et 2025



Champ : Prélèvements sanguins associés à des patients infectés à Mayotte

Source : SpF, points épidémiologiques [172]

l) Syndromes respiratoires aigus

L'observation des syndromes respiratoires s'articule autour de la surveillance de quatre principales pathologies.

En 2025, le VRS³¹⁸ a circulé activement au premier semestre avec une hausse sur la fin de l'année, à l'instar de l'année 2024 [172]. Alors que les épidémies de **metapneumovirus**³¹⁹ ont eu lieu sur ces deux années au cours du second semestre, précédant le VRS [172].

³¹⁸ Ou *orthopneumovirus hominis*. Il s'agit de la cause la plus fréquente dans le monde d'infections respiratoires des jeunes enfants. Très contagieux, ce virus infecte principalement les nourrissons âgés de moins d'un an. Chez l'adulte, l'infection est plus rare et souvent bénigne, sauf pour les sujets âgés. Elle est alors responsable d'une rhinite ou d'un syndrome pseudogrippal dans les formes plus sévères. L'infection semble aussi facilitée par l'exposition des poumons à la pollution de l'air.

³¹⁹ Le metapneumovirus humain est l'un des virus qui causent le rhume (infection des voies respiratoires supérieures). S'il n'entraîne que des symptômes généralement bénins, certaines personnes peuvent être gravement atteintes. Ce virus appartient à la famille des *Pneumoviridae*, tout comme le VRS. Il a été identifié pour la première fois en 2001 et se propage parmi les êtres humains depuis de nombreuses décennies (rhume, particules respiratoires infectieuses, etc.). On le trouve dans le monde entier.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

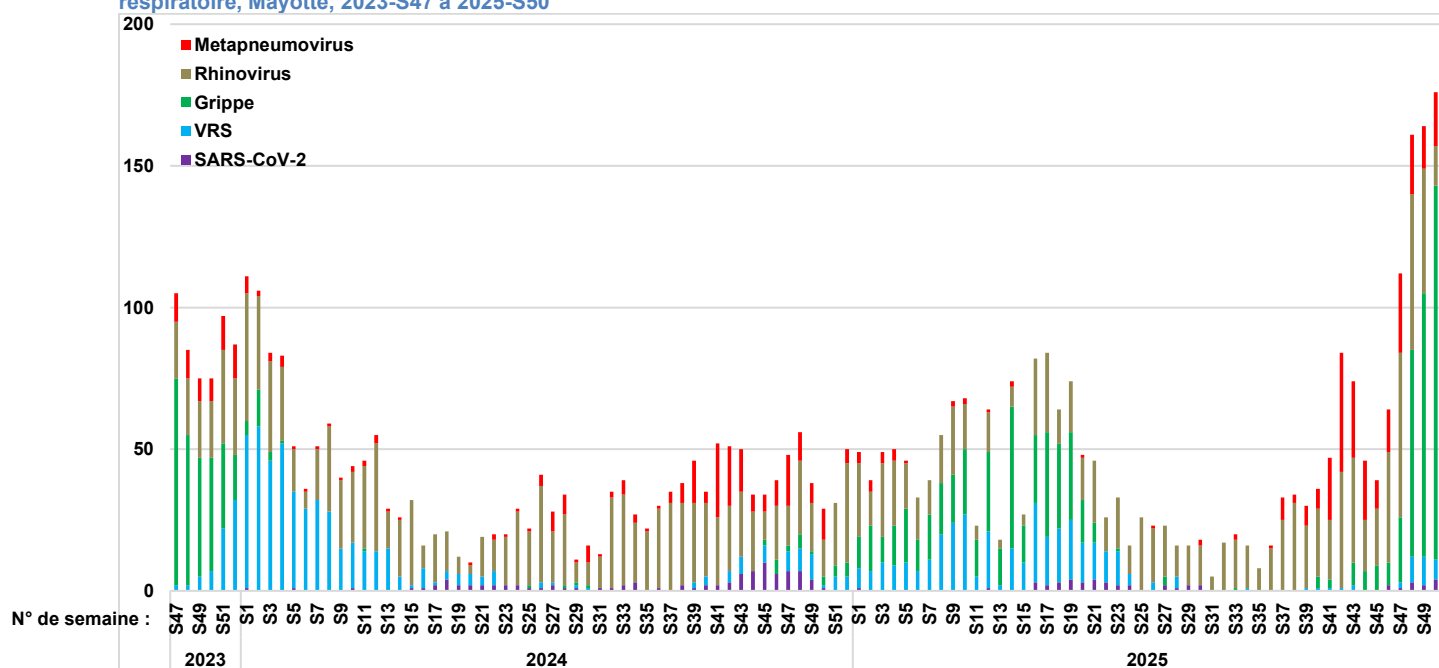
www.ars.mayotte.santé

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



Le **rhinovirus**³²⁰ est quant à lui persistant toute l'année 2025, tout comme pour l'année 2024 [172]. Enfin, l'après les épidémies à grande échelle de **SARS-CoV-2** sur la période 2020-2022, il **continue sa circulation à bas bruit** en 2023 et 2024, avec une fréquence un peu plus soutenue en fin 2024 [172].

Figure 202 : Évolution hebdomadaire du nombre de prélèvements respiratoires positifs pour au moins un virus respiratoire, Mayotte, 2023-S47 à 2025-S50



Champ : Prélèvements sanguins associés à des patients infectés à Mayotte

Source : SpF, points épidémiologiques [172]

m) La dengue³²¹

Quatre épidémies de dengue ont pu être documentées sur le territoire : en **2010** avec 108 cas, **2014** avec 494 cas, **2019-2020** avec près de 4 600 cas et la dernière en **2024** avec 81 cas. **Celle de 2019-2020 a été la plus importante** avec un nombre record d'environ 230 d'hospitalisations [65].

Sur les années suivantes : 2010, 2012, 2014, 2019, 2020 et 2024, les cas remontés de Dengue aux DÉSUS de l'ARS Mayotte concernaient **aussi bien les hommes que les femmes** [139]. Il s'agissait essentiellement d'individus **âgés de 15 à 64 ans** [139]. En 2012 et 2014, les secteurs les plus concernés étaient le **Centre et le Sud** [139]. Tandis qu'en 2019-2020, il s'agissait de Mamoudzou et particulièrement du village de **M'tsapéré** [139]. Enfin, en 2024, la **Petite-Terre** était le secteur où la dengue a le plus sévit [139]. Lors de l'épidémie de **2014**, le **sérotype 2** était le plus observé, contrairement à celle de 2020 où le **sérotype 1** ressortait le plus³²² [139].

La **séroprévalence** globale de la dengue sur la période **2018-2019** était estimée à **36 %** chez les 15-69 ans [175]. Une réactivité vis-à-vis du **sérotype 1** du virus de la Dengue a été retrouvée chez 28 % des individus, 38 % pour le **sérotype 2**, 36 % pour le **3** et 3 % le **4** [175]. Environ un tiers présentait une **réactivité pour plusieurs sérotypes** [175].

En 2021, la nouvelle enquête de séroprévalence met en évidence que la **population exposée à la dengue a doublé** [176], probablement en lien avec l'épidémie documentée sur la période 2019-2020. Les **inégalités face à l'infection** se sont révélées significatives, avec un **écart de 20 points** selon le niveau de précarité [176]. Le taux d'infection à la dengue³²³ était alors de 73 % chez les hommes de 15 ans ou plus (63 % chez les 6 à 14 ans) contre 67 % chez les femmes du même âge (51 % chez les filles) [176]. La **séroprévalence varie beaucoup en fonction du lieu de naissance** des individus : 80

³²⁰ Agent causal principal de la rhinite, de la rhinosinusite et de la rhinopharyngite.

³²¹ La dengue est une infection virale transmise à l'homme par la piqûre d'un moustique du genre *Aedes*. Les signes cliniques se manifestent en moyenne quatre à dix jours après la piqûre de moustique infecté. Les syndromes dengue-like sont les suivants : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ d'apparition brutale, associée à un ou plusieurs symptôme(s) non spécifique(s) – douleurs musculo-articulaires, manifestations hémorragiques, céphalées frontales, asthénie, signe digestifs, douleurs rétro-orbitaires, éruptions maculo-papuleuse – en l'absence de tout autre point d'appel infectieux. Quatre sérotypes de la dengue existent, pour lesquelles l'immunité produite n'est durable que contre le sérotype infectant, mais n'entraîne pas d'immunité croisée. De plus, le risque de forme grave augmente en cas d'infections secondaires.

³²² Données à prendre avec précaution du fait que la recherche du sérotype n'est pas systématiquement réalisée.

³²³ Elle était comparable entre les sexes et augmentait avec l'âge : de 12 % chez les 15-17 ans à 52 % chez les 50-69 ans ; et était plus élevée sur les secteurs de Mamoudzou (43 %) et de Petite Terre (39 %) [175].



ARS MAYOTTE

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

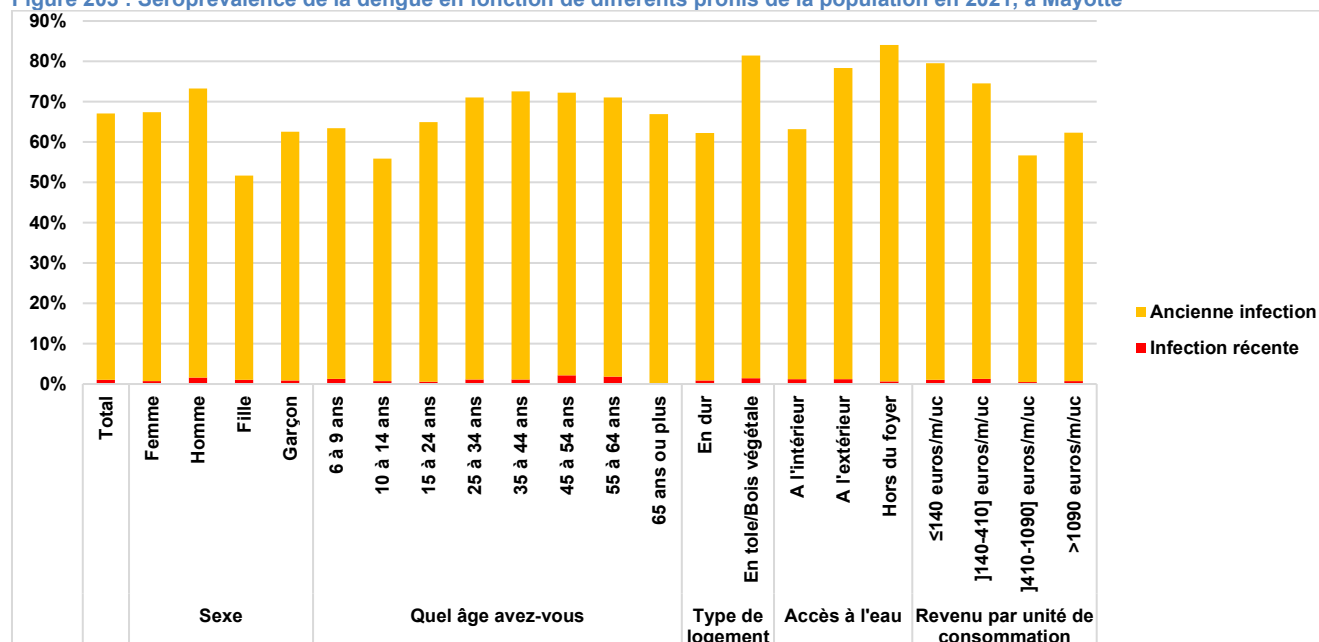
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



% chez les natifs des Comores, 63 % chez ceux de Madagascar, 59 % d'un autre pays, 55 % des nés à Mayotte et 32 % de ceux d'un autre département français [176] (Figure 203).

Figure 203 : Séroprévalence de la dengue en fonction de différents profils de la population en 2021, à Mayotte



Champ : Habitants de Mayotte de 6 ans ou plus

Source : ARS Mayotte, ORS Mayotte, CNRS, enquête MayCov 2021 [176]

n) Le chikungunya³²⁴

En 2006, 37 % des deux ans ou plus présentaient des anticorps au chikungunya suite à la première épidémie officiellement répertoriée sur le territoire [177]. En 2019, de nouveaux indicateurs de séroprévalence viennent confirmer l'**absence d'épidémie** entre ces deux années, avec une **séroprévalence chez les 15 à 69 ans de 35 %**, proche de celle observée en 2006 [178].

Parmi les **facteurs de risque constaté** : résider à Mamoudzou ou dans le Nord de l'île, être né aux Comores, être étudiant ou stagiaire non rémunéré, vivre dans un logement précaire et utiliser les cours d'eau pour se baigner [178].

À l'inverse, la **séropositivité était moins fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et vivant dans des foyers disposant d'un accès à l'eau courante et à des toilettes** [178].

Ces résultats indiquent une immunité persistante après une exposition au chikungunya. Cependant, la **séroprévalence actuelle de la population n'est pas suffisante pour prévenir de futures épidémies** [178]. Les personnes **n'ayant jamais été exposées au chikungunya et vivant dans des conditions socio-économiques précaires** sont susceptibles d'être à haut risque d'infection lors de futures épidémies [178].

En 2025, Mayotte connaît un **premier cas importé de chikungunya** le 5 mars, marquant le début de la **seconde épidémie de son histoire** [139]. Le 26 mars, le premier cas autochtone est observé [139]. A la date du 26 décembre, au total **1 262 cas** sur le territoire ont été recensés pour **41 hospitalisations** et **aucun décès** [139]. L'épidémie reprend un second souffle dès le **début de l'année 2026**, une recrudescence des cas est observée avec au total **360 nouvelles infections**, du début de l'année à mi-mars [179].

o) Les virus Usutu et West niles

Les analyses de séroneutralisation réalisées en 2019 ont mis en évidence que **5 % présentaient des anticorps neutralisant spécifiquement le virus West Nile**³²⁵ [175]. **Aucun sérum ne neutralisait le virus Usutu**³²⁶ [175].

³²⁴ Le chikungunya est une maladie arbovirale provoquant des arthralgies pouvant évoluer en une arthrite chronique invalidante.

³²⁵ Le Virus du Nil Occidental (ou West Nile Virus) est un arbovirus principalement transmis par des moustiques pouvant provoquer des atteintes neurologiques chez l'homme. C'est un virus des oiseaux, qui peut aussi infecter l'homme et le cheval. En France il est régulièrement mis en évidence sur le bassin méditerranéen.

³²⁶ Le virus d'Usutu (USUV), est une espèce de virus, arbovirus, à ARN, d'origine africaine et considéré comme « émergent ». Il fait partie de la famille des *Flaviviridae*. À ce jour, il touche principalement des espèces de passereaux (dont le merle noir, principale victime en Europe) et quelque rapaces (dont des chouettes), des oiseaux constitueraient le réservoir du virus. Le virus



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



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

p) La tuberculose

Sur l'année 2022, le **taux d'incidence standardisé³²⁷ à Mayotte est de 14 cas pour 100 000 habitants**, soit le double de celui enregistré en Hexagone (6,1) [139]. Soit le **second plus élevé en France entière** après la Guyane (24) [139]. Le taux est **en baisse de 45 points** de 2015 à 2022 [139].

Sur la période 2015 à 2022, elle est plus fréquemment déclarée par les **hommes** (59 %) et les personnes de **25 à 39 ans** (38 %) [139]. Ainsi que les personnes **arrivées depuis moins de deux ans** (71 %) d'un territoire où une forte endémicité de tuberculose est observée (83 %) [139].

Sur la période 2020 à 2022, les cas de **tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire isolée** sont largement majoritaires (79 %, respectivement 46 % et 33 %) [139]. Viennent ensuite les cas extrapulmonaires et pulmonaire (10 %) et les cas de localisation grave de la tuberculose (méningée ou miliaire) (10 %) [139].

La fréquence des **cas de tuberculose multi-résistante** aux deux principaux antituberculeux de première ligne (*isoniazide* et *rifampicine*) reste faible et stable en France et **inexistante à Mayotte** [139]. Sur les données historiques, l'incidence se portait à **26 cas pour 100 000 habitants en 2000** contre 18 en 2009 [180]. Sur cette dernière année, il s'agissait essentiellement d'hommes (62 %) et l'âge médian était de 29ans [181]. Ainsi que de personnes nées à l'étranger (67 %), présentes depuis moins de deux années (70 %) [181]. Les formes pulmonaires représentaient 83 % des cas (50 % strictes et 33 % associées à une forme extra-pulmonaire) [181]. Quant à la proportion de cas multi-résistant, elle était nulle sur la période présentée [181].

q) La lèpre

2022, dernière année documentée, fait suite à une première année sans aucun cas de lèpre à Mayotte. On observe toutefois **toujours des hospitalisations** aussi bien cette année-là qu'en 2023 où le nombre d'hospitalisation égale même celui de 2016.

L'incidence moyenne sur la période 2012 à 2019 est de 1,9 cas sur 10 000 habitants, contre 5 sur 10 000 sur la période 2006 à 2011 [182], variant entre 22 et 38 sur 10 000 habitants sur 1999 à 2005 [183], et entre 1,4 et 3,1 sur 10 000 habitants sur 1990 à 1998 [184]. La lèpre, quoi que toujours bien présente sur le territoire, a nettement des années 2000 à aujourd'hui, **retrouvant en réalité son niveau des années 1990**.

Sur les différentes périodes comprises entre 1990 et 2011, les cas sont majoritairement des **hommes** (en moyenne six cas sur dix) et 20 % à 28 % ont **moins de 15 ans** [182] [183] [184]. La part de cas **autochtones** augmentant quant à eux, de 56 % sur 1990-1998 [184] à 76 % sur 2006-2011 [182].

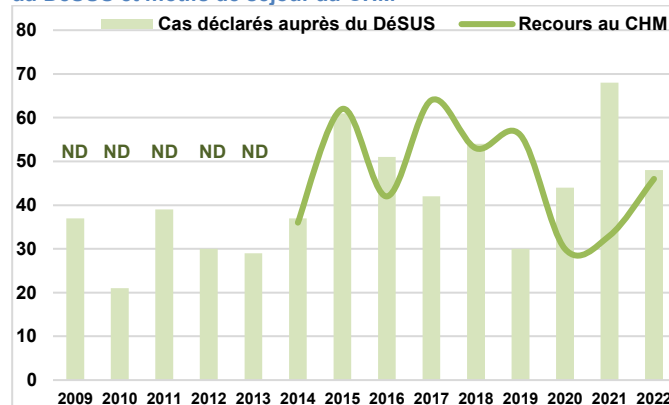
La commune de **Brandaboua** fait office de région historique de la lèpre, en étant systématiquement parmi celles les plus touchées sur les différentes périodes. Viennent ensuite **Dzaoudzi** et la commune de **Koungou**³²⁸ [182] [183] [184].

Usutu est véhiculé par des arthropodes et sans doute principalement par des moustiques *Culex pipiens*. Il peut être rarement et sporadiquement pathogène pour l'espèce humaine et constitue alors une impasse épidémiologique. L'infection est plus grave chez les personnes immunodéprimées, causant alors des troubles neurologiques.

³²⁷ La pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021 a largement impacté la prise en charge de la tuberculose dans le monde, l'OMS a fait état dans son dernier rapport d'une augmentation de l'incidence de la maladie en 2022 à un niveau jamais observé avec 10,6 millions de nouveaux cas à travers le monde. En France hexagonale et dans les outremer, les mesures sanitaires et sociales mises en œuvre pour lutter contre la pandémie (confinement, port du masque en public, etc.) ont également eus un impact sur la prise en charge des cas de tuberculose.

³²⁸ Les communes de M'tsangamouji, Bandré, Acoua, Tsingoni, Dembéli et Ouangani sont apparus de manière plus ponctuelle au travers des années [182] [183] [184].

Figure 204 : Nombre de cas de tuberculose remontés au DésUS et motifs de séjour au CHM



Note : Le nombre d'hospitalisations a été déterminé via les codes CIM-10 « A15-tuberculose de l'appareil respiratoire, avec confirmation », « A16-Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation », « A18-tuberculose d'autres organes » et « M490-Tuberculose vertébrale ». Le terme « ND » désigne l'absence de données renseignées pour l'année indiquée.

Champ : Habitants de Mayotte – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Source : ARS Mayotte – DésUS [139], PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES



ARS MAYOTTE

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

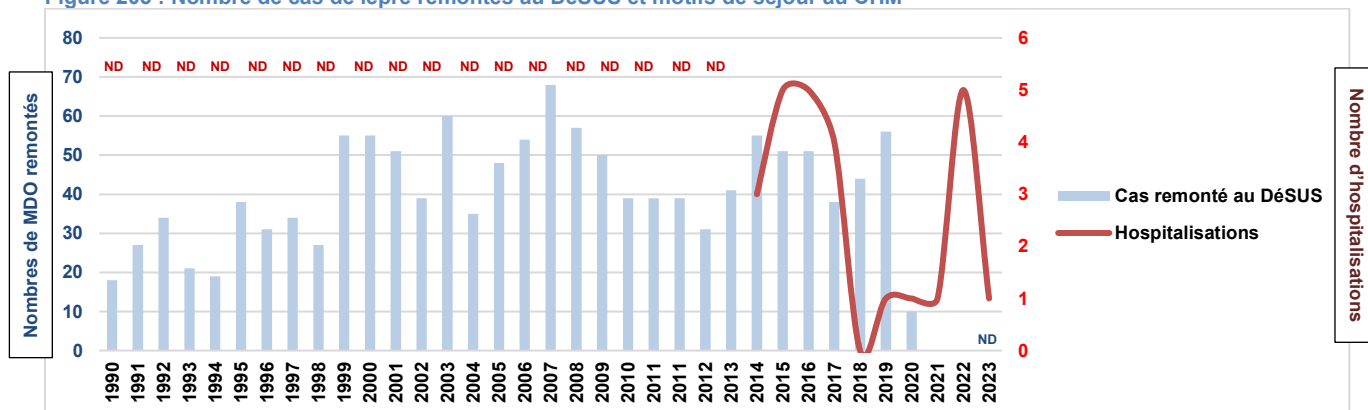
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Sur la période 1990 à 1998, il s'agit de formes **multibacillaires** dans 36 % des cas. 40 % sur la période 2006 à 2011 [182] [184].

Figure 205 : Nombre de cas de lèpre remontés au DésUS et motifs de séjour au CHM



Note : Le nombre d'hospitalisations a été déterminé via les codes CIM-10 « A30-Lèpre ». Le terme « ND » désigne l'absence de données renseignées pour l'année indiquée.

Source : ARS Mayotte – DésUS [139], PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

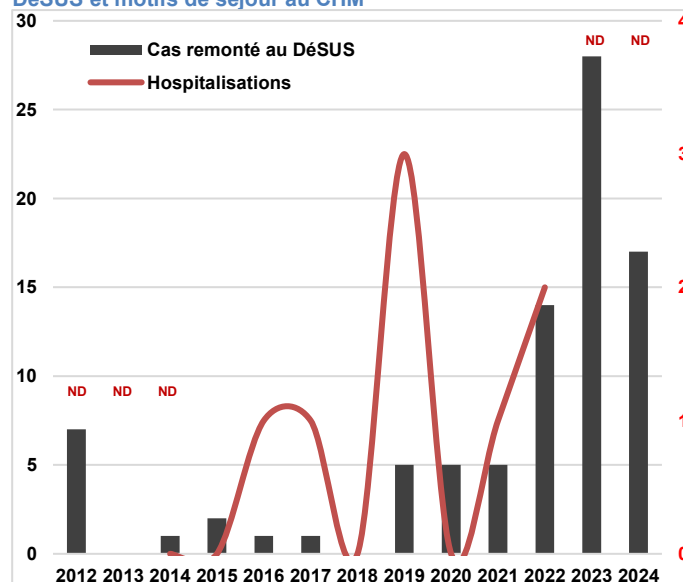
r) La diphtérie

En 2024, 17 cas de diphtérie ont été déclarés au DésUS [139]. Le ratio hommes/femmes était alors de 1,1, et la **moitié des cas ayant moins de 10 ans** [139]. Un enfant de moins de 10 ans fut admis en **réanimation** et un autre est **décédé**. Sur l'intégralité des cas, 9 étaient des **diphtéries cutanées** [139].

Le nombre de cas de diphtérie avait baissé par rapport à 2023, avec 29 cas [139]. Mais elle **reste tout de même au-dessus de la tendance de la période 2019 à 2021** [139]. Sur cette dernière, le ratio hommes/femmes est de 1,5 avec un âge médian de 13 ans [139]. Six cas sur dix ont été hospitalisés et 3 décès ont été observés (un cas sur dix), tous ayant moins d'un an et étant non vaccinés. Sur la totalité des cas, 24 étaient des **diphtéries cutanées** [139]. Sur les deux périodes observées, les communes de **Bandraboua, Dembéni et Mamoudzou** représentent les **foyers historiques** à Mayotte [139].

Enfin, les données sur la **période de 2007 à 2017**, présente une totalité de 15 cas documentés [139].

Figure 206 : Nombre de cas de diphtérie remontés au DésUS et motifs de séjour au CHM



Note : Le nombre d'hospitalisations a été déterminé via le code CIM-10 « A36-Diphtérie ». Le terme « ND » désigne l'absence de données renseignées pour l'année indiquée.

Source : ARS Mayotte – DésUS [139], PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [65]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES

s) La variole B

Fin **août 2022**, le **premier cas** de Mpox/variole B a été observé sur le territoire de Mayotte. Il fut alors **suivi d'un unique second cas** supplémentaire cette année [139]. Depuis, plus aucun cas n'a été recensé [139].

En décembre 2025, une recrudescence des cas de Mpox a été confirmée à Madagascar [139]. Une centaine de cas suspects et une dizaine de cas confirmés y ont été ensuite observées [139]. Le **8 janvier 2026**, un **premier cas de Mpox**, en provenance de Madagascar a été confirmé à **Mayotte** [139]. A la date du 20 février, **un total de 10 cas est remonté, dont 7 autochtones** mettant en évidence l'installation de chaînes de transmission au niveau local **notamment dans le sud (Bouéni, Kani-Kéli, Bandré)** [139] [185]. La moyenne d'âge est de 37 ans, et le sex-ratio H/F est de 1,5 [139] [185]. Depuis **plus aucun n'a été signalé sur le territoire** [186].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

t) La crise de l'eau de 2023

Le département de Mayotte a été confronté à une sécheresse sans précédent avec un déficit de pluviométrie inédit sur la période de juin 2023 à février 2024. La conséquence directe est un niveau de remplissage des retenues collinaires et des nappes phréatiques exceptionnellement bas.

La précédente crise de l'eau remonte à la période de décembre 2016 à mars 2017. Elle avait alors concerné 8 communes (du centre et du sud de l'île) sur 17 et un rythme de coupures allant jusqu'à deux jours consécutifs pour un jour d'approvisionnement en eau [187].

En 2023 et vers la fin du mois de janvier, il avait plu 40 % de moins que sur une année normale aussi bien à Dzoumogné qu'à Combani, localités abritant les deux retenues collinaires du département (Figure 207).

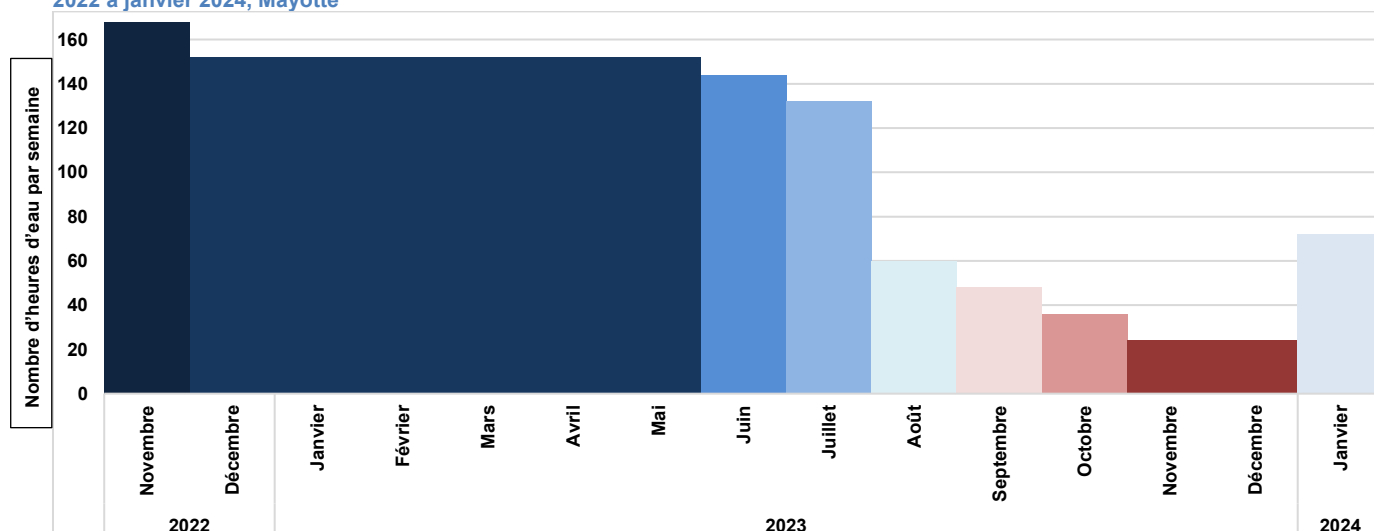
En mars, le gouvernement annonce la vente d'eau massive afin de pallier la situation, d'autant plus qu'en mai la crise s'amplifie. Les niveaux de pluviométrie sont alors les plus bas mesurés depuis 1997 et, par conséquent, les niveaux exceptionnellement faibles de réserves d'eau conduisent le comité de suivi de la ressource en eau sous l'égide du préfet à décider de la mise en place de coupures d'eau³²⁹ beaucoup plus précocement que les années précédentes (Figure 207).

En juin, un préfet de l'eau³³⁰ est nommé afin de subordonner le préfet de Mayotte dans la gestion de crise. Juillet voit l'intensification des coupeurs d'eau pour les quatre plus grandes villes de l'île, et des coupures de 24h par semaine pour les 11 autres communes sont instaurées (Figure 207). Les autorités annoncent alors à la population que la situation devrait durer et même empirer à minima jusqu'à novembre. Les réserves d'eau continuant de diminuer nettement, les mesures vont être davantage drastiques et un plan Marshall³³¹ pour Mayotte est décrété.

Enfin, février 2024 marque le retour des pluies qui allègent les tours d'eau (désormais une coupure 1 jour sur 3) (Figure 207). Ce même mois, la préfecture annonce la constitution d'un stock d'eau stratégique.

Si la rupture d'approvisionnement d'eau peut exposer la population notamment à des risques sanitaires importants, d'autant qu'une grande partie de la population se trouve en situation de précarité, il est alors intéressant de souligner malgré une hausse du taux d'activité pour diarrhées aiguës et des taux de positivité à au moins un pathogène entérique observées [152], aucune épidémie n'a vu le jour au cours de cette crise.

Figure 207 : Nombre d'heures d'accès à l'eau du robinet par semaine pour la situation la plus défavorable de novembre 2022 à janvier 2024, Mayotte



Note sur les codes couleurs : situation initiale, deux coupures hebdomadaires (17h à 7h), trois..., quatre..., quatre coupures hebdomadaires (16h-8h), coupures quotidiennes (16h-8h) ou trois coupures hebdomadaires de 24h (16h-16h), coupures de 48h toutes les 72h sur Grande Terre hors Kawéni, coupures de 54h toutes les 72h hors Kawéni, coupures de 24h toutes les 48h

Source : SpF, points épidémiologiques [152]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

³²⁹ Ce manque d'approvisionnement en eau peut alors engendrer : un recours à une eau impropre à la consommation, une hydratation insuffisante, une impossibilité d'appliquer les mesures d'hygiène de base, dont le lavage des mains, un défaut d'assainissement et l'impossibilité d'évacuer les excréments, un stockage d'eau impropre à l'alimentation ou susceptible de constituer des gîtes larvaires.

³³⁰ Son rôle est d'animer et coordonner la politique de l'Etat en matière de police et de gestion des ressources en eau afin de réaliser l'unité et la cohérence des actions déconcentrées de l'Etat en ce domaine dans les régions et départements concernés.

³³¹ Le plan Marshall, officiellement appelé « Programme de rétablissement européen » ou Foreign Assistance Act of 1948, est un programme américain de dons et marginalement de prêts accordés aux États d'Europe pour aider à la reconstruction des villes et des installations.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



u) Crise « Chido »

Depuis le **5 décembre**, le CMRS de La Réunion suivait un potentiel **développement cyclonique** dans la zone nord-est du bassin océanique. Le **9 décembre** la perturbation est classée en **dépression tropicale** et le **10 décembre** en **tempête tropicale** modérée, puis **forte**. La tempête se dirige alors vers la pointe Nord de Madagascar. Le **11 décembre**, « **Chido** » devient un **cyclone tropical intense de catégorie 3** sur l'échelle de Saffir-Simpson. Les **alertes cycloniques** sont alors **émises** pour Mayotte, Madagascar et les Comores, et le **12 décembre** « Chido » devient un **ouragan de catégorie 5** commençant à faiblir lentement. C'est le **13 décembre** que la **trajectoire vers Mayotte est confirmée**, « Chido » franchissant exceptionnellement la pointe Nord de Madagascar avec des vents soufflant à 185

km/h. Mayotte, en alerte jaune depuis le 11 décembre, est alors placée en alerte orange dans la matinée, puis rouge le soir-même. Le **14 décembre**, le territoire passe en alerte violette, « **Chido** » **traverse** alors **Mayotte**, secouant l'île à coup de **rafales de vent à 179 km/h**, son œil passant par la commune de Bandraboua pour ressortir environ 30 minutes après vers la ville d'Acoua, puis part vers le Mozambique.

Le cyclone « Chido » a ainsi causé un lourd bilan humain à Mayotte, avec des **milliers de blessés**. Les **destructions ont été également importantes**, affectant à la fois les habitations et les infrastructures essentielles, notamment les hôpitaux, les écoles, ainsi que les réseaux électriques, hydrauliques, de transport et de communication. Il faut **remonter à 1984** (90 ans), le cyclone « Kamisy », pour retrouver trace d'une tempête tropicale ayant touché Mayotte. En effet, la quasi-intégralité des cyclones se formant dans cet endroit du monde vont d'abord frapper Madagascar où ils perdent leur énergie pour arriver affaiblis dans le canal du Mozambique, ce qui ne fût pas le cas cette fois-ci.

Tout au long de la crise « Chido », **plusieurs systèmes de surveillance ont été déployés** afin de bâtir des indicateurs de suivi et de gestion de crise sanitaire :

Figure 208 : Le cyclone « Chido » de 2025

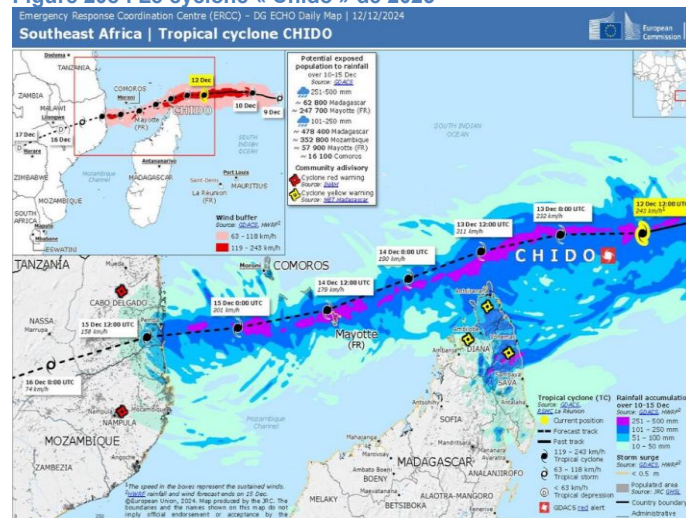
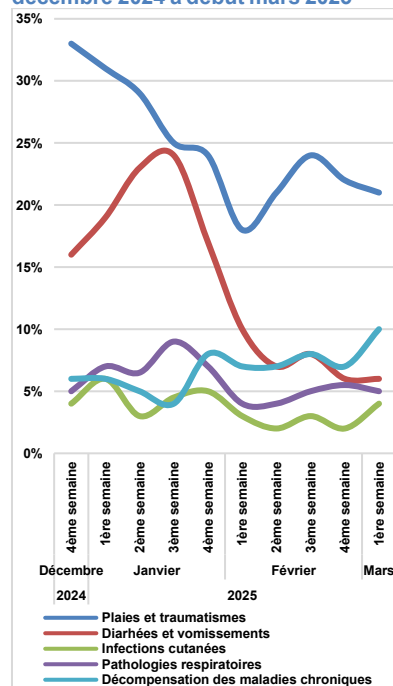


Figure 209 : Répartition des principaux motifs de recours aux urgences du CHM, de fin décembre 2024 à début mars 2025



Source : SpF, points épidémiologiques [188]

Figure 210 : Répartition des principaux motifs de recours à l'Escrime et la SSFMT, de fin décembre 2024 à début mars 2025

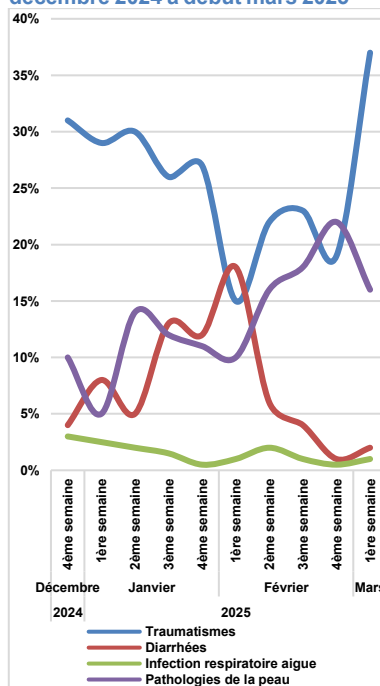
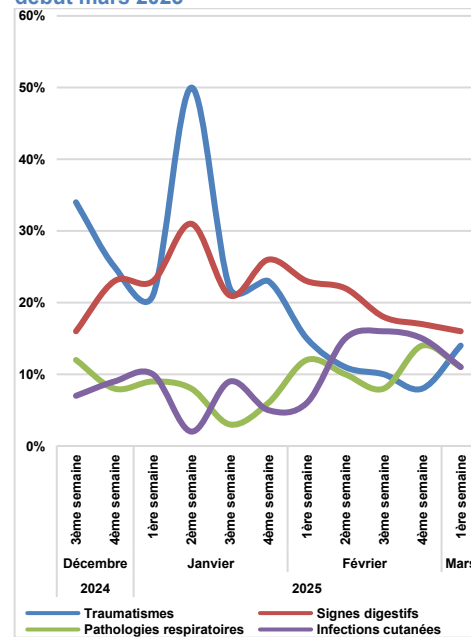


Figure 211 : Répartition des principaux motifs de consultation dans les CMR et centres de périphériques de la troisième semaine de décembre 2024 à début mars 2025



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Le CHM et les Urgences

Du lendemain du passage du cyclone jusqu'au 3 mars 2025, et sur une période de deux mois à deux mois et demi, près de 1 000 hospitalisations au CHM ont été relevées, la grande majorité en pédiatrie. Près de 9 000 passages aux Urgences ont eu lieu également [188].

Les **plaies et traumatismes** restent depuis le début de la crise le premier motif de recours aux Urgences, diminuant toutefois de près de 15 points [188]. Ce sont les **diarrhées et vomissements** qui étaient le second motif jusqu'à janvier : près de 15 % la dernière semaine de décembre 2024 à 25 % pour celle de janvier 2025 [188]. Depuis ce type de recours à nettement diminué, passant après les **décompensations de maladies chroniques** [188] (Figure 209).

L'Escrime et la SSFMT

Le 24 décembre 2024, l'Escrime a été déployé sur le territoire afin de soutenir l'offre de soins sévèrement touchée par « Chido ». Un peu plus de 5 000 patients pris en charge jusqu'à sa fermeture le 3 février, laissant place à la SSFMT [188]. A son tour, cette dernière a pris en charge au 3 mars 2025 et en totalité près de 2 000 patients [188].

Les **traumatismes** ont nettement dominé les motifs de prises en charge sur toute la période considérée [188]. Les **diarrhées**, en augmentation, de près de 5 % en fin 2024 à près de 18 % en début février, ont depuis nettement diminué [188]. Enfin, les **pathologies de la peau** retiennent l'attention, en **croissance permanente** depuis fin 2024 jusqu'à fin février : environ **+11 points**, malgré une forte baisse sur la première semaine de mars [188] (Figure 210).

Les CMR et centres périphériques

Les CMR et centres périphériques ont également permis d'ériger un bilan évolutif de la situation sanitaire sur le territoire, confirmant la prédominance du recours pour **traumatismes** jusqu'à mi-janvier avec un pic à 50 %, **laissant ensuite place aux signes digestifs** à partir de février [188]. Sur le mois de février et la première semaine de mars les signes digestifs vont également **diminuer** de près de 25 % à 15 %, rejoignant ainsi les quatre autres types de recours sous surveillance **autour des 10 à 15 %** [188] (Figure 211).

Les réseaux sentinelles

La diminution des diarrhées visible sur ces trois systèmes de surveillance est également confirmée par l'activité des **pharmacies sentinelles** avec la **baisse de la vente des anti-diarrhéiques**, après avoir doublé de fin décembre 2024 à fin janvier 2025 : environ 4 à 8 % [188].

Suite à la rentrée des écoles fin janvier 2025, le système de surveillance des **infirmières scolaires sentinelles** de l'EN a été relancé dans les collèges et les lycées. Les indicateurs remontés confirment à leur tour la **baisse des diarrhées aiguës** et la **hausse des affections cutanées** sur fin janvier [188] [189] [190] [191]. Ils mettent également en évidence qu'un enfant sur vingt ont présenté des **troubles psychologiques** [189] [190] [191] (Tableau 42).

Tableau 42 : Indicateurs remontés par les infirmières scolaires sentinelles de mi-février à début mars

	Février			Mars
	2nde semaine [191]	3ème semaine [190]	4ème semaine [189]	1ère semaine [188]
Nombre d'infirmières participant au dispositif	8	10	12	6
Nombre de consultations réalisées	489	753	919	467
Consultations pour diarrhées aiguës	9%	9%	7%	6%
Consultations pour affections cutanées	9%	5%	10%	3%
Difficulté alimentaires	2%	5%	5%	5%
Difficultés pour consommation/accès d'eau		0,3%	6%	
Troubles psychologiques		3%	5%	5%

Source : SpF, points épidémiologiques [191] [190] [189] [188]

Le réseau de Santé communautaire

La SBC est un dispositif mis en place par l'ARS de Mayotte et collectant des données épidémiologiques au travers d'un dispositif de type « aller vers ».

Dès le 24 décembre, les premières maraudes dans les différents quartiers de la commune de Tsingoni ont permis de mettre en évidence l'absence de décès et le recensement de **nombreux cas de blessures** (3 foyers sur 10) [192]. La moitié des personnes investiguées remontait des **troubles psychologiques** (48 %), couplée à des **cas de diarrhée, toux** (16 %) ou **fièvre** (9 %) [192].

Les nouvelles maraudes menées de **mi à fin janvier** mettaient en évidence un **accès à l'eau en bouteille très faible** (<10 % des foyers), même si les deux tiers disposaient d'un accès à l'eau du réseau pour boire et **85 % consommaient l'eau du réseau** [193] [194]. En diminution vis-à-vis de la dernière semaine de 2024, **32 %** des foyers investigués continuaient tout de même de déclarer des **problèmes psychologiques** [193] [194]. Les **symptômes de diarrhées, de fièvre et de toux quant**



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

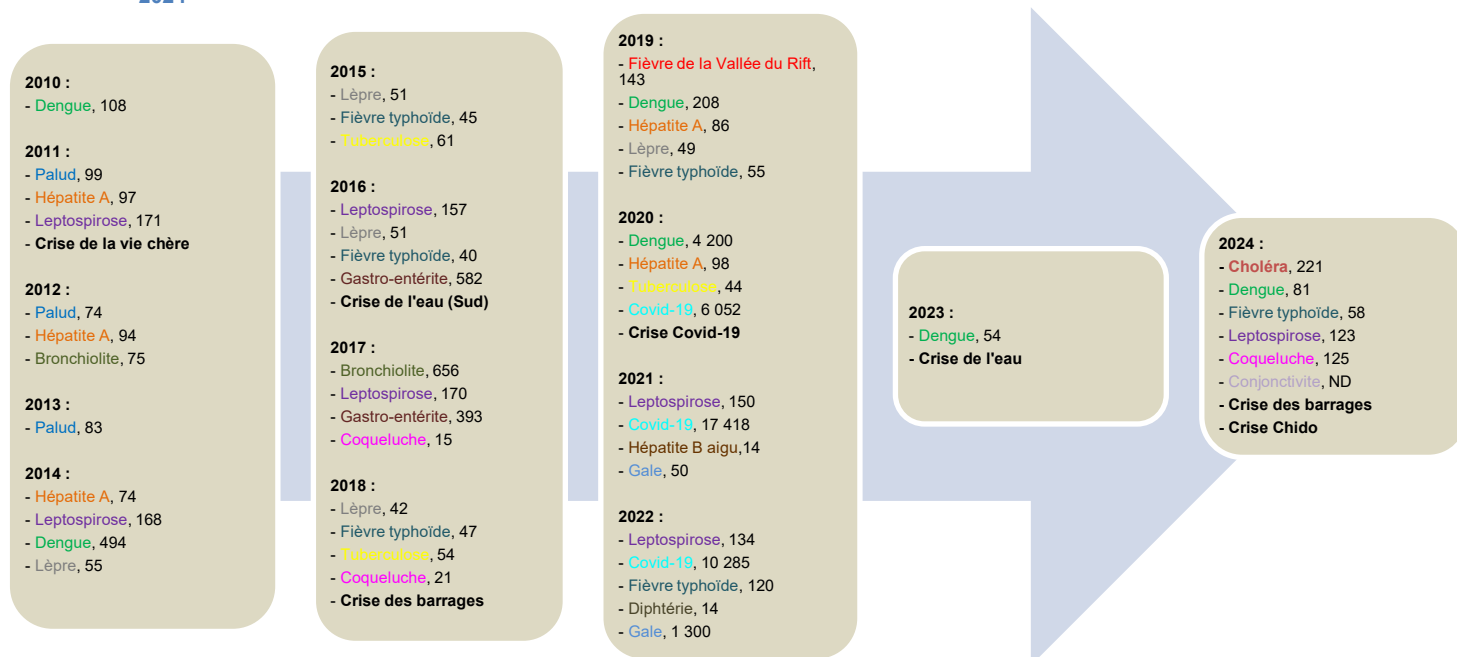


à eux persistaient et les trois quarts évoquaient des **difficultés à se procurer de la nourriture** [193] [194]. Avec la prolifération des déchets suite au passage du cyclone et par voie de conséquence celle des gîtes larvaires : **85 % des foyers déclaraient se faire souvent piquer par les moustiques** [193] [194].

Sur la **première semaine de mars**, la situation ne s'était guère améliorée : **6 % des foyers investigués ont accès à l'eau en bouteille** seulement [188]. **Un quart des foyers** comptait au moins un adulte ou un enfant avec des **problème psychologiques** [188]. **16 % pour des cas de diarrhées ou vomissement chez les enfants et 6 % chez les adultes** [188]. Enfin, **93 %** déclaraient se faire souvent piquer par les moustiques, et **77 %** à avoir des **difficultés à se procurer de la nourriture** [188].

v) Chronologie

Figure 212 : Chronologie (nombre de cas) des différentes épidémies (hors grippe) sur le territoire de Mayotte de 2010 à 2024



Source : ARS Mayotte – DéSUS [139]
Exploitation : ARS Mayotte – DéES

Figure 213 : Répartition des MDO « cumulées » sur la période 2019-2022-2021 à Mayotte

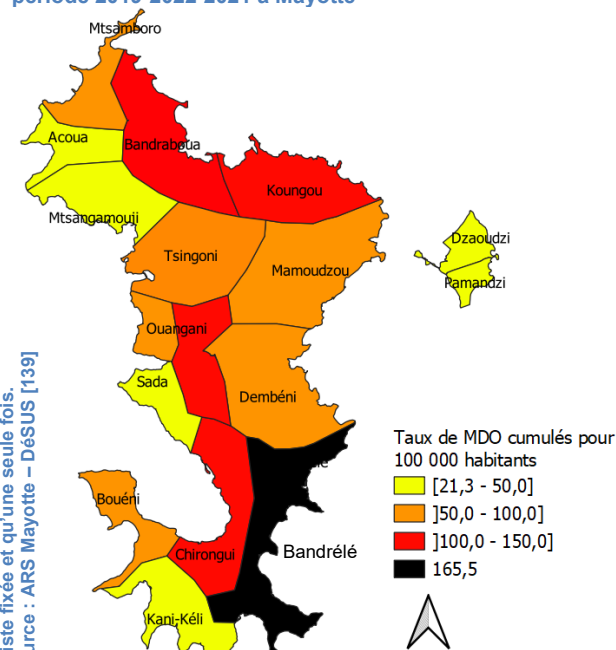
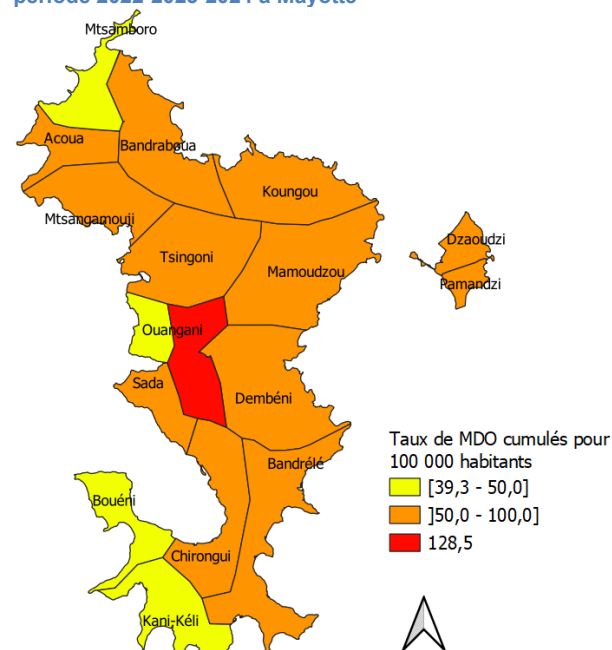


Figure 214 : Répartition des MDO « cumulées » sur la période 2022-2023-2024 à Mayotte



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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

Note : Nombre de cas cumulés de Diphtérie, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Lèpre, Leptospirose, Listériose, Paludisme et Intoxication alimentaire. Les taux pour 100 000 habitants sont déterminés depuis la moyenne de cas déclarés une période et sur la moyenne des populations estimées par l'Insee au 1^{er} janvier [4] sur cette même période puis ventilées selon les répartitions par commune observée en 2017, partant du principe qu'un individu ne peut contracter que l'une des pathologies de la liste fixée et qu'une seule fois.

Source : ARS Mayotte – DéSUS [139]

17 - Causes de mortalité

a) Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance en 2025, indicateur rétrospectif de la mortalité, est en deçà des repères de l'Hexagone puisque **les hommes et les femmes** de Mayotte ont, respectivement, **une espérance de vie de près de 7,4 et 9,5 années de moins** que les hexagonaux (80,4 ans dans l'Hexagone) et hexagonales (85,9 ans dans l'Hexagone) [195] (*Tableau 43*).

Tableau 43 : Espérances de vie à Mayotte en 2007 et de 2014 à 2025

Tableau 43 : Espérances de vie à Mayotte en 2007 et de 2014 à 2025													
		2007		2014		2015		2016		2017			
		Population générale		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
... à la naissance		73		74,9	78,1	75,7	77,4	74,1	76,8	75,3	75,6		
		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
... à la naissance		74,8	76,9	75,0	76,2	72,5	73,9	70,5	72,7	73,9	74,4	73,9	74,3
		2024				2025							
				Hommes	Femmes			Hommes	Femmes				
... à la naissance				72,5	76,1			73,0	76,4				
à 60 ans								18,6	ND				

Source : Insee, fichiers état civil [195]

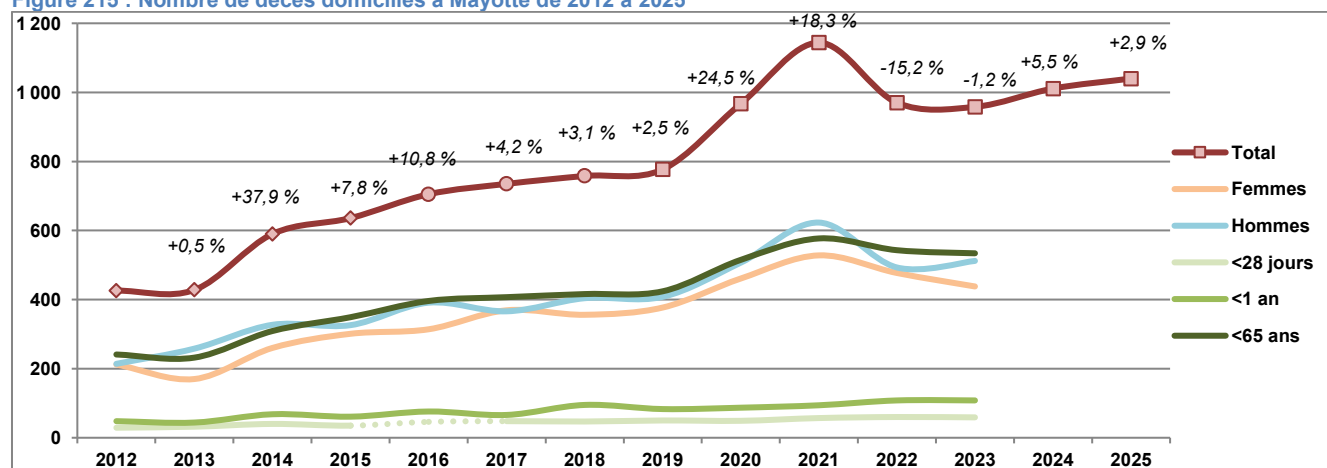
b) Nombre de décès

En **2019**, période d'avant crise Covid-19, **777 décès domiciliés** étaient recensés sur le territoire, soit une augmentation de +83 % par rapport à 2012 (426 décès) [196]. Cette hausse était portée essentiellement par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès. L'étude de consolidation des données de mortalité a montré que sur les quatre années considérées 2012 à 2015, les structures par sexe, lieux de naissance et causes de décès restent néanmoins stables.

En **2021**, année impactée par la **crise Covid-19** avec 2020 (elle-même également impactée par la **crise de la dengue**), **1 144 décès** sont observés, soit une hausse de +48 % par rapport à 2019 [37]. **Cette hausse de la mortalité touche particulièrement les personnes âgées de 65 ans ou plus** et, plus spécifiquement pour le territoire, **celles de 50-64 ans** [37]. En **2025**, on observe 1 040 décès, en hausse vis-à-vis de l'année précédente de 3 % (+34 % avec 2019, contre +5 % dans l'Hexagone) [33].

Sur la période 2021-2022-2023, **la part d'enfants décédés de moins d'un an est en moyenne de 10 %** (6 % pour les moins de 28 jours) [196]. Quant aux 65 ans ou plus, ils représentent 54 % des décès sur cette période [196] (*Figure 215*).

Figure 215 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte de 2012 à 2025³³²



Champ : Décès domiciliés à Mayotte

Source : Insee Cépi-DC – Insee, fichiers d'état civil [196]

Exploitation : ARS Mayotte – DéES – Automate M.A.R.I.J.A.N.

³³² La série de données présentée ici a été construite depuis les informations recueillies par l'Insee CépiDC jusqu'à 2015 inclus et ensuite depuis les fichiers d'état civil mis à disposition par l'Insee. Le processus de centralisation des données tend vers le même nombre de décès même si de petites différences peuvent être observées entre les deux sources de données. L'information sur les moins de 28 jours n'est pas disponible depuis les bases accessibles de l'état civil de 2016 et 2017, aussi le nombre de décès de cette classe d'âge sera estimé pour ces deux années à l'aide de la répartition observée sur les données avant 2016.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



c) Taux de mortalité

En 2025, Mayotte est le département français où le nombre de décès par habitant est le plus faible : **3 décès pour 1 000 habitants**, du fait de la jeunesse de sa population [33]. Cependant, en 2022, à **structure de population équivalente**³³³, le taux de mortalité à Mayotte serait **1,5 fois plus élevé que dans l'Hexagone** avec un indice comparatif³³⁴ de mortalité 33 % plus élevé pour les hommes mahorais et 75 % plus élevé pour les femmes mahoraises [196] (*Tableau 44*).

Une surmortalité plus prononcée chez les femmes de 60 ans ou plus peut être observée [196]. En effet, si pour les 20-59 ans le surcroît de mortalité à Mayotte par rapport à l'Hexagone est plus faible, c'est après 60 ans que de nettes différences sont constatées [196].

Tableau 44 : Taux de mortalité pour 1 000 habitants par sexe et tranche d'âge en 2016, 2019 et 2022 à Mayotte

	Chez les hommes						Chez les femmes						Ensemble					
	Mayotte			Hexagone			Mayotte			Hexagone			Mayotte			Hexagone		
	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022
De 0 à 4 ans	3,2	3,0	2,9	0,8	0,9	1,0	2,9	2,0	2,2	0,7	0,7	0,8	3,1	2,5	2,6	0,8	0,8	0,9
De 5 à 19 ans	0,5	0,3	0,5	0,2	1,5	0,2	0,2	0,8	0,3	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1
De 20 à 39 ans	1,5	1,4	1,4	0,8	0,8	0,9	0,5	1,0	0,8	0,3	0,3	0,4	0,9	1,2	1,1	0,5	0,6	0,6
De 40 à 59 ans	3,8	4,0	4,6	3,9	3,7	4,0	3,4	3,6	4,2	2	1,9	2,0	3,6	3,8	4,4	2,9	2,8	3,0
De 60 à 74 ans	24,2	19,8	20,5	16,1	15,2	16,2	21,9	22,2	22,0	7,6	7,3	8,1	23,1	21	21,2	11,6	11	11,9
75 ans ou plus	91,9	88,6	94,3	77,4	74,9	77,3	79,9	82,5	106,3	62,6	63,1	66,2	85,5	85,4	100,6	68,2	67,6	70,6
Ensemble	3,4	3,1	3,4	9,3	9,4	10,3	2,5	2,7	2,9	8,8	9,0	9,8	2,9	2,9	3,1	9,0	9,2	10,0

Champ : Décès domiciliés à Mayotte

Source : Inserm Cépi-DC – Insee, *Bilan démographique de 2016* [197] [196]

Exploitation : ORS Mayotte

Entre 2021 et 2023, **sur 1 000 enfants nés vivants, 10,4 n'atteignent pas l'âge d'un an** (10 en 2016³³⁵ [197]), soit trois fois plus que dans l'Hexagone (3,7 pour 1 000) [33].

En 2022, **les indicateurs de mortalité périnatale sont deux à trois fois plus importants** que dans l'Hexagone avec un taux de **mortinatalité** de **17,9** pour 1 000 naissances totales (8,1 dans l'Hexagone) ; de **mortalité infantile** de **10,1** pour 1 000 naissances vivantes (3,7 dans l'Hexagone) ; et de **mortalité néonatale** de **5,6 ‰** (2,7 dans l'Hexagone) [92] (*Tableau 45*).

Tableau 45 : Indicateurs de mortalité périnatale à Mayotte de 2016 à 2022

		‰	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Taux de mortinatalité ³³⁶	Mayotte		15,3	13,3	12,7	14,7	15,8	17,9	17,9
	Hexagone		8,7	8,6	8,4	7,8	8,2	8,1	8,1
Taux de mortalité infantile ³³⁷	Mayotte		10,1	8,8	9,8	8,5	9,5	8,6	10,1
	Hexagone		3,5	3,6	3,6	3,6	3,4	3,4	3,7
Taux de mortalité néonatale ³³⁸	Mayotte		5,1	4,8	4,8	5,1	5,3	5,3	5,6
	Hexagone		2,6	2,6	2,4	2,6	2,5	2,6	2,7
Taux de mortalité néonatale précoce ³³⁹	Mayotte		2,8	3,6	2,7	3,4	3,9	3,2	4,2
	Hexagone ³⁴⁰		1,4	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8	1,8
Taux de mortalité néonatale tardive ³⁴¹	Mayotte		2,2	1,2	2,1	1,7	1,4	2,1	1,4
	Hexagone		0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8

Champ : Décès hospitaliers à Mayotte

Source : ARS Mayotte-Répéma, *Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2022* [92]

d) Causes de décès, données brutes

En 2023, 958 décès domiciliés ont été observés [69]. Les deux premières causes de décès (dont la cause est identifiée) relèvent des « **maladies de l'appareil circulatoire** » (23 %, contre 20 % en 2020 en Hexagone) et des « **cancers** » (17 %, contre 26 %), soit **deux décès sur cinq** [69]. **17 % des décès restent indéfinis** (10 % dans l'Hexagone) [69].

³³³ Le taux de mortalité standardisé est le taux de mortalité d'une population présentant une distribution standard par âge. Il est ici calculé en moyenne sur trois ans. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité entre périodes et entre territoires. Ces taux visent ainsi à chiffrer les décès indépendamment des différences impactées par les pyramides des âges des populations.

³³⁴ L'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observés dans le département et le nombre de décès attendus. Ce dernier indicateur est calculé en appliquant à la population du département les taux de mortalité nationaux par âge et sexe. Lorsque l'indice est supérieur à 100, la mortalité du département est supérieure à la moyenne française, indépendamment de la structure par âge et sexe de la zone en question.

³³⁵ Cette année-là, 2,8 nourrissons sur 1 000 décédaient avant une semaine et 7,3 entre une semaine et un an [197].

³³⁶ Nombre de fœtus morts expulsés après 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g pour 1 000 naissances totales.

³³⁷ Nombre d'enfants domiciliés à Mayotte décédés dans leur première année de vie pour 1 000 naissances vivantes.

³³⁸ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie pour 1 000 naissances vivantes.

³³⁹ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et la première semaine de vie pour 1 000 naissances vivantes.

³⁴⁰ Mortalité hospitalière uniquement.

³⁴¹ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la deuxième semaine (inclusive) et le premier mois de vie pour 1 000 naissances vivantes.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

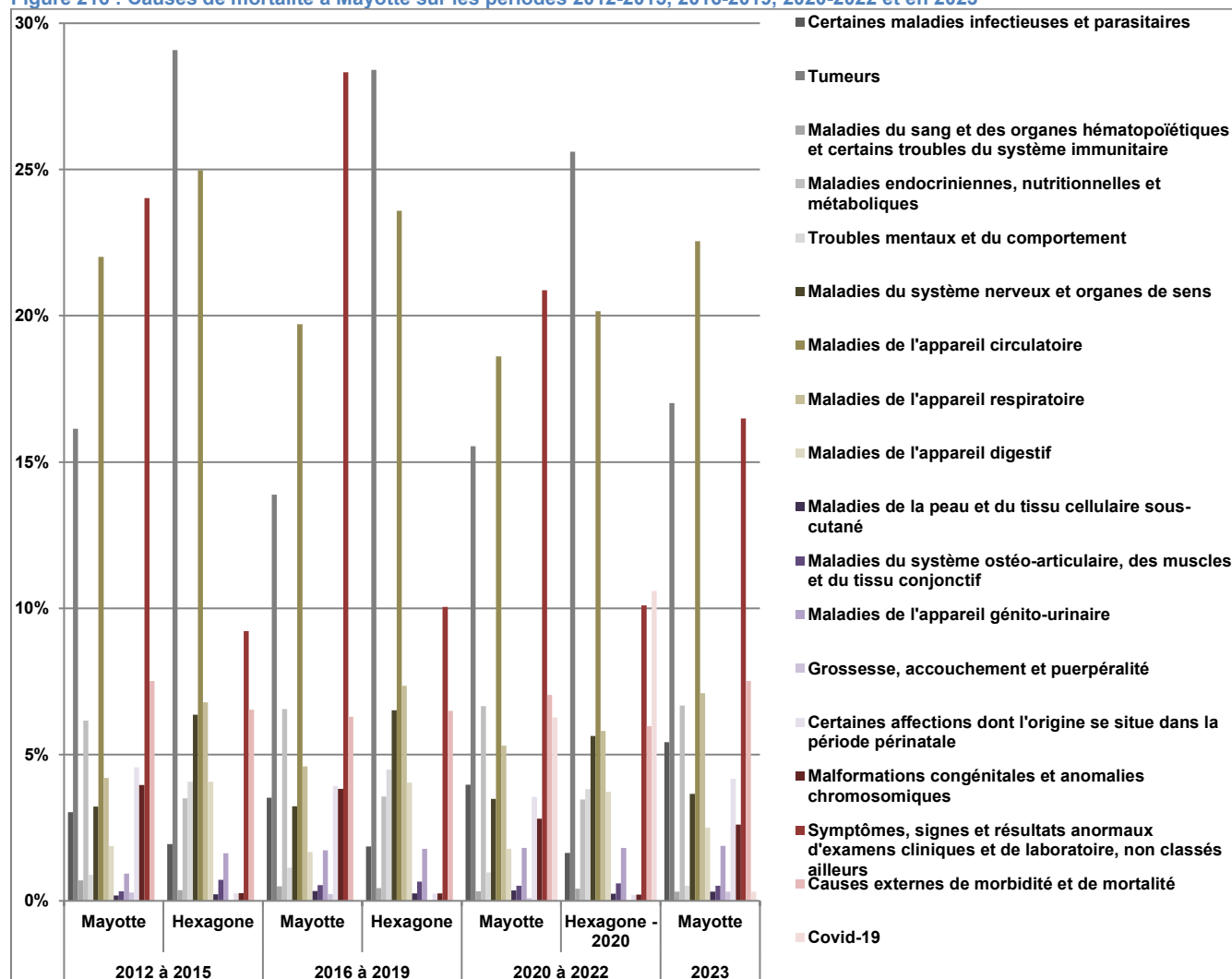
www.ars.mayotte.santé



Le troisième rang est tenu par : les « **causes externes de blessure et d'empoisonnement** » (8 %) [69] (Figure 216).

Pour les hommes et les femmes, les deux premières causes de décès (dont la cause est identifiée) restent les mêmes [69]. Pour le troisième rang se sont les « **causes externes de blessures et d'empoisonnements** » pour les **hommes** ; et pour les **femmes** il s'agit des « **maladies de l'appareil respiratoire** » [69]. Toutefois, chez elles, la quatrième cause de décès ne doit pas être minimisée pour autant : les « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** », constamment au troisième rang sauf en 2023 [69].

Figure 216 : Causes de mortalité à Mayotte sur les périodes 2012-2015, 2016-2019, 2020-2022 et en 2023



Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC [136], SNDS [69]

Exploitation : ORS Mayotte

e) Causes de décès, données standardisées

Sur la période 2021 à 2023, à **structure de population équivalente**, la mortalité est, toutes causes confondues, plus importante à Mayotte que dans l'Hexagone, pour les « **maladies de l'appareil circulatoire** » (3 fois plus), pour les « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** » (5 fois plus) dont le **diabète sucré** (6 fois plus), les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (2 fois plus), les « **maladies de l'appareil génito-urinaire** » (3 fois plus) et pour les « **maladies infectieuses et parasitaires** » (4 fois plus) [198] (Tableau 46).

A *contrario*, une sous-mortalité peut être remarquée uniquement pour les « **troubles mentaux et du comportement** » (1,8 fois moins) [198]. Pour la première fois depuis 2016, les « **tumeurs** », les « **causes externes de blessure et d'empoisonnement** », les « **suicides** » et les maladies du « **système nerveux et des organes des sens** » ne ressortent plus aussi éloignés de l'Hexagone [198] (Tableau 46).



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Tableau 46 : Causes de mortalité à Mayotte de 2021 à 2023 - Données standardisées

Grande cause initiale de décès (libellé CIM10)	Mayotte			Hexagone		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	65,2	40,7	52,6	16,8	10,2	12,9
Tumeurs	226,2	208,1	216,2	265,8	155,9	201,9
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	3,1	1,3	2,2	3,5	2,5	2,9
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	125,7	131,7	129,8	31,8	21,7	26,0
- Diabète sucré	76,3	72,8	74,9	17,3	9,9	13,0
Troubles mentaux et du comportement	12,4	16,8	14,9	28,8	22,9	26,1
- Abus d'alcool, y compris psychose alcoolique	2,3	1,3	1,8	6,1	1,3	3,6
Maladies du système nerveux et des organes de sens	49,2	38,9	44,1	44,3	36,4	40,2
Maladies de l'appareil circulatoire	373,5	376,7	374,8	187,8	113,0	144,4
Maladies de l'appareil respiratoire	114,0	99,4	105,4	63,6	33,7	45,4
- Asthme	14,9	10,7	12,7	0,6	0,9	0,8
Maladies de l'appareil digestif	40,4	19,4	29,8	40,4	21,5	30,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	9,6	0,3	4,8	2,0	1,8	1,9
Maladies du système ostéoarticulaires, des muscles et du tissu conjonctif	12,6	4,3	8,4	5,6	4,6	5,0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	56,2	24,7	39,5	18,9	10,6	13,5
Grossesse, accouchement et puerpéralité		0,7	0,4		0,1	0,1
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	5,5	4,7	5,1	2,6	2,2	2,4
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,2	4,2	4,7	2,5	2,2	2,3
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques de laboratoire, non classés ailleurs	272,5	310,0	293,3	91,4	61,2	75,3
Causes externes de morbidité et de mortalité	70,8	34,4	51,6	74,9	33,4	52,0
- Accident de la circulation	3,7	2,1	2,9	5,6	1,5	3,5
- Suicides	3,9	0,8	2,3	20,4	5,9	12,6
Covid-19	135,4	89,9	111,3	58,0	29,4	40,5
Toutes causes confondues	1577,7	1406,0	1489,1	938,8	563,3	722,6

Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC [198]

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outils OR2S

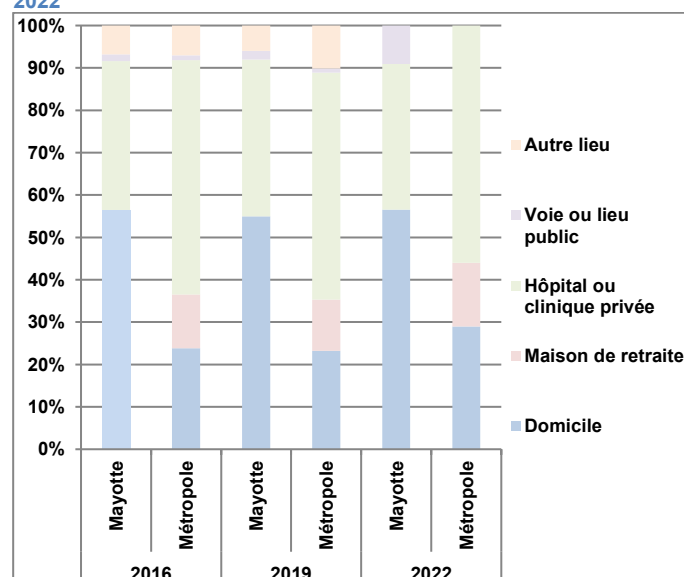
f) Lieux de décès

À Mayotte en 2022, **plus de la moitié des décès ont lieu à domicile** : 56 % contre 29 % dans l'Hexagone, stable depuis 2016 [196] (Figure 217).

Dans l'Hexagone, la majorité des décès surviennent à l'hôpital [196]. La culture mahoraise, les rites funéraires et les coûts associés (transport funéraire...) conduisent un grand nombre de familles à organiser un retour au domicile à l'approche du décès [196].

De plus, il n'y a **pas de maisons de retraite à Mayotte** (15 % des décès dans l'Hexagone) [196].

Figure 217 : Lieu du décès à Mayotte en 2016, 2019 et 2022



Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès

Source : ARS Mayotte-Insee, Bilan démographique de 2016, fichiers d'état civil [197] [196]

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outils OR2S

En plaçant le curseur sur le lieu de domicile des personnes décédées pour l'année 2023, il ressort que la commune de **Bouéni** présente le plus haut taux de mortalité avec **4,4 décès pour 1 000 habitants** de la commune [196]. Viennent les communes de **M'tsamboro**, **M'tsangamouji**, **Acoua**, **Chirongui** et **Mamoudzou** avec des taux compris entre **3,2 et 3,9 décès pour 1 000 habitants** [196]. Enfin, les communes restantes ont des taux de **2,1 à 3,0 décès pour 1 000 habitants** [196] (Figure 218).

Dans **32 % des cas le décès a eu lieu à Mamoudzou** et **11 % à Koungou**. Concernant les autres communes, la répartition est plus ou moins homogène et comprise entre 2 et 6 %.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 218 : Taux de décès par commune et pour 1 000 habitants en 2023

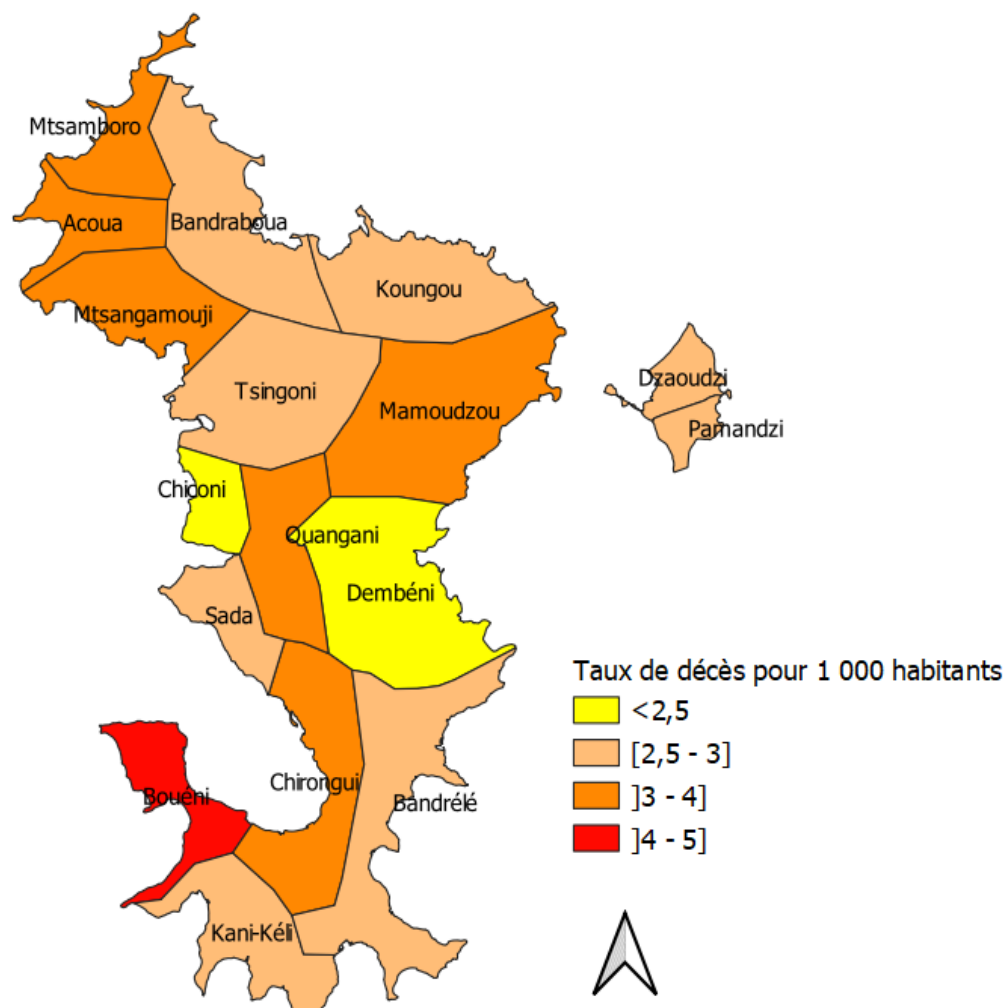


Figure 219 : Taux de décès par commune et pour 1 000 habitants sur la période 2017-2019

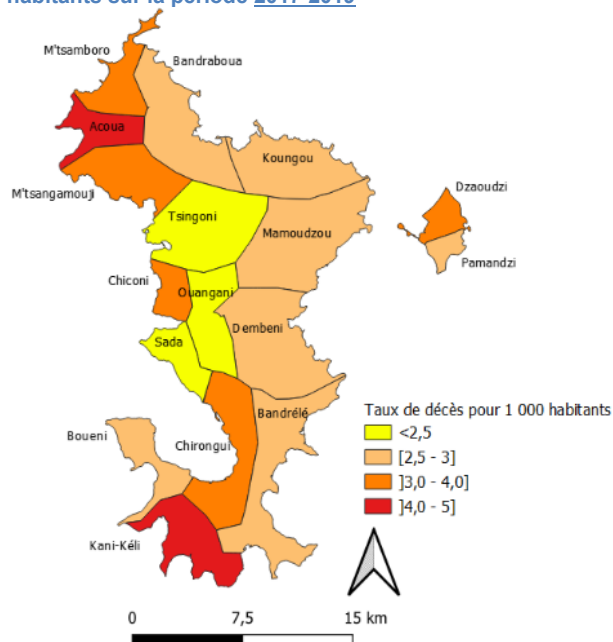
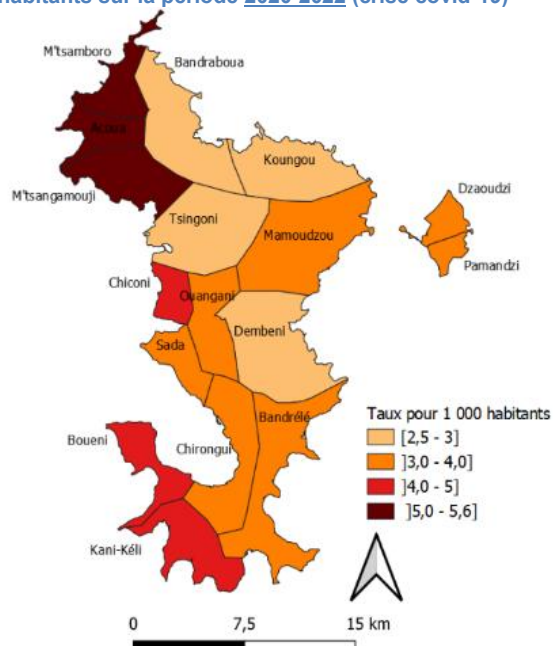


Figure 220 : Taux de décès par commune et pour 1 000 habitants sur la période 2020-2022 (crise covid-19)



Champ : Décès domiciliés

Source : Insee, fichiers d'état civil [196]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

**ARS MAYOTTE**

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Synthèse

CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

Au 1^{er} janvier 2026, 340 000 habitants sont estimés sur le territoire, soit une densité de population particulièrement importante, la 6^{ème} de tous les départements français. Le territoire se caractérisait alors en 2017 par un taux d'accroissement annuel moyen de +3,8 %, le plus fort de France, soit 7 700 personnes de plus, chaque année. L'Insee prévoit alors une population qui pourrait, en moyenne, quasiment doubler vis-à-vis de la dernière estimation fournie : entre 440 000 et 760 000 habitants attendus pour 2050.

La pyramide des âges met en évidence la jeunesse de la population : la moitié des habitants ont moins de 18 ans (*contre un sur cinq pour la France Hexagonale*) et à l'opposé seulement une personne sur vingt a 60 ans ou plus (*contre un quart*). La précarité est omniprésente avec une franche opposition entre le secteur Ouest, aux meilleures conditions de vie, et le secteur Est, plus concerné par la précarité. Le territoire cumule les indicateurs de précarité : les trois quarts de la population vivent en-dessous du seuil de pauvreté national, plus d'un adulte actif sur trois est au chômage (*contre un sur vingt*), un quart des 15 ans ou plus sort du système scolaire avec un diplôme qualifiant (*contre sept sur dix*) et un quart de la population est en situation irrégulière, soit près de 85 000 individus (la moitié des habitants de Mayotte étant de nationalité étrangère).

L'habitat insalubre peuple le paysage de Mayotte, deux résidences principales sur cinq sont en tôle, se substituant au fil des années passées à l'habitat traditionnel en bois, matière végétale ou terre alors que l'habitat en dur est resté stable depuis 1997. On notifie également le surpeuplement des logements avec une moyenne de 1,4 personne par pièce sur tout le territoire (*contre 0,6*).

On relève un très fort déficit d'accès à l'eau à l'intérieur des logements, trois ménages concernés sur dix en 2017, sans progression puisque ce taux était déjà observé en 2012 alors qu'il avait diminué de moitié par rapport à 2007. Les politiques en santé développent alors une stratégie d'implantation des BFM et des rampes afin d'apporter à la fois aux plus démunis de l'eau de consommation de bonne qualité mais aussi lutter contre l'apparition d'épidémie de maladies oro-fécales.

A ces multiples strates successives de précarité s'ajoute également un coût de la vie plus élevé de 10 % par rapport à l'Hexagone, avec un pic à 54 % pour l'alimentation et les boissons non alcoolisées.

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

En 2025, on observe près de 9 100 naissances (+1,8 % par rapport à 2024) après avoir baissé de 18 % l'année précédente. Toutefois, le CHM conserve son rang de première maternité de France, et l'indice conjoncturel de fécondité demeure particulièrement haut avec 3,5 enfants par femme (*contre 1,5 en France Hexagonale*). Fortement en lié au niveau de scolarisation.

Trois couples sur dix unissent une personne née dans un pays étranger et une personne née à Mayotte ou ailleurs en France (*une sur dix*). Dès lors, la moitié des nouveau-nés ont au moins un de leur deux parents français. Par ailleurs, on constate à Mayotte que ce désir d'enfants important diminue d'une génération à l'autre, et les cas extrêmes sont portés ni par les natifs de Mayotte ni par les femmes de tout horizon mais par les hommes natifs de l'étranger. Quant aux taux de grossesses chez les mineures, de 5 %, il place le 101^{ème} département au second rang après la Guyane.

Cet indicateur est à opposer au taux de familles monoparentales de quatre ménages sur dix (*contre trois sur dix*), justifiant certaines difficultés à encadrer les nouvelles générations. Le principal avantage déclaré pour la parentalité est l'aide apportée par les enfants au sein du foyer. On retrouve également ce concept chez les adultes vis-à-vis de leurs aînées, la société Mahoraise se démarquant par une solidarité intergénérationnelle particulièrement forte et permettant de briser de nombreux freins soulevés par la précarité ambiante.

L'espérance de vie est nettement plus faible qu'en France Hexagonale : 7 années de moins chez les hommes et 10 de moins chez les femmes, en 2025. Sans surprise, le taux de mortalité à structure de population équivalente est 1,5 fois plus important et on observe une surmortalité particulièrement plus prononcée chez les femmes de 60 ans ou plus. Ainsi que chez les plus jeunes où la mortalité est également bien plus haute : 2,6 pour 1 000 enfants de moins de 4 ans (*contre 0,9*) et 0,4 pour les 5 à 19 ans (*contre 0,1*).

DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

Par son caractère insulaire, Mayotte fait face naturellement à toute un panel de défis. S'ajoute des enjeux essentiels sur la gestion des déchets puisque, en 2023, sept habitants sur dix en déclarent la présence chez eux ou autour de leur logement. Et avec la même proportion jetant régulièrement ses poubelles en dehors des bacs à ordures ou encore un sur dix qui pense que le matériel électroménager



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

défectueux peut être jeté dans la nature, un renforcement des actions de sensibilisation mais aussi des infrastructures prennent ainsi tout leur sens. D'autant plus que la prolifération des déchets est un facteur de risque essentiel de l'expansion des gîtes larvaires des moustiques (pneus abandonnés, etc.) et des rats (trois ménages sur dix en subissent fréquemment la présence), pour ne citer que deux vecteurs importants de maladies. Autre enjeu de Santé publique, près d'un ménage sur dix évoque la présence de batteries abandonnées, un polluant et un contaminant important des sols.

Si l'air à l'intérieur des logements et dans les villes est de bonne qualité, la surveillance doit primer avec un individu sur cent qui brûle sauvagement des déchets toxiques et six logements sur dix classés en risque sanitaire selon l'indice de chaleur, dont 0,1 % extrême. Les nuisances sonores sont aussi existantes à Mayotte : deux adultes sur cinq s'en plaignent, en provenance notamment des voisins et des véhicules motorisés.

Le lagon, la richesse de la biodiversité et les plages représentent l'un des attraits particulièrement forts de Mayotte. Pourtant deux sites de baignade sur cinq déclarés par les mairies sont interdits suite aux contrôles sanitaires réalisés par l'ARS. Ils sont alors 36 % des adultes ou leurs enfants à aller s'y baigner en 2023. D'autres sites sont également recourus, 9 % pour les rivières, ravines, embouchures, 2 % pour la mangrove, 0,7 % pour les retenues collinaires et 0,8 % pour les caniveaux. Et c'est d'ailleurs pour ces deux derniers lieux de baignade que les problèmes de peau sont les plus souvent déclarés.

Concernant l'exposition au risque solaire, quel que soit le lieu, sur dix habitants seulement un seul s'y expose par plaisir, six autres par contraintes. Quatre habitants sur dix disent être vigilant et se protéger du soleil, et on constate que plus c'est le cas et moins ils déclarent de coups de soleil.

Enfin sur quatorze items distincts de la connaissance du retentissement des facteurs environnementaux sur sa santé, les adultes de l'île se disent bien informés en moyenne pour neuf d'entre eux.

OFFRE DE SOINS

L'offre de soins, aussi bien sur sa composante sanitaire que médico-sociale, est en plein essor avec l'implantation et le développement de multiples structures totalement absentes du territoire il y a encore quelques années (CDS, MSP, HAD, CPTS, clinique privée et...). Du fait d'un maillage optimal, Mayotte dispose aujourd'hui de structures la couvrant intégralement. Sa pierre angulaire est le CHM, situé au centre de l'île. Il s'appuie sur son réseau de centres de consultations, de maternités et de permanences des soins répartis sur les différentes communes. L'ensemble est alors complété par les pharmacies, les PMI, les quatre MSP et les trois CDS présents sur les extrémités du département. Enfin, le sud de l'île et la Petite-Terre s'organisent désormais selon un dispositif en CPTS récemment mis en place. Les établissements médico-sociaux et les associations de prévention permettent à leur tour de couvrir un spectre très large de thématiques en santé au travers d'actions de prévention variées sur le terrain.

Pour autant, si ce maillage permet d'assurer une offre de soins de proximité, les faibles densités de professionnels de santé à Mayotte, avec notamment une densité de médecins généralistes cinq fois plus faible qu'en France Hexagonale, expliquent les difficultés rencontrées par le système de santé. Elles sont d'ailleurs visibles au travers du taux de renoncement aux soins de 45 % par la population (*contre 29 % en France Hexagonale*). En effet, on dénombre un très faible volume d'ophtalmologues, dermatologues, rhumatologues, chirurgiens et autres spécialités pourtant essentielles à l'épanouissement de l'offre de soins, d'autant plus au regard des pathologies présentes sur le territoire. De plus, si les structures sont belles et biens présentes, elles demeurent encore trop faiblement équipées avec seulement 1,4 lit au CHM (*contre 3,3*) ou encore 2,0 en SESSAD (*contre 3,4*). Seuls les SSIAD et SPASAD présentent un meilleur taux d'équipement pour 1 000 individus que la France Hexagonale : 53,9 (*contre 18,0*), ayant triplé en 6 ans.

Les difficultés identifiées sur l'attractivité des professionnels de santé sont : l'insécurité, l'éducation de leurs enfants et l'accès aux transports alors que les points positifs principaux remontés sont la nature du travail, la coordination d'équipe, la confiance des patients et les diverses pathologies spécifiques à Mayotte. Des pistes de réflexion qui permettent d'orienter l'ARS de Mayotte pour son plan d'attractivité. Le système de santé s'est également adapté au déficit de couverture à la sécurité sociale où seulement deux tiers de la population sont affiliés en 2023, et de mutuelle avec un souscripteur sur dix en 2019. Les deux motifs principaux de renoncement aux soins sont les problèmes d'accessibilité et le manque de moyen financier, expliquant entre autres qu'à Mayotte seulement six individus sur dix ont consulté un médecin généraliste il y a moins d'un an (*contre 85 %*), et 22 % un dentiste (*contre 57 %*). En 2016, la médecine traditionnelle concernait 15 à 17 % des adultes pour un recours en première intention et une pathologie jugée sans gravité, et 3 % y avaient recours quel qu'en soit cette perception.

Le CHM comptabilise 43 300 séjours en 2024 (-14 % vis-à-vis de 2023, en lien avec les mouvements sociaux), les Urgences représentent un volume de 58 700 passages en 2023 (+18 % vis-à-vis de 2022), les centres de consultations 172 000 séjours en 2024 (-1,2 % vis-à-vis de 2023), 55 740 pour les permanences de soins en 2024 (+0,8 % vis-à-vis de 2023), 290 HAD en 2024 (-8 % vis-à-vis de 2023)



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

et 315 SSR en 2024 (+27 % vis-à-vis de 2022). On constate aussi 145 000 prises en charge pour les assurés sociaux en 2022 (+8 % vis-à-vis de 2021) et pour l'activité libérale chez cette même partie de la population : 212 000 consultations à un médecin en 2024 (-5 % vis-à-vis de 2023), 55 700 à une sage-femme en 2024 (-7 % vis-à-vis de 2023), 3 700 à un chirurgien-dentiste (+11 % vis-à-vis de 2023) et 2 950 000 actes infirmiers (-9 % vis-à-vis de 2023). Enfin, on constate 5 600 consultations aux CDS de l'île en 2024. En réponse à l'absence de plusieurs filières de prise en charge primordiales, des EVASANS sont organisées avec 1 800 transferts réalisés en 2023 (+13 % vis-à-vis de 2022).

Il ressort des différents profils ayant recours aux différentes offres de soins publiques qu'il s'agit souvent de femmes qui, en 2023, avaient également réalisé 23 200 consultations dans l'une des PMI de l'île, et 32 300 pour les enfants (-6 % vis-à-vis de 2021).

PRINCIPALES PATHOLOGIES

A structure de population équivalente, trois fois plus d'habitants de Mayotte s'estiment en mauvaise santé qu'en France Hexagonale : 21 % contre 7 %. Ils sont 17 % à déclarer un problème de santé chronique et 11 % un handicap limitant, et c'est notamment dès 45 ans que les déclarations augmentent fortement. 4 % déclarent des difficultés sévères pour voir (*similaire à la France Hexagonale*), 9 % à se concentrer ou se souvenir (contre 5 %) et un individu sur deux être atteint de douleurs physiques dont 9 % très intense (*équivalent à l'Hexagone*).

Selon les données standardisées de l'Assurance maladie, les traitements du risque vasculaire représentent le regroupement de pathologies le plus fréquent justifiant d'une prise en charge à Mayotte : 190 ‰ (contre 208 ‰), suivi de loin par le diabète : 104 ‰ (contre 59 ‰) et les traitements du risque vasculaire (hors pathologie) : de 99 ‰ (contre 126 ‰). Le taux pour l'IRCT, bien que faible, attire l'attention en étant l'un des seuls à être deux fois supérieur à l'Hexagone : 3 ‰ (contre 1,3 ‰).

L'indicateur sur le diabète est confirmé par celui de 2019 faisant état d'un adulte de Mayotte sur dix atteint. Il s'ajoute à une prévalence de l'hypertension artérielle de deux individus sur cinq. L'hépatite B doit retenir l'attention, avec un taux en 2024 de 3,6 % d'adultes ayant une infection en cours (contre 0,4 %). Et sur le sujet de la santé sexuelle en 2019, Mayotte était faiblement impactée par les différentes maladies sous surveillance : 0,1 % pour le VIH, 0,4 % pour la syphilis, 0,8 % pour le gonocoque et 0,2 % pour l'hépatite C, chez les 15-69 ans.

Les « grossesses, accouchements et puerpéralité » représentent le premier motif de séjour au CHM : 26 % (contre 3 %). Si l'on en fait abstraction, ainsi que des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et des « Codes d'utilisation particulière », les « maladies de l'appareil respiratoire » : 13 % (contre 6 %), les « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » : 11 % (contre 9 %), et les « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » : 11 % (contre 2 %) ressortent comme les trois premiers motifs de séjour. Ces dernières présentent également avec « certaines maladies infectieuses et parasitaires » des taux de recours standardisés 1,1 à 1,2 fois supérieur à la France Hexagonale. Pour les EVASANS, les principaux motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire : 15 %, les tumeurs : 14 %, expliquant en partie leur sous-représentativité observée à Mayotte, et les maladies du système génito-urinaire : 12 %. Sur le quart de données renseignées associées aux Urgences, l'obstétrique et le « nouveau-né » premier motif de passage. C'est ensuite l'hépto-gastro-entérologie pour les femmes et l'état général, malaise et choc pour les hommes. Sur l'HAD, les MPP dominant sont les soins palliatifs : 24 % (contre 28 %), les pansements complexes et soins spécifiques : 12 % (contre 25 %), et la rééducation neurologique : 11 % (contre 2 %). Pour les SSR, seulement 15 % des séjours sont renseignés et les deux premiers motifs sont les affections du système nerveux, et les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire.

A noter que 15 % des adultes déclarent un accident de la vie courante dans les douze derniers mois et principalement à domicile, dont 3 % entraînant une hospitalisation. Les chutes concernent notamment les personnes âgées, les brûlures les femmes et les coupures ou plaies les jeunes.

Sur la période 2021 à 2023, à structure de population équivalente, la mortalité est, toutes causes confondues, plus importante à Mayotte que dans l'Hexagone, pour les « maladies de l'appareil circulatoire », les « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » dont le diabète sucré, les « maladies de l'appareil respiratoire », les « maladies de l'appareil génito-urinaire » et les « maladies infectieuses et parasitaires ».

CRISES SANITAIRES SUCCESSIVES

Mayotte, située en zone tropicale, présente de nombreuses prédispositions au développement des maladies infectieuses, justifiant un taux standardisé de recours au CHM associé plus important qu'en France Hexagonale. La précarité fortement présente exacerbe alors ces facteurs de risque.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Sans commune mesure le territoire est frappé par de multiples crises sanitaires dont la fréquence s'accroît d'année en année. Mayotte enchaîne ainsi avec l'épidémie de choléra de 1999-2000, de chikungunya en 2006, la crise de la vie chère en 2011, l'épidémie de dengue de 2014, la première crise de l'eau de 2016, la première crise des barrages de 2018, l'épidémie de FVR de 2019, l'épidémie de dengue de 2019-2020, la crise Covid-19 de 2020, l'épidémie de gale de 2022, la seconde crise de l'eau de 2023, les épidémies de choléra et la seconde crise des barrages de 2024. Ce portrait est alors ponctué en fin d'année par les crises « Chido » et « Dikéli ». En 2025, on pourra citer l'épidémie de chikungunya et la remontée du nombre de cas autochtones de l'épidémie de paludisme.

Auxquels s'ajoutent, chaque année ou presque, des épidémies de leptospirose, fièvre typhoïde, GEA, coqueluche, diphtérie et autres plus familières comme la bronchiolite et la grippe. Sans surprise on évoquera alors que lors de la crise Covid-19, sept habitants sur dix justifiaient d'une infection passée (2021), deux tiers pour la dengue (2024) et un tiers pour le chikungunya (2019). Ces conditions complexifient nettement le travail des acteurs en santé présents sur le territoire, qui doivent alors non seulement continuer de développer l'offre de soins et de prévention, mais aussi rechercher et trouver des solutions pour lutter sans relâche contre ces multiples crises sanitaires.

LA PREVENTION

Le développement des actions de sensibilisation et « aller-vers » doit poursuivre, d'autant plus que la moitié des 15 ans ou plus présentent des difficultés en littératie en santé en 2019 (*contre 11 % en France Hexagonale*) et que la population se fait dépister beaucoup moins souvent qu'ailleurs : 8 % n'ont jamais mesuré leur tension artérielle (*contre 2 %*), 87 % des femmes n'ont jamais réalisé de mammographie (*contre 39 %*), 59 % pour le dépistage du col de l'utérus (*contre 20 %*), 94 % des adultes pour celui du cancer colorectal (*contre 72 %*), 97 % pour la coloscopie (*contre 77 %*) et 39 % pour la glycémie (*contre 13 %*). Ce constat justifie la mise en place d'un tissu associatif au dimensionnement important et de campagnes massives et continues de rattrapage vaccinal et de dépistage depuis 2018. Sur les aspects plus préventifs et parmi les autres indicateurs qui interpellent fortement, on relève que trois habitants de 18 ans ou plus sur dix sont en situation d'obésité (*contre trois sur cent*), dont un sur dix sévère ou morbide, notamment chez les femmes : 41 %, et 15 % chez les hommes. Pour autant l'autre versant est aussi bien présent avec un jeune de 5-14 ans sur cinq en situation de maigreur.

La couverture vaccinale, demeure encore plus un enjeu essentiel à Mayotte qu'ailleurs. Ainsi, entre 2010 et 2019, elle ne s'est améliorée que pour une partie des vaccins et des classes d'âge. A l'exception du ROR, les 7-11 ans sont ceux pour lesquels le recul de la vaccination est visible : -41 points pour la coqueluche, -20 points pour le DTP et l'HiB, -14 points pour le BCG. Même constat, dans des différentiels beaucoup moins marqués, pour les 24-59 mois. Cependant, concernant les 14-15 ans et sauf pour le DTP, la couverture progresse sur toutes les valences : +45 points pour le HiB, +20 points pour le ROR et +15 points pour la coqueluche. Les données recueillies chez les adultes laissent présager un rattrapage se faisant « naturellement ». On observe ainsi des taux d'anticorps suffisants dans le sang pour 91 % des 18 ans ou plus contre la poliomyélite, par extrapolation le DTP, et 86 % contre la rubéole, par extrapolation le ROR. Un habitant sur quatre renonce volontairement à la vaccination, évoquant alors le manque de temps, la PAF et le manque de moyen financier.

Sur le sujet de la santé sexuelle, là aussi les indicateurs sont édifiants. Malgré l'implication des professionnels de santé, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant en 2021 : seulement trois sur dix déclarent avoir réalisé plus de trois échographies recommandées (*contre 86 %*). Le non-recours à la contraception reste fort chez celles de 18-44 ans : 44 %, particulièrement lié au nombre d'enfants eus ou d'unions vécues. Les contraceptifs privilégiés sont alors : la pilule pour 64 % des femmes de la classe d'âge évoquée, et l'implant pour 27 %. A relever que 6 % d'entre elles utilisent un moyen de contraception à fort taux d'échec. Quant au recours à l'IVG, le taux est de 18 pour 100 naissances vivantes (*contre 32*).

Sur le plan de la Santé mentale, 20 % des habitants de 15 ans ou plus présentent des symptômes dépressifs (*contre 11 %*), dont 6 % majeurs, notamment les jeunes de 15 à 29 ans. Toutefois, chez les enfants de 10 à 12 ans, les indicateurs demeuraient assez optimistes en 2019, même si la moitié avoue des problèmes de concentration fréquents.

Pour les consommations de tabac et d'alcool, les prévalences sont bien plus faibles à Mayotte qu'en France Hexagonale chez les adultes. Pour autant, les drogues sont bien présentes : 6 % déclarent une expérimentation au cannabis, 3 % chez les mineurs. Et 5 % à la chimique, 4 pour 1 000 pour les 10-12 ans.

Enfin, le renforcement de la politique de prévention est une nécessité puisqu'en 2025 la part de 60 % des moins de 25 ans chutera à 40 % en 2050, tandis que celle des personnes âgées de 65 ans ou plus devrait doubler de 4 % à 8-10 % de la population de Mayotte, soit un volume d'individus compris entre 35 000 et 76 000 individus, contre les 10 250 de 2017.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Références

- [1] Insee, V. Genay et S. Merceron, «256 500 habitants à Mayotte en 2017 : la population augmente plus rapidement qu'avant,» *Insee Analyses*, 2017, Décembre.
- [2] Insee, J. Balicchi, J.-P. Bini, V. Daudin et J. Rivière, «Mayotte, département le plus jeune de France,» *Insee Première*, février 2014, Février.
- [3] Insee, X. Besnard, C. Demaison, A. Dugué, F. Gateau, P. Glénat, P. Goarant, L. Grivet, C. Lesdos, V. Quénechdu, A. Saint-Orens, O. Samson et C. Tchobanian, «France, portrait social,» *Insee Références*, 2021.
- [4] Insee, «Estimations de la population au 1er janvier».
- [5] Insee, L. Besson et S. Merceron, «Entre 440 000 et 760 000 habitants selon l'évolution des migrations - La population de Mayotte à l'horizon 2050,» 2020, Juillet.
- [6] Ined, C.-V. Marie, D. Breton et M. Crouzet, «Mayotte : plus d'un adulte sur deux n'est pas né sur l'île,» 2016, Novembre.
- [7] Insee, J.-P. Bini, V. Daudin et A. Levet, «Recensement : 212 600 habitants à Mayotte en 2012. La population augmente toujours fortement,» *Insee*, 2012, Novembre.
- [8] Insee, C. Chaussy, S. Merceron et V. Genay, «À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère,» *Insee Première*, 2019, Février.
- [9] Ined, D. Breton, C. Beaugendre et F. Hermet, «Quitter Mayotte pour aller où ?,» 2019, Septembre.
- [10] Ined-Insee, C.-V. Marie, D. Breton, M. Crouzet, E. Fabre et S. Merceron, «Migrations, natalité et solidarités familiales : La société de Mayotte en pleine mutation,» *Insee Analyses*, mars 2017, Mars.
- [11] Insee, C. Trouillard, C. Louachéni et M. Morando, «Mayotte : recensement de la population de 2007 - Une population multipliée par quatre en 30 ans,» *Insee Première*, 2009, Avril.
- [12] Insee et M. Morando, «Recensement Général de la Population de Mayotte : 186 452 habitants au 31 juillet 2007,» *Insee Infos*, 2007, Novembre.
- [13] Insee et S. Merceron, «Revenus et pauvreté à Mayotte en 2018 - Les inégalités de niveau de vie se sont creusées,» *Insee Analyses*, 2020, Juillet.
- [14] Insee, M. Brasset et L. Le Pabic, «Enquête budget de famille : Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation,» *Insee Analyses*, 2014, Décembre.
- [15] Insee, M. Dublin et C. Monteil, «Produit intérieur brut 2014 : le pouvoir d'achat individuel augmente de 5 % pour la deuxième année consécutive,» *Insee Flash*, 2017, Octobre.
- [16] Insee et P. Thibault, «Produit intérieur brut : +8,4 % à Mayotte en 2022 dans un contexte de forte hausse des prix,» *Insee Flash*, 2024, Novembre.
- [17] Insee, F. Rageot et C. Planchat, «Le PiB augmente malgré la crise sanitaire. Produit intérieur brut 2020 à Mayotte (résultats provisoires),» *Insee Flash*, 2022, Décembre.
- [18] Insee et P. Luu, «Le revenu des habitants de Mayotte en 2005 : hausse des niveaux de vie et baisse des inégalités,» *Insee Infos*, 2007, Février.
- [19] Insee et C. Grangé, «La consommation stagne et reste très éloignée des standards métropolitains - Enquête Budget de famille 2018,» *Insee Analyses*, 2020, Juillet.
- [20] Insee et J. Mekkaoui, «À Mayotte, des prix plus élevés de 10 %, jusqu'à 30 % pour l'alimentaire,» *Insee analyses Mayotte*, 11/07/2023.
- [21] Insee et F. Rageot, «A Mayotte, la situation sur le marché de l'emploi se dégrade depuis 2019,» *Insee Flash*, 2024, Septembre.
- [22] Insee, A. Fleuret et P. Paillole, «Enquête Emploi Mayotte 2017 - Une hausse de l'emploi qui profite aux femmes,» *Insee Flash*, Février 2018, Février.
- [23] Insee et V. Daudin, «Enquête Emploi 2009 - Un marché de l'emploi atypique,» *Mayotte infos*, 2010, Décembre.
- [24] Insee, A. Fleuret et A. Jonzo, «Un taux de chômage de 30 % - Enquête emploi,» *Insee Flash*, 2019, Novembre.
- [25] Insee, L. Audoux et A. Wilcynski, «Le halo autour du chômage 2,5 à 5 fois plus présent dans les DOM qu'en France Métropolitaine,» *Insee Focus*, 2023, Juin.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



- [26] Insee et A. Jonzo, «2 000 emplois de moins qu'avant la crise sanitaire et forte hausse du chômage - Enquête Emploi 2022 à Mayotte».
- [27] Insee et A. Jonzo, «3 000 emplois en moins pendant le premier confinement,» *Insee Flash*, 2021, Mars.
- [28] Insee, A. Fleuret et P. Paillole, «Un emploi pour trois adultes - Evolution du marché du travail mahorais de 2009 à 2018,» *Insee Flash*, 2019, Septembre.
- [29] Insee et P. Thibault, «Des conditions de vie inégales entre les villages - Les villages de Mayotte en 2017,» *Insee Analyses*, 2019, Octobre.
- [30] Insee, A. Fleuret et P. Paillole, «L'insertion sur le marché du travail à Mayotte - Le diplôme, clé de l'insertion professionnelle,» *Insee Analyses*, 2019, Septembre.
- [31] Insee, «Extraction des données du recensement de la population de 2007, 2012 et 2017».
- [32] Insee, B. Garoche et J. Mekkaoui, «A mayotte, si adultes sur dix sont en difficulté à l'écrit en langue française. Enquête formation tout au long de la vie 2022-2023.,» *Insee Analyses Mayotte*, février 2025, Avril.
- [33] Insee et M. Ah-Woane, «Les naissances repartent légèrement à la hausse,» *Bilan démographique 2025*, 2026, Février.
- [34] ARS Mayotte, J. Balicchi et A. Barbail, «Structural and Predictive Analysis of the Birth Curve in Mayotte from 2011 to 2017,» *Editions Wiley*, 2020, Février.
- [35] Insee et M. Ah-Woane, «Forte baisse des naissances - Bilan démographique 2024 à Mayotte,» *Insee Flash Mayotte*, 2025, Avril.
- [36] Insee et M. Ah-Woane, «Baisse des naissances en 2023, Bilan démographique 2023 à Mayotte, premiers éléments sur 2024,» *Insee Flash*, 2024, Novembre.
- [37] Insee et C. Touzet, «Plus de 10 000 naissances en 2021 et décès en forte hausse,» *Insee Flash*, 2022, Septembre.
- [38] Insee et C. Touzet, «La baisse des naissances se conjugue à la hausse de la mortalité - Bilan démographique 2020 à Mayotte, premiers éléments sur 2021,» *Insee Flash*, 2021, Septembre.
- [39] Insee et C. Touzet, «Les naissances au plus haut comme en 2017 - Bilan démographique 2019 à Mayotte,» *Insee Flash*, 2020, Août.
- [40] Insee et C. Touzet, «Les naissances baissent légèrement,» *Insee Flash*, 2019, Septembre.
- [41] Insee, S. Sui-Seng et C. Touzet, «9 800 naissances en 2017 - Naissances domiciliées en 2017 à Mayotte,» *Insee Flash*, 2018, Septembre.
- [42] Insee, T. Allard et J. Mekkaoui, «Une fécondité toujours élevée. Bilan démographique 2022 à Mayotte, premiers éléments sur 2023,» *Insee Flash*, 2023, Décembre.
- [43] Insee et M. Ah-Woane, «Des familles monoparentales plus fréquentes - Les familles à Mayotte en 2023,» *Insee Flash*, 2026, Février.
- [44] Insee et P. Thibault, «Beaucoup de familles nombreuses - Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017,» *Insee Flash*, 2020, Janvier.
- [45] Insee, S. Merceron et C. Touzet, «Les couples à Mayotte en 2017 - Trois couples sur dix sont mixtes,» *Insee Flash*, 2020, Juillet.
- [46] Insee, C. Louachéni, C. Trouillard et M. Morando, «La croissance démographique reste dynamique,» *Mayotte Infos*, 2009, Avril.
- [47] ARS Mayotte, J. Balicchi, F. Chauvin, A. Barbail et N. Guy, «Enquête Migrations-Famille-Vieillesse : Perception de la parentalité et contraception,» 2020, Octobre.
- [48] Drees, «Extraction des données de l'Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) de 2021,» Février 2023.
- [49] Insee, «L'Etat du logement à Mayotte fin 2013 - Des conditions précaires d'habitat,» *Insee Dossier*, 2017, Juin.
- [50] Insee et P. Thibault, «Evolution des conditions de logement à Mayotte : Quatre logements sur dix sont en tôle en 2017,» *Insee Analyses*, 2019, Août.
- [51] Insee, E. Clain, V. Daudin et H. Le Grand, «Les villages de Mayotte en 2012 : Des conditions de vie meilleures sur le littoral ouest,» *Insee Analyses*, 2014, Décembre.



- [52] ARS-Ined, J. Balicchi, R. Antoine, D. Breton, C.-V. Marie et E. Mariotti, «Une bonne perception de la santé, mais qui se dégrade dès 45 ans malgré la progression de la couverture maladie,» *In Extenson*, 2019, Mai.
- [53] CSSM, «Tableau de bord à destination de l'ARS Mayotte».
- [54] Ministère, «https://www.vie-publique.fr/fiches/24184-quest-ce-que-le-regime-general-de-la-securite-sociale?utm_source=chatgpt.com,» [En ligne].
- [55] CSSM, «Rapports d'activité».
- [56] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».
- [57] Drees-IRDES-Insee, A. Leduc, T. Deroyon, T. Rochereau et A. Renaud, «Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019,» *Les dossiers de la Drees*, 2021, Avril.
- [58] SAE, «Extraction,» [En ligne].
- [59] ARS Mayotte/OI, «Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social».
- [60] SI-DIAMANT, «Extraction des données des professionnels de Santé».
- [61] ARS Mayotte, H. Nzaba-Loundou, K. Said Halidi, J. Balicchi et P. Boutie, «Enquête Attractivité & Pérennisation des Professionnels de Santé à Mayotte : Malgré des difficultés identifiées, trois professionnels de Santé sur cinq recommanderaient l'exercice,» 2022, Octobre.
- [62] Insee-ARS Mayotte, P. Thibault, S. Merceron et J. Balicchi, «Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer,» *Insee Analyses*, 2021, Juillet.
- [63] Ined-ARS Mayotte, R. Antoine, J. Balicchi et A. Barbail, «Un recours et un renoncement aux soins liés à une couverture maladie incomplète,» *In Extenso*, 2020, Octobre.
- [64] ARS Mayotte-Rectorat Mayotte-ORS Mayotte, J. Balicchi, M. Arnaud, F. Mazeau et A. Aboudou, «Santé des jeunes de 10-12 ans en 2019 : focus sur une précarité avérée,» *In extenso*, 2021, Mai.
- [65] CHM, «Extraction du PMSI-Diamant/ATIH».
- [66] ARS OI, «Situation sanitaire Réunion et Mayotte,» 2017, Janvier.
- [67] ATIH, «Indicateurs Scan Santé».
- [68] CHM, «Extraction SI du CHM».
- [69] SNDS, «Extraction».
- [70] Ameli.fr, «Extraction du site de l'Assurance Maladie».
- [71] Conseil départementale, «Schéma directeur 2023».
- [72] PMI et A. Prual, «Rapport d'activité 2021 des PMI».
- [73] Ined, Extraction des données de l'enquête Migrations-Famille-Vieillesse de 2016.
- [74] CHM, «Rapports Evasan».
- [75] Drees, «Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale,» Juin 2023.
- [76] SpF, «La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique,» Mai 2019.
- [77] ARS Mayotte-CNRS-ORS Mayotte-Eurofins Biomnis, J. Balicchi, MODCOV19, A. Aboudou, M. Jean et C. Coignard, «Sept habitants sur dix ont été atteints par la Covid-19,» *In Extenso*, 2022, Juin.
- [78] Drees, «Extraction des données sur la littératie en santé à Mayotte en 2019,» Juin 2023.
- [79] ARS-ORS-URPS Infirmiers OI-Eurofins Biomnis, J. Balicchi, A. Aboudou, M. Ransay-Colle, C. Coignard et A. Soares, «Une très forte méconnaissance de sa propre situation vaccinale à Mayotte,» *In Extenson*, 2025, Mars.
- [80] SpF, «Rapport enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2019,» 2022.
- [81] SpF-ARS, M. Subiros, A. Barbail et C. Larsen, «Evaluation épidémiologique de la campagne de rattrapage vaccinal chez les enfants de moins de 6 ans à Mayotte,» 2018, Juin.
- [82] ARS Mayotte, «Extractions de l'enquête de séroprévalence Covid-19 à Mayotte de 2021».
- [83] InVS, M. Vernay, B. Ntab, A. Malon, P. Gandin, D. Sissoko et K. Castetbon, «Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude NutriMay,» 2006.



- [84] ARS Mayotte-ORS Mayotte-Rectorat Mayotte, J. Balicchi, A.-M. Aourousseau, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «A 10-12 ans, les filles sont trois fois plus touchées par le surpoids que les garçons de Mayotte,» *In extenso*, 2022, Septembre.
- [85] InVS, J. Solet et N. Baroux, «Étude Maydia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte,» 2008.
- [86] SpF, V. Deschamps, I. Soulaïmana, J. Chesneau, D. Jezewski-Serran, P. Bernillon, B. Salanave, C. Verdot et Y. Hassani, «Etat nutritionnel de la population mahoraise enfants et adultes : résultats de l'étude Unono Wa Maoré 2019 et évolutions depuis 2006,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, Mai.
- [87] SpF-CHM, C. de Latour, M. Subiros, F. Parenton, L. Filleul, A. Chamouine et Y. Hassani, «Le déficit en thiamine (Vitamine B1) toujours endémique en 2021 à Mayotte,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, Mars.
- [88] Insee, L. Audoux et C. Mallemanche, «En 2017, les dépenses de consommation des ménages des DOM sont moindres qu'en métropole,» 2020, Janvier.
- [89] ARS-Mayotte-SpF, «Santé Périnatale à Mayotte. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021).», Septembre 2023.
- [90] ARS-SpF, F. Parenton et Y. Hassani, «Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte,» *In Extenso*, 2018, Octobre.
- [91] Inserm-EPOPé, H. Cinelli, N. Lelong et C. Le Ray, «Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2021,» 2022, Octobre.
- [92] Répéma-ARS, «Panels des indicateurs de santé périnatale à Mayotte,» 2016 à 2022.
- [93] OMS, «Santé mentale en population générale : Images et Réalité - Mayotte,» 2019.
- [94] Insee, E. Flourey, J. Mekkaoui, S. Meceron et P. Thibault, «A Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole,» *Insee Analyses*, 2022, Février.
- [95] Insee et C. Grangé, «Six habitants sur dix se sentent en insécurité - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Flash*, 2021, Novembre.
- [96] Insee et C. Grangé, «Une délinquance hors norme - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Analyses*, 2021, Novembre.
- [97] ORS Mayotte-ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, Y. Kilani, J. Balicchi, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «Santé des jeunes de 10-12 ans : la moitié des enfants déclarent des difficultés pour se concentrer,» *In extenso*, 2023, Février.
- [98] Drees, Fabrice Lenglard, Valérie Bauer-Eubriet, Céline Roux, Elisabeth Castaing et Julie Eneau, «En France, une personne sur sept, âgée de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021,» Février 2023.
- [99] A.-O.-U. I. O.-E. Biomnis, J. Balicchi, M. Ransay-Colle, A. Peyré, E. Salime, G. Panteix et A. Aboudou, «Une consommation de tabac, alcool et psychotropes à Mayotte très masculine,» *In Extenso*, 2025, Mars.
- [100] SpF, R. Andler, M. Ruella, J.-B. Richard, Y. Hassani, R. Guignard, G. Quatremère et V. Nguyen-Thanh, «Consommation de substances psychoactives à Mayotte - Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maoré 2019,» 2022, Octobre.
- [101] Anses, «[https://www.anses.fr/fr/content/lanses-propose-de-classer-le-cannabidiol-cbd-comme-presume-toxique-pour-la-reproduction#:~:text=Sant%C3%A9%20et%20environnement,L'Anses%20propose%20de%20classer%20le%20cannabidiol%20\(CBD\)%20comme,toxique%20pour%20la%20repr.](https://www.anses.fr/fr/content/lanses-propose-de-classer-le-cannabidiol-cbd-comme-presume-toxique-pour-la-reproduction#:~:text=Sant%C3%A9%20et%20environnement,L'Anses%20propose%20de%20classer%20le%20cannabidiol%20(CBD)%20comme,toxique%20pour%20la%20repr.),» 2025. [En ligne].
- [102] A. Cadet-Taïrou et M. Grandilhon, «L'offre, l'usage et l'impact des consommations de "chimiques" à Mayotte : une étude qualitative,» 2018, Mai.
- [103] MDPH, «Données fournies».
- [104] CSSM, «Tableau de bord».
- [105] <https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie/>.
- [106] <https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701>.
- [107] <https://meteofrance.yt/fr/actualites/la-saison-des-pluies-2021-2022-mayotte>.
- [108] G. Le Goff et V. Robert, «Les moustiques (Diptera : Culicidae) de Mayotte : protocole d'étude, inventaire des espèces, structures des communautés, et biogéographie,» 2014, Février.



- [109] ARS Mayotte, UMR CNRS 5208, Université Claude Bernard Lyon 1, UMR CNRS 7348, Université de Poitiers, UMR CNRS 6205, Université de Bretagne Occidentale, ORS Mayotte, H. G. Nzaba-Loundou, J. Balicchi, A.-B. Idaroussi, C. Dugourd-Camus, M. Saindou, M. Ransay-Colle, A. Andjilani, F. Clavier, S. Manou-Abi, V. Calvez et A. Aboudou, «Maladies vectorielles & comportements associés à Mayotte,» *In Extenso*, 2025, Juillet.
- [110] ARS Mayotte-ORS Mayotte, J. Balicchi, Y. Kilani, N. Paragot, H. G. Nzaba-Loundou, H. Rumaux, A. Andjilani, M. Courtois, S. Manou-Abi, A. Aboudou, M. Ransay-Colle et A. Akbaraly, «Etude Unono Langa : Une photographie du paysage mahorais,» *In Extenson*, 2025, Mars.
- [111] Anses, «https://www.anses.fr/fr/system/files/Tableau_VGAI_Avril2021.pdf,» 2021, Avril.
- [112] G. Winterling, «The Assessment of Sultriness. Part I : A temperature-humidity index based on human physiology and clothing science,» *Journal of applied meteorology and climatology*, 1979, Juillet.
- [113] Association Hawa Mayotte, «Données complémentaires fournies».
- [114] <https://www.airparif.asso.fr/les-particules-fines>.
- [115] Association Hawa Mayotte, «Bilan de l'évaluation préliminaire des PM2.5 dans l'air ambiant à Mayotte - 2019 à 2021».
- [116] Association Hawa Mayotte, «Bilan des mesures de la qualité de l'air à Kawéni en 2020».
- [117] Association Hawa Mayotte, «Bilan des émissions de polluants atmosphériques et Gaz à Effet de Serre à Mayotte,» 2022, Février.
- [118] ORS Mayotte-ARS Mayotte, U. Rustico Alanmenou, Z. Toibibou, J. Balicchi, A. Andjilani, N. Metayer, A. Aboudou, H. Rumaux, S.-O. Nassur et M. Courtois, «Accès, gestion de l'eau et assainissement à Mayotte : Pratiques d'hygiène et défis de qualité dans les ménages,» *In Extenso*, 2025, Juillet.
- [119] ORS Mayotte, ARS Mayotte, U. Rustico Alanmenou, J. Balicchi, A. Andjilani, M.-L. Courtois, H. Rumaux, M. Ransay-Colle et A. Aboudou, «Mayotte et la réalité méconnue des nuisances sonores,» *In Extenso*, 2025, Mars.
- [120] Bruit Paris, «Echelle des décibels,» 2024, Juillet.
- [121] DAAF, «<https://daaf.mayotte.agriculture.gouv.fr/danger-des-pesticides-dans-les-vegetaux-a-mayotte-a661.html#:~:text=Les%20contr%C3%B4les%20men%C3%A9s%20par%20le,conformit%C3%A9%20d%C3%A9passant%20souvent%20les%2070%25.,,>» 2024, Août. [En ligne].
- [122] ARS Mayotte, «Qualité de l'eau aux robinets».
- [123] ARS Mayotte, «Qualité des eaux de baignade».
- [124] ARS Mayotte, ORS Mayotte, Z. Toibibou, J. Balicchi, N. Metayer, A. Andjilani, M. Ransay-Cole et A. Aboudou, «Lieux de baignade et risque solaire - Etude Uno Langa,» *In extenso*, 2024, Décembre.
- [125] esthederm, «Soleil et vieillissement de la peau,» Institut Esthederm, 30 05 2022. [En ligne]. Available: <https://www.esthederm.fr/blog/post/soleil-et-vieillissement-de-la-peau.html>. [Accès le 08 04 2024].
- [126] Organisation mondiale de la Santé, «Rayonnement ultraviolet (UV) et cancer de la peau,» Organisation mondiale de la Santé, 16 10 2017. [En ligne]. Available: [https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer). [Accès le 06 04 2024].
- [127] ARS Mayotte, ORS Mayotte, J. Balicchi, U. Rustico Alanmenou, H. Rumaux, A. Andani, M. Ransay-Cole et A. Aboudou, «Etude Unono Oulanga : Accidents de la vie courante,» *In Extenson*, 2024, Décembre.
- [128] Scan Santé, «https://scansante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.accueil_hd.sas,» Extraction. [En ligne].
- [129] ORS Mayotte et A. Aboudou, «L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale à Mayotte,» *Tableau de bord*, 2018, Septembre.
- [130] SpF-CHM, C. Grave, L. Calas, M. Subiros, M. Ruello, Y. Hassani, A. Gabet, O. Pointeau, M. Angue et V. Olié, «L'Hypertension artérielle à Mayotte : prévalence, connaissance, traitement et contrôle en 2019,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, mars.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

- [131] SpF, A. Azaz, D. Jezewski-Serra, M. Ruello, Y. Hassani, C. Piffaretti et S. Fosse-Edorh, «Estimation de la prévalence du diabète et du prédiabète à Mayotte et caractéristiques des personnes diabétiques,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, mars.
- [132] SpF, «Surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes. Bilan des données 2024,» *Bulletin de Santé Publique*, 2025, Novembre.
- [133] SpF, «Surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes. Bilan des données 2023,» *Bulletin de Santé Publique*, 2024, Novembre.
- [134] SpF-CNR hépatites B, C, D-ARS Mayotte, C. Brouad, N. Ndeikoundam Ngangro, F. Lot, F. Cazein, S. Chevaliez, E. Gordien, M. Jean, H. Youssouf et M. Ruello, «Prévalence des IST bactériennes, du VIH et des hépatites B, C et delta en population générale à Mayotte, enquête Unono Wa Maore 2018-2019,» *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*, 2022, Juin.
- [135] SpF-CNRHV-ARS, C. Brouard, F. Parenton, Y. Hassani, S. Chevaliez, E. Gordien, M. Jean, M. Bruyand, S. Vaux, F. Lot et M. Ruello, «Hépatites B, C et Delta en population générale adulte vivant à Mayotte, enquête Unono Wa Maoré 2018-2019,» 2022, Février.
- [136] Inserm-CépiDC, «Extraction des données de mortalité».
- [137] SpF, «Surveillance de la grippe à Mayotte,» *Le point épidémio*, Août 2022.
- [138] Cufr-Université de Poitiers-ARS Mayotte, S. Manou-Abi, Y. Slaoui et J. Balicchi, «Estimating the state of the Covid-19 epidemic curve in Mayotte during the period without vaccination,» 2022, Janvier.
- [139] ARS Mayotte, «Données du DéSUS».
- [140] R. Métras, «L'approche "One Health" pour mieux contrôler les infections zoonotiques,» *Tribune Lefigaro*, 2022, Janvier.
- [141] Y. Kim, L. Dommergues, A. Ben M'sa, P. Mérot, E. Cardinale, J. Edmunds, D. Pfeiffer, G. Fournié et R. Métras, «Livestock trade network : potential for disease transmission and implications for risk-based surveillance on the island of Mayotte,» 2018, Août.
- [142] Inserm-SpF, R. Métras, J. W. Edmunds, C. Youssouffi, L. Dommergues, G. Fournié, A. Camacho, S. Funk, E. Cardinale, G. Le Godais, S. Combo, L. Filleul, Y. Hassani et M. Subiros, «Estimation of Rift Valley fever virus spillover to humans during the Mayotte 2018-2019 epidemic,» 2020, Septembre.
- [143] Inserm-SpF, J. Bastard, G.-A. Durand, F. Parenton, Y. Hassani, L. Dommergues, J. Paireau, N. Hozé, M. Ruello, G. Grard, R. Métras et H. Noël, «Reconstructing Mayotte 2018-2019 Rift Valley Fever outbreak in humans by combining serological and surveillance data».
- [144] SpF, I. Quatresous, D. Jeannel et D. Sissoko, «Epiépidémiologie du paludisme à Mayotte - Etat des lieux 2003 à 2004 et propositions,» 2005, Novembre.
- [145] ARS Mayotte, «Données de la LAV».
- [146] Spf, CHM, ARS, N. Baroux, P. Gabrié, S. Durand, J.-L. Solet, I. Quatresous, N. Elissa, A. Achirafi, E. Balleydier et D. Sissoko, «Situation épidémiologique du paludisme à Mayotte en 2003 et 2004,» 2007, Décembre.
- [147] SpF, ARS, CHM, J.-L. Solet, E. Balleydier, I. Quatresous, M.-A. Sanquer, P. Gabrié, N. Elissa, A. Achirafi et V. Pierre, «Situation épidémiologique du paludisme à Mayotte, France en 2005 et 2006,» 2007, Décembre.
- [148] InVS, CHM, ARS, N. Baroux, P. Gabrié, S. Durand, J.-L. Solet, I. Quatresous, N. Elissa, A. Achirafi, E. Balleydier et D. Sissoko, «Paludisme à Mayotte - Etat des lieux au 31 décembre 2007, période 2003 à 2007,» 2007, Décembre.
- [149] CHU La Réunion, Inserm, SpF, ARS Mayotte, CHM, O. Maillard, F. Pagès, A. Achirafi, J.-F. Lepère, P. Rabarison et L. Filleul, «Surveillance du paludisme à Mayotte entre 2007 et 2016,» 2017, Avril.
- [150] Santé Publique France, «Surveillance épidémiologique à Mayotte,» *Bulletin*, 2026, Février.
- [151] ARS Mayotte-Mlézi Maoré, J. Perez, A. Ahmed, T. Cholin, H. Nzaba Loundou, J. Balicchi, E. Destres, O. Brahic et M. Jean, «Epidémies de gale dans un territoire d'outremer,» *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*, 2023, Mai.
- [152] SpF, «Semaine 03 (du 15 au 21 janvier 2024),» *Point épidémio*, 2024, Janvier.
- [153] SpF, «Les infections à entérovirus en France. Bilan annuel 2024 et bilan provisoire 2025,» *Edition nationale*, 2025, Juillet.


ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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

- [154] SpF, «N°66,» *Le point épidémio*, 2012, Octobre.
- [155] SpF, «Epidémie de conjonctivites à Mayotte,» *Point épidémio*, 2012, Avril.
- [156] SpF, «N°28,» *Bulletin de veille sanitaire*, 2015, Novembre.
- [157] SpF, «Surveillance des appels aux centres 15 et de l'activité des urgences hospitalières à La Réunion et à Mayotte : semaines 26 & 27 du 25 juin au 8 juillet 2012,» *Le point épidémio*, 2012, Juillet.
- [158] SpF, «Choléra à Mayotte,» *Point épidémio*, 2024, Juillet.
- [159] CHM-ARS Mayotte, A. de Brettes, G.-Y. de Carsalade, F. Petinelli, T. Benoit-Cattin, X. Coulaud, D. Sassier et D. Polycarpe, «Le choléra à Mayotte,» 2001, Février.
- [160] SpF, V. Henry, A. Lapostolle, K. Madi, M. Soler et H. Youssouf, «La coqueluche,» *Bulletin de surveillance*, 2024, Septembre.
- [161] SpF, «Surveillance épidémiologique à Mayotte,» *Bulletin épidémiologique régional*, 2025, Août.
- [162] SpF, «Recrudescence de cas de coqueluche à,» *Point épidémio*, 2018, Juin.
- [163] SpF, «Surveillance des appels aux centres 15 et de l'activité des urgences hospitalières à la Réunion et à Mayotte,» *Point épidémio*, 2013, Août.
- [164] SpF, «Leptospirose, rétrospective de l'année 2022,» *Point épidémio*, 2022.
- [165] SpF-CNR Pasteur-CHM-ARS Mayotte, T. Lernout, P. Bourhy, L. Collet, E. Durquét, A. Achirafi et L. Filleul, «La leptospirose, une maladie à surveiller à Mayotte. Résultats d'une étude de séroprévalence,» 2013, Janvier.
- [166] SpF-CHM-ARS Mayotte-CNR Pasteur, F. Pagès, L. Collet, S. Henry, T. Margueron, A. Achirafi, P. Bourhy, M. Picardeau, T. Lernout et L. Filleul, «Leptospirose à Mayotte : Apports de la surveillance épidémiologique, 2008 à 2015,» 2016, Novembre.
- [167] spF, «Surveillance épidémiologique de la leptospirose à Mayotte - Bilan 2025 et situation 1er trimestre 2026,» 2026, Mars.
- [168] SpF, «N°14,» *Bulletin de veille sanitaire*, 2011, Décembre.
- [169] SpF, «N°20,» *Point épidémiologique*, 2013, Avril.
- [170] SpF, «N°57,» *Point épidémiologique*, 2012, Septembre.
- [171] SpF, «Surveillance des MDO de 2019 à 2022,» *Bulletin de santé publique*, 2023, Juillet.
- [172] SpF, «Surveillance épidémiologique à Mayotte,» *Bulletin épidémiologique régional*, 2025, Novembre.
- [173] CHM, G.-Y. de Carsalade, C. Decrock, T. Benoît-Cattin, L. Collet, A. de Brettes et M. Ahmed Abdou, «La typhoïde à Mayotte en 2007-2008,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2010, Juillet.
- [174] SpF, «Surveillance des maladies à déclaration obligatoire à Mayotte, 2019-2022,» *Bulletin de Santé Publique*, 2023, Juillet.
- [175] SpF, «Extraction de l'enquête Unono Wa Maoré de 2019».
- [176] ARS Mayotte-ORS Mayotte-CNRS, H. G. Nzba-Loundou, J. Balicchi, A.-b. Idaroussi, C. Dugourd-Camus, M. Saindou, M. Ransay-Colle, A. Andjilani, F. Clavier, S. Manou-Abi, V. Calvez et A. Aboudou, «Maladies vectorielles & comportements associés à Mayotte,» *In Extensio*, 2025, Août.
- [177] SpF-ARS Mayotte-CHM-CHU Bordeaux, D. Sissoko, A. Moendandze, D. Malvy, C. Giry, K. Ezzedine, J.-L. Solet et V. Pierre, «Seroprevalence and Risk Factors of Chikungunya Virus Infection in Mayotte, Indian Ocean, 2005-2006: A Population-Based Survey,» *PLOS one*, 2008, Août.
- [178] SpF-CNR Arboviroses-Inserm-ARS Mayotte, G. Ortu, G. Grard, F. Parenton, M. Ruello, M.-C. Paty, G. A. Durand, Y. Hassani, H. De Valk et H. Noël, «Long lasting anti-IgG chikungunya,» *PLOS One*, 2023, Mai.
- [179] SpF, «Surveillance épidémiologique à Mayotte,» *Bulletin*, 2026, Mars.
- [180] E. Balleydier, R. Dekkak, V. Guernier, L. Filleul et SpF-CH de La Réunion, «Epidémiologie de la tuberculose : situation mondiale, régionale et nationale,» *Bulletin de veille sanitaire*, 2012, Novembre.



- [181] B. du Reau de la Gaignonnière, A.-M. de Montera, M.-C. Receveur et CHM, «Tuberculose à Mayotte : état des lieux après l'instauration d'un centre antituberculeux en 2009,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2012, Juin.
- [182] J. Raslan-Loubatié, A. Achirafi, D. Oussaïd, H. Saïdy, A.-M. de Montera, T. Lernout, S. Larrieu, L. Filleul et SpF-ARS Mayotte-CHM, «La lèpre, une maladie endémique à Mayotte : état des lieux en 2006-2011,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2013, Décembre.
- [183] G.-Y. de Carsalade, A. Achirafi, B. Flageul et ARS Mayotte-CHM, «Lèpre dans la collectivité départementale de Mayotte en 2005,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2006, Novembre.
- [184] G. Y. de Carsalade, A. Achirafi, B. Flageul et ARS Mayotte-CHM, «La lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte (Océan Indien),» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1999.
- [185] Santé Publique France, «Surveillance épidémiologique à Mayotte,» *Bulletin*, 2026, Février.
- [186] Santé Publique France, «Bulletin du 24 février 2026,» *Surveillance sanitaire à Mayotte*, 2026, Février.
- [187] SpF, M. Ruello, M. Subiros, Y. Hassani, E. Brottet, P. Vilain, J.-L. Solet et L. Filleul, «Dispositif de surveillance épidémiologique à Mayotte pendant la période des coupures d'eau en 2016-2017,» *BEH*, 2017, Juillet.
- [188] SpF, C. Durand, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique à Mayotte*, 2025, Mars.
- [189] SpF, C. Durand, L. Filleul, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - surveillance épidémiologique à Mayotte*, 2025, 27 Février.
- [190] E. Fougere, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, P. Malfait, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone Chido*, 2025, 20 Février.
- [191] SpF, E. Fougère, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, P. Malfait, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone Chido*, 2025, 13 Février.
- [192] SpF, A. Lapostolle, K. Madi, Q. Mano, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique adaptée suite au cyclone Chido*, 2024, Décembre.
- [193] SpF, L. Filleul, V. Henry, A. Herteau, G. Heuzé, A. Lapostolle, K. Madi, Q. Mano, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone Chido*, 2025, 15 Janvier.
- [194] SpF, V. Henry, D. Pognon, G. Heuze, A. Herteau, A. Lapostolle, K. Madi, Q. Mano, M. Soler, L. Filleul et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone chido*, 2025, 23 Janvier.
- [195] Insee, «Espérances de vie par département».
- [196] Insee, «Extraction fichiers d'état civil».
- [197] Insee-ARS, C. Chaussy, S. Merceron et J. Balicchi, «Les décès à Mayotte en 2016 : Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus,» *Insee Flash*, avril 2018, Mai.
- [198] ORS, «Extraction outil OR2S».
- [199] ORS et M. Ricquebourg, «Les conduites addictives à Mayotte,» 2017, Mars.



De la V3.0.0 à la V4.0.0

- **Suppression** de la fiche « Couverture vaccinale » du chapitre II ;
- **Suppression** de la fiche « Santé sexuelle » du chapitre II ;
- **Suppression** de la fiche « Nutrition-Santé » du chapitre II ;
- **Mise à jour** coquilles, syntaxes et mises en page ;
- **Suppression** de la note de bas de page mentionnant le changement de format du recensement de la population à Mayotte, initialement passée sur un format annualisé, ce dernier a été relancé selon l'ancien format finalement, p.7 ;
- **Mise à jour** de la population de Mayotte au 1^{er} janvier 2026 suite à la publication des estimations de population annuelle, *Figure 2, Note de bas de page N°4*, p.7 ;
- **Ajout** histogramme sur le taux d'emploi par profil de population en 2023, *Figure 14*, p. 13 ;
- **Mise à jour** des données sur l'illettrisme de 2022 publiées par l'Insee, *Figure 17*, p.14 à 15 ;
- **Correction** du pourcentage de baisse du nombre de naissances survenues entre 2023 et 2024, ~~12 %~~ ► 14 %, p. 15 ;
- **Mise à jour** des données sur les naissances survenues en 2024 au CHM et ses maternités périphériques, *Tableaux 5, Figure 18*, p.15 à 17 ;
- **Mise à jour** des données sur les naissances domiciliées en 2025 publiées par l'Insee, *Tableaux 4, Figure 19*, p.15 à 16 ;
- **Ajout** nombre de naissances domiciliées hors Mayotte en 2014, 2015 et 2016, publiés par l'Insee, *Note de bas de page N°19*, p. 16 ;
- **Correction** des indices de fécondités de 2021 : 4,6 ► 4,7, 2022 : 4,7 ► 4,6 et 2023 : 4,5 ► 4,2 suite à l'actualisation des données de l'Insee, *Tableau 4*, p.16 ;
- **Ajout** de la courbe de l'ICF par classe d'âge à Mayotte et en Hexagone selon les données publiées par l'Insee, *Figure 21*, p. 17 ;
- **Mise à jour** des premières données 2023 sur les familles monoparentales publiées par l'Insee, p. 18 ;
- **Mise à jour** du taux d'affiliation à la sécurité sociale en 2024 depuis le tableau de bord de la CSSM, p. 24 ;
- **Suppression** de la note de bas de la page sur la PUMa qui était erronée, p. 24 ;
- **Mise à jour** de l'état des lieux des structures sanitaires à Mayotte, *Figure 41*, p. 25 à 26 ;
- **Mise à jour** de la carte des structures médico-sociales à Mayotte, *Figure 42*, p. 28 ;
- **Mise à jour** du taux d'équipements en lits et places en MCO au CHM suite à l'actualisation des données 2024 de la SAE, *Tableau 6*, p.28 ;
- **Mise à jour** du nombre d'IRM et scanners réalisés suite à l'actualisation des données 2024 de la SAE, *Tableau 7*, p.29 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur le recours au CHM, p. 38 à 39 ;
- **Ajout** du taux de recours au CHM par habitant en France Hexagonale, p. 38 ;
- **Ajout** de caractéristiques supplémentaires sur le recours au CHM, p. 39 ;
- **Ajout** sur la carte ventilant le nombre de motifs de séjour au CHM par commune, les taux de recours pour chacune d'elle ainsi que les pourcentages d'augmentation ou diminution entre 2023 et 2014, *Figure 57*, p. 39 ;
- **Ajout** du nombre de recours au CHM en 2023 par classe d'âge et par sexe, se substituant à la précédente figure moins détaillée, *Figure 58*, p. 39 à 40 ;
- **Ajout** du taux de recours aux SSR par habitant en France Hexagonale, p. 38 ;
- **Mise à jour** du recours MCO au CHM suite à l'actualisation des données 2024 de la SAE, *Figures 59 & 60*, p.40 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur les SSR, p. 40 ;
- **Ajout** de la définition et de caractéristiques supplémentaires sur les SSR, p. 40 ;
- **Ajout** du nombre de recours aux SSR en 2023 par classe d'âge, se substituant à la précédente figure moins détaillée, *Figure 61*, p. 41 ;
- **Ajout** de la définition et de caractéristiques supplémentaires sur l'HAD, p. 41 ;
- **Ajout** du taux de recours à l'HAD par habitant en France Hexagonale, p. 41 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur l'HAD, p. 41 à 42 ;
- **Ajout** du taux de recours par habitant à l'HAD en 2022 et 2023 par commune, *Figure 63*, p. 42 ;
- **Ajout** du nombre de recours à l'HAD en 2023 par classe d'âge, se substituant à la précédente figure moins détaillée, *Figure 64*, p. 42 ;
- **Ajout** de caractéristiques supplémentaires sur les passages aux RPU, p. 43 ;
- **Ajout** du taux de passages aux RPU par habitant en France Hexagonale, p. 43 ;



- **Ajout** de la carte ventilant par commune le nombre de motifs de passages aux RPU en 2023, *Figure 66*, p. 43 ;
- **Ajout** du nombre de passages aux RPU en 2023 par classe d'âge, *Figure 67*, p. 43 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur les centres de consultations, p. 44 à 45 ;
- **Correction** du nombre de recours aux centres de consultations de 2023 qui initialement tenait compte des consultations externes également : ~~191 478~~ ► 173 899, p.44 ;
- **Ajout** de caractéristiques supplémentaires sur le recours aux centres de consultations, p. 44 ;
- **Ajout** du nombre de recours aux centres de consultations en 2023 par classe d'âge et par sexe, se substituant à la précédente figure moins détaillée, *Figure 70*, p. 44 à 45 ;
- **Ajout** des dates de fermetures des différents centres de consultations, *Figure 71*, p. 45 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur les permanences des soins, p. 45 ;
- **Ajout** de caractéristiques supplémentaires sur le recours aux permanences des soins, p. 45 à 46 ;
- **Ajout** du nombre de recours aux permanences des soins en 2023 par classe d'âge et par sexe, se substituant à la précédente figure moins détaillée, *Figure 75*, p. 46 ;
- **Augmentation** de la partie sur le recours aux CDS en focalisant sur l'exploitation complète de l'année 2024 suite à la première extraction des données du SNDS, *Figures 76, 77 & 78*, p. 47 ;
- **Ajout** des volumes de consultations et d'actes soins aux médecins généralistes libéraux, médecins spécialistes libéraux sage-femmes libérales, chirurgiens-dentistes libéraux, infirmiers libéraux et masseurs kinésithérapeutes libéraux, p. 48 ;
- **Ajout** de la carte des taux de consultations et d'actes de soins aux médecins généralistes libéraux, médecins spécialistes libéraux sage-femmes libérales, chirurgiens-dentistes libéraux, infirmiers libéraux et masseurs kinésithérapeutes libéraux, *Figure 80*, p. 48 ;
- **Mise à jour** de la part d'affiliés ayant bénéficié d'une Evasan en 2023, p. 52 ;
- **Ajout** de la part de moins de 15 ans et de plus de 60 ans ayant bénéficié d'une Evasan, *Figure 85*, p. 52 ;
- **Mise à jour** du nombre d'Evasan en 2023 et homogénéisation de la ventilation par classe d'âge, *Figure 86*, p. 52 ;
- **Suppression** de la mention erronée d' « un taux de renoncement aux soins » de « 38 % » à Mayotte, p. 53 ;
- **Correction** de la part n'ayant jamais contrôlé leur taux de cholestérol en 2019 : ~~49~~ ► 50, par erreur d'arrondi, p.55 ;
- **Ajout** de la part de la population ayant mesuré leur tension artérielle en France Hexagonale, Guyane, Martinique, Guadeloupe et La Réunion, *Note de bas de page N°85*, p. 55 ;
- **Ajout** de la part de la population ayant mesuré leur cholestérol en France Hexagonale, Guyane, Martinique, Guadeloupe et La Réunion, *Note de bas de page N°86*, p. 55 ;
- **Ajout** de la part de la population ayant mesuré leur glycémie en France Hexagonale, Guyane, Martinique, Guadeloupe et La Réunion, *Note de bas de page N°87*, p. 55 ;
- **Ajout** des profils à risque de ne pas être à jour de ses vaccins chez les enfants de moins de 15 ans à Mayotte et en 2019 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Couverture vaccinale », *Figure 96*, p. 59 ;
- **Ajout** des lieux de vaccination des enfants de moins de 15 ans à Mayotte et en 2019 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Couverture vaccinale », p. 59 ;
- **Ajout** de la figure sur le recours actuel à la contraception à Mayotte selon le pays de naissance, l'âge et le fait d'avoir un enfant en 2016 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé sexuelle », *Figure 102*, p. 66 ;
- **Ajout** du tableau sur les motifs cités pour lesquelles les femmes de Mayotte ne prennent pas de contraceptif en 2016 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé sexuelle », *Tableau 22*, p. 66 ;
- **Ajout** du tableau sur les contraceptifs utilisés et cités par les femmes de Mayotte en 2016 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé sexuelle », *Tableau 23*, p. 67 ;
- **Ajout** des éléments sur le rapport à la sexualité chez les 10-12 ans depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé sexuelle », p. 67 ;
- **Correction** du taux d'IVG pour 100 naissances en 2021 suite à l'actualisation des estimations de population de l'Insee : ~~45,5~~ ► 15,4, *Tableau 24*, p.67 ;
- **Mise à jour** du nombre d'VG en 2022, *Tableau 24*, p. 67 ;
- **Ajout** des données sur la représentation du « fou », du « malade mentale » et du « dépressif » en 2016 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé mentale », *Note de bas de page N° 114, 115 & 116*, p. 67 ;
- **Ajout** des parts de syndromes dépressifs modérés ou sévères dans la population Hexagonale en 2019, *Figure 104*, p. 69 ;



- **Ajout** du tableau sur les caractéristiques des filières de prise en charge en psychiatrie à Mayotte de 2014 à 2023 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé mentale », *Tableau 26*, p. 71 ;
- **Ajout** des premières exploitations des données du PMSI sur les patients pris en charge à temps complet ou partiel au CHM de 2022 à 2024, *Figure 107*, p. 71 à 72 ;
- **Ajout** de la figure sur le taux de consultation à un professionnel de la Santé mentale dans l'année depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé mentale », *Figure 108*, p. 72 ;
- **Ajout** de la figure sur la part des personnes ayant des difficultés psychologiques ou psychique selon l'âge et le sexe en 2021 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé mentale », *Figure 109*, p. 73 ;
- **Ajout** de la figure sur la part des personnes ayant été hospitalisées dans un service psychiatrique au cours des 10 dernières années selon l'âge et le sexe en 2021 depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé mentale », *Figure 110*, p. 73 ;
- **Mise à jour** des données sur la consommation de tabac en 2024 depuis la publication « Une consommation de tabac, alcool et psychotropes à Mayotte très masculine » de l'ARS et l'ORS Mayotte, *Figure 111*, p. 73 à 74 ;
- **Ajout** du nombre de décès imputable à la consommation de tabac depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Santé mentale », p. 74 ;
- **Mise à jour** des données sur la consommation d'alcool en 2024 depuis la publication « Une consommation de tabac, alcool et psychotropes à Mayotte très masculine » de l'ARS et l'ORS Mayotte, *Figure 112*, p. 74 à 75 ;
- **Ajout** des données sur la consommation de drogue en 2024 depuis la publication « Une consommation de tabac, alcool et psychotropes à Mayotte très masculine » de l'ARS et l'ORS Mayotte, p. 75 ;
- **Ajout** des données sur la consommation de THC en 2024 depuis la publication « Une consommation de tabac, alcool et psychotropes à Mayotte très masculine » de l'ARS et l'ORS Mayotte, *Figure 113*, p. 75 à 76 ;
- **Ajout** des données sur la consommation CBD depuis la publication « Une consommation de tabac, alcool et psychotropes à Mayotte très masculine » de l'ARS et l'ORS Mayotte en 2024, p. 76 ;
- **Ajout** des données sur la consommation de cocaïne, amphétamine et opiacé depuis la publication « Une consommation de tabac, alcool et psychotropes à Mayotte très masculine » de l'ARS et l'ORS Mayotte, p. 77 ;
- **Ajout** du tableau sur les parts des différentes limitations fonctionnelles par profil de population en 2019 à Mayotte depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Handicap », *Tableau 27*, p. 79 ;
- **Mise à jour** des données sur les dossiers AAH, AEEH, RQTH, orientations en ESMS (total, adultes et enfants) en 2023 et 2024 de la MDPH, p. 81 à 83 ;
- **Ajout** des données les gestes protectifs contre les piqûres de moustique depuis la publication « Maladies vectorielles & comportements associés à Mayotte » de l'ARS et l'ORS Mayotte, *Figures 127 et 128*, p. 85 à 86 ;
- **Mise à jour** de la mesure sur les PM2.5 en 2023 fournie par l'Association Hawa Mayotte, p. 89 ;
- **Correction** de la part de PM2.5 dans les carrières : 24 % ► 31 %, p.90 ;
- **Correction** de la part des oxydes d'azote dans le trafic maritime : 36 % ► 33 %, p.90 ;
- **Ajout** des données sur l'assainissement depuis la publication « Accès, gestion de l'eau et assainissement à Mayotte : Pratiques d'hygiène et défis de qualité dans les ménages » de l'ARS et l'ORS Mayotte, p. 94 à 95 ;
- **Ajout** des données sur la qualité physico-chimique de l'eau au robinet de 2020 à 2022 depuis les publications du service de Santé Environnement de l'ARS sur la qualité de l'eau au robinet, *Tableau 33*, p. 98 ;
- **Substitution** des données sur l'usage de l'eau de l'enquête CAP de 2017 par celles de la publication « Accès, gestion de l'eau et assainissement à Mayotte : Pratiques d'hygiène et défis de qualité dans les ménages » de l'ARS et l'ORS Mayotte, *Figures 141, 142, 143, 144 et 145*, p. 99 à 101 ;
- **Substitution** des données sur l'hygiène de l'enquête qualitative CAP de 2017 par celles de la publication « Accès, gestion de l'eau et assainissement à Mayotte : Pratiques d'hygiène et défis de qualité dans les ménages » de l'ARS et l'ORS Mayotte, *Figures 152, 153 et 154*, p. 106 à 107 ;
- **Mise à jour** des motifs de séjour au CHM, selon les 21 CIM-10, en 2024, *Figure 161, Tableau 36*, p.110 à 111 ;
- **Ajout** des séries complètes des motifs de séjour au CHM chez les femmes et les hommes de 2014 à 2024, *Figure 162*, p. 112 ;
- **Ajout** du comparatif France Hexagonale sur les services des urgences sollicités, données des RPU, *Figure 164*, p. 114 ;



- **Ajout** des catégories principales et motifs de séjour selon la CIM-10 pour le recours aux SSR à Mayotte et en France Hexagonale sur la période 2022 à 2024, p. 115 à 116 ;
- **Ajout** du tableau sur les taux de dépistage de l'HTA par profil de population et de la figure associée sur la durée écoulée depuis le dernier dépistage de la pression artérielle, depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Maladie de l'appareil circulatoire », *Tableau 38, Figure 169*, p. 120 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur le VIH depuis le BSP publié par SpF, p.121 ;
- **Correction** de la séroprévalence du VIH à Mayotte, et précision sur le fait qu'il s'agit d'un taux brut : 0,3 % ► 0,1 %, p.121 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur la syphilis depuis le BSP publié par SpF, p.121 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur le gonocoque depuis le BSP publié par SpF, p.121 à 122 ;
- **Mise à jour** des données 2024 sur chlamydia trachomatis depuis le BSP publié par SpF, p.122 ;
- **Ajout** du chapitre 15 sur le cancer à Mayotte, depuis les éléments de la fiche du Chapitre II – « Cancers », p. 123 à 128 ;
- **Augmentation** des éléments sur le paludisme afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 188*, p. 132 à 134 ;
- **Augmentation** des éléments sur la gale afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figures 189 et 190*, p. 134 à 135 ;
- **Augmentation** des éléments sur la conjonctivite afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figures 191 & 192*, p. 136 ;
- **Augmentation** des éléments sur le choléra afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figures 193 et 194*, p. 137 à 138 ;
- **Augmentation** des éléments sur la coqueluche afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 195*, p. 138 ;
- **Augmentation** des éléments sur la leptospirose afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figures 196 et 197*, p. 139 à 140 ;
- **Ajout** d'une sous-partie sur l'hépatite A, *Figure 198*, p. 140 ;
- **Augmentation** des éléments sur la fièvre typhoïde afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 199*, p. 141 ;
- **Augmentation** des éléments sur la GEA afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figures 200 & 201*, p. 142 ;
- **Augmentation** des éléments sur les syndromes respiratoires aiguës afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 202*, p. 142 à 143 ;
- **Augmentation** des éléments sur la dengue depuis les données de l'enquête MayCov 2021 afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 203*, p. 143 à 144 ;
- **Mise à jour** des données sur le chikungunya, p. 144 ;
- **Ajout** des données sur les virus West nils et Usutu de 2019 depuis l'étude Unono Wa Maoré de SpF, p. 144 à 145 ;
- **Augmentation** des éléments sur la tuberculose afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 204*, p. 145 ;
- **Augmentation** des éléments sur la lèpre afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 205*, p. 145 à 146 ;
- **Augmentation** des éléments sur la diphtérie afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, *Figure 206*, p. 146 ;
- **Mise à jour** des éléments sur la variole du singe depuis les données du DésUS, p.146 ;
- **Augmentation** des éléments sur la crise de l'eau afin d'assurer un panorama complet de l'historique et des données disponibles, p. 147 ;
- **Correction** du nombre d'hospitalisations recensées au CHM au cours de la crise « Chido » : 44-500 ► 1 000, p.149 ;
- **Mise à jour** des espérances de vie à la naissance chez les hommes et les femmes en 2024 et 2025, et à 60 ans chez les hommes uniquement (bug du site pour les femmes...), publiées par l'Insee, *Tableau 43*, p.151 ;
- **Correction** des espérances de vie à la naissance chez les hommes en 2021, 2022 et 2023, suite à la consolidation produite par l'Insee : respectivement 70,6 ► 70,5, 73,9 ► 74,1 et 73,9 ► 73,3, *Tableau 43*, p.151 ;
- **Correction** des espérances de vie à la naissance chez les femmes en 2022 et 2023, suite à la consolidation produite par l'Insee : respectivement 74,5 ► 74,4 et 74,3 ► 76,2, *Tableau 43*, p.151 ;
- **Correction** des nombres de décès en 2019 et 2021 afin de fournir les statistiques exactes et non arrondies : respectivement 780 ► 777 et 4-140 ► 1 144, p.151 ;
- **Mise à jour** du nombre de décès 2024 et 2025 à Mayotte et en Hexagone publiés par l'Insee, *Figure 215*, p.151 à 152 ;



- **Mise à jour** des indicateurs de mortalité périnatale en 2022, *Tableau 45*, p.152 ;
- **Mise à jour** des causes brutes de décès en 2021, 2022 et 2023 suite à la montée de ces informations dans le SNDS, *Figure 216*, p.152 à 153 ;
- **Mise à jour** des causes standardisées de décès en 2021, 2022 et 2023 suite à la montée de ces informations dans le SNDS, *Tableau 46*, p.153 à 154 ;
- **Mise à jour** de la synthèse finale en prenant compte à la fois les indicateurs actualisés et les nouveaux ajoutés, p.156 à 159.

**ARS MAYOTTE**

Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU
Standard : 02 69 61 12 25
www.ars.mayotte.santé



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

MAYOTTE

Plus d'informations sur :

mayotte.ars.sante.fr

ors-mayotte.org

Pour toute demande d'accès aux données :

julien.balicchi@ars.sante.fr

a.aboudou@ors-mayotte.org

Pour accéder aux fiches des chapitres II et III :

<https://www.mayotte.ars.sante.fr/le-panorama-sante-de-lars-mayotte>