Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2023

Version 1.2.0 du 17/03/2023

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

ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte
SAID Echata – Chargée d'études de l'ORS de Mayotte
SALIME Eliassa – Chargé d'études de l'ORS de Mayotte
AHAMDA Zelda – Chargée d'études et documentaliste de l'ORS de Mayotte
NZABA-LOUNDOU Herman-Gickel – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte
TOIBIBOU Zaïna – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

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 !

Préambule

Ce document a pour objectif de présenter une synthèse des indicateurs en Santé à Mayotte selon quatre approches :

- **En population générale ;**
- **Par principale thématique : « Santé Environnementale », « Santé Sexuelle », « Couverture vaccinale », « Santé mentale », « Handicap », « Nutrition-Santé » « Maladies de l'appareil circulatoire » et « Cancers » ;**
- **Par classe d'âge : « Moins de 4 ans », « 5 à 14 ans », « 15 à 24 ans » et « 65 ans ou plus » ;**
- **Par commune.**

La production et la collecte de données de Santé à Mayotte s'articulent autour de quatre principales institutions : l'Agence régionale de Santé de Mayotte (ARS), l'Observatoire régionale de la Santé de Mayotte (ORS), Santé Publique France (SpF) et, plus récemment, le Centre universitaire de Dembéni (Cufr – Département Sciences et Technologies et filière géographie au sein du Département des Lettres et Sciences humaines). Deux grandes périodes de développement et particulièrement productives à Mayotte peuvent être retracées : une première antérieure aux années 2000 sans continuité directe. La seconde débute en 2014, avec le développement de la cellule statistique de Mayotte de l'ARS puis les installations de la Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie (Cire) et de l'ORS sur le territoire en 2016. En parallèle, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee) a standardisé son processus d'enquêtes sur Mayotte, permettant de fournir les données de cadrages socio-démographo-économiques nécessaires à la conception d'indicateurs de Santé et comparables avec la France entière. En 2018[1], le Cufr s'est fortement positionné sur la thématique Santé afin de proposer des solutions complémentaires pour l'aide à la décision comme en témoigne les travaux innovants et performants menés, en partenariat avec l'ARS et la plateforme MODCOV19 mise en place par le Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) et l'Institut national des sciences mathématiques et de leurs interactions (INSMI), sur la modélisation de l'épidémie de Covid-19 à Mayotte.

Les données de Santé à Mayotte connaissent une montée en puissance depuis quelques années. Les motifs de recours aux soins hospitaliers, déjà disponibles depuis le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), fournissent de nombreux indicateurs d'intérêt, alors que les données de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) souffrent du déficit d'une couverture maladie non exhaustive sur le territoire, pénalisant leur exploitation. Ces difficultés freinent l'utilisation des données du Système National des Données de Santé (SNDS) en l'état à Mayotte. Constat renforcé par le fait qu'une grande partie de la population a recours aux centres de consultations dont le système d'informations a été mis en place en fin 2019 par le Centre hospitalier de Mayotte (CHM). Dans un registre identique, on peut alors citer les productions du premier rapport d'activité de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et du premier tableau de bord de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM), représentant de nouvelles avancées majeures pour l'Observation en Santé.

Néanmoins, les manques persistent et pour y pallier, l'ARS, l'ORS et SpF mènent régulièrement des enquêtes de terrain ainsi que des projets de collecte de données en lien avec des partenariats essentiels tels que l'Insee, l'Institut National des Etudes Démographiques (Ined) ou encore le Rectorat de Mayotte. Ces différents projets sont ainsi incorporés dans le planning de l'Observation en Santé et sont considérés comme des sujets primordiaux sur lesquels se reposer dans les années à venir. Enfin, le rapprochement entre le Cufr, le CNRS et l'ARS ouvre la voie à de nouvelles possibilités visant à combler les manques identifiés au travers de projets de recherche innovants et dont la finalité envisagée est la mise en place d'outils de surveillance et d'aide à la décision.

Le Panorama Statistique de la Santé à Mayotte est un document élaboré en 2016, issu de celui rédigé à l'ère de l'ARS Océan Indien (OI) pour la préparation du Plan Régionale Santé seconde génération (PRS II). Il s'agit d'un document « vivant », actualisé à chaque nouvelle production statistique et mise à jour des différentes bases de données. En 2022, l'ARS et l'ORS Mayotte, en concertation, le diffusent vers le grand public pour la première fois sous son format V1.X.X afin de fournir aux partenaires un document synthétique de la Santé à Mayotte et une vision complète des données et indicateurs disponibles pour le territoire.

[1] Suite au colloque « Mathematical modeling in the context of Mayotte and its area – Cimom18 » piloté par Mr Manou-Abi, enseignant chercheur au Cufr.

Les différentes sources des données en quelques mots

Le panorama Sanitaire Mayotte se base sur les mêmes sources de données, dans leur dernière version disponible, ventilées selon quatre approches différentes. Les variations de sources (et donc d'années de diffusion) pour une même thématique s'expliquent par le fait que certaines proposent des indicateurs généralisés lorsque d'autres permettent d'aller plus loin dans leur ventilation. Dès lors ces approches sont présentées afin d'apporter une vision complémentaire du sujet en dépit d'une année de production qui peut changer. Se pose ensuite l'épineux sujet du référentiel, problème sans solution tant on peut trouver autant d'arguments allant dans le sens d'une comparaison avec tel ou tel territoire que de contre-arguments. Nous ferons le choix de la France métropolitaine (Métropole) pour ce document.

► *Les données de l'Insee :* La principale source de données permettant à la fois d'ériger des profils de population et une ventilation à l'échelle des communes voire des villages reste le recensement de la population. Il donne lieu à trois types de production : le volet « individus », « logements » et « familles ». Jusqu'en 2017, le recensement avait lieu exhaustivement tous les cinq ans. En 2022, est appliqué le format National consistant à recenser la population sur cinq ans. Si la série s'arrête donc à 2017 en attendant les nouvelles productions de 2025, elle est complétée des estimations au 1er janvier des différentes années qui sont annuellement réactualisées en fonction des données des naissances et décès observés. Viennent ensuite les enquêtes de terrain, permettant de produire des indicateurs thématiques à l'échelle exclusive du département et dont les cycles de reproduction sont assurés dans le temps. On compte parmi elles : l'enquête « Emploi » dont la première édition remonte à 2009 suivie d'un cycle annualisé de 2013 à 2018. Depuis 2019, les productions sont passées sur un rythme semestriel. Cette enquête permet ainsi de produire de nombreux indicateurs sur l'emploi et le chômage ainsi que sur les diplômes. L'enquête « Logement », dont la première édition est 2013, permet de compléter les productions du recensement de la population via des typologies complètes des ménages. L'enquête « Budget des Familles », dont les principales productions sont les niveaux de vie et les postes de consommation, en est à sa troisième édition en 2018, suite à celles de 2005 et 2011. Le « Produit intérieur Brut », dont la production est annualisée depuis 2009. L'enquête « Information et Vie Quotidienne », de première édition en 2012, permet la conception d'indicateurs autour de l' « illettrisme ». L'enquête « Cadre de Vie et Insécurité », de première édition en 2020, est utilisée ici pour donner des informations supplémentaires sur le cadre de vie pour le volet « Santé mentale » du panorama Sanitaire. A cela s'ajoute deux autres enquêtes : Migrations-Famille-Vieillissement (en lien avec l'Ined), de première édition en 2016, incluant des volets sur le recours et le renoncement aux soins, les indicateurs de morbidité déclarée, la couverture sociale, la contraception et le rapport à la parentalité, permet également de déterminer le taux d'individus disposant d'un titre de séjour et les vecteurs de solidarité au sein des familles. L'enquête « Santé Européenne » (EHIS, en lien avec la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – Drees), de première édition en 2019, fournit de très nombreux indicateurs détaillés sur la Santé à Mayotte. Depuis 2016, l'Insee a enclenché le cycle de production annuelle des bilans démographiques permettant un état des lieux des naissances et des décès depuis les fichiers d'Etat civil.

► *Les données de l'ARS OI/Mayotte :* A l'aune de la montée en puissance de l'Observation en Santé à Mayotte, l'ARS de Mayotte met en place son cycle d'enquêtes thématiques à l'échelle du département. Regroupant l'enquête « Nationale Périnatale et son extension », dont la troisième édition a eu lieu en 2021 suite aux deux premières de 2010 et 2016, et permettant de produire et actualiser l'état des lieux sur la santé des mères et de leur(s) enfant(s). L'enquête « Couverture Vaccinale », de première édition pilotée par l'InVS en 2010, et désormais incluse dans le cycle de l'ARS Mayotte avec une seconde édition en 2019, focalisant sur les enfants de moins de 16 ans. L'enquête « Santé des jeunes », de première édition en 2019 et couvrant de nombreux champs tels que les dépistages infirmiers, l'alimentation, le bien-être, les accidents de la vie courante, l'hygiène de vie, etc. chez les 10-12 ans. A cela s'ajoute la nouvelle enquête de « surveillance épidémiologique », en cours de pérennisation, et de première édition en 2021, focalisant essentiellement sur la Covid-19 et la Dengue et qui sera étendue à d'autres pathologies. Hors réalisation d'enquêtes, des productions synthétiques telles que le Statiss premièrement Océan Indien de 2006 à 2019 et depuis 2020 focalisant exclusivement sur Mayotte, et le panel des indicateurs de Santé périnatale en lien avec le Réseau périnatale de Mayotte (Répéma), de première édition en 2016, sont désormais annualisés avec une production visée à l'année N-1 sur le moyen terme.

► *Les données de l'ORS OI/Mayotte :* L'ORS Mayotte produit de nombreux tableaux de bord et réalise des études sur plusieurs thématiques de santé. Il fait évoluer ses dispositifs d'année en

année pour prendre en charge le volet « enquête de terrain » et la production de données en partenariat avec l'ARS Mayotte. Sur les années précédentes, l'ORS, d'abord Océan Indien puis ORS Mayotte depuis 2021, a produit des tableaux de bord sur de multiples champs tels que les indicateurs autour de la grossesse de 2014 à 2017, la nutrition-santé de 2018 à 2020, la santé des jeunes en 2019, les addictions en 2018 et 2020, les indicateurs de Santé sociale de 2016 et 2019 et dont la production s'est arrêtée pour être directement intégrée dans le panorama Santé. Pour la réalisation de ces tableaux de bord, des focus indicateurs et d'autres productions, l'ORS Mayotte exploite les données de différentes sources à l'échelle nationale et départementale telles que celles de : la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), la CSSM, la Direction de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement (DEAL), la Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIECCTE), les associations locales, etc… D'autres sources de données citées dans ce document comme celles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm Cépi-DC) sont également analysées et permettent d'ériger les profils de population en fonction des causes et des lieux du décès et du domicile des individus. A l'instar de la montée en puissance des dispositifs d'observation sur le sujet et du travail réalisé par l'Insee et les mairies de Mayotte, les premières séries annuelles et consolidées des données sur les décès concernent la période 2012 à 2015. Depuis un retard est observé, les données de 2016 et 2017 étant disponibles depuis peu en attendant celles de 2018.

► *Les données de la Cire OI/Cellule régionale (Cre) de Mayotte de SpF :* En 2006, l'enquête NutriMay a permis de dresser un état des lieux sur l'alimentation et l'état nutritionnel à Mayotte et, en 2008, l'enquête MayDia d'ériger un état des lieux sur le diabète. Ces enquêtes sont qualifiées de ponctuelles car n'ayant pas été reproduites depuis. Cependant, elles ont longtemps été les seules à offrir un tour d'horizon complet sur ces sujets. En 2019, SpF, en partenariat avec l'ARS, a lancé une première enquête de Santé d'ampleur : Unono Wa Maoré, afin d'actualiser les indicateurs associés à ces deux premières thématiques et d'offrir un éclairage nouveau sur de nombreux sujets. A cela s'ajoutent les points épidémiologiques et les bulletins de Santé publique produits par la Cire Mayotte à partir des données remontées au Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires (DéSUS) de l'ARS Mayotte, du CHM et de ses réseaux de partenaires tels que les médecins et pharmaciens sentinelles.

► *Les autres bases de données :* A ces multiples sources de données vient se coupler l'exploitation de plusieurs bases de données pour la production d'indicateurs aussi bien à l'échelle du département que des communes telles que celles du PMSI permettant de concevoir les tableaux de synthèse sur les motifs de soins au CHM depuis 2011 et sur un cycle désormais annualisé à N-1. Ces informations donnent naissance aux indicateurs diffusés par la Statistique Annuelle des établissements de Santé (SAE), disponibles également sur la même temporalité. Elles sont complétées des données produites annuellement par le CHM sur les naissances survenues depuis 2011 et celles sur les volumes et profils de recours aux centres de consultations depuis 2020, disponible pour l'année N-1. Les données sur les Evacuations Sanitaires (Evasan) proviennent également des productions du CHM, disponibles sur un cycle similaire depuis 2018 avec un historique démarrant en 2008 sur la série générale. Le Fichier National des Etablissements Sanitaires (FINESS) et le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) permettent, respectivement, de produire les données géographiques des structures sanitaires et des professionnels de santé. Pour ces derniers, les bases RPPS offrent un tour d'horizon des profils par type de professions, cependant un manque de précision peut être observé, lié à l'enregistrement des praticiens pas toujours à jour, il convient dès lors de prendre ces indicateurs plus pour la tendance qu'ils mettent en évidence que pour leur valeur brute. Les données de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH), disponibles annuellement depuis 2016 (année N-1 sur le second semestre de l'année N), donnant de la consistance aux informations disponibles sur le handicap à Mayotte. Enfin, les données de prises en charge et d'affections longues durées (ALD), à l'échelle du département, sont celles de l'Assurance Maladie du site *ameli.fr* et dont la première année d'édition est 2012 avec une mise à disposition annualisée pour l'année N-3. Elles sont désormais complétées depuis peu par le tableau de bord élaboré par la CSSM à destination de l'ARS Mayotte. Cette production permet de connaitre notamment les volumes d'assurés à la Sécurité sociale, de consultations aux différentes offres libérales et d'aides reçues (prestations sociales) par la population à l'échelle départementale et des communes, et est maintenant annualisée.

Liste des Acronymes :

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

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

Sommaire

Chapitre 1. Population générale 15
1 - Caractéristiques de la population 15
a) Population 15
b) Migrations 16
c) Pyramide des âges 17
d) Nationalités et titres de séjour 18
e) Répartition de la population sur les différentes communes 18
2 - Précarité et emploi 19
a) Revenus 19
b) Emploi 20
c) Diplômes et compétences à l'écrit et l'oral 21
d) Consommation des ménages 22
3 – Natalité, fécondité et structure familiale 22
a) Courbes des naissances survenues 22
b) Spécificité de la courbe des naissances survenues 24
c) Indicateur conjoncturel de fécondité 24
d) Famille 25
e) Perception de la parentalité 26
4 - Solidarité familiale 26
5 - Le logement 27
6 – Couverture maladie 30
7 – Organisation du système de santé 31
a) Les structures 31
b) Capacité du CHM 34
c) Capacité du médico-social 34
d) Professionnels de santé (hors remplaçants) 35
e) Attractivité 38
8 – Le recours aux soins 39
a) Profil de population 39
b) Recours au CHM 42
c) Recours aux centres de consultations et centres de référence (permanences de soins) 44
d) Recours aux PMI 47
e) Recours à la médecine traditionnelle 48
f) Evacuations sanitaires 49
9 – Le renoncement aux soins 50
10 – Indicateurs de morbidité 52
11 – Principales pathologies 54
a) MDO et pathologies suivies par la DéSUS 54
b) Prises en charge à Mayotte 57
c) Motifs de séjour au centre hospitalier de Mayotte 58

d) Les principales épidémies 60
e) Prévalences déclarées 67
12 - Causes de mortalité 68
a) Espérance de vie 68
b) Nombre de décès 68
c) Taux de mortalité 68
d) Causes de décès, données brutes 69
e) Causes de décès, données standardisées 70
f) Lieux de décès 71
Chapitre 2. Thématiques 72
1 – Sante environnementale 72
a) Avant-propos 72
b) L'habitat 72
c) Hygiène des mains 74
d) L'Eau 75
e) Les moustiques 81
f) Pollution 85
g) Pathologies liées à l'environnement 90
h) Accidents de la vie courante 95
2 – Santé sexuelle 99
a) Santé périnatale 99
b) Mortalité périnatale 101
c) Contraception 102
d) Recours à l'interruption volontaire de grossesse 104
e) Maladies sexuellement transmissibles 104
f) Dépistages du cancer 108
g) Affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale 109
h) Malformations congénitales et anomalies chromosomiques 110
3 – Couverture vaccinale 112
a) Cas recensés 112
b) Les épidémies 114
c) Lieux de vaccination 114
d) Evolution de la couverture vaccinale 115
e) Respect des schémas vaccinaux 117
f) Profils à risque 119
g) Population refusant de se faire vacciner 119
h) Projection chez les adultes 119
4 – Santé mentale 120
a) Offre de soins 120
b) Recours aux soins 120
c) Mortalité 123

d) Représentation de la santé mentale ... 123
e) Indicateurs ... 124
f) Consommation de tabac ... 126
g) Consommation d'alcool ... 127
h) Consommation de drogues ... 129
i) Le suicide ... 130
5 – Le handicap ... 131
a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte ... 131
b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap ... 134
c) Scolarisation et orientations scolaires des enfants en situation de handicap ... 135
d) Emploi et orientation professionnelle ... 135
e) Etablissements et services médico-sociaux ... 136
6 – Nutrition-Santé ... 137
a) Définition ... 137
b) Indice de masse corporelle ... 137
c) Nutrition ... 139
d) Activité physique ... 141
e) Sédentarité ... 142
f) Motifs de séjour hospitalier ... 143
g) Mortalité ... 144
h) Diabète ... 145
7 – Maladies de l'appareil circulatoire ... 149
a) Définition ... 149
b) Motifs de séjour hospitalier ... 149
c) Prises en charge ... 151
d) Pathologies déclarées ... 151
e) Hypertension artérielle ... 152
f) Mortalité ... 154
8 – Cancers ... 155
a) Dépistages ... 155
b) Motifs de séjour hospitalier ... 156
c) Prises en charge ... 158
d) Mortalité ... 159
Chapitre 3. Classes d'âge ... 160
1 – 0 à 4 ans ... 160
a) Caractéristiques ... 160
b) Périnatalité ... 161
c) Nutrition-Santé ... 162
d) Vaccination ... 163
e) Accès aux soins ... 163
f) Principales pathologies ... 165

g) Principales causes de décès ... 167
2 – 5 à 14 ans ... 169
a) Caractéristiques ... 169
b) Nutrition-Santé ... 170
c) Vaccination ... 172
d) Accès aux soins ... 173
e) Dépistages infirmiers en classe de 6ème ... 174
f) Accidents de la vie courante ... 174
g) Santé mentale ... 175
h) Principales pathologies ... 175
i) Principales causes de décès ... 177
3 – 15 à 24 ans ... 179
a) Caractéristiques ... 179
b) Nutrition-Santé ... 181
c) Addictions ... 182
d) Santé mentale ... 183
e) Santé sexuelle ... 183
f) Handicap ... 185
g) Accès aux soins ... 187
h) Accidents de la vie courante ... 190
i) Principales pathologies ... 191
j) Principales causes de décès ... 195
4 – 65 ans ou plus ... 196
a) Caractéristiques ... 196
b) Nutrition-Santé ... 197
c) Addictions ... 198
d) Santé mentale ... 199
e) Handicap ... 199
f) Accidents de la vie courante ... 201
g) Accès aux soins ... 202
h) Principales pathologies ... 205
i) Principales causes de décès ... 211
Chapitre 4. Communes ... 212
1. Acoua ... 212
Démographie ... 212
Logements ... 212
Formation et prestations sociales ... 213
Environnement ... 214
Offre de soins ... 214
Recours aux soins ... 215
Pathologies ... 216

2. Bandrélé 218
Démographie 218
Logements 218
Formation et prestations sociales 219
Environnement 220
Offre de soins 220
Recours aux soins 221
Pathologies 222
3. Mamoudzou 224
Démographie 224
Logements 224
Formation et prestations sociales 225
Environnement 226
Offre de soins 226
Recours aux soins 227
Pathologies 228
4. Dzaoudzi 230
Démographie 230
Logements 230
Formation et prestations sociales 231
Environnement 232
Offre de soins 232
Recours aux soins 233
Pathologies 234
5. Pamandzi 236
Démographie 236
Logements 236
Formation et prestations sociales 237
Environnement 238
Offre de soins 238
Recours aux soins 239
Pathologies 240
6. Kani-Kéli 242
Démographie 242
Logements 242
Formation et prestations sociales 243
Environnement 244
Offre de soins 244
Recours aux soins 245
Pathologies 246
7. Dembéni 248

Démographie 248
Logements 248
Formation et prestations sociales 249
Environnement 250
Offre de soins 250
Recours aux soins 251
Pathologies 252
8. M'tsamboro 254
Démographie 254
Logements 254
Formation et prestations sociales 255
Environnement 256
Offre de soins 256
Recours aux soins 257
Pathologies 258
9. M'tsangamouji 260
Démographie 260
Logements 260
Formation et prestations sociales 261
Environnement 262
Offre de soins 262
Recours aux soins 263
Pathologies 264
10. Tsingoni 266
Démographie 266
Logements 266
Formation et prestations sociales 267
Environnement 268
Offre de soins 268
Recours aux soins 269
Pathologies 270
11. Chiconi 272
Démographie 272
Logements 272
Formation et prestations sociales 273
Environnement 274
Offre de soins 274
Recours aux soins 275
Pathologies 276
12. Ouangani 278
Démographie 278

Logements 278
Formation et prestations sociales 279
Environnement 280
Offre de soins 280
Recours aux soins 281
Pathologies 282
13. Sada 284
Démographie 284
Logements 284
Formation et prestations sociales 285
Environnement 286
Offre de soins 286
Recours aux soins 287
Pathologies 288
14. Chirongui 290
Démographie 290
Logements 290
Formation et prestations sociales 291
Environnement 292
Offre de soins 292
Recours aux soins 293
Pathologies 294
15. Bouéni 296
Démographie 296
Logements 296
Formation et prestations sociales 297
Environnement 298
Offre de soins 298
Recours aux soins 299
Pathologies 300
16. Koungou 302
Démographie 302
Logements 302
Formation et prestations sociales 303
Environnement 304
Offre de soins 304
Recours aux soins 305
Pathologies 306
17. Bandraboua 308
Démographie 308
Logements 308

Formation et prestations sociales 309
Environnement 310
Offre de soins 310
Recours aux soins 311
Pathologies 312
Références 314
Recensement bibliographique 318
Publications Insee 318
Publications ARS OI/Mayotte 321
Publications ORS OI/Mayotte 321
Publications Santé Publique France 322
Autres 322
De la V1.0.0 à la V2.0.0 323
► De la V1.1.0 à la V1.2.0 326

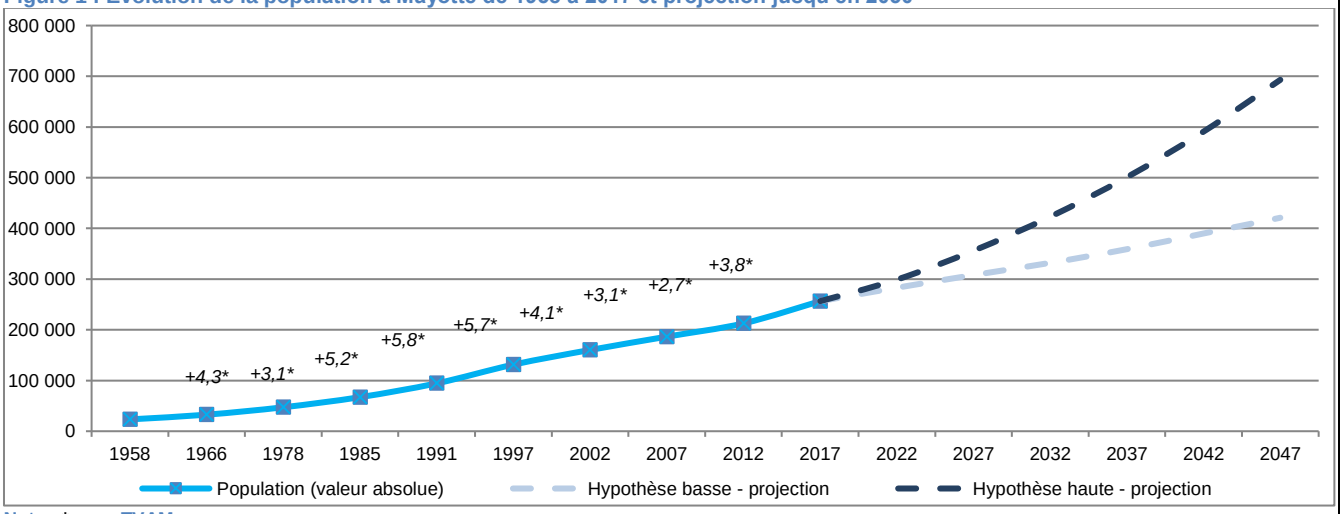
Chapitre 1. Population générale

1 - Caractéristiques de la population

a) Population

En 2017, l'île de Mayotte[2] recense **256 518 habitants**[3], soit une densité de **690 habitants par km²**, plaçant le territoire au **8ème rang des départements les plus peuplés**[4] de France [1]. Depuis 2012, **la population s'accroît de +3,8 % par an en moyenne** [1]. Le rythme s'accélère par rapport à la période de 2007-2012 (+2,7 % par an [2]), rompant avec deux décennies au cours desquelles il avait progressivement ralenti [1] (*Figure 1*). Mayotte reste ainsi le département ayant **la plus forte croissance démographique de France**, tout territoire confondu [1].
En termes de projection, au 1er janvier 2023, 310 022 habitants seraient présents sur le territoire[5] [3]. **À l'horizon 2050, entre 440 000**[6] **et 760 000**[7] **habitants** vivraient à Mayotte selon différents scénarios étudiés[8] [4] (*Figure 1*). La croissance de la population serait alimentée en grande partie par la natalité, **plus ou moins importante selon les hypothèses sur les migrations**, les femmes natives de l'étranger résidant à Mayotte ayant une fécondité bien plus élevée que les femmes natives de Mayotte [4].

Figure 1 : Evolution de la population à Mayotte de 1958 à 2017 et projection jusqu'en 2050



Note : * pour TVAM
Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, *projection de la population* [4]

Concernant les densités par commune en 2017 [1] (*Figure 2*), ce sont les communes de Petite-Terre :

- **Pamandzi** - 2 699 habitants par km²,
- **Dzaoudzi** - 2 266 habs/km²,

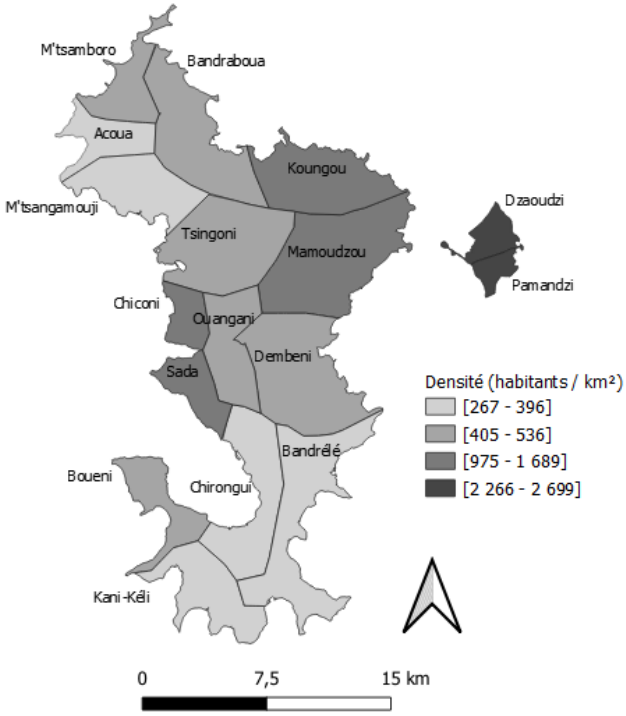
qui sont les **plus peuplées**, suivies de celles de :

- **Mamoudzou** - 1 689 habs/km²,
- **Koungou** - 1 132 habs/km²,
- **Sada** – 1 087 habs/km².

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

[2] La superficie du département est de 374 km², dont 11 km² pour la Petite-Terre.
[3] Mamoudzou, Koungou, Dzaoudzi et Pamandzi concentrent la moitié de la population [1].
[4] Derrière les départements de Paris (20 545 en 2019), de Hauts-de-Seine (9 250), de Seine-Saint-Denis (6 964), du Val-de-Marne (5 743), de la Métropole de Lyon (2 645), du Val-d'Oise (1 003) et de l'Essonne (721).
[5] Soit une estimation de 829 habitants par km².
[6] Soit une estimation de 1 176 habitants par km².
[7] Soit une estimation de 2 032 habitants par km².
[8] Trois scénarios ont été bâtis et reposant sur des hypothèses en matière de fécondité, mortalité et de migrations [4].

Figure 2 : Densité de population des communes de Mayotte en 2017



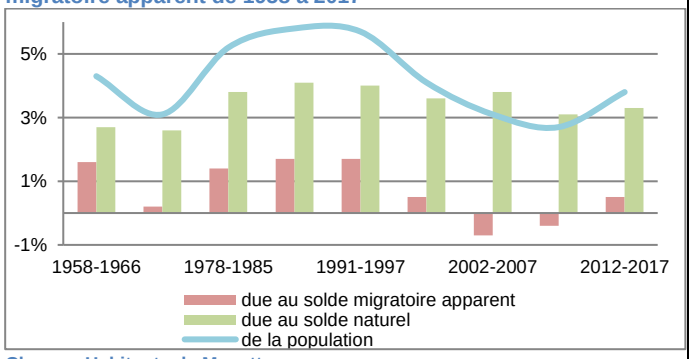
Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [5]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

b) Migrations[9]

Entre **2007 et 2012, le solde migratoire**[10] apparent était **déficitaire** de -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, soit davantage que par le passé, principalement porté par l'excédent des naissances sur les décès [5] (*Figure 3*).

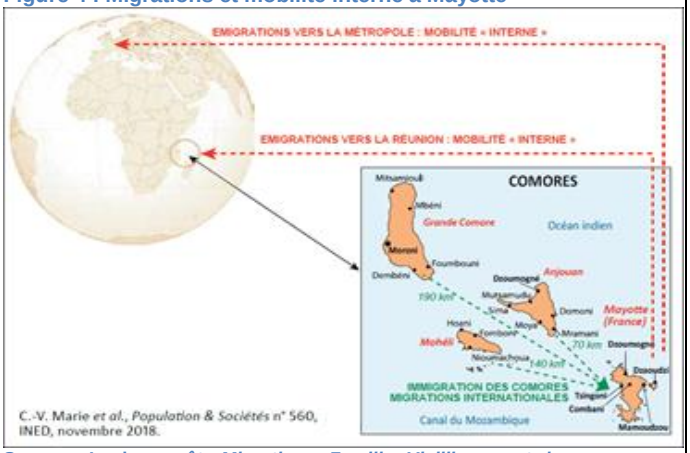
Au-delà des flux importants d'immigration, la forte émigration des jeunes natifs de Mayotte vers la Métropole, et dans une moindre mesure vers La Réunion, contribue également

Figure 3 : Variation annuelle moyenne de la population de Mayotte et décomposition en solde naturel et solde migratoire apparent de 1958 à 2017



Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017, Fichier d'état civil* [5]

Figure 4 : Migrations et mobilité interne à Mayotte



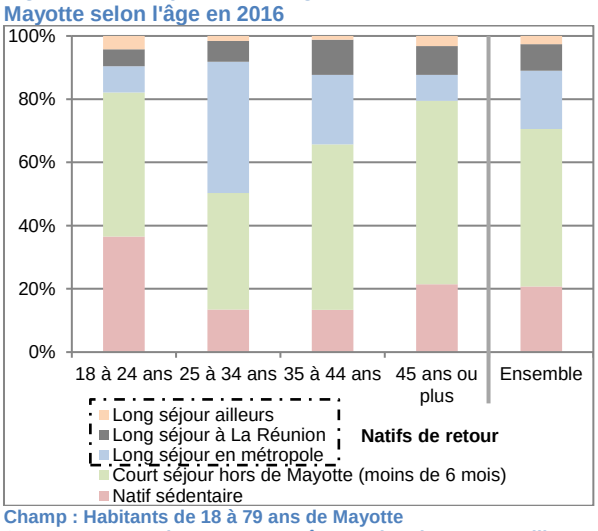
Source : Ined, *enquête Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [7]

[9] 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 [6]. Durant la décennie qui a précédé la départementalisation de Mayotte en 2011, les flux d'émigration se sont intensifiés et concentrés vers la Métropole et la Réunion [6].

[10] 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.

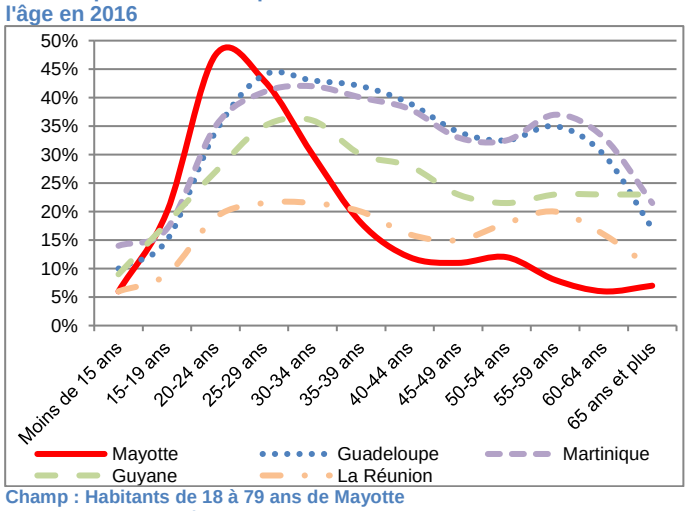
à **transformer et recomposer la population de Mayotte** (*Figure 5*). En 2016, **26 % des adultes natifs de Mayotte résidant en France vivent hors du département**, principalement en Métropole et à La Réunion (45 % chez les 18-24 ans) [8]. **La mobilité des jeunes est plus forte à Mayotte que dans les autres DOM**, comparée à la génération des 35 ans ou plus [8]. Sans cette émigration, les natifs de Mayotte seraient majoritaires parmi les adultes résidant à Mayotte (57 % contre 45 % actuellement) [8]. Les natifs de Mayotte de retour sur leur l'île forment 30 % de l'ensemble des adultes de Mayotte et près de la moitié des 24-35 ans [7] (*Figure 6*).
12 % des adultes résidant sur l'île s'y sont installés au cours des cinq dernières années, en majorité des jeunes de moins de 35 ans (70 %) [8]. Les personnes nées en Métropole, principalement venus pour y travailler, sont 5 % à se projeter définitivement, 35 % pour ceux des Comores [8].

Figure 5 : 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, Vieillissement de 2016* [8]

Figure 6 : Part des natifs des DOM vivant en France ailleurs que dans leur département de naissance selon l'âge en 2016

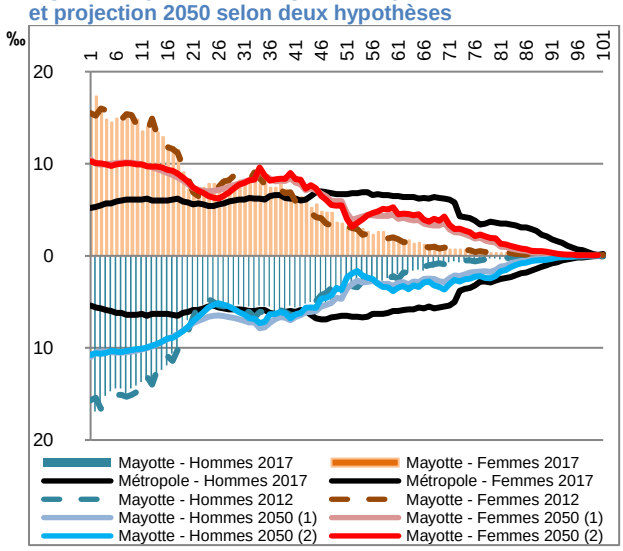


Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined, *enquête Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [7]

c) Pyramide des âges

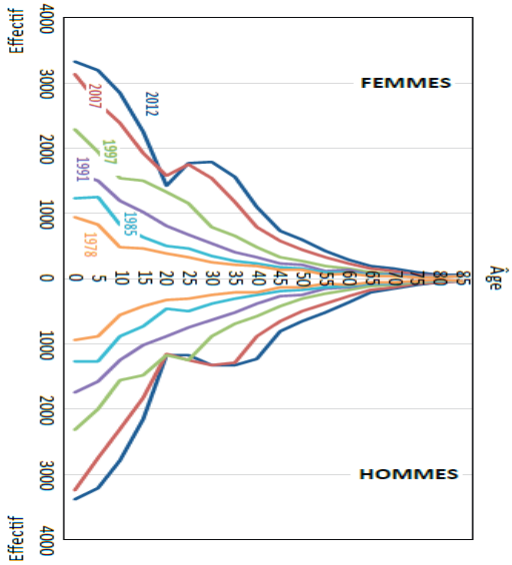
La dynamique démographique se traduit par une population très jeune où, en 2017, **les moins de 18 ans représentent la moitié des habitants de Mayotte** (contre un sur quatre en Métropole en 2015). Six sur vingt ont moins de 10 ans et **un sur vingt de la population a 60 ans** ou plus (soit six fois moins qu'en Métropole) [5] (*Figure 7*).

Figure 7 : 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, *recensement de la population de 2017* [5], *projection de population* [4]

Figure 8 : Evolution de la pyramide des âges de Mayotte de 1978 à 2012



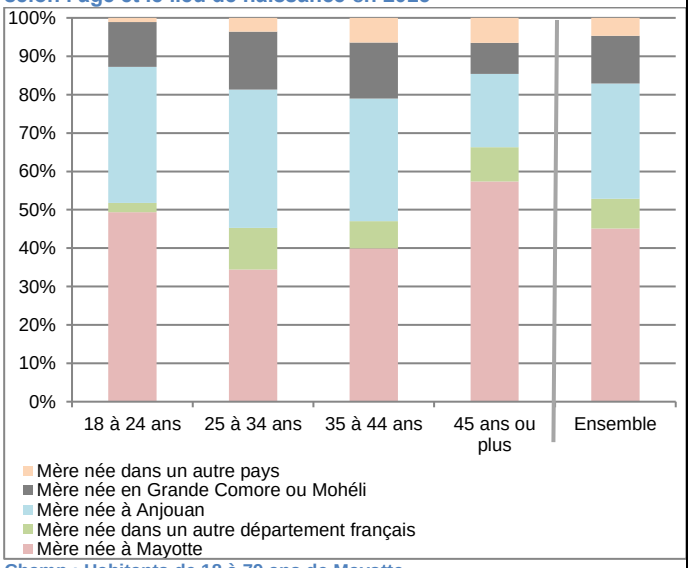
Champ : Habitants de Mayotte
Source : Ined, enquête *Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [7]

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 la Métropole et La Réunion, **48 % de la population est de nationalité étrangère en 2017** (dont un tiers né à Mayotte) [5]. Cette part est en forte hausse depuis 2012 (**+ 8 points** : 40 %, et +14 points par rapport à 2002 : 34 % [9]) [5]. Comme en 2012, 95 % des étrangers sont Comoriens, 4 % sont Malgaches, et la part de ceux issus de l'Afrique de l'Est demeure marginale [5]. 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 % en Métropole ou dans un autre DOM [5] (*Figure 9*).

En 2016, **la moitié se trouve en situation administrative irrégulière** dont 74 % chez les 18-24 ans et 30 % chez les 45 ans ou plus [8]. Cette vague migratoire reste principalement motivée par une volonté de connaître de meilleures conditions de vie [8].

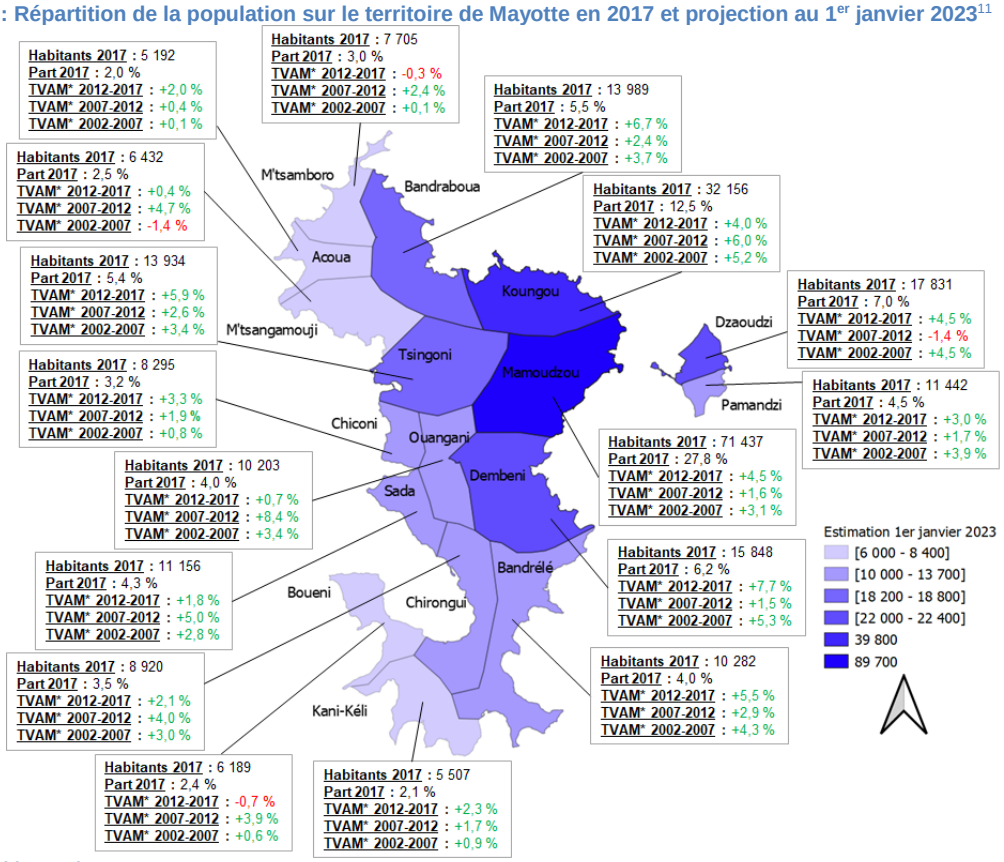
Figure 9 : Composition de la population de Mayotte selon l'âge et le lieu de naissance en 2016



Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined-Insee, *enquête Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [8]

e) Répartition de la population sur les différentes communes

Figure 10 : Répartition de la population sur le territoire de Mayotte en 2017 et projection au 1er janvier 2023[11]



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

[11] Les projections de population au 1er janvier 2023 par commune se basent sur la moyenne entre : l'estimation depuis les taux de variation par commune de 2012-2017 appliqués à 2023 et celle depuis la population totale estimée en 2023 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 10*).
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].
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 [10].

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] (84 % en 2011 [12]) (*Figure 11*) et **le PiB**[12] par habitant (8 980 € en 2014 [13] et 9 900 € en 2020 [14]) **demeure 3,5 fois inférieur du niveau national** (2,2 fois inférieur à la moyenne de celui des autres DOM [15]) [14].
Sur la période de 2019-2020 et malgré la crise sanitaire, le **PiB** à Mayotte progresse de **+4,1 %**, portée par l'investissement et la consommation des administrations publiques [14]. Du fait de la forte croissance démographique, le **pouvoir d'achat individuel** moyen des ménages ne progresse que de **+0,2 %** en un an [14].

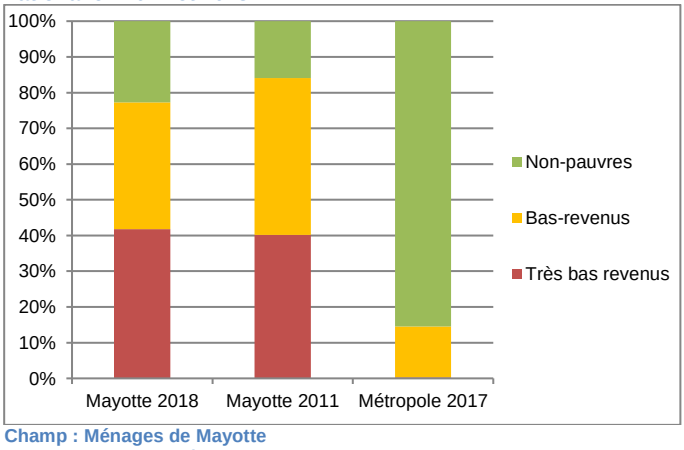
Tableau 1 : Niveaux de vie déclaré et indicateurs d'inégalités et de pauvreté de 2011 et 2018 à Mayotte

En euros par UC	Mayotte 2018	France Métropolitaine 2017	Mayotte 2011
D4	140	1 520	180
D5 (niveau de vie médian)	260	1 700	300
D6	410	1 900	440
D7	740	2 130	590
D8	1 090	2 440	820
D9	1 780	3 010	1 200
Rapport D9 / D5	6,8	1,8	4,0

NB : Les trois premiers déciles 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 en métropole en 2017.
Champ : Ménages de Mayotte
Source : Insee, *enquête Budget des familles de 2018* [11]

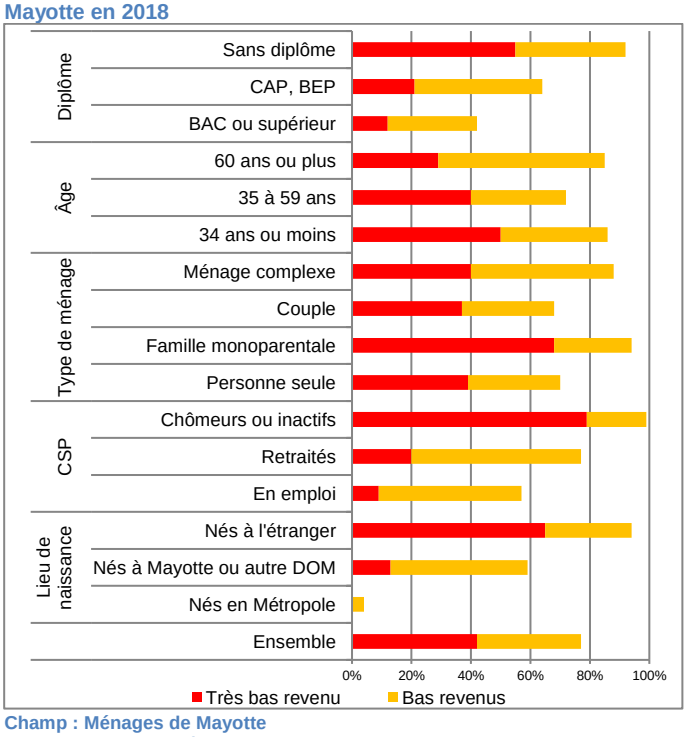
[12] Le PiB est l'un des agrégats majeurs des comptes nationaux. En tant qu'indicateur économique principal de mesure de la production économique réalisée à l'intérieur d'un pays donné, le PiB vise à quantifier — pour un pays et une année donnés — la valeur totale de la « production de richesse » effectuée 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/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.

Figure 11 : 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* [11]

Figure 12 : Proportion de personnes à très bas revenus et à bas revenus selon les différents profils à Mayotte en 2018

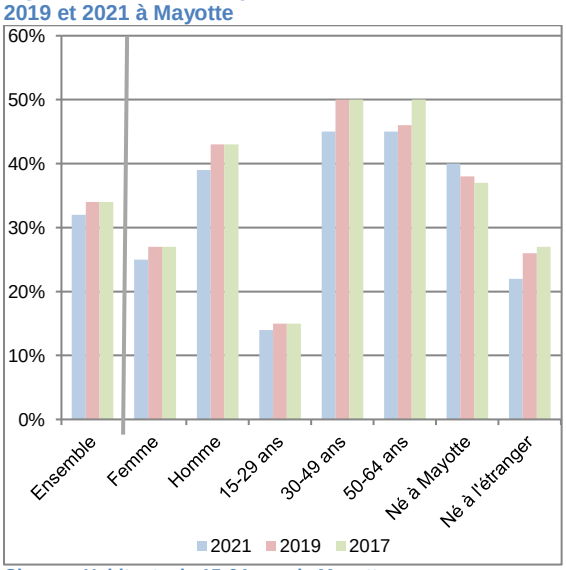


Champ : Ménages de Mayotte
Source : Insee, *enquête Budget des familles de 2018* [11]

b) Emploi

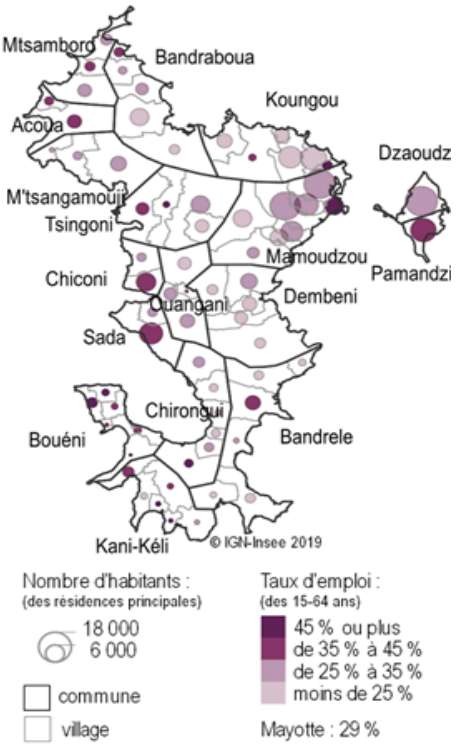
Le taux d'emploi chez les 15-64 ans **à Mayotte continue de baisser sur les quatre dernières années** : 30 % au second trimestre 2022 [125] contre 38 % en 2018 [17], année où il était le plus fort observé depuis 2009 (34 % [18], et particulièrement porté par la fonction publique d'Etat et les collectivités territoriales entre 2016 et 2017 [17]) [19]. En 2019, période d'avant crise Covid-19, le taux d'emploi était déjà **deux fois inférieur** à celui observé **en France métropolitaine** (66 %) [19]. 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 [125]. En 2021, on observe notamment **36 % des jeunes ni en emploi**, **ni en études**, **ni en formation** (39 % en 2019) [16].

Figure 13 : Taux d'emploi, au sens du BIT, en 2017, 2019 et 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 15-64 ans de Mayotte
Source : Insee, *enquête Emploi de 2021* [16]

Figure 14 : 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, *recensement de la population de 2017* [20]

Au 2ème trimestre 2022, **le taux de chômage**[13] **au sens du BIT s'établit à 34 %** de la population active[14] à Mayotte [125], alors qu'il était de 18 % en 2009 [18]. Il **retrouve son niveau** d'avant la crise sanitaire, et usuellement constaté **depuis 2016**. Mayotte reste ainsi le **département français au taux de chômage le plus élevé** [16]. 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 [21]. En 2018, le chômage avait été particulièrement élevé (35 %) suite aux mouvements sociaux et à la baisse des contrats aidés [22].

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** [5]**.** Cette classe d'âge part majoritairement vers la France métropolitaine afin d'y faire ses études [8]. **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 un sur dix occupe un emploi [8].

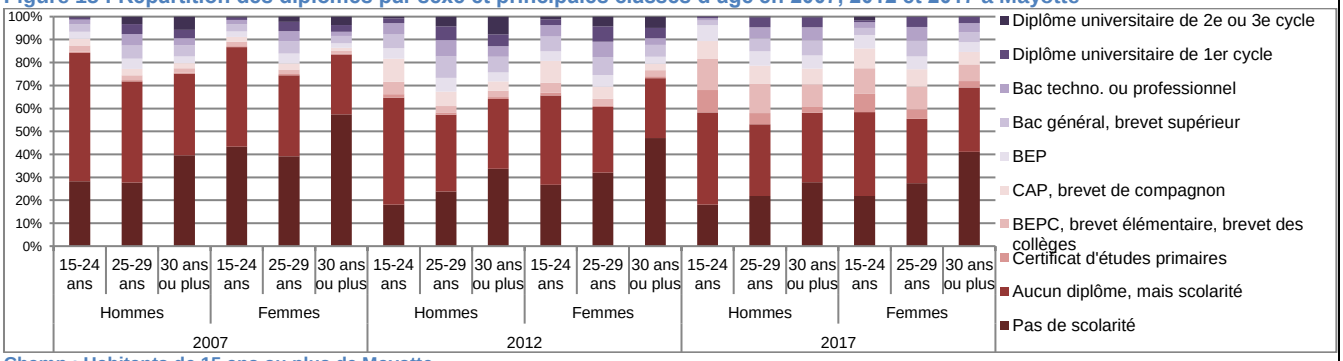
[13] La définition et la mesure du chômage est complexe et extrêmement sensible aux critères retenus. En effet, les frontières entre emploi, chômage et inactivité ne sont pas toujours faciles à établir (exemple d'un étudiant qui travaille quelques heures par semaine...). Le BIT a cependant fourni une 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 qu'on appelle un « halo » autour du chômage.

[14] Partie de la population d'un pays qui est capable de travailler chez les 15 ans ou plus.

c) 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 % en Métropole [23]. 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 qu'en métropole** [23]. 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 [23]. Quel que soit le lieu de naissance, grâce au développement de la scolarisation, **les jeunes générations sont plus diplômées** que leurs aînés [23].
En 2018, la part d'individus de 15 ans ou plus **non scolarisés** est de **31 %** (38 % chez les natifs de l'étranger, 25 % chez ceux de Mayotte) contre 40 % en 2009, et 21 % ont un diplôme supérieur ou égal au Baccalauréat contre 13 % en 2009 [23].

Figure 15 : Répartition des diplômes par sexe et principales classes d'âge en 2007, 2012 et 2017 à Mayotte



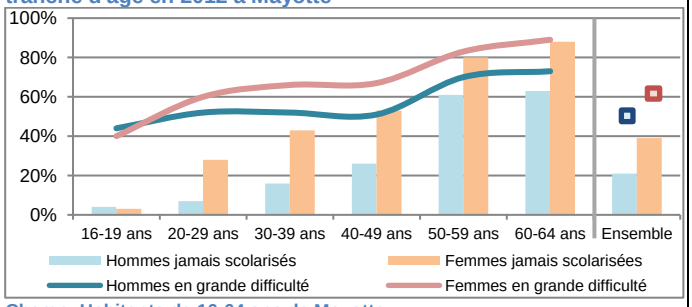
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Insee, *recensements de la population* [24]

En 2012, **Les personnes n'ayant jamais été scolarisées représentent près du tiers des 16-64 ans** et sont pour la **quasi-totalité en grande difficulté à l'écrit** (96 %) [25]. Il s'agit principalement de personnes âgées de plus de 40 ans (55 %) et majoritairement de femmes (68 %) [25] (*Figure 16*).

Les habitants de Mayotte qui ont été scolarisés éprouvent souvent des difficultés à réaliser des exercices de calcul. Ces difficultés sont aussi fréquentes qu'à l'écrit : **43 % des personnes scolarisées ont du mal à effectuer des calculs simples** (contre 16 % en Métropole) [25]. Cependant, les difficultés rencontrées en calcul **diminuent en fonction de l'âge** (48 % chez les 16-24 ans et 34 % chez les 45-64 ans) [25]. En compréhension orale, les difficultés sont moins fréquentes : **38 % des personnes scolarisées éprouvent des difficultés à comprendre un texte d'information** (contre 15 % en Métropole) [25].

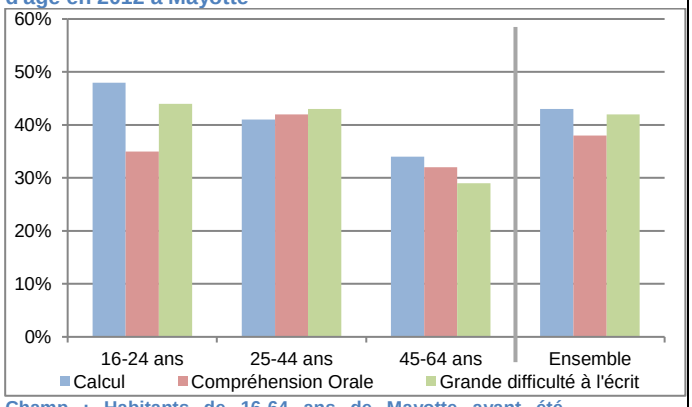
Les mauvaises performances ont tendance à se cumuler : 64 % des personnes en grande difficulté à l'écrit sont aussi en difficulté en calcul et 66 % ont des difficultés en compréhension orale [25] (*Figure 17*).

Figure 16 : Part de la population jamais scolarisée et part en grande difficulté à l'écrit selon le sexe et la tranche d'âge en 2012 à Mayotte



Champ: Habitants de 16-64 ans de Mayotte
Source: Insee, *enquête Information Vie Quotidienne de 2012* [25]

Figure 17 : Part des personnes en grande difficulté en calcul ou en compréhension orale selon la tranche d'âge en 2012 à Mayotte



Champ : Habitants de 16-64 ans de Mayotte ayant été scolarisés
Source : Insee, *enquête Information Vie Quotidienne de 2012* [25]

Les compétences des parents ont un fort impact sur les difficultés à l'écrit de leurs enfants à l'âge adulte. La moitié des habitants de Mayotte qui ont été scolarisés déclarent que ni leur père ni leur mère ne savait lire [25]. Parmi eux, **51 % sont en difficulté à l'écrit contre 22 % de ceux dont les deux parents savaient lire** [25]. Mais les compétences des parents s'améliorent : seules 32 % des personnes âgées de moins de 20 ans déclarent qu'aucun de leurs deux parents ne savait lire [25].

d) Consommation des ménages

En 2018, les habitants de Mayotte consomment en moyenne pour 1 190 euros par mois et par ménage [26]. **Le niveau de consommation moyen reste inférieur de moitié à celui de Métropole et d'un tiers par rapport aux autres DOM** [26]. Les dépenses de consommation n'ont pas progressé depuis 2011 [26]. Elles **diminuent même de -12 % en moyenne pour les ménages pauvres**. L'alimentation reste en 2018 le premier poste de dépenses (24 %) [26]. Néanmoins**, le 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 [26]. En revanche, les dépenses alimentaires des ménages non pauvres augmentent, avec l'achat de produits plus onéreux et diversifiés [26].

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 [26]. **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 [26] (*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 [26].

Tableau 2 : Structure de consommation moyenne par ménage en 2011 et 2018 à Mayotte

%	Mayotte 2011	Mayotte 2018	France Métropolitaine 2017
Alimentation	27	24	16
Transports	15	18	16
Logement	15	15	16
Habillement	11	10	5
Équipement du logement	6	6	6
Communications	5	5	3
Loisirs et culture	6	5	9
Assurances et service financier	3	5	9
Autres biens et services	4	5	7
Hébergement et restauration	4	4	7
Santé et enseignement	2	2	3
Alcool et tabac	1,9	1,3	3

Champ : Comptabilité nationale – hors autoconsommation
Source : Insee, *enquête budget des familles de 2018* [26]

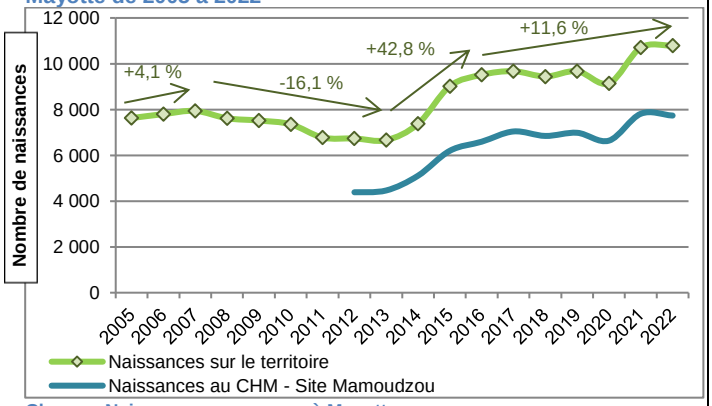
3 – Natalité, fécondité et structure familiale

a) Courbes des naissances survenues

Sur l'année 2022, 10 795 naissances ont eu lieu à Mayotte, dont 72 % à la maternité centrale.

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** [27] 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**. Il semble se **stabiliser** ensuite **en 2022** (+0,9 %) (*Figure 18*).

Figure 18 : Courbe des naissances survenues à Mayotte de 2005 à 2022



Champ : Naissances survenues à Mayotte
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

La différence entre nombre de naissances survenues et domiciliées était en faveur des naissances ayant eu lieu sur le territoire de Mayotte jusqu'en 2016 (+68 de différence en 2014 contre +18 en 2016). La tendance s'inverse jusqu'en 2020 : le nombre de naissances domiciliées y est alors supérieur de +31 enfants nés (*Tableau 3*). En 2021 et 2022, on observe à nouveau une balance qui penche en faveur des naissances survenues : respectivement +94 et +65 [126].
En 2021, sur les 241 mères domiciliées à Mayotte et **ayant accouché hors du territoire**[15]**, la moitié ont accouché à La Réunion et l'autre moitié en Métropole** [28].

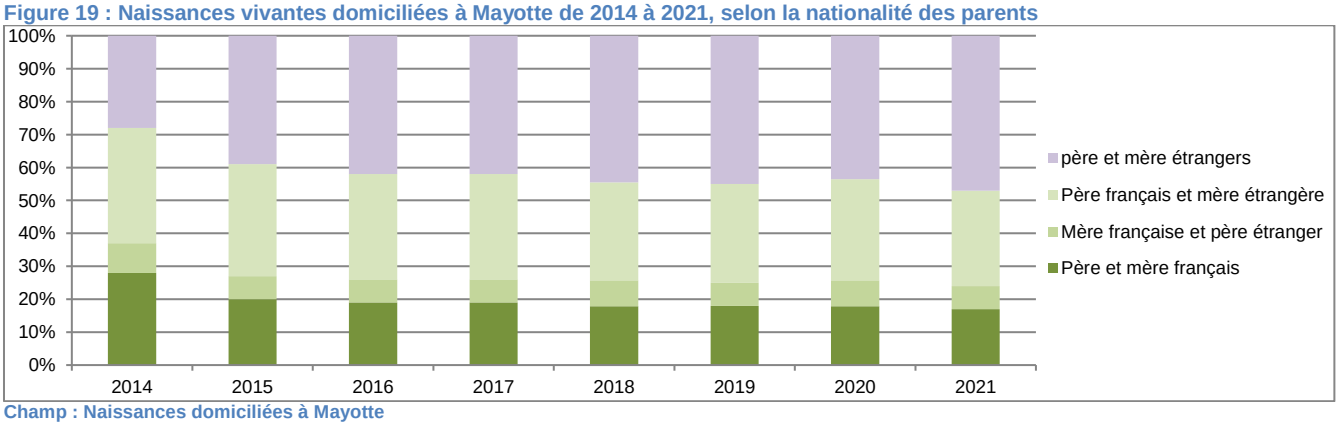
Tableau 3 : Naissances survenues et naissances domiciliées de 2014 à 2022 à Mayotte

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Naissances survenues[16]	7 374	9 019	9 514	9 674	9 441	9 673	9 145	10 704	10 795
Naissances domiciliées[17]	7 306	8 997	9 496	9 762	9 590	9 770	9 184	10 610	10 730
Delta	+68	+22	+18	-88	-149	-97	-31	+94	+65
Indice de fécondité (enfants par femme)	4,1	4,9	5,0	4,9	4,7	4,6	4,2	4,6	
Taux de natalité (naissances pour mille habitants)	32,7	38,7	39,4	39,0	37,4	36,2	32,9	36,6	

Source : CHM (survenues), Insee (domiciliées) *bilan démographique* [126]
Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

53 % des nouveau-nés[18] **de 2021** ont au moins un parent français et **naissent ainsi Français** alors qu'en 2014 la part était de 72 % [28] (*Figure 19*).

Figure 19 : Naissances vivantes domiciliées à Mayotte de 2014 à 2021, selon la nationalité des parents



Champ : Naissances domiciliées à Mayotte
Source : Insee, *bilan démographique* [28]
Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

La maternité du CHM de Mamoudzou représente en moyenne par an 71 % des naissances survenues sur le territoire. Les centres périphériques de Kahani, Dzoumogné, M'Ramadoudou et Dzaoudzi en rassemblant respectivement 10 %, 8 %, 7 % et 4 %[19] (*Tableau 4*).
Entre la période 2012-2015 et 2020-2021, **la proportion de naissances ayant eu lieu à la maternité de Mamoudzou a augmenté de +5 points**, alors que celle de M'Ramadoudou a diminué de -2 points (*Tableau 4*).

Tableau 4 : Nombre de naissances par maternité à Mayotte de 2012 à 2022

	Nombre											Répartition (%)			
Maternité	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2012-2015**	**2016-2019**	**2020-2022**	**Total**
CHM	4 387	4 465	5 109	6 199	6 595	7 042	6 846	6 984	6 641	7 815	7 735	68	72	72	71
Dzaoudzi	377	362	369	399	414	347	378	346	376	409	416	5	4	4	4
Dzoumogné	766	618	625	800	819	729	725	765	667	848	822	9	8	8	8
Kahani	619	633	680	950	948	917	866	962	915	1 021	1 157	10	10	10	10
M'Ramadoudou	587	566	591	671	738	639	626	616	546	611	665	8	7	6	7
Total	**6 736**	**6 644**	**7 374**	**9 019**	**9 514**	**9 674**	**9 441**	**9 673**	**9 145**	**10 704**	**10 795**	**100**	**100**	**100**	**100**

Champ : Naissances survenues à Mayotte
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

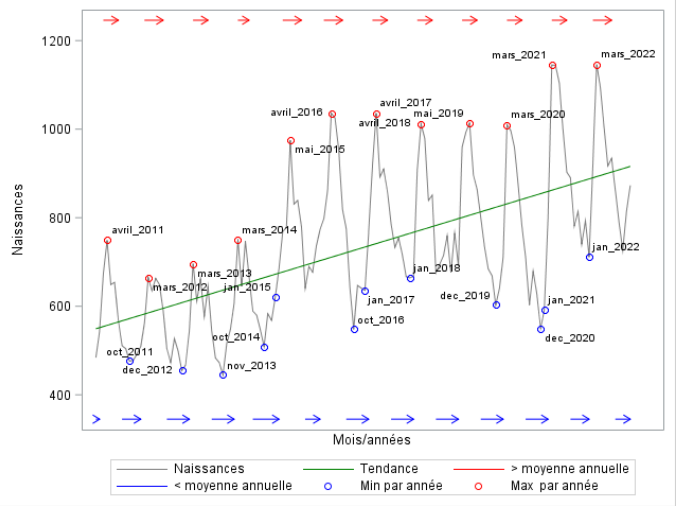
[15] En 2020, 236 femmes domiciliées à Mayotte ont accouché hors du territoire [29]. 300 en 2019 [30], 325 en 2018 [31], 300 en 2017 [32]. La répartition entre accouchement à La Réunion et en Métropole est stable avec 2021 sur les années précédentes [28].
[16] Les naissances survenues correspondent à celles ayant lieu sur le territoire de Mayotte que la mère soit domiciliée ou non.
[17] Les naissances domiciliées correspondent à celles ayant lieu en France entière et dont la mère est domiciliée à Mayotte.
[18] En 2018, un nouveau-né sur dix n'était pas reconnu à la naissance par le père, équivalent à la métropole, 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 celles non mineures [31].
[19] En 2021, 9 % des naissances ont lieu hors maternités (5 % en 2020 [29]) contre 0,9 % en Métropole [28]. Respectivement 6 % et 0,5 % en 2019 [30], 5 % et 0,7 % en 2018 [31], 6 % et 0,5 % en 2017 [32].

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 de octobre à décembre** [27].

Ainsi, les mois connaissant une **explosion du nombre de naissances** sont ceux de : **mars**, **mai**, **juin**. A contrario, les mois dont le nombre de naissances est le plus **faible** sont ceux de : **janvier**, **septembre**, **octobre** et **novembre** [27] (*Figure 20*).

Figure 20 : Evolution de 2012 à 2022 du nombre de naissances par mois (en gris), tendance globale (en vert), saisonnalité (en bleu et rouge), minimum et maximum atteints par année

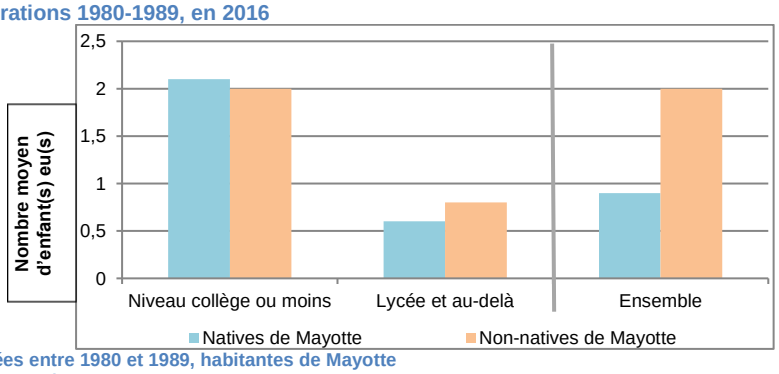


Champ : Naissances survenues à Mayotte de 2011 à 2022
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate M.A.R.C.

c) Indicateur conjoncturel de fécondité

En 2021, l'indicateur conjoncturel de fécondité[20] s'élève à **4,6 enfants par femme à Mayotte**. Le territoire est alors le **département français où la fécondité est la plus élevée** [28]. **Il se situe à un niveau très supérieur à la métropole** (1,8 enfant par femme) et **retrouve son niveau de 2012** (4,1 enfants par femme) [2], alors qu'il avait été divisé par deux entre 1978 et 2012 [5], **en lien avec la généralisation de la scolarisation** [8] (*Figure 21*).
Cette hausse est due pour l'essentiel au surcroît de naissances de mères d'origine étrangère arrivées récemment à Mayotte[21]. La fécondité est 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) [5]. Pour autant, elle a aussi **légèrement augmenté pour les femmes natives de Mayotte**, +0,4 par rapport à 2014 [5].

Figure 21 : 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



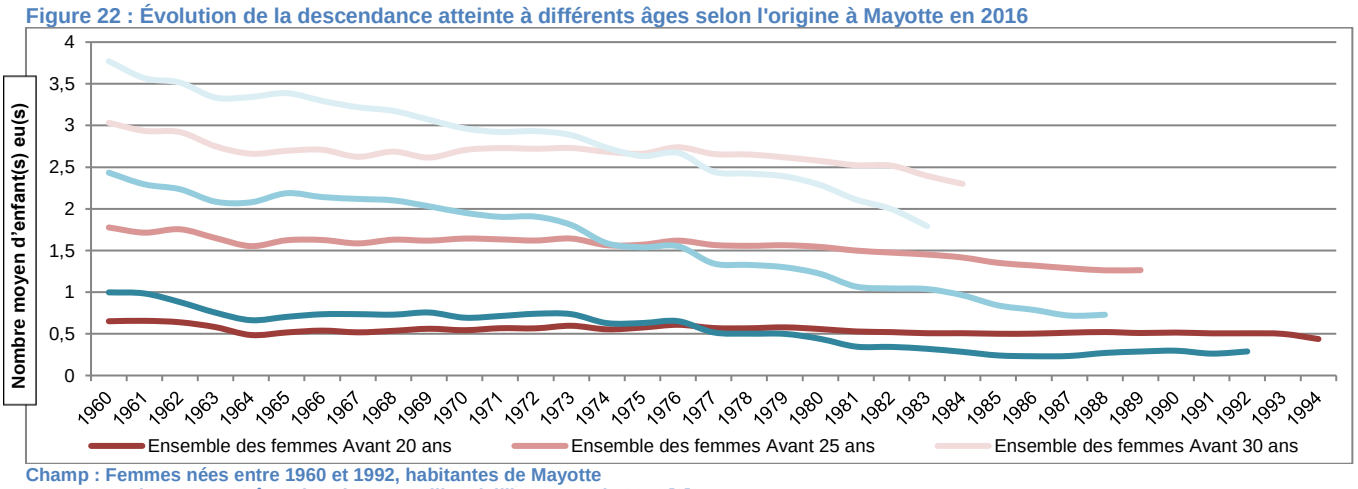
Champ : Femmes nées entre 1980 et 1989, habitantes de Mayotte
Source : Ined-Insee, *enquête Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [8]

Ce résultat ne doit pas masquer l'importance des changements en cours puisque **la proportion de femmes ayant eu 7 enfants ou plus a été divisée par deux entre les générations 1940-1949 et**

[20] 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.
[21] 11 % des femmes enceintes l'étaient avant leur arrivée à Mayotte en 2016, 27 % chez les natives de l'étranger [33].

1970-1976 (38 % contre 20 %) [8]. De plus, l'indicateur diminue pour les générations de 1960 à 3,8 et à moins de 2 pour la génération de 1980 [8] (*Figure 22*).

Figure 22 : Évolution de la descendance atteinte à différents âges selon l'origine à Mayotte en 2016



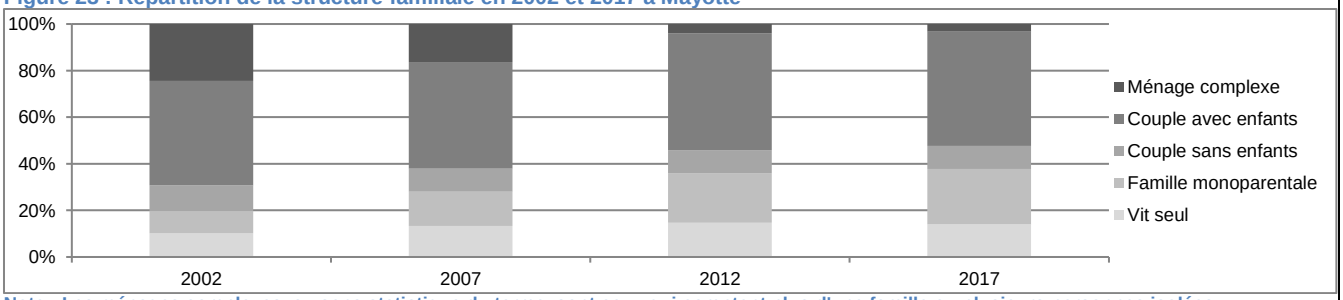
Champ : Femmes nées entre 1960 et 1992, habitantes de Mayotte
Source : Ined-Insee, *enquête Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [8]

Mayotte est également le deuxième département à avoir le plus fort taux de grossesses chez les mineures après la Guyane : **4 %** (470 enfants nés de mères mineurs, dont 150 de mères de 15 ans ou moins), contre 0,3% en Métropole [28] et 5 % en 2020 (soit 415 naissances, 4 % en 2019 – 430 – [30], 5% en 2018 – 470 – [31] et 2017 – 470 – [32]).

d) Famille

En 2017, **un tiers des familles**[22] **sont monoparentales** (22 % en Métropole), ce qui n'excluent pas qu'elles soient souvent des familles nombreuses (41 % d'entre elles sont composées de 3 enfants ou plus[23], 11 % en Métropole) [34] et un quart des enfants ne vivent qu'avec leur mère (10 % en Métropole), cette part doublant pour le cas des non-natifs de Mayotte [8]. **Concernant cette partie de la population, après 6 ans, 7 à 9 % des enfants vivent dans un ménage sans aucun de leurs parents** [8]. Le nombre de mineurs vivant sans leurs parents est estimé à 5 400 enfants dont 44 % sont de nationalité française [34]. **La moitié de ces mineurs ne sont pas inscrits dans un établissement scolaire** alors que 61 % ont entre 6 et 16 ans [34]. 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 [8].
En 2017, la moitié des habitants de Mayotte de 14 ans ou plus vivent en couple [35] (Six sur dix en 2007 [36]). **Les femmes débutent leur vie de couple plus tôt** (deux sur cinq chez les 20-24 ans contre un sur cinq chez les hommes du même âge), **mais après 30 ans** elles sont moins souvent en couple que dans le reste de la France (63 % contre 70 %) [35]. Très peu de couples sont sans enfant : 17 % contre la moitié ailleurs en France [35].
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 % en Métropole) [35].

Figure 23 : Répartition de la structure familiale en 2002 et 2017 à Mayotte



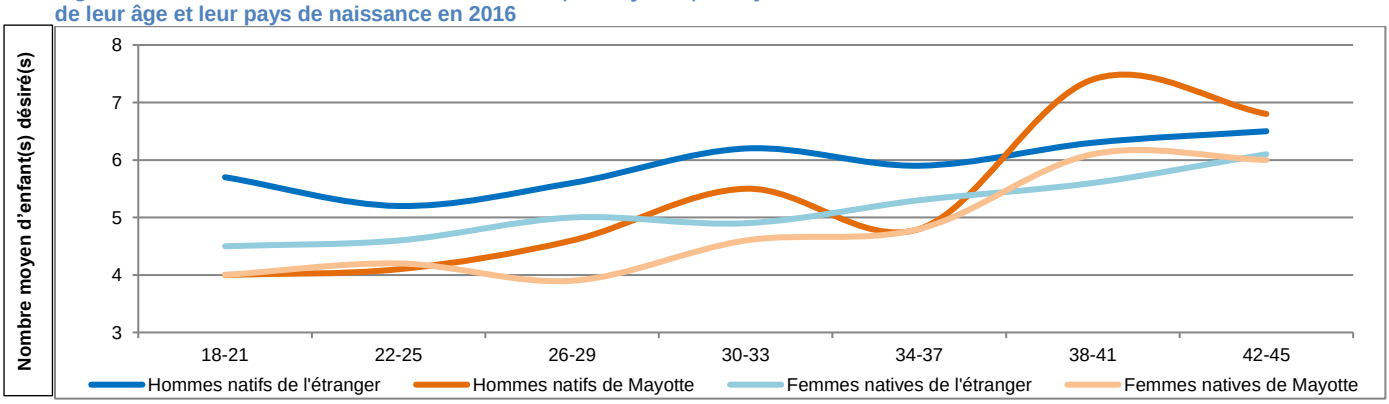
Note : Les ménages complexes, au sens statistique du terme, sont ceux qui comptent plus d'une famille ou plusieurs personnes isolées partageant habituellement le même domicile, ou toute autre combinaison de familles et personnes isolées.
Champ : Ménages de Mayotte
Source : Insee, *recensements de la population* [24]

[22] 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 [24].
[23] Dont 23 % sont composées de 4 enfants ou plus [34].

e) Perception de la parentalité

En 2016, **les familles de plus de cinq enfants restent la norme souhaitée** [37].
Cependant, les plus jeunes souhaitent deux enfants de moins que leurs ainés [37]. 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** [37]. 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** [37] (*Figure 24*).

Figure 24 : Evolution du nombre désiré d'enfants (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, Vieillissement de 2016* [37]

La solidarité intergénérationnelle représente la principale motivation à avoir « beaucoup d'enfants », aussi bien pour les natifs de l'étranger que ceux de Mayotte [37].
En effet, **l'avantage** le plus souvent cité demeure le **soutien dans la vieillesse** (59 %) [37]. Il est suivi des motifs concernant **l'aide dans le travail** (40 %) et la **solidarité des grandes familles** (39 %) [37]. 21 % des personnes citent n'y voir aucun avantage et seulement 1 % un épanouissement affectif [37].
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 %), et citent plus l'épanouissement et l'aspect affectif (8 % et 7 %) [37].
Les motifs de solidarité intergénérationnelle sont moins souvent cités chez les personnes ayant un BAC+2 ou supérieur et les jeunes (18-25 ans) [37]. 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 %) [37].
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 [37].

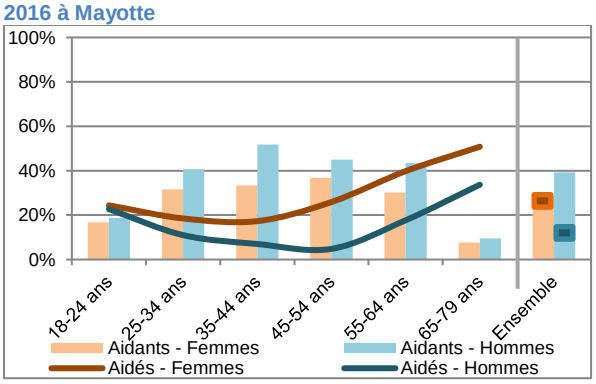
Le **désavantage** le plus souvent cité à avoir beaucoup d'enfants demeure le **coût/aspect financier** (70 %) [37]. **L'inquiétude sur l'avenir de leur(s) enfant(s)** (55 %) et les **problèmes d'éducation et de discipline** (55 %) sont ensuite les plus déclarés [37]. Un habitant sur dix ne cite aucun désavantage [37]. Les individus nés dans un département français hors Mayotte, les plus diplômés et ceux estimant leurs revenus comme suffisants citent moins souvent que les autres les coûts financiers et les problèmes d'éducation comme des désavantages à avoir beaucoup d'enfants [37].
Toutefois, ces trois sous-catégories de population citent plus régulièrement les « contraintes pour les parents » [37].

4 - Solidarité familiale

A Mayotte, **plus d'un habitant sur deux déclare aider régulièrement des proches** [8]. Pour **34 %** des cas, il s'agit d'une **aide financière** et dans un contexte de forte pauvreté, de chômage important, d'alignement en cours de la protection sociale et de fortes migrations, cette solidarité joue un rôle essentiel [8].
Cet apport financier se décline selon deux principales trajectoires : **une aide des parents vers les jeunes adultes**, concernant un individu de moins de 25 ans sur quatre [8]. **Une aide des 25 à 64 ans**

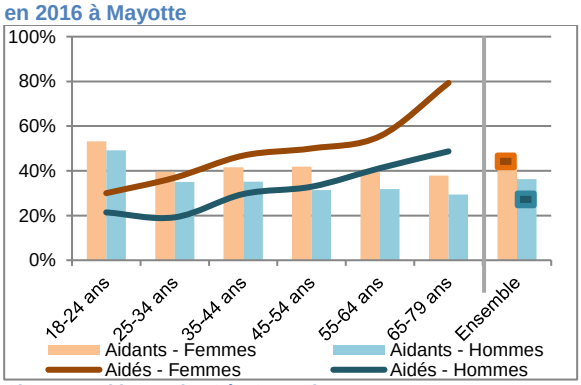
vers les plus âgés et dont beaucoup ne disposent d'aucune retraite, soit un individu de 65 ans ou plus sur quatre [8] (*Figure 25*).
Enfin, **deux habitants sur cinq déclarent apporter régulièrement une aide non financière** à leur entourage, principalement sous la forme de « **garde d'enfants** » [8] (*Figure 26*).

Figure 25 : Proportion de personnes apportant une aide financière ou en recevant une par sexe et âge en 2016 à Mayotte



Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined-Insee, *enquête Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [8]

Figure 26 : Proportion de personnes apportant une aide non financière ou en recevant une par sexe et âge en 2016 à Mayotte



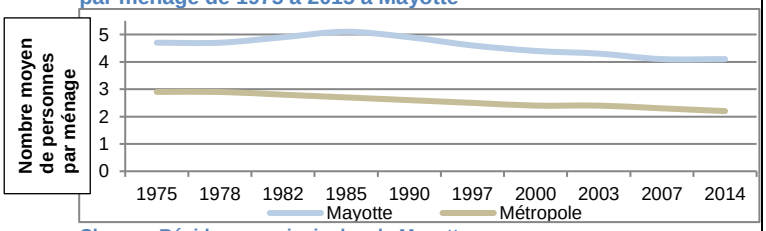
Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined-Insee, *enquête Migrations, Famille, Vieillissement de 2016* [8]

5 - Le logement

Entre 2012 et 2017, la croissance du nombre de logements est dynamique à **+4,1 % en moyenne** par an [5] et a été multiplié par 5 vis-à-vis de 1978 [38] (*Figure 28*). La taille des ménages est de 4 personnes soit une moyenne de **1,4 personne par pièce** (0,6 en Métropole) [5] (*Figure 27*).
En 2017, **39 %** des 63 100 résidences principales recensées[24] sur le territoire **sont des maisons individuelles en tôle**[25], les autres étant construites en dur [5]. La nature du bâti a ainsi fortement évolué ces 20 dernières années : 21 % des habitations avaient des murs en torchis ou raphia, voire en feuilles de cocotiers, tandis que la tôle ne constituait que 14 % du parc de logement en 1997 [39]. Dix ans plus tard, **les cases en tôle sont quatre fois plus nombreuses** et celles **en torchis ou raphia** ont **diminué de moitié** (6 %) [39]. **Les maisons en bois, végétal ou terre** n'étant plus que de **1 % en 2017** [39]. En 2013, seuls 40 % des logements ont du carrelage au sol, tandis que dans 60 % des logements, le sol est fait de béton, de revêtement plastique ou de terre battue [38].

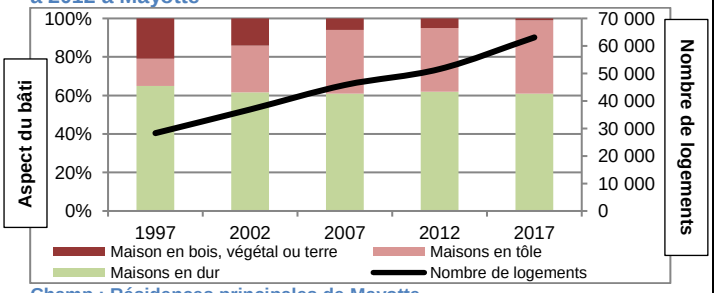
En 2017, **29 % des ménages n'ont pas accès à un point d'eau à l'intérieur** de leur résidence principale, **soit quasiment autant qu'en 2012** (30 %) [5]. L'accès à l'eau s'était pourtant nettement amélioré entre 2007 et

Figure 27 : Evolution du nombre moyen de personnes par ménage de 1975 à 2015 à Mayotte



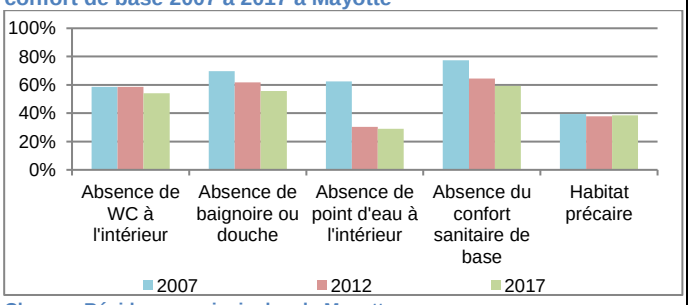
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

Figure 28 : Evolution du nombre de résidences principales et répartition selon l'aspect du bâti de 1997 à 2012 à Mayotte



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [39]

Figure 29 : Evolution des différents indicateurs liés au confort de base 2007 à 2017 à Mayotte



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [5]

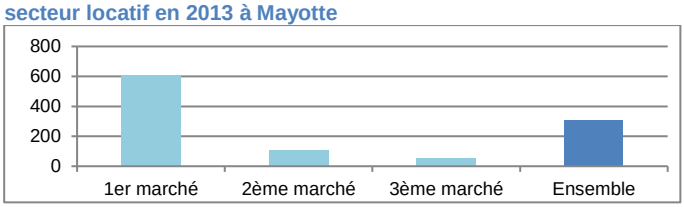
[24] En appliquant le taux de croissance annuel moyen observé en 2017, on peut estimer à 80 303 le nombre de résidences principales au 1er janvier 2023 à Mayotte.
[25] L'habitat en dur représente 61 % du parc immobilier en 2017, contre 63 % en 2012 et 65 % en 1997 [39].

2012 : 63 % des ménages n'en disposaient pas en 2007 [5] et 80 % en 1997 [39]. L'absence d'eau à l'intérieur du logement est **cinq fois plus fréquente** dans l'habitat précaire (en tôle, bois, végétal ou terre, 56 %) que dans l'habitat en dur (12 %) [5] (*Figure 29*).

En 2013, **la majorité des ménages vivent donc dans des conditions de logements difficiles, éloignées des standards des autres départements français et particulièrement surpeuplée** (deux ménages sur trois) [38]. Les étrangers font partie des plus mal logés [38]. Les conditions de logement précaires des ménages à Mayotte reflètent la faiblesse de leurs revenus [38] (*Figure 30*).

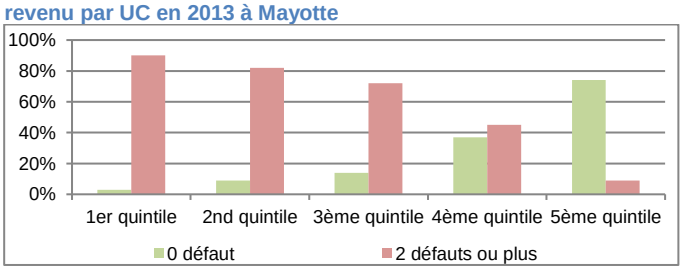
Parmi les ménages les plus défavorisés (1er quintile du revenu par UC), **neuf sur dix vivent dans un logement avec au moins deux défauts** [38]. A l'inverse, les trois quarts des ménages les plus favorisés habitent des logements sans défaut [38] (*Figure 31*).

Figure 30 : Loyer mensuel (en euros/mois) selon le secteur locatif en 2013 à Mayotte



Note : 1er marché = logements en dur disposant du confort sanitaire de base. 2ème marché = logements en dur sans le confort sanitaire de base. 3ème marché = maisons en tôle.
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

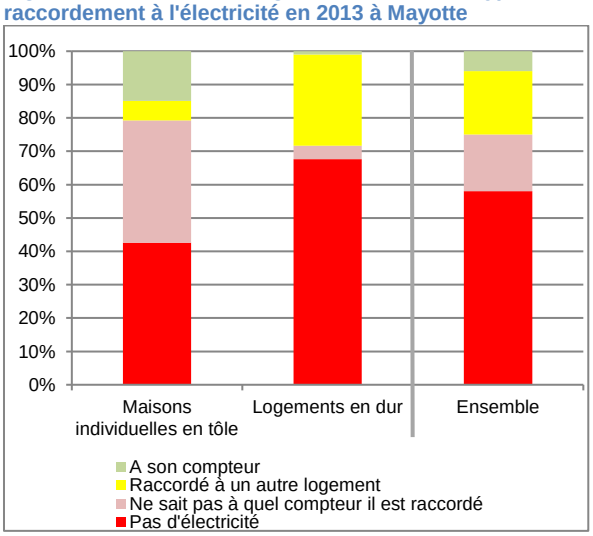
Figure 31 : Part des ménages vivant dans un logement sans ou avec deux défauts ou plus selon le quintile de revenu par UC en 2013 à Mayotte



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

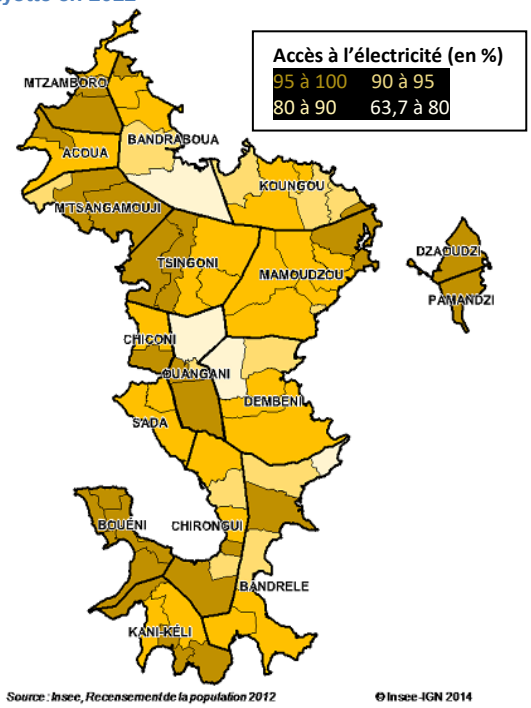
Entre 2002 et 2012, la part de ménages **n'ayant pas l'électricité** dans leur logement avait été **divisée par quatre** [2]. En 2013, 6 % des logements n'en disposaient pas [38]. Quatre années plus tard, **l'accès à l'électricité** n'est toujours pas généralisé à Mayotte et **recul même : 10 % des résidences principales en sont dépourvues** [5] (*Figure 32*).

Figure 32 : Part des logements selon le type de raccordement à l'électricité en 2013 à Mayotte



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

Figure 33 : Accès à l'électricité dans les villages de Mayotte en 2012



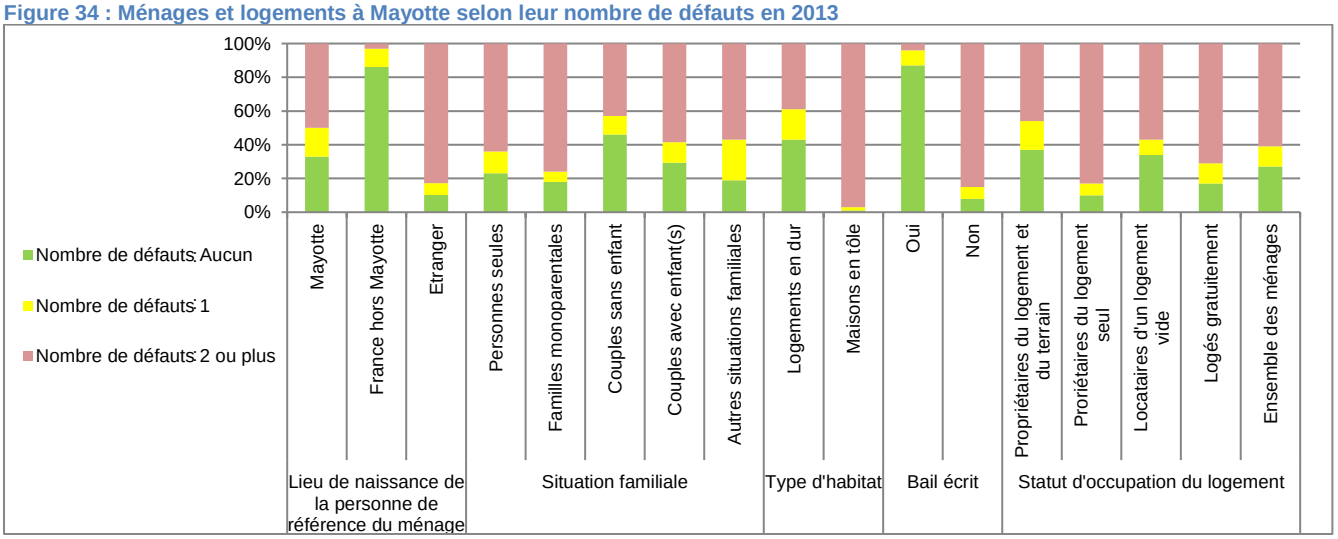
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2012* [40]

En 2017, **59 % des résidences principales ne bénéficient pas du confort sanitaire de base**[26] [5]. 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) [5]. Cette amélioration concerne uniquement l'habitat construit en dur. **Le confort sanitaire des habitations précaires ne progresse**

[26] 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.

pas : **95 % ne disposent pas du confort sanitaire de base** contre 37 % pour les habitations en dur [5] (*Figure 34*).

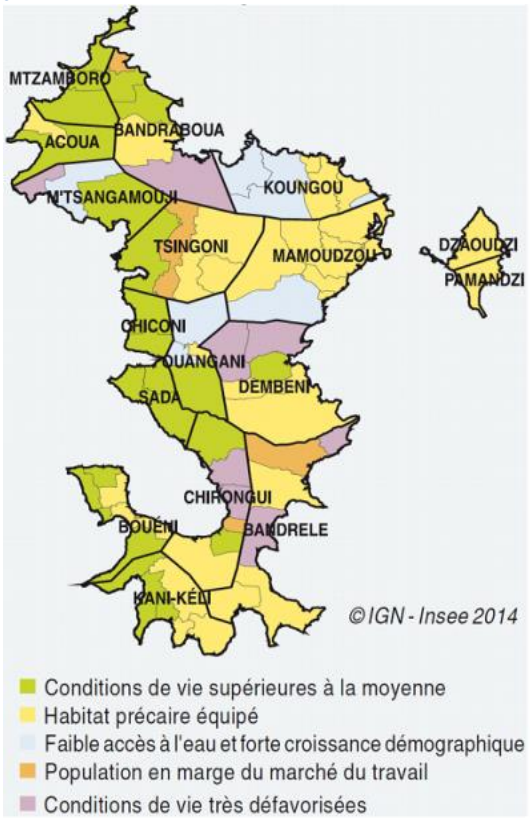
Figure 34 : Ménages et logements à Mayotte selon leur nombre de défauts en 2013



Champ : Ménages de Mayotte
Source : Insee, *enquête logement de 2013* [38]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

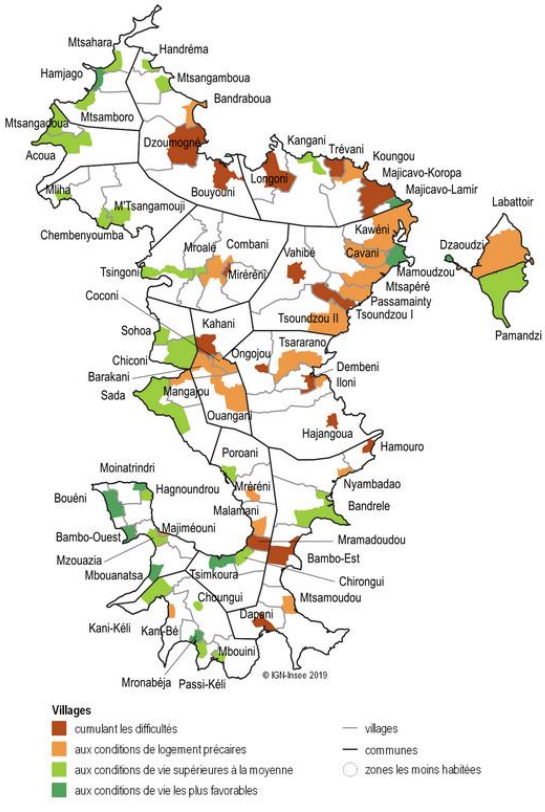
En 2012 et 2017, **le littoral ouest de Mayotte est le secteur présentant les meilleures conditions de vie** (*Figures 35 & 36*) [20]. Les communes de Dembéni, Mamoudzou, Koungou et Bandraboua sont celles qui recensent le plus de villages en difficulté [20]. C'est en tout 16 villages sur 72 qui **cumulent toutes les difficultés**, soit en 2017 : **57 700 habitants pour 12 800 logements** [20]. En 2012, les 23 villages où les conditions de vies sont les meilleures abritent, comme un 2017, un quart de la population de Mayotte [40].

Figure 35 : Classification des villages de Mayotte en 2012



Source : Insee, *recensement de la population de 2012* [40]

Figure 36 : Classification des villages de Mayotte en 2017



Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [20]

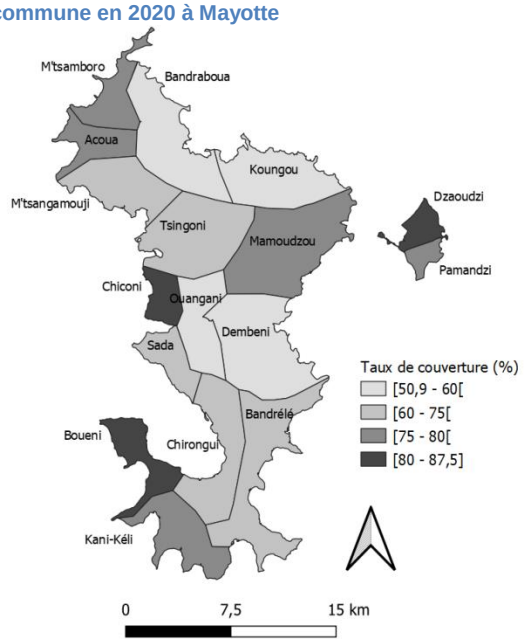
6 – Couverture maladie

Selon les données de la CSSM, **un peu moins de la moitié** de la population totale était affiliée à la Sécurité sociale[27] en **2012** [41]. Ce taux a nettement **augmenté depuis** avec 70 % de la population couverte en 2018, 68 % en 2019 et **66 % en 2020** [42]. Parmi les secteurs les **mieux pourvus**[28] : les **extrémités** de l'île ainsi que la **Petite-Terre** et les communes de **Mamoudzou** et **Chiconi** avec un taux supérieur à 75 % [42]. Le reste du territoire affichant une couverture de **un habitant sur deux à trois sur quatre** [42] (*Figure 37*).

En 2019**, 63 %** des habitants de 18 ans ou plus déclarent être **affiliés à la Sécurité sociale** [43] (*Figure 38*). En 2016, le taux était de **trois habitants sur quatre** de 15-79 ans, avec une différence de 8 points entre les hommes (77 %) et les femmes (69 %) [41] (*Figure 39*). Encore très éloigné de celui du régime général en France métropolitaine (86 % en 2016), ce taux de couverture varie fortement selon l'âge et la situation administrative [41].
En 2016, il est **particulièrement faible chez les moins de 30 ans et ceux sans titre de séjour** [41] (*Figure 40*). Plus généralement, en 2019, 34 % des 15 ans ou plus de nationalité étrangère sont affiliés à la Sécurité sociale [44] (41 % chez les 15-79 ans de cette même catégorie en 2016 [41]).
En 2016, 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 [45].

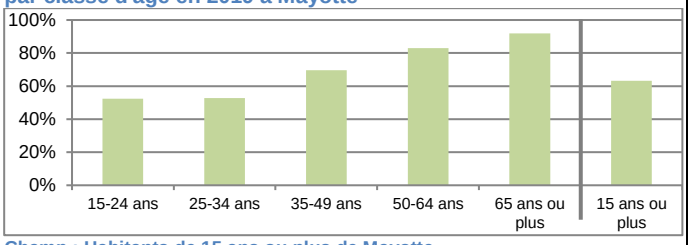
L'inégalité est plus vive encore s'agissant de la « **complémentaire santé** » sachant que ni la CMU-C, ni l'AME n'y ont été étendues sur l'île : **seul un habitant sur dix y souscrit**[29] [43], le plus souvent natif d'un autre département français [41]. On note peu de différence en fonction du sexe, même si les hommes (12 %) sont un peu plus nombreux que les femmes (9 %) à y souscrire [41]. Egalement 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 %**) [41].

Figure 37 : Taux d'affiliation à la Sécurité sociale par commune en 2020 à Mayotte



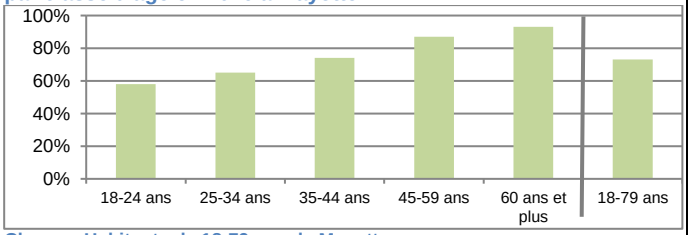
Note : Taux déterminés sur la population de 2017.
Champ : Habitants de Mayotte
Source : CSSM [42]

Figure 38 : Part des individus ayant la Sécurité sociale par classe d'âge en 2019 à Mayotte



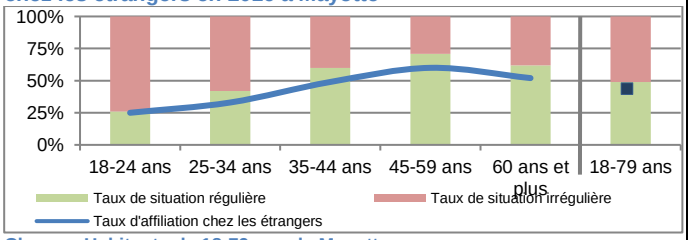
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : Insee

Figure 39 : Part des individus ayant la Sécurité sociale par classe d'âge en 2016 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [41]

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* [41]

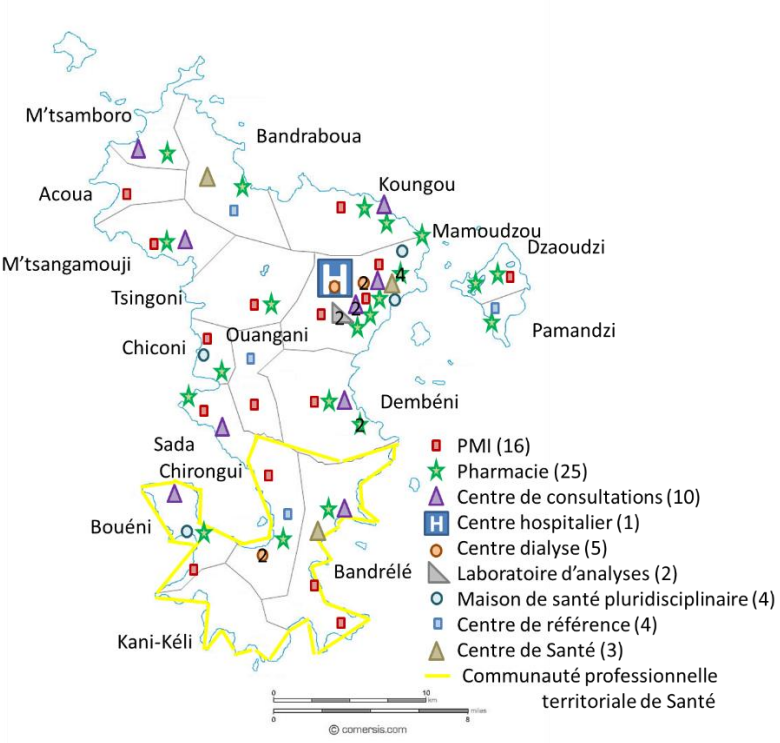
[27] Depuis 2016, la Sécurité sociale est devenue la PUMa. Par simplicité, car la série chronologique de ces données débute en 2012, le terme d'origine sera conservé.
[28] Taux déterminé par le ratio nombre d'affiliés sociaux à l'échelle des communes en 2020 sur population de 2017. A défaut de disposer des données du nouveau recensement de la population, ces taux permettent de calculer une borne supérieure du niveau de couverture à Mayotte.
[29] Mayotte (12 % en 2019) se situe fortement en deçà de La Réunion (97 %), la Métropole (96 %), la Martinique (93 %), la Guadeloupe (91 %) et la Guyane (80 %) [43].

7 – Organisation du système de santé

a) Les structures

Structures sanitaires

Figure 41 : Etablissements sanitaires à Mayotte en 2023



Source : ARS Mayotte – DOSA
Exploitation : ARS Mayotte - Service Etudes et Statistiques

L'organisation du système de soins (*Figure 41*) **est centrée autour du centre hospitalier de Mayotte**, établissement de santé public. Le centre hospitalier de Mayotte dispose :

- **D'un site principal situé à Mamoudzou** qui abrite les services d'hospitalisations et un plateau technique (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, réanimation, 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. Chaque CMR dispose d'un service de maternité de proximité ;
- **De 10 centres de consultations**[30] **de proximité** ouverts du lundi au vendredi de 7h à 14h qui assurent des consultations médicales et/ou paramédicales de premier recours.

Les soins dispensés aux mineurs, enfant à naître, parturientes et pour ce qui concerne les urgences médicales, sont assurées gratuitement à toute la population vivant à Mayotte.
Un établissement privé, **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 centre hospitalier.
Onze entreprises privées de transports sanitaires sont agréées à Mayotte pour un total de 61 véhicules sanitaires autorisés (ambulances et VSL), complétant l'offre de transport proposée par les taxis conventionnés avec la CSSM pour les seuls transports sanitaires vers les centres de dialyse. Enfin, un **SMUR héliporté** est en appui aux transports sanitaires routiers, et un **avion sanitaire** permet d'effectuer les Evasan de Mayotte vers La Réunion et retours éventuels.
Quatre MSP sont autorisées à Mayotte :

- La **MSP Dago ya ounono**, basée à M'Zouazia (Sud) et prenant en charge, outre l'activité de soins de 1er recours, les thématiques sur la santé sexuelle, la contraception et la prévention

[30] Anciennement appelés « Dispensaires ».

primaire et pluri-spécialités. Elle intègre des sages-femmes, des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers ;

- La **MSP du Lagon**, basée à Mamoudzou et prenant en charge les thématiques du diabète, de l'hypertension artérielle et plaies cicatrisations. Elle intègre des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers ;
- La **MSP Suha N'Djema** basée à Chiconi (centre ouest) qui prend en charge dans son projet de santé les thèmes suivants : rétention aigüe d'urine, IVG médicamenteuse, régulation SMUR/ambulatoire, suivi de patients chroniques à domicile par les infirmiers diplômés d'état, suivi de grossesses, prévention des plaies diabétiques et escarres[31]. Elle intègre des sages-femmes, des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers ;
- La **MSP des Hauts Vallons** qui prend en charge dans son projet de santé les thèmes suivants : soins non programmés, suivi des patients chroniques, développement d'une offre d'accès à l'IVG médicamenteuse. Elle intègre des sages-femmes, des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers.

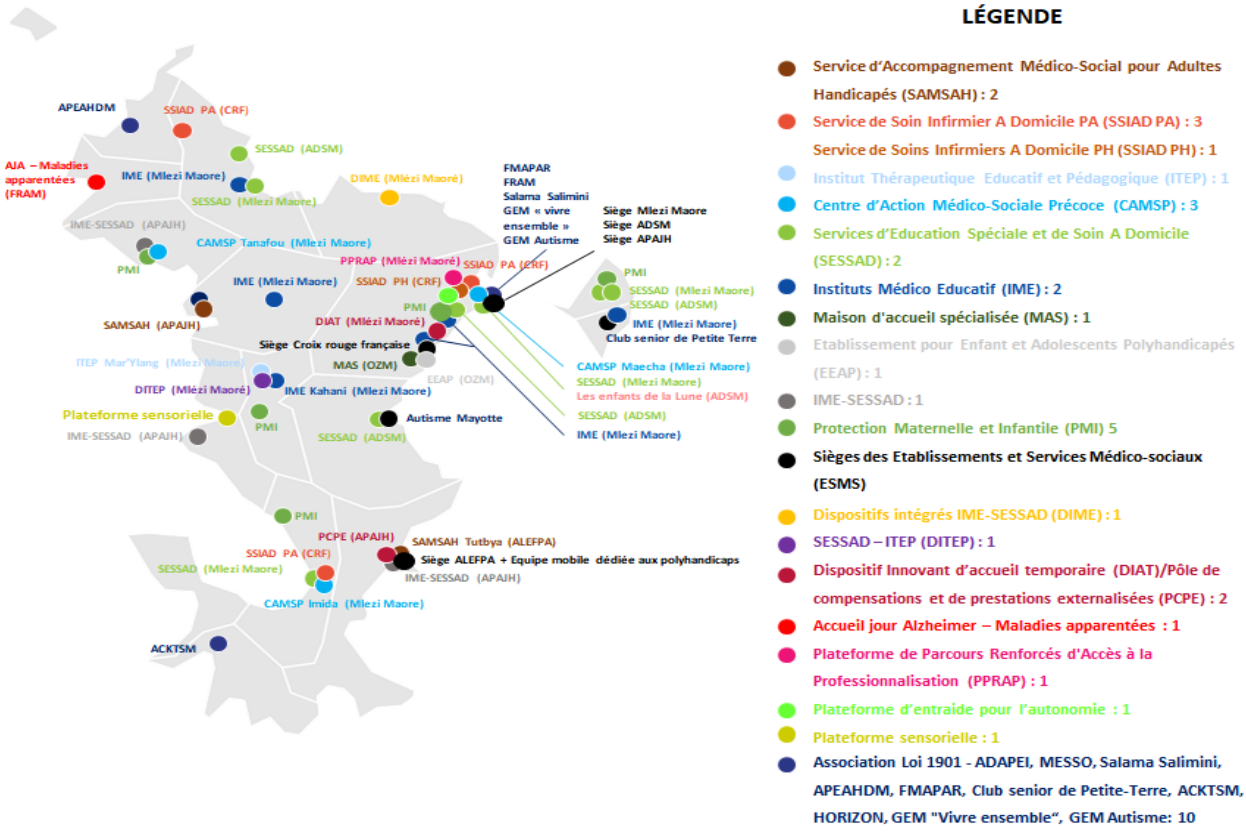
Trois CDS sont habilités à Mayotte :

- 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 Dzinyo**, spécialisé dans l'orthodontie. Il comporte un site à M'Ramadoudou ;
- Le centre **Ounono Wa Matso**, à Bandrélé, spécialisé en télé-ophtalmologie. Il comporte une antenne à Hamjago.

Un pôle de santé pluridisciplinaire s'est installé à Hamjago, contigu au centre de santé. Il propose des consultations de télémédecine (téléconsultation/téléexpertise), de médecine générale et spécialisées (psychiatre et gynécologue) en cabinet secondaire et inclut un cabinet d'infirmiers et un cabinet de masseurs kinésithérapeutes.

Structures médico-sociales

Figure 42 : Etablissements médico-sociaux en 2023



Source: ARS Mayotte – DOSA

[31] 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.

Depuis 2021, **le médico-social est en plein développement et essor avec la création de nombreuses structures afin de compléter l'offre initiale en l'adaptant aux spécificités du département**. La **stratégie territoriale** consiste à mettre en œuvre des **plateformes inclusives de prestations** afin d'éviter une rupture dans la prise 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 **sept plateformes** dont :

- **Plateformes dédiées aux personnes en situation de handicap**,
  - La plateforme dédiée aux **dispositifs intégrés** : IME-Sessad ;
  - La plateforme dédiée aux **déficiences sensorielles** : Safep-SSEFS-Saaas ;
  - La plateforme dédiée aux **polyhandicaps** : EEAP-Mas ;
  - La plateforme dédiée aux **adultes** : Samsah-Fam-Ssiad PH ;
  - La plateforme dédiée à l'**autisme** et **Troubles du Neuro-Développement** : Camsp-Edap-Cra-Accueil de jour et Ecole inclusive (UEEA-UEMA).
- **Plateformes dédiées aux personnes âgées**,
  - La plateforme d'**institutionnalisation** : Puv-Ehpad-USLD ;
  - Accueil de jour : Ssiad PA-Esa.

Par ailleurs, une **PEA** vient d'ête créée à Mayotte. Ce dispositif, destiné à renforcer le « zéro sans solution », est mis en œuvre par la Fédération Apajh et intègre tous les partenaires du champ 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 des **aidants**. Elle complètera son développement par la mise en place d'un dispositif d'appui à la coordination en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des **personnes cumulant diverses difficultés médicales**.

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 (*Figure 42*) :

- L'**ADSM** ayant à charge **trois Sessad**, selon l'âge des enfants et la spécificité du handicap, implantés dans la commune de Mamoudzou : un **Safep**, un **SSEFS**, un **Saaas** et **une plateforme dédiée aux déficiences sensorielles** ;
- L'**Association OZM** ayant à charge **une Mas** et **un EEAP** implantés dans la commune de Mamoudzou ;
- L'**Apajh** ayant à charge **un IME**, un **Sessad** et **un Ssad** dans la commune de Sada, **un Samsah** dans la commune de Tsingoni ainsi qu'**un PCPE** implanté dans le Sud de l'ile et une **PEA** à Mamoudzou ;
- L'**Association Mlézi Maoré** ayant à charge **un IME**, **un Sessad**, **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** ayant en charge une équipe mobile dans la commune de Bandrélé ainsi que **deux plateformes**, l'une dédiée aux adultes et l'autre aux polyhandicaps ;
- **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 ;
- **France Alzheimer Mayotte** est autorisé pour la création d'un accueil de jour autonome pour personnes âgées diagnostiquées avec troubles neurologiques et Alzheimer. 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 ;
- Les associations **Fahamaou Maécha** et **Mlézi Maoré**, vont mettre en œuvre de petites unités de vie permettant l'accueil en institution de personnes âgées dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie, de Gir[32] 3 à 6.

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

[32] Score d'évaluation permettant de déterminer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Gir 1 correspond au niveau le plus fort et Gir 6 le plus faible.

- La création en 2021 d'un établissement médico-social permettant d'accueillir et d'**accompagner les usagers ayant des problématiques avec les addictions**. Porté par l'association **Oppelia**, la 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** sur l'île de Mayotte, devant développer 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**.

b) Capacité du CHM

La capacité du CHM au 31 décembre 2021 est de **364 lits en hospitalisation complète** : 165 en Médecine, 60 en Chirurgie ambulatoire et 139 en Gynécologie-obstétrique ; et **46 places en hospitalisation partielle** : respectivement 10, 34 et 2.
Le taux d'équipement en **Médecine-Chirurgie-Obstétrique diminue** depuis 2019 : 1,56 à 1,37 lit et place pour 1 000 habitants en 2021. De plus, Il est **trois fois inférieur au taux d'équipement en Métropole** (*Tableau 5*).
En **psychiatrie générale**, la capacité d'accueil est de 10 lits depuis 2013.

Tableau 5 : Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants de 2013 à 2021 à Mayotte

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
	Mayotte									Métropole
Médecine	0,79	0,68	0,70	0,67	0,70	0,68	0,71	0,63	0,58	2,02
Chirurgie	0,27	0,44	0,47	0,45	0,38	0,36	0,35	0,34	0,31	1,14
Gynécologie-Obstétrique (pour 1000 femmes de 15 ans et plus)	2,06	1,66	1,86	1,79	1,79	1,66	1,60	1,67	1,55	0,60
Total	1,66	1,62	1,74	1,67	1,56	1,51	1,56	1,47	1,37	3,45

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

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. **8 276 examens ont été réalisés pour des patients en consultation externe en 2021** par le scanner public. L'IRM cogérée par le CHM et le cabinet de radiologie libéral (lequel possède également un scanner) comptabilisent **826 examens** cette même année (*Tableau 6*).

Tableau 6 : Equipements lourds et activités entre 2013 et 2021 à Mayotte

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Examens par scanner public réalisés	4 863		6 210	6 821	4 495	8 629	8 824	8 276	8 849
Examens par IRM publiques réalisées	1 193		1 426	1 729	1 126	1 050	1 192	1 424	826

Champ : Activité réalisée pour des patients en consultation externe, y compris Service d'Urgences – Nombre d'actes
Source : SAE
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

c) Capacité du médico-social

En 2021, chez les jeunes, le taux d'équipement pour **handicapés** (hors accueil temporaire et Sessad) est de **2,5 équipement pour 1 000 moins de 20 ans**, et plus globalement de **1,3** en Sessad. Même s'ils restent **nettement inférieur à la Métropole** : respectivement 6,9 et 3,3, on peut constater que le premier taux continue sa nette augmentation depuis 2019 [46].
Concernant les **25-59 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 **dix fois inférieur à la Métropole** : 1,0 [46].
Enfin, chez les personnes âgées, seul le taux d'équipements en **Ssiad et Spasad** est non nul et cela depuis 2017, il double quasiment par rapport à 2020 : **38,4 pour 1 000 individus de 75 ans ou plus**, et dépasse même le taux de la Métropole (19,9) [46] (*Tableau 7*).

Tableau 7 : Equipements du Médico-social de 2011 à 2021 à Mayotte

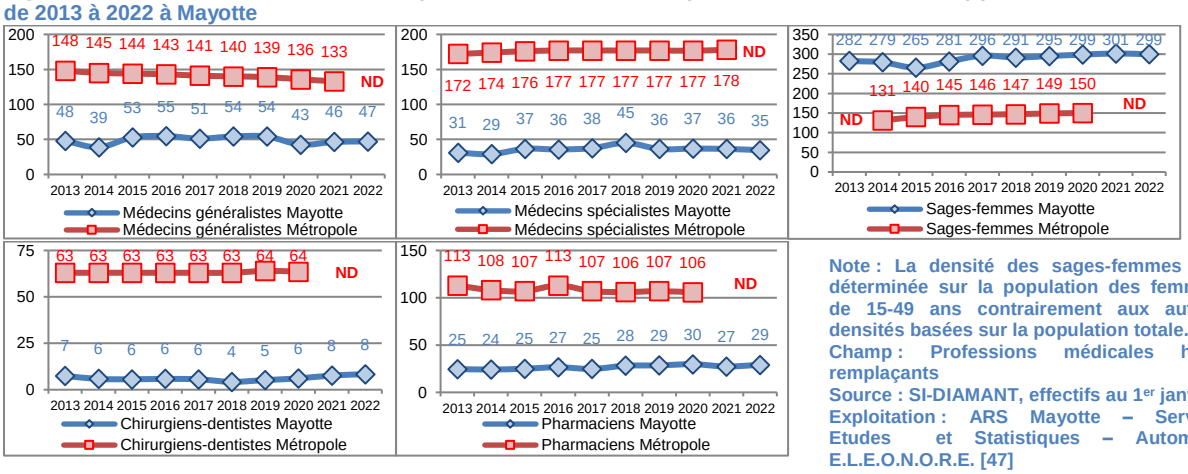
		Mayotte										Métropole
	Taux d'équipement pour 1 000 en …	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Jeunes de moins de 20 ans	…en établissement pour handicapés (hors accueil temporaire et SESSAD)	1,3	0,7	0,9	1,4	1,0	0,9	0,7	0,7	1,0	2,5	6,9
	… (global) en SESSAD	0,9	1,6	1,6	1,6	2,1	2,2	1,3	1,3	1,8	1,3	3,3
Adultes de 20 à 59 ans	… en structures d'hébergement pour handicapés en MAS	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0
	… 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	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	2,1
	… 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	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	24,8
	… en lits médicalisés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	96,8
	… en SESSAD/SSIAD et SPASAD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,1	17,1	16,9	15,9	38,4	19,9

Source : Statiss Mayotte [46]

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 [47] (*Tableaux 8 & 9, Figures 43 & 44*).
Ainsi, chez les effectifs « non remplaçants », au 1er janvier 2022[33], on observe des **densités** particulièrement **faibles** de **chirurgiens-dentistes** (8 pour 100 000 habitants contre 7 en 2013, +1 point), **orthoptistes** (1,3 pour 100 000 habitants contre 0 en 2013, +1,3 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) [47].
Ces professions présentent des densités cinq à dix fois inférieures à celles de la métropole [47] (*Tableaux 8 & 9, Figures 43 & 44*). A contrario, les densités de **sages-femmes** (299 pour 100 000 femmes de 15-49 ans en 2022 contre 282 en 2013, +17 points) et d'**infirmiers** (289 pour 100 000 habitants contre 303 en 2013, -14 points) sont **les plus importantes** sur le territoire. Si les densités de **sages-femmes** restent **au-dessus** de celles de la métropole : deux fois[34], ce n'est pas le cas des **infirmiers dont la densité est quatre fois inférieure** [47] (*Tableaux 8 & 9, Figures 43 & 44*).
La densité des **médecins généralistes** oscille entre **39 et 55 professionnels pour 100 000 habitants** entre 2013 et 2022 (47 en 2022), soit des densités **trois fois inférieures à celles de la Métropole**. Les médecins spécialistes ont une densité plus faible : comprise entre 29 et 45 pour 100 000 habitants (35 en 2022), cinq fois inférieure à la Métropole [47] (*Tableaux 7 & 8, 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 [47]. Cependant, des inégalités territoriales persistent avec certaines zones denses mais qui demeurent très sous-dotées, notamment le sud de l'île [47] (*Figure 45*).

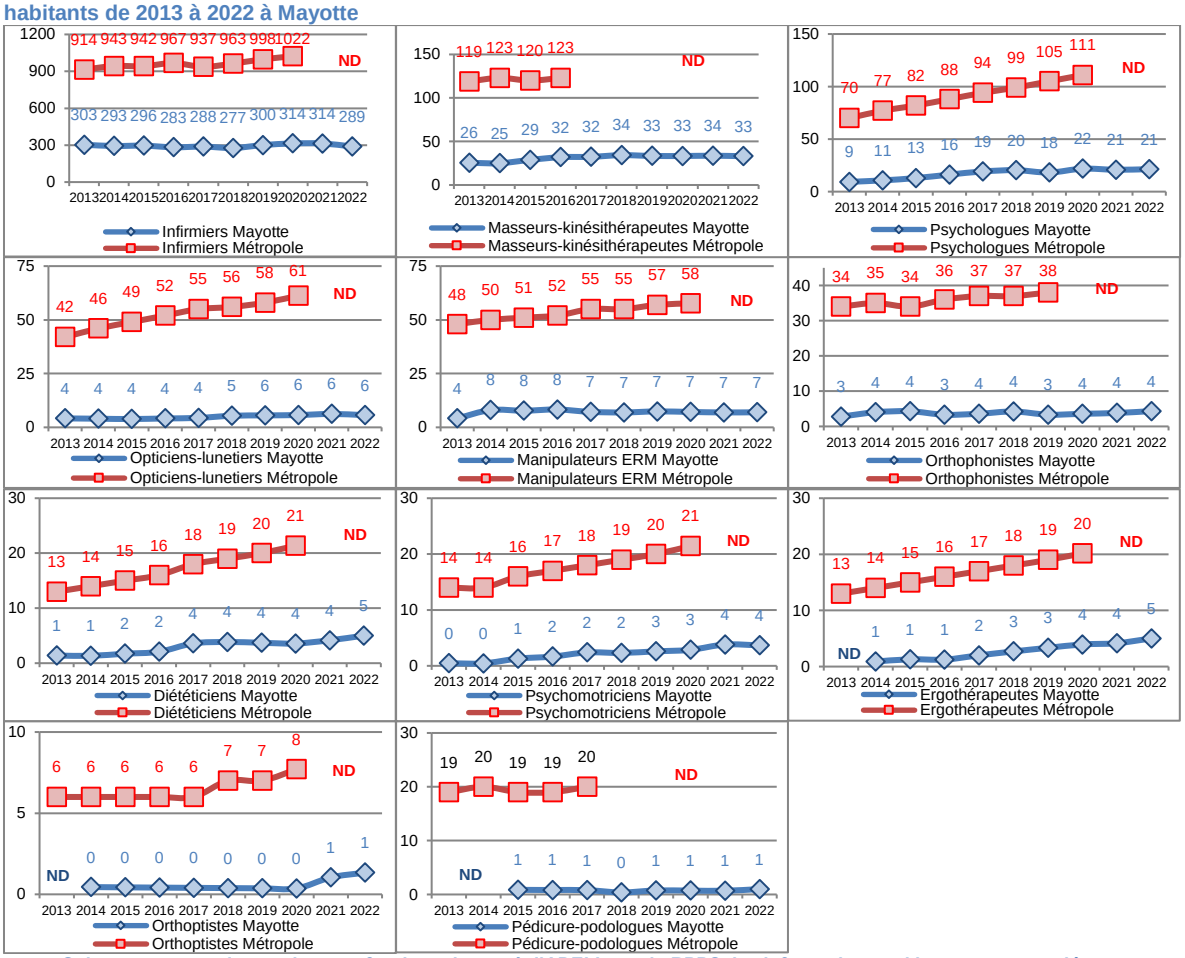
Figures 43 : Evolution des densités des professionnels médicaux (salariés, libéraux et mixtes) pour 100 000 habitants de 2013 à 2022 à Mayotte



Note : La densité des sages-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 1er janvier
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [47]

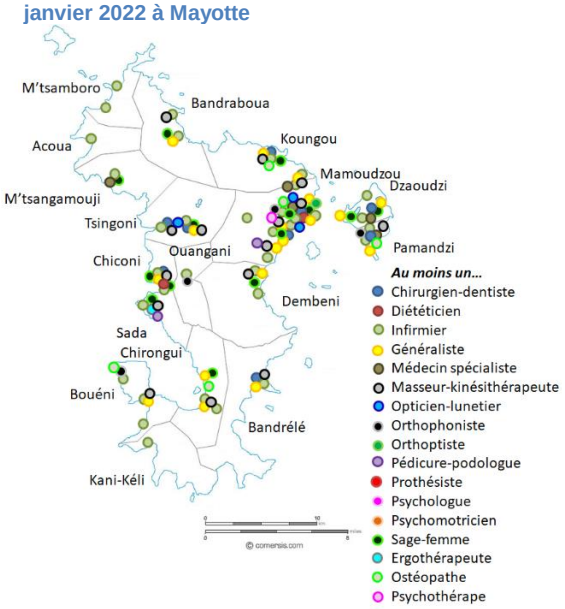
[33] Suite au travail de comparaison mené sur les bases antérieures à 2019, les effectifs observés des sages-femmes depuis le RPPS sont fortement sous-évalués vis-à-vis des fichiers du CHM. Le nombre de sages-femmes non remplaçantes a été redressé par régression linéaire afin de fournir une estimation. 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.
[34] Au 1er janvier 2022, 230 sages-femmes non remplaçantes sont estimées présentes sur le territoire, soit un taux de 46,5 naissances pour 1 sage-femme à Mayotte. A titre de comparaison, au 1er janvier 2020, ce taux serait de 33,3 naissances pour 1 sage-femme en Métropole.

Figures 44 : Evolution des densités des professionnels paramédicaux (salariés, libéraux et mixtes) pour 100 000 habitants de 2013 à 2022 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 1er janvier
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [47]

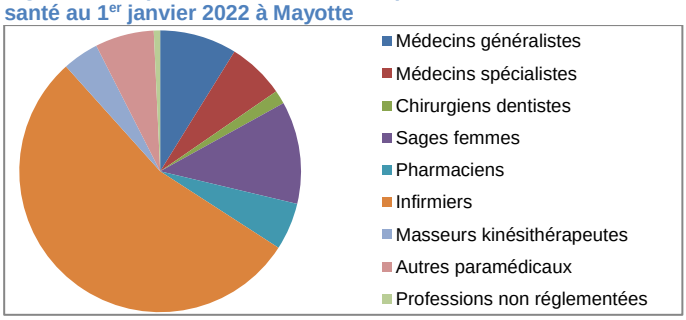
Figure 45 : Professionnels de santé libéraux au 1er janvier 2022 à Mayotte



Champ : Effectifs libéraux
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier 2022
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques [47]

L'activité médicale représente 33 % des professions de santé hors remplaçants, tandis que l'activité paramédicale en représente 67 % (*Figure 46*).

Figure 46 : Répartition des différentes professions de santé au 1er janvier 2022 à Mayotte



Champ : Effectifs hors remplaçants
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier 2022
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques [47]

Tableau 8 : Tableau détaillé des effectifs des professionnels de santé (hors remplaçants) en 2013 et 2022 (au 1er janvier) à Mayotte

			2013	2022							
				Effectifs	… dont libéraux/mixtes	Densités[35]	Part (%) des libéraux	Part (%) des femmes	Part (%) des - 35 ans	Age moyen	Part (%) des 55 ans ou +
Médicaux	**Généralistes**		103	141	29	47,1	21	40	25	47,6	38
	Spécialistes		67	104	8	34,7	8	41	16	51,4	42
	Spécialité médicale, dont…	Anesthésie-réanimation	11	13	0	4,3	0				
		Cardiologie		3	1	1,0	33				
		Endocrinologie et métabolisme		1	1	0,3	100				
		Gastro-entérologie et hépatologie		2	0	0,7	0				
		Gynécologie médicale		0	0	0,0					
		Gériatrie		1	0	0,3	0				
		Infectiologie		0	0	0,0					
		Médecine interne		2	0	0,7	0				
		Néphrologie		1	0	0,3	0				
		Oncologie		1	0	0,3	0				
		Pneumologie		2	0	0,7	0				
		Pédiatrie	11	25	1	19,1	4				
		Radiodiagnostic et imagerie médicale		4	1	1,3	25				
		Rhumatologie		1	1	0,3	100				
		Réanimation médicale		4	0	1,3	0				
	Spécialité chirurgicale, dont…	Chirurgie esthétique, plastique et reconstructrice		0	0	0,0					
		Chirurgie générale		5	0	1,7	0				
		Chirurgie orthopédique et traumatologie		2	0	0,7	0				
		Chirurgie viscérale et digestive		1	0	0,3	0				
		Chirurgie urologique		0	0	0,0					
		Gynécologie-obstétrique	10	11	1	12,1	9				
		ORL et chirurgie cervico-faciale		4	0	1,3	0				
		Ophtalmologie		2	0	0,7	0				
	Recherche, biologie et génétique médicale			1	1	0,3	100				
	Psychiatrie		6	8	1	2,7	13				
	Médecine du travail et santé publique			2	0	0,7	0				
	Sages-femmes		148	230[36]	39	299,4	17	95	78	31,9	5
	Chirurgiens-dentistes		16	25	13	8,4	52	36	36	47,2	32
	… dont orthodontistes		1	1	1	0,3	100				
	Pharmaciens		53	87	24	29,1	28	43	49	40,6	17
Paramédicaux	**Infirmiers**		654	865	207	289,0	24	71	30	43,6	23
	Masseurs-kinésithérapeutes		55	99[37]	87	33,1	88	40	64	33,6	3
	Psychologues		20	64	10	21,4	16	84	63	36,5	6
	Opticiens-lunetiers		9	17	5	5,7	29	41	47	43,0	24
	Manipulateurs ERM		9	21	0	7,0	0	62	43	42,0	24
	Orthophonistes		6	13	8	4,3	62	100	62	37,0	15
	Diététiciens		3	15	2	5,0	13	93	73	35,9	13
	Psychomotriciens		1	11	3	3,7	27	100	91	33,3	9
	Prothésistes			8	1	2,7	13	25	13	46,5	13
	… dont orthoprothésistes		1	3	0	1,0	0				
	… dont audioprothésistes			2	0	0,7	0				
	… dont podo-orthésistes		1	2	0	0,7	0				
	… dont autres			1	1	0,3	100				
	Ergothérapeutes			15	1	5,0	7	80	93	31,8	7
	Orthoptistes			4	4	1,3	100	100	75	31,7	0
	Pédicure-podologues			3	2	1,0	67	67	67	32,9	0
Professions non réglementées	**Ostéopathes**			10	10	3,3	100	50	80	35,1	0
	Autre			1	0	0,3	0				

Champ : Effectifs hors remplaçants
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier
Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [47]

[35] Densités déterminées sur la population totale estimée au 1er janvier 2022, sauf pour les sages-femmes : volume estimé des femmes de 15-49 ans au 1er janvier 2022, les pédiatres : volume estimé des enfants de moins de 15 ans au 1er janvier 2022, les gynécologues médicaux et obstétricaux : volume estimé des femmes de 15 ans ou plus au 1er janvier 2022 [3].

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

[37] Une approche similaire à celle des sages-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.

Tableau 9 : Effectifs des professionnels de santé (hors remplaçants) de 2013 à 2022 (au 1er janvier) à Mayotte

			2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Médicaux	**Généralistes**		103	87	123	132	128	141	146	119	134	141
	Spécialistes		67	65	85	86	94	117	98	103	105	104
	Spécialité médicale, dont…	Anesthésie-réanimation	11	13	14	11	13	12	16	12	12	13
		Cardiologie			1	2	2		2	2	3	3
		Endocrinologie et métabolisme			0	0	0		1	1	1	1
		Gastro-entérologie et hépatologie			1	1	2		2	2	2	2
		Gynécologie médicale			1	0	0		3	3	0	0
		Gériatrie			0	0	0		1	1	1	1
		Infectiologie			0	1	0		0	0	0	0
		Médecine interne			5	6	6		3	4	5	2
		Néphrologie			0	0	2		1	1	1	1
		Oncologie			0	0	0		1	1	1	1
		Pneumologie			2	3	2		2	2	1	2
		Pédiatrie	11	9	16	16	22	22	22	24	25	25
		Radiodiagnostic et imagerie médicale			6	6	9		6	4	4	4
		Rhumatologie			0	0	0		0	1	1	1
		Réanimation médicale			0	0	0		0	4	4	4
	Spécialité chirurgicale, dont…	Chirurgie esthétique, plastique et reconstructrice			1	1	1		1	1	1	0
		Chirurgie générale			5	7	5		8	6	5	5
		Chirurgie orthopédique et traumatologie			2	2	1		1	2	4	2
		Chirurgie viscérale et digestive			0	0	0		0	1	1	1
		Chirurgie urologique			1	0	0		0	0	0	0
		Gynécologie-obstétrique	10	9	13	12	16	11	8	11	10	11
		ORL et chirurgie cervico-faciale			1	2	2		3	4	5	4
		Ophtalmologie			1	2	2		2	1	1	2
	Recherche, biologie et génétique médicale				7	6	1		2	2	1	1
	Psychiatrie		6	5	8	9	8	10	11	8	8	8
	Médecine du travail et santé publique				1	1	0		2	3	4	2
	Sages-femmes		148	156	158	174	190	194	204	214	223	230
	Chirurgiens-dentistes		16	13	13	14	14	11	14	17	22	25
	… dont orthodontistes		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Pharmaciens		53	54	58	64	62	73	77	83	79	87
Paramédicaux	**Infirmiers**		654	656	687	682	721	720	810	877	905	865
	Masseurs-kinésithérapeutes		55	56	67	77	81	89	90	93	94	99
	Psychologues		20	24	30	39	48	53	49	61	60	64
	Opticiens-lunetiers		9	9	9	10	11	14	15	16	18	17
	Manipulateurs ERM		9	18	18	20	18	18	20	20	20	21
	Orthophonistes		6	6	10	8	9	11	9	10	11	13
	Diététiciens		3	3	4	5	9	10	10	10	12	15
	Psychomotriciens		1	1	3	4	6	6	7	8	11	11
	Prothésistes								8	8	7	8
	… dont orthoprothésistes		1	1	1	1	1	1	3	3	2	3
	… dont audioprothésistes								2	2	2	2
	… dont podo-orthésistes		1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	… dont autres								1	1	1	1
	Ergothérapeutes			2	3	3	5	7	9	11	12	15
	Orthoptistes			1	1	1	1	1	1	1	3	4
	Pédicure-podologues				2	2	2	1	2	2	2	3
Professions non réglementées									9	8	9	10

Champ : Effectifs hors remplaçants
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [47]

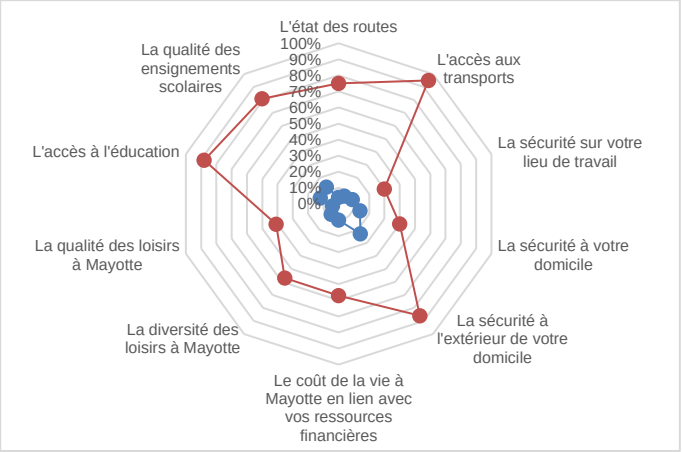
e) Attractivité

En 2022, l'enquête sur l'attractivité des professionnels de Santé basée sur le volontariat[38] 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 [48].
Il en ressort que la venue sur le territoire pour **motif professionnel** est le plus régulièrement cité : **deux praticiens sur cinq** [48]. **Lors de leur installation**, **plus de la moitié déclare avoir rencontré des difficultés** [48]. 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

[38] 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 Métropole avant de venir s'installer à Mayotte (10 % de l'étranger). Dans le détail :
- Chez les médicaux (44 % des répondants) : 11 % sont sages-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 % psychologues, 1,3 % infirmiers anesthésistes (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).

Santé [48]. De par leur expérience, le **travail** et la **coordination d'équipe**, la **confiance** des patients, les **diverses 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** [48] (*Figure 47, Tableau* 10). La **surcharge de travail**, le **manque de personnel** et la **barrière de la langue** constituent quant à eux les **difficultés professionnels** qu'ils remontent le plus [48]. Malgré les difficultés persistantes évoquées par les praticiens en Santé, **leur durée moyenne de présence à Mayotte est de 14 années** [48]. 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** [48].

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* [48]

Tableau 10 : Parts des différents items relevés comme motif de départ de Mayotte par les praticiens de Mayotte en 2022

		Motifs suffisant pour quitter Mayotte (%)									
Variable	**Modalité**	**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	**Féminin**	22	13	13	12	10	8	10	6	3	5
	Masculin	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 champs, la somme ne fait pas 100 %. 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* [48]

8 – Le recours aux soins

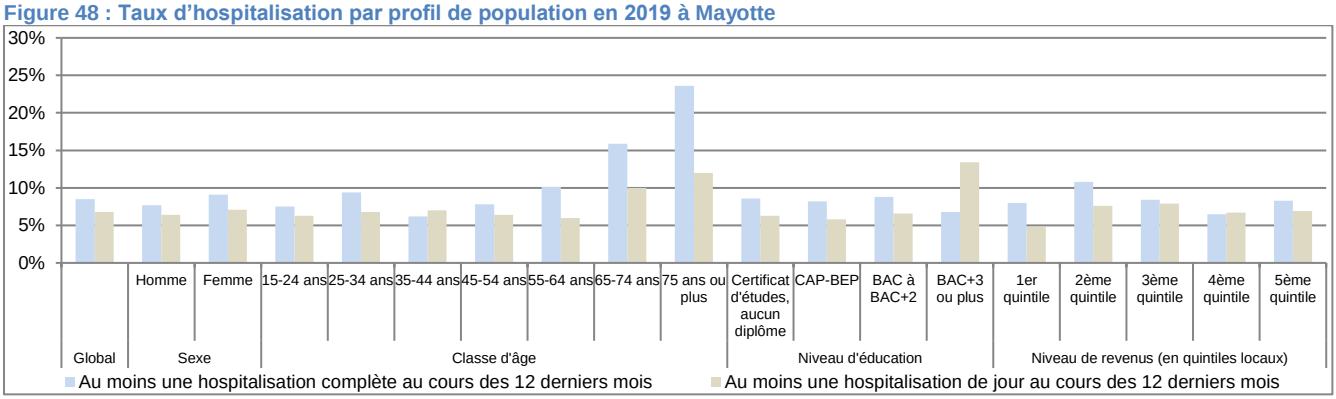
a) Profil de population

Deux mesures 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.
En 2019, **9 %** des 15 ans ou plus déclarent avoir réalisé au moins **une hospitalisation complète** dans l'année [44]. Ce taux triple entre les plus jeunes et les plus âgés : 8 % contre 24 % [44] (*Figure 48*). **60 % des habitants ont consulté un médecin généraliste** il y a moins d'un an[39], que ce soit un cabinet ou en centre de consultations (85 % en Métropole) [49]. **22 %** des habitants de Mayotte ont consulté **un dentiste**[40] (*Figure 49*), contre 57 % en Métropole, alors qu'ils sont aussi nombreux à

[39] 30 % il y a plus d'un an et 11 % jamais pour le généraliste [44]. Pour le spécialiste : 20 % il y a moins d'un an, 25 % plus d'un an et 55 % jamais [44]. 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 [44].
[40] 13 % il y a moins de 6 mois, 9 % entre 6 et 12 mois, 32 % il y a plus de de 12 mois et 46 % jamais [44].

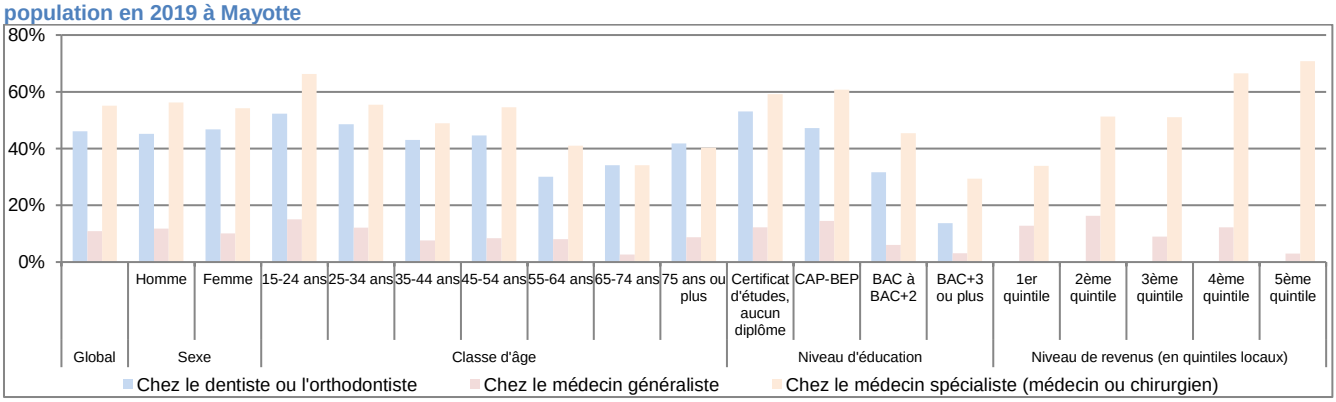
déclarer une santé bucco-dentaire altérée [49]. Ils sont 30 % des 15 ans ou plus à déclarer n'être jamais allés au centre de consultations[41] [44], **8 % des habitants se sont fait soigner hors de Mayotte**[42] qui est alors le Drom le plus concerné par cette pratique [49].
Plus les personnes sont pauvres, 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 » [49]. **Le constat est le même pour les soins dentaires** [49].

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



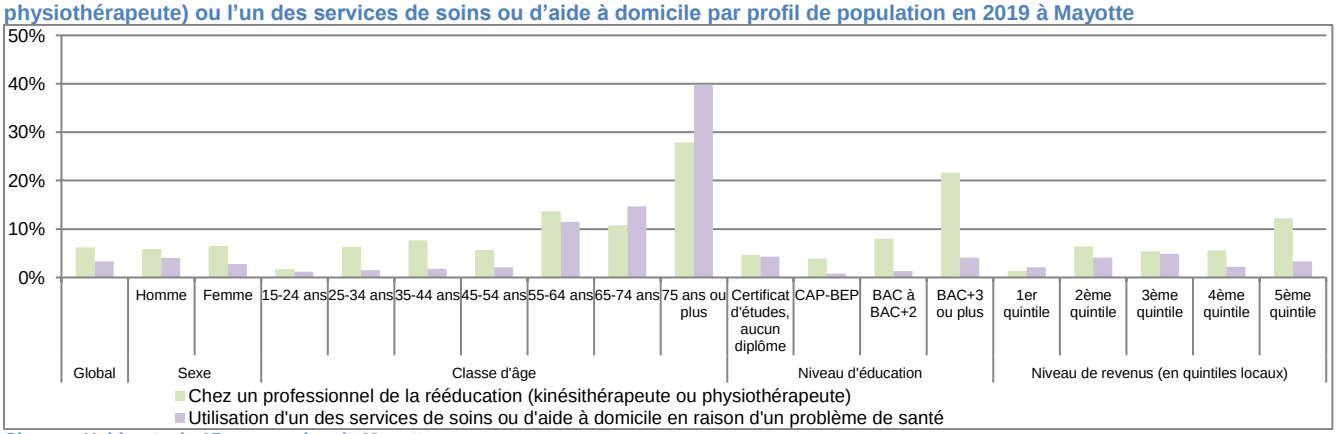
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[41] 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 [44].
[42] 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 [44].

En 2016[43] 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 [45].

Un adulte sur trois a recours aux centres de consultations et aux centres de référence du CHM (*Figures 51, 52, 53 & 54*) [45].

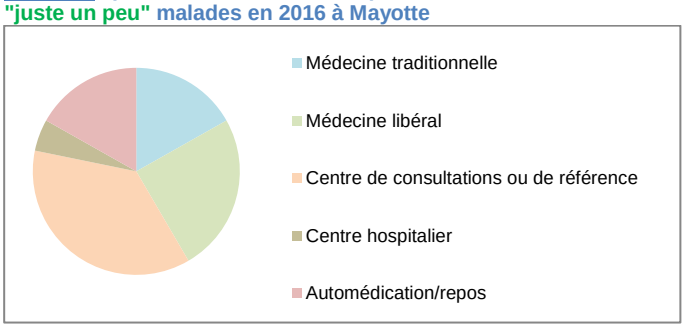
Les jeunes ont plus recours aux **centres de consultations et aux centres de référence**. Les **25 à 60 ans** ont des habitudes **plus variées** et les **personnes âgées** vont plus souvent au **médecin libéral** [45].

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 [45].

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 [45]. Néanmoins, 34 % des hommes et 42 % des femmes qui y recourent s'estiment en difficulté financière [45]. Celles et ceux ayant recours à ce type de soins s'estiment également en **meilleure santé** que les autres [45].

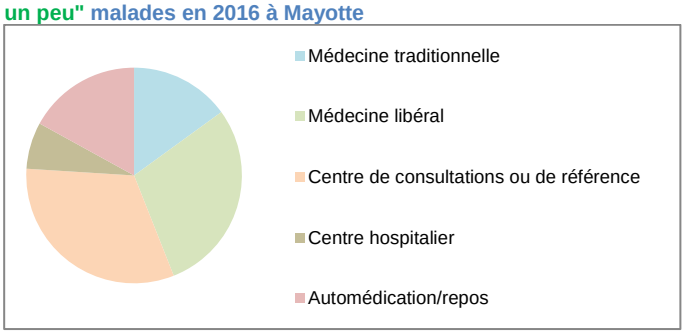
Les personnes ayant recours aux **centres de consultations et au CHM ou à la médecine traditionnelle** présentent un profil plus similaire et **plus précaire** (deux individus sur trois en 2016) [45]. En 2019, 41 % des personnes très modestes, 33 % des modestes et 23 % des « non-pauvres » déclarent fréquenter les centres de consultations [49]. Plus généralement, **13 % pour le recours à l'hôpital** [49].

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



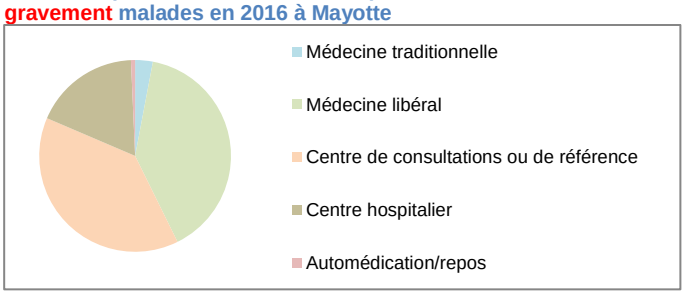
Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
Champ : Habitantes de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [45]

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



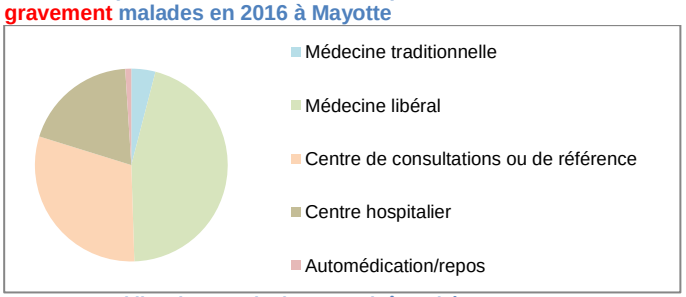
Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [45]

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* [45]

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* [45]

[43] 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 % [45]. 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 » [45].
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 [45].
Lorsque les étrangers sont interrogés sur les avantages à la vie dans le département, « l'offre de soins » apparait comme le premier de la vie à Mayotte : pour 54 % de ceux en situation régulière et 60 % de ceux ne disposant pas de titre de séjour [45]. Les « conditions de vie » ne viennent qu'en deuxième position [45].

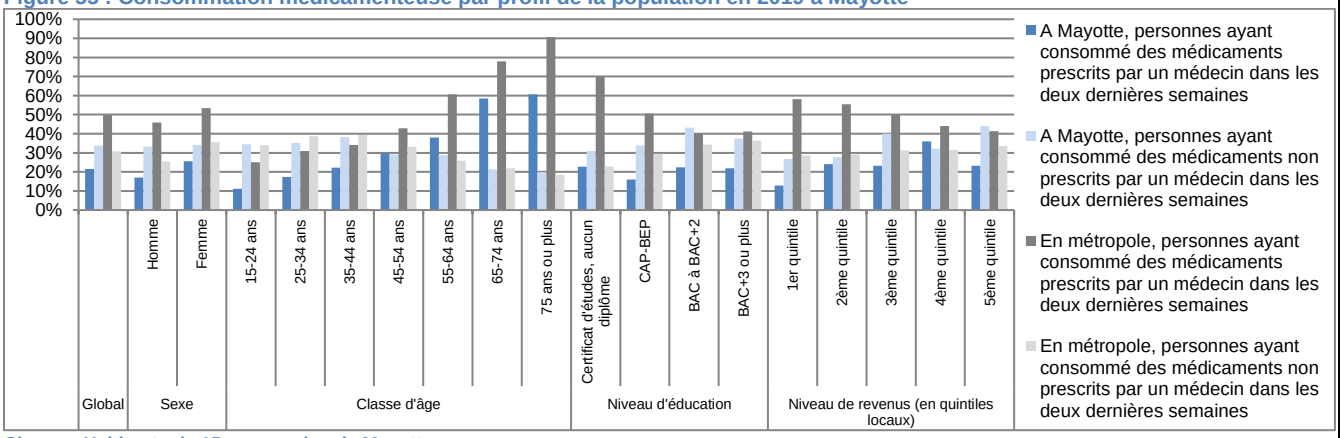
La part d'individus de nationalité étrangère est plus importante parmi ceux ayant recours aux centres de consultations et aux centres de référence ou au CHM avec 64 % des femmes et 52 % des hommes (contre respectivement 51 % et 26 % pour celles et ceux ayant recours à la médecine traditionnelle) [45].
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 [45]. Sept hommes sur dix s'estiment en bonne santé quelle que soit l'offre à laquelle ils ont recours [45].

Chez les enfants de 10-12 ans[44] en 2019, les lieux d'accès aux soins les plus cités[45] 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 %) [50]. Plus détaché, le médecin libéral figure dans 6 % des déclarations [50]. L'automédication représente 8 % des modes de recours cités par l'enfant et la consultation du foundi[46] : 2 % [50].

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 Métropole** [44]. Concernant la consommation de médicaments non prescrits, les **déclarations sont plus proches entre les deux populations** : 34 % à Mayotte et 31 % en Métropole [44].
Que la consommation soit suite à une prescription ou non auprès d'un médecin, **les femmes** de Mayotte **ont une consommation supérieure à celle des hommes** alors qu'en Métropole le phénomène inverse est constaté [44] (*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 Métropole ; 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 Métropole** [44] (*Figure 55*).

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



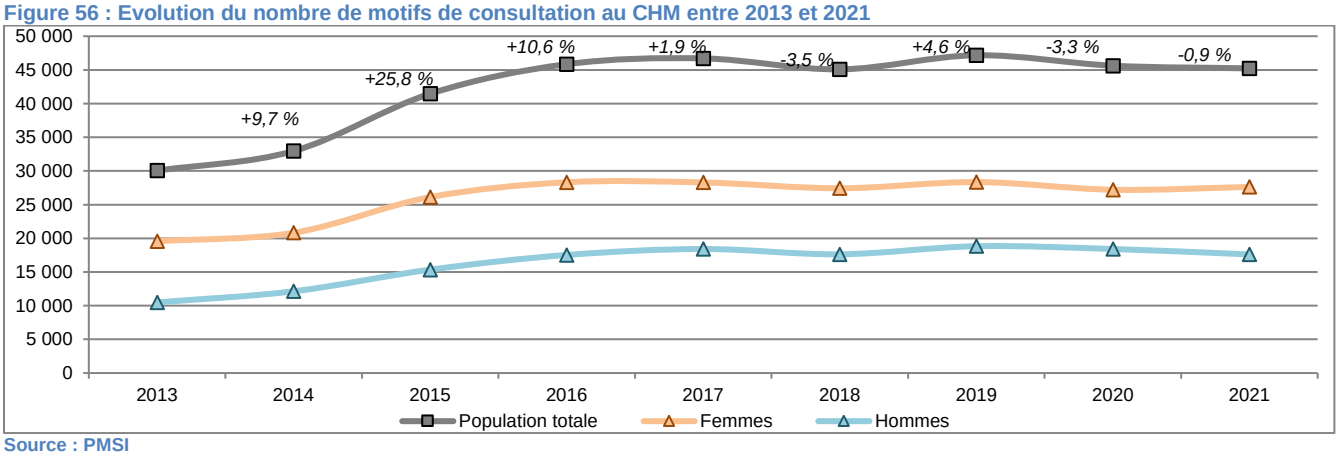
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

b) Recours au CHM

En 2021, **45 229 séjours au CHM ont eu lieu**, soit un taux de recours de 0,15 par habitant[47]. Dans 61 % des cas il s'agit de femmes. Depuis 2013, le nombre de passages a **augmenté de 51 %**, principalement entre 2014 et 2015 (+26 %), et tend à **se stabiliser depuis 2016** (*Figure 56*).
La baisse du recours de -4,2 % en 2020-2021 peut être associée, en grande partie, à la crise Covid-19.

[44] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[45] Contrairement aux données présentées avant, les enfants pouvaient citer plusieurs lieux de consultation à l'instar des informations disponibles depuis l'enquête EHIS 2019.
[46] Enseignant de l'école coranique.
[47] Déterminé par nombre de séjours sur nombre d'habitants estimés au 1er janvier 2022. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

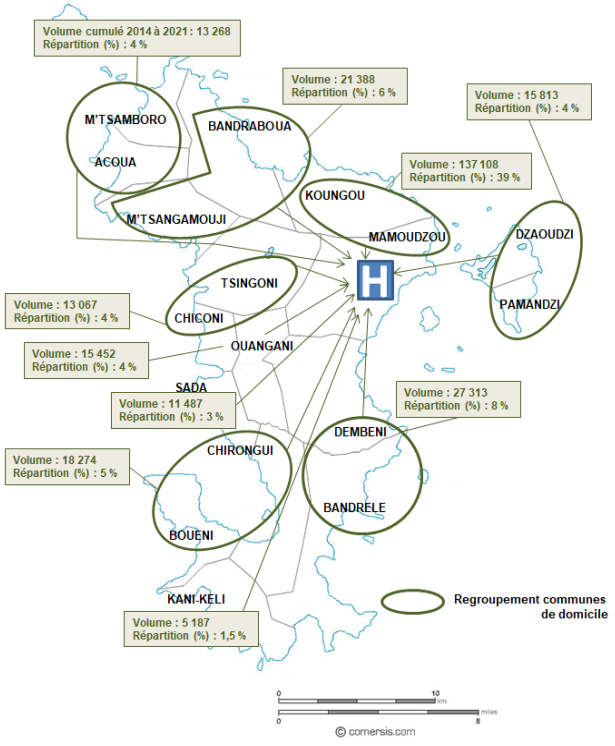
Figure 56 : Evolution du nombre de motifs de consultation au CHM entre 2013 et 2021



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

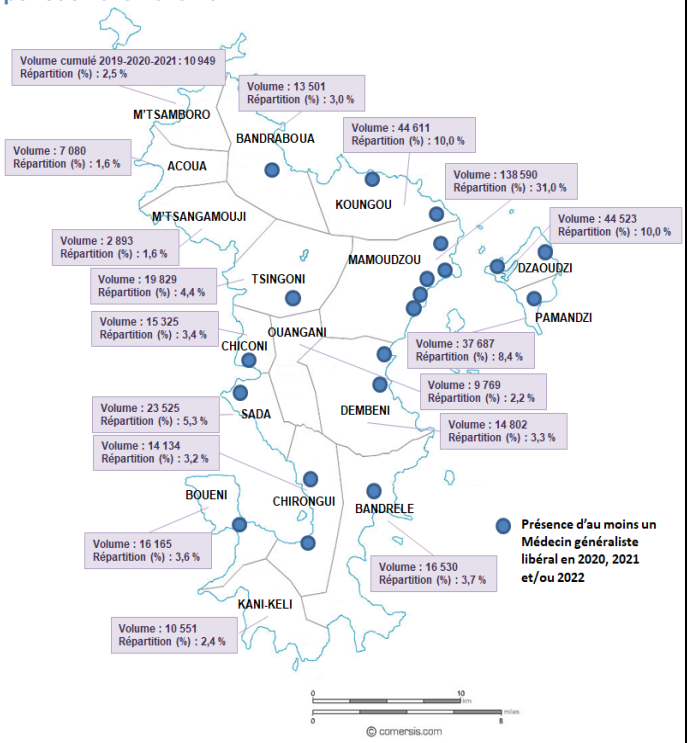
Sur la période 2014 à 2021, **quatre individus sur dix** ayant eu recours au CHM vivent dans le secteur **Koungou-Mamoudzou**. C'est ensuite le secteur Bandrélé-Dembéni qui est le plus représenté : un individu sur dix. **Les parts chutent fortement pour les habitants vivant de plus en plus loin de Mamoudzou**, notamment la commune de Kani-Kéli avec seulement 1,5 % d'individu représenté (*Figure 57*).

Figure 57 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM de 2014 à 2021



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme des volumes de 2014 à 2021. La somme des pourcentages donne 79 % auquel il faut rajouter 16 % de communes non renseignées et 5 % de domiciliés hors du territoire.
Source : PMSI
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

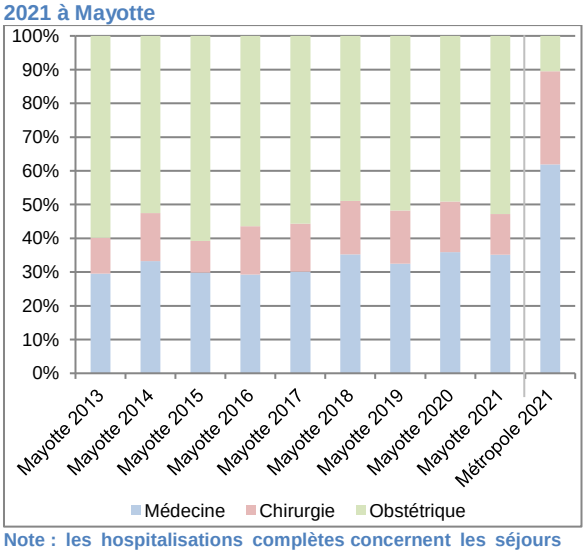
Figure 58 : Nombre de consultations des habitants aux médecins généralistes libéraux de Mayotte sur la période 2019-2020-2021



Note : Les volumes présentés correspondent à la somme totale sur les trois années 2019-2020-2021.
Champ : Nombre de consultations réalisées par les habitants en fonction de leur lieu de domicile
Source : CSSM
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

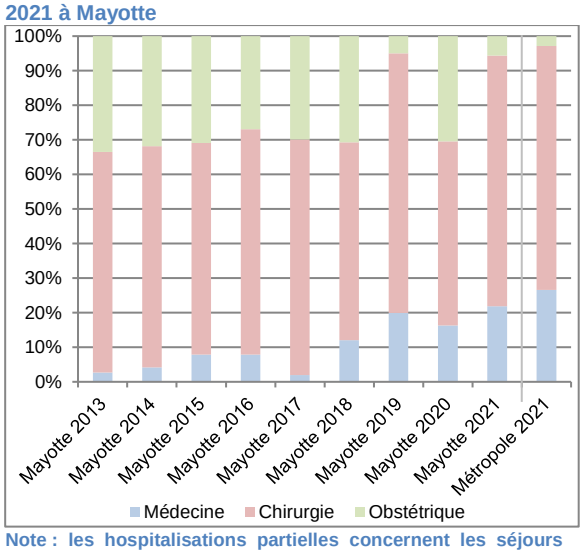
La part des entrées en obstétrique est beaucoup plus élevée à Mayotte qu'en Métropole (Taux standardisé deux fois supérieur, deux fois inférieur en médecine et en chirurgie [51]). En 2021, du fait de la jeunesse de la population et du fort indice de fécondité, le CHM enregistre **un séjour sur deux** en hospitalisation complète en obstétrique (*Figure 59*).

Figure 59 : Parts d'hospitalisation complète de 2013 à 2021 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.
Source : SAE
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 60 : Parts d'hospitalisation partielle de 2013 à 2021 à Mayotte

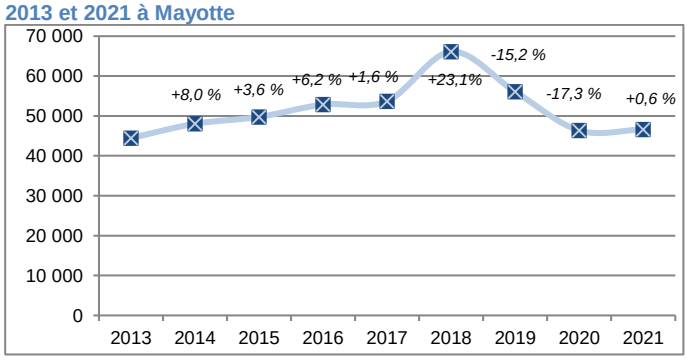


Note : les hospitalisations partielles concernent les séjours hospitaliers qui mobilisent une place d'hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire.
Source : SAE
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Passages aux urgences

Le nombre de passages aux Urgences est de **46 622 passages** en 2021 (+0,6 % par rapport à 2020), soit un taux de recours de 0,16 par habitant (*Figure 61*).
Sur la période 2017 à 2021, la part de passages ayant ensuite **entrainé une hospitalisation** est de : **14 %**. Il a **augmenté** sur cette période, passant de : 10 % en 2017 à 20 % en 2021.
0,8 % des individus concernés ont **plus de 80 ans** (parmi eux, 44 % sont ensuite hospitalisés) et **39 % moins de 18 ans** (parmi eux, 15 % sont ensuite hospitalisés).

Figure 61 : Nombre de passages aux Urgences entre 2013 et 2021 à Mayotte



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

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

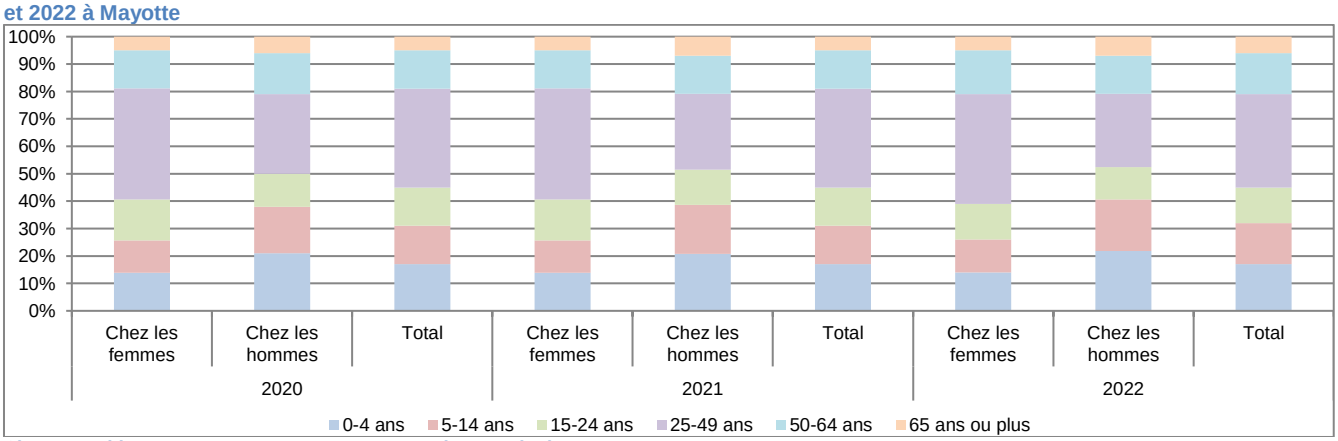
Centres de consultations

Les centres de consultations[48] jouissent désormais depuis fin 2019 d'un système d'informations qui continue de monter en puissance. Sur l'année 2022, **252 240 séjours**[49] ont été observés (soit une baisse de -6 % par rapport à 2021 et une hausse de +7 % par rapport à 2020), pour un taux de recours de 0,81 par habitant[50]. Dans 59 % il s'agit de femmes.
Les **25-49 ans** représentent **34 % du recours aux centres de consultations** (40 % chez les femmes et 27 % chez les hommes) suivis des enfants en bas âge (0-4 ans) qui sont la seconde classe d'âge allant le plus s'y faire soigner (17 %, 14 % chez les filles et 22 % chez les garçons). Quant aux seniors, ils sont les moins nombreux à aller aux centres de consultations (6 %, 5 % chez les femmes et 7 % chez les hommes) (*Figure 62*).
Huit à neuf séjours sur dix ont lieu le matin et 0,09 % le soir ou la nuit. **Dans 43 % des cas le centre de consultations recouru correspond à celui de la commune de domicile** (*Figure 63*).
La fréquentation des centres de consultations de 2020 à 2022 a été nettement **impactée par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19**. Sur cette période, on peut relever la **disparition** des centres

[48] Parfois appelés « dispensaires ».
[49] La lecture de ces données doit prendre en compte le contexte de crise COVID-19 en 2020 et la fermeture de certains centres de consultations sur plusieurs mois.
[50] Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1er janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

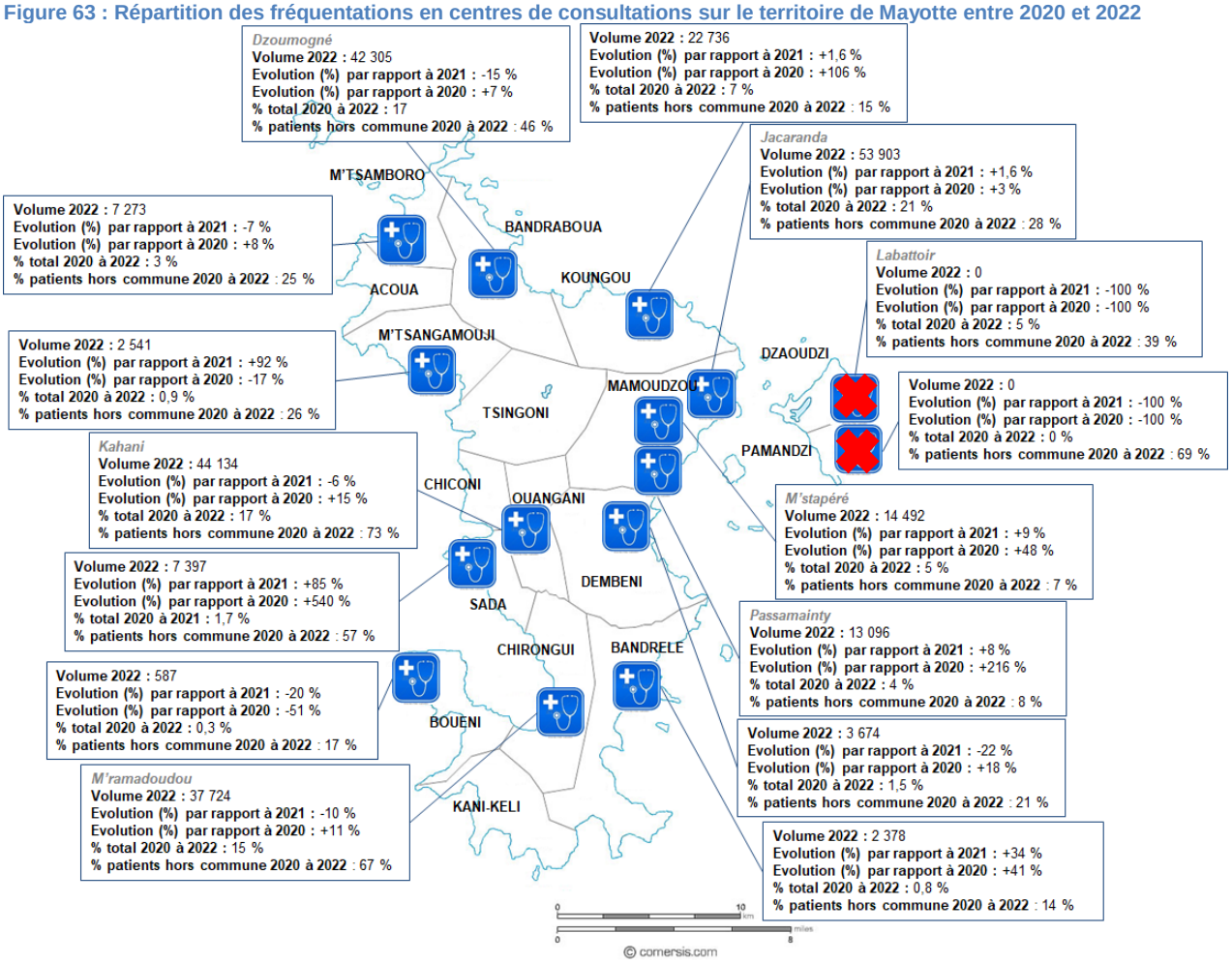
de consultations de **Dzaoudzi** en 2021 (25 080 consultations en 2020) et **Pamandzi** (335 en cumul sur 2020-2021) qui ont été fusionnés avec le CMR de Petite-Terre, la **sur-activité** depuis 2020 de ceux de **Bandrélé** (+41 %), **Koungou** (+106 %), **M'tsapéré** (+48 %), **Passamainty** (+216 %) et **Sada** (+540 %).
A contrario, les centres de consultations de **Bouéni** (-51 % par rapport à 2020) et **M'tsangamouji** (-17 %) ont vu leur fréquentation **diminuer** (*Figure 63*).

Figure 62 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe pour le recours aux centres de consultations entre 2020 et 2022 à Mayotte



Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 63 : Répartition des fréquentations en centres de consultations sur le territoire de Mayotte entre 2020 et 2022



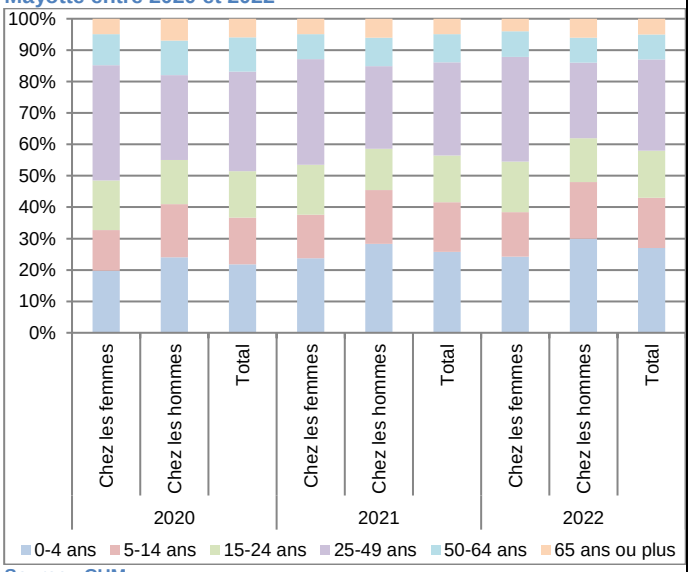
Note : Une croix rouge indique un centre de consultations qui a été supprimé en 2021
Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations, le curseur est positionné du point de vue des centres
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Permanences de soins

Quatre permanences de soins sont positionnées au sein des maternités périphériques et au CHM. Elles permettent ainsi d'avoir recours aux Urgences.
En 2022, **61 442 séjours** y ont été observés, soit une hausse de +5 % par rapport à 2021 et +35 % à 2020, et un taux de recours de 0,20 par habitant (Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1er janvier 2022. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu).
Trois séjours sur dix ont lieu le soir ou la nuit.

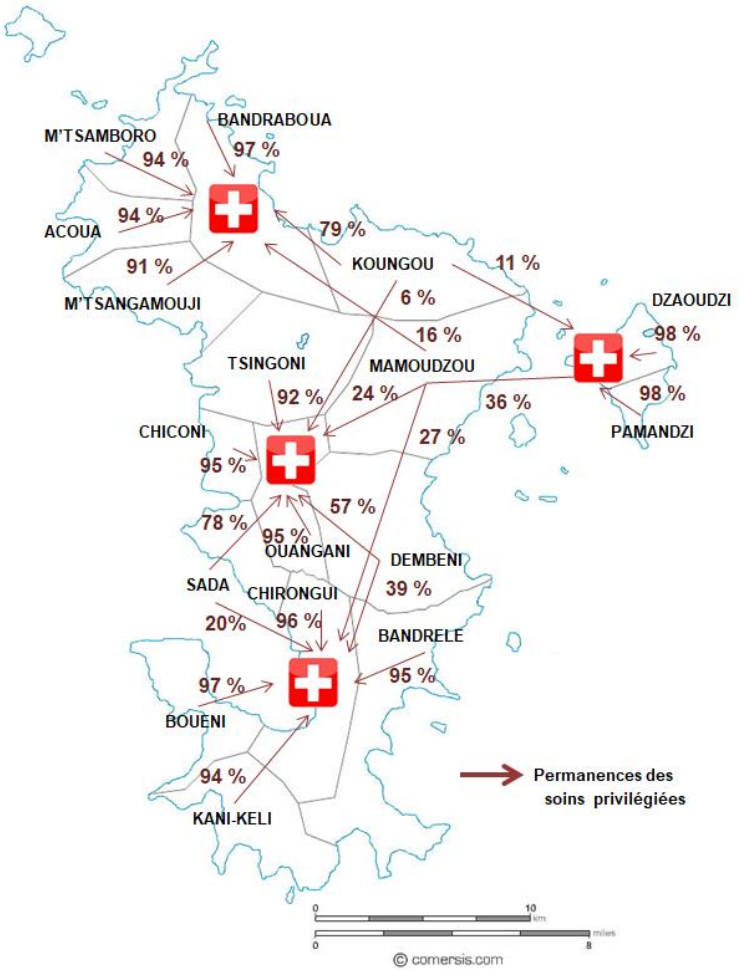
Concernant les profils sexe/âge sur la période 2020 à 2022, on constate autant d'hommes (51 %) que de femmes (49 %). Les **25-49 ans** représentent **29 %** des individus ayant recours aux permanences de soins. **Dans un cas sur quatre, il s'agit d'enfants en bas âge**. Quant aux **seniors**, ils sont **peu représentés** : 5 % (*Figure 64*).

Figure 64 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe pour le recours aux permanences de soins de Mayotte entre 2020 et 2022



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

Figure 65 : Trajectoires principales de la population pour le recours aux permanences de soins de Mayotte entre 2020 et 2022



Note de lecture : Chez les personnes domiciliées à M'tsamboro, 94 % sont enregistrés à la permanence de soins de la commune de Bandraboua (Dzoumogné).
Champ : Habitants ayant eu recours aux permanences de soins, le curseur est positionné du point de vue des habitants
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

d) Recours aux PMI

Le service de PMI est un **service départemental**, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant[51]. Les centres de PMI sont présents dans chacune des communes de Mayotte **à l'exception de Pamandzi**, **Bandraboua** et **Kani-Kéli**.

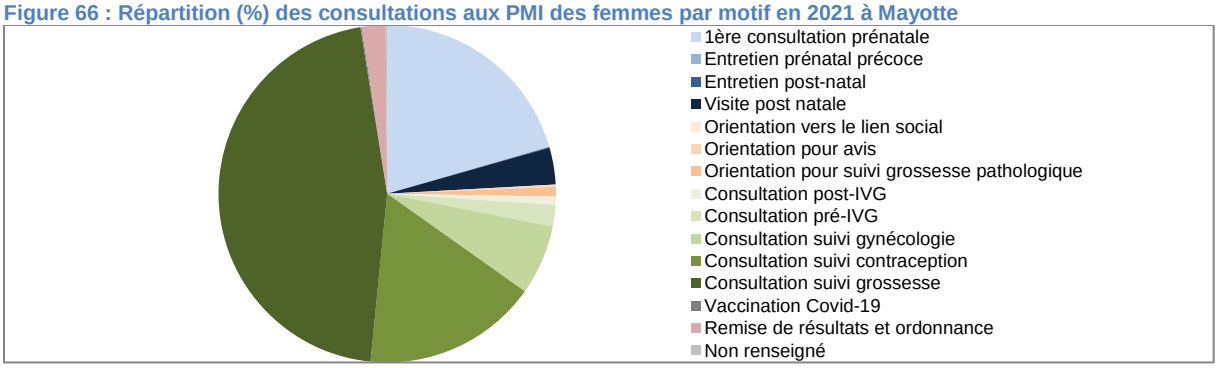
Tableau 11 : Effectifs en santé et social des PMI de Mayotte en 2021

Profil	Effectif	Répartition (%)
Agent sanitaire de proximité	12	7
Aide-soignant	10	5
Auxiliaire de puéricultrice	5	3
Auxiliaire de vie sociale	1	0,5
Conseiller conjugal et familial	1	0,5
Educateurs de Santé	6	3
Educateur des jeunes enfants	4	2
Infirmier/puéricultrice	29	15
Infirmier – référent hygiène	0	0
Médecin	3	1,6
Préparateur en pharmacie	1	0,5
Psychologue	1	0,5
Sage-femme	18	9
Autre (personnels administratifs)	100	52
Total	**191**	**100**

Source : PMI [52]

En 2021, elles ont réalisé **26 293 consultations** pour les femmes, soit un taux de recours de 0,34 par habitante de 15-49 ans[52], dont **les trois quarts en lien avec la grossesse** [52]. Pour **46 %**, il s'agit de **suivis de grossesse**, **21 %** d'une **1ère 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** [52] (*Figure 66*).
On peut estimer que chaque femme enceinte ayant consulté en PMI a bénéficié de **2,3 consultations prénatales en PMI**[53] [52]. Une part significative du temps de travail des sages-femmes est également associée à la remise des résultats des examens biologiques et la prescription d'ordonnance aux femmes sur la base des résultats : 2 % [52] (*Figure 66*).

Figure 66 : Répartition (%) des consultations aux PMI des femmes par motif en 2021 à Mayotte



Source : PMI [52]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

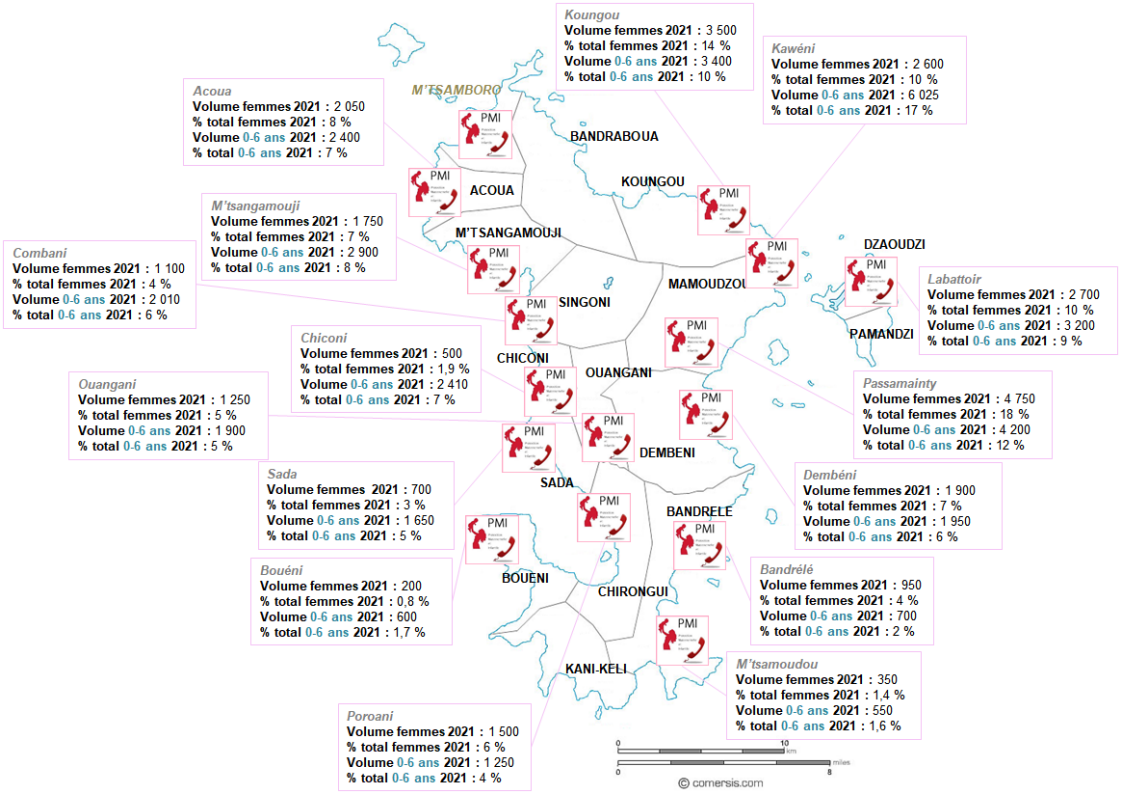
D'une manière générale, le **pourcentage de consultations** de femmes réalisées par chaque PMI **correspond au pourcentage de naissances** domiciliées dans leur commune à l'exception de celles d'Acoua et M'tsamgamouji et dans une moindre mesure de Poroani qui desservent visiblement un nombre important de femmes d'autres communes [52]. A l'inverse, les **PMI de Bouéni**, **Chiconi**, **M'tsamoudou** et, un peu moins **Sada**, **couvrent moins bien** les populations domiciliées dans leurs communes [52] (*Figure 67*).

Le nombre de consultations d'**enfants de 0 à 6 ans** dans les PMI a fortement augmenté en 2021 comparé à 2020 : **10 708 consultations supplémentaires** (+43,3 %, près de 35 000 en 2021), soit

[51] La PMI est régie par le Code de la Santé Publique, article L.2112-2, modifié par la Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 62 (V).
[52] Déterminé par nombre de consultations sur nombre de femmes de 15-49 ans estimées au 1er janvier 2022 à Mayotte. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.
[53] La 8ème consultation prénatale au 9ème mois doit se dérouler au CHM, ainsi que les consultations prénatales de femmes enceintes présentant des pathologies [52].

un taux de recours de 0,54 par enfant de cette classe d'âge[54] [52]. 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 [52].
Sur une **période de 10 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 [52]. Ces variations restent inexpliquées sauf en 2020 en raison de l'épidémie de Covid-19 qui a entrainé la fermeture partielle de nombreuses PMI et des temps de travail très réduits [52].

Figure 67 : Nombre de consultations des femmes et des enfants par PMI à Mayotte en 2021



Note : La PMI de *M'tsamboro* est actuellement en travaux. Les volumes présentés ici ont été arrondis.
Source : PMI [52]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

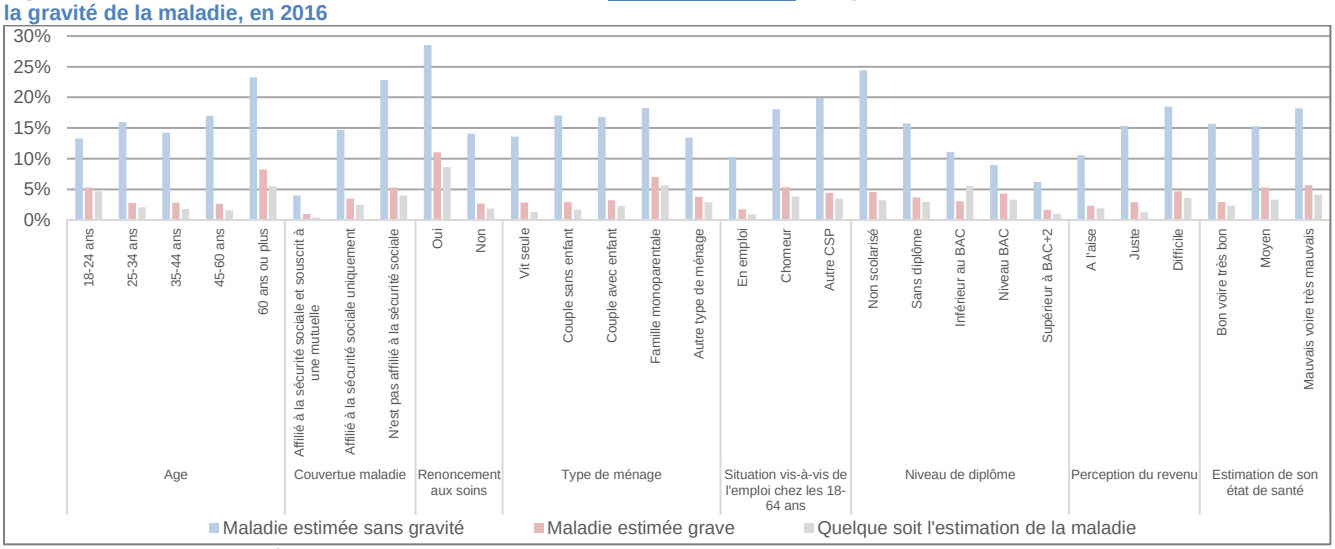
e) Recours à la médecine traditionnelle[55]

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 <u>première intention</u> lorsqu'il s'agit d'une **maladie estimée sans gravité** [53]. 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 [53].
Ils sont 3 % à citer le même type de soins quel que soit le type de pathologie[56], concernant plus souvent **les jeunes** (5 %) et **les personnes âgées** (6 %) [53]. 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-

[54] Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'enfants de 0-6 ans estimées au 1er janvier 2022 à Mayotte. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.
[55] 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 "fundi" (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" (medium d'esprit) qui soignent selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux djinns.
[56] 72 % déclarant ce type de recours pour une pathologie estimée grave vont également avoir recours à la médecine traditionnelle pour une maladie moins grave.

79 ans de Mayotte [53]. 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** [53]. Ressort notamment les familles **monoparentales** (6 % contre 1,4-3 %) et les **chômeurs** (4 % contre 0,9 %) [53].

Figure 68 : Part de recours à la médecine traditionnelle en première intention à Mayotte en fonction de l'estimation de la gravité de la maladie, en 2016

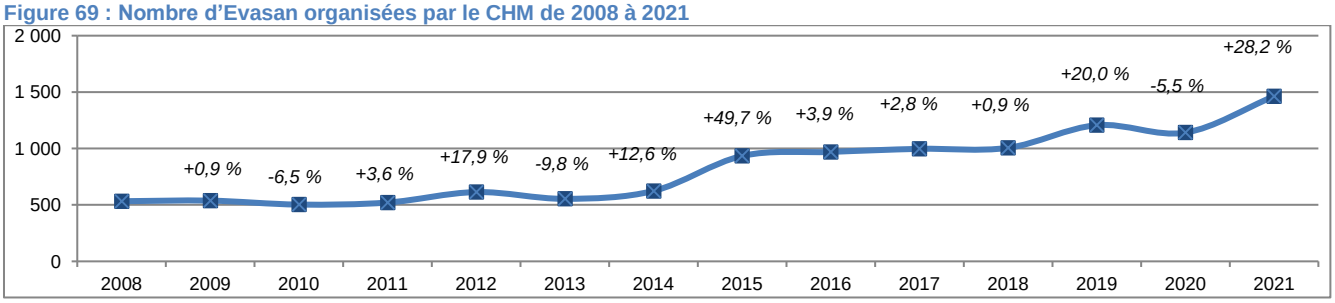


Source : Ined, extraction *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [53]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

f) Evacuations sanitaires

1 463 Evasan ont été réalisées en 2021 (pour une moyenne de 122 patients évacués par mois et un taux de recours de 0,005 par habitant) soit une **hausse de +28 %** par rapport à 2020, faisant suite à la hausse de +20 % entre 2018 et 2019 [54]. La cassure significative entre 2014 et 2015 est secondaire à l'établissement de la convention médicale entre la CSSM et le CHM [54] (*Figure 69*).
Dans 83 % des cas le demandeur est le CHM et dans 3 %, les médecins libéraux [54].

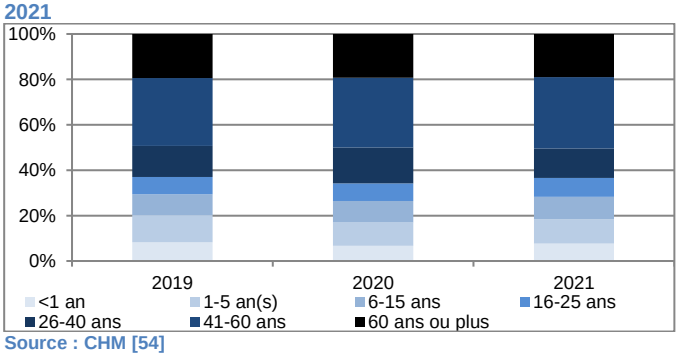
Figure 69 : Nombre d'Evasan organisées par le CHM de 2008 à 2021



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. Les dossiers sont présentés à la Commission médicale des Evasan mais les patients gèrent eux-mêmes leur transport et sont remboursés secondairement par leur Couverture sociale.
Source : CHM [54]

De 2015 à 2021, **dans deux tiers des cas** (68 % en 2019 et 62-63 % en 2020-2021), le patient ayant bénéficié d'une évacuation sanitaire est **affilié à la Sécurité sociale** [54]. De 2017 à 2021 et pour **90 à 94 % des évacuations**, le territoire récepteur est **La Réunion** [54]. Pour 6 à 9 %, il s'agit de la France métropolitaine ; 0,5 % lorsqu'il s'agit de l'Union des Comores en 2021 contre 1,4 % en 2017 [54].
Les moins de 16 ans représentent 29 % des personnes évacuées sur les trois dernières années [54] (*Figure 70*).

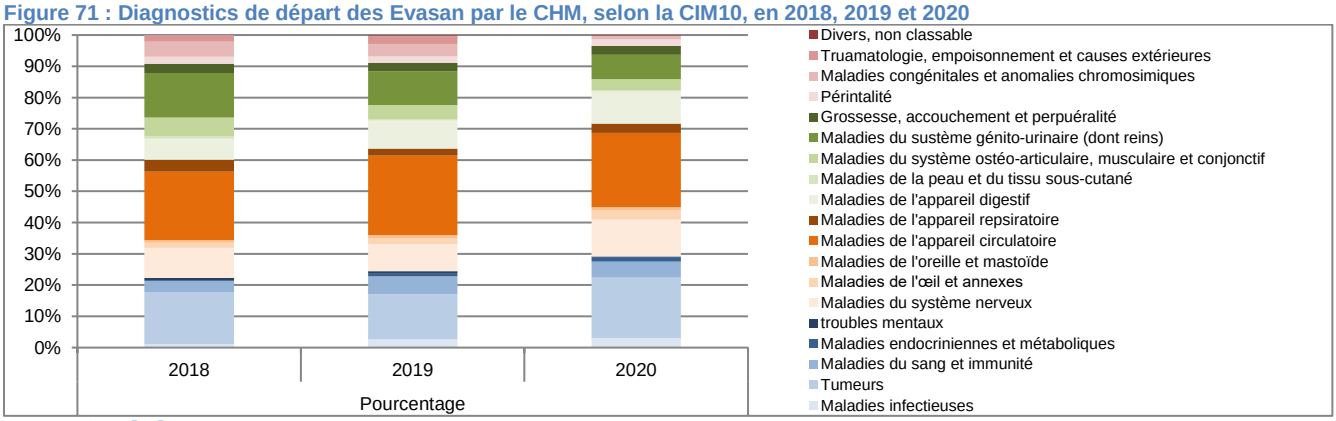
Figure 70 : Répartition des classes d'âge des individus ayant bénéficié d'une Evasan par le CHM de 2019 à 2021



Source : CHM [54]

En 2020, la majorité des pathologies à l'origine d'Evasan concerne les **« maladies de l'appareil circulatoire »** (24 %), les **« tumeurs »** (19 %), les **« maladies du système nerveux »** (12 %) et les **« maladies de l'appareil digestif »** (10 %) [54] (*Figure 71*). Les évacuations pour « maladies infectieuses », « maladies endocriniennes et métaboliques » ont triplé entre 2018 et 2019 et celles pour « maladies du sang et immunité » ont doublé.
Sur la période 2019 à 2020, les évacuations pour « **maladies endocriniennes et métaboliques** » et celles pour « **maladies de l'œil et annexes** » sont celles qui ont le plus augmenté : +60 %.

Figure 71 : Diagnostics de départ des Evasan par le CHM, selon la CIM10, en 2018, 2019 et 2020



Source : CHM [54]

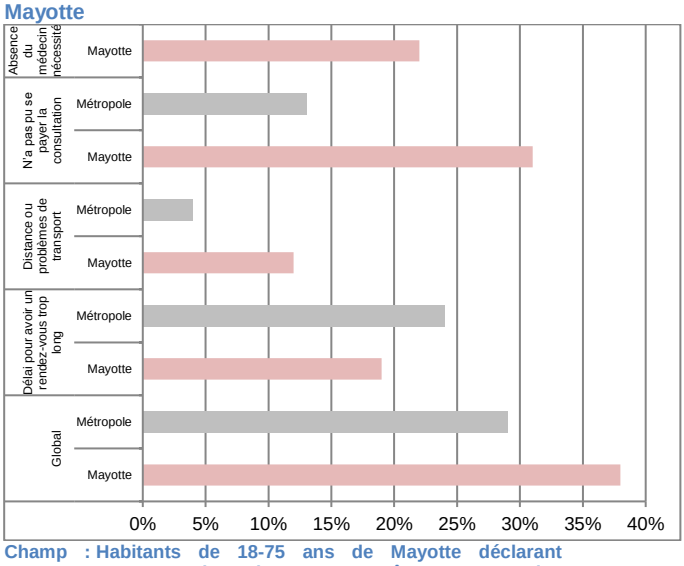
9 – Le renoncement aux soins

En 2016 et en 2019[57], deux mesures différentes permettant de déterminer le taux de renoncement aux soins ont été menées.

En 2016 et au cours des 12 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** [45]. En 2019, **45 %** des 15 ans ou plus **déclarent** avoir **renoncé ou reporté des soins pour eux-mêmes** [49].
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 2019, **le taux de renoncement aux soins est supérieur de +9 points à celui de Métropole** : 38 % contre 29 % [49]. **La question financière est la principale cause** de ce renoncement à Mayotte : 34 % des habitants ont déjà renoncé à des soins en raison d'un manque de revenus [49] [45] (*Figure 72*).

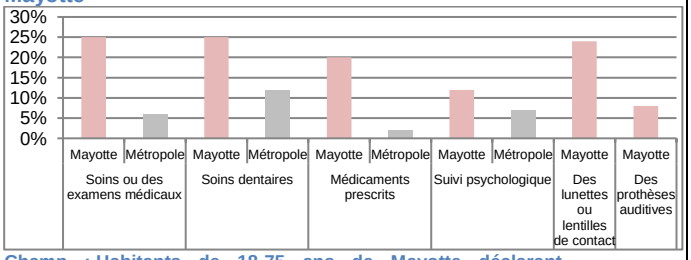
Les personnes les plus fragiles financièrement sont ainsi très pénalisées (54 %) et les personnes non affiliées à la Sécurité sociale le sont encore plus (60 %) [49] [45]. **Chez les femmes**, en 2016, d'autres facteurs de risque apparaissent : l'**âge** et la **scolarité** [45].

Figure 72 : Motifs de report de soins ou d'examens médicaux au cours des 12 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 12 derniers mois alors qu'ils en auraient eu besoin
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 73 : Offres de soins retardées au cours des 12 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 12 derniers mois alors qu'ils en auraient eu besoin
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

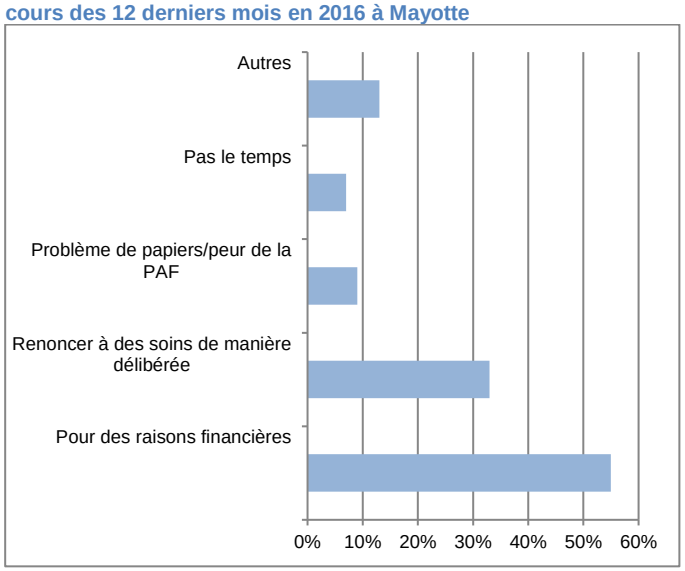
[57] Question unique [45] en 2016. Pour 2019, l'indicateur résulte de neuf questions relatives au report ou à l'annulation de consultations ou de soins pour différentes raisons [49].

En fonction du renoncement 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** » [44]. **Un sur cinq** à l'achat de leurs « **médicaments prescrits »** et **un sur dix** à un « **suivi psychologique** » ou à l'achat de « **prothèses auditives** » [44] (*Figure 73*).
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 [49] (*Figure 72*). Pour les personnes en très **mauvaise santé**, **le manque d'offre est le premier motif** de renoncement à des soins, devant le motif financier [49]. On retrouve en 2016 un second motif similaire : le **renoncement de manière délibéré**, qui devient le principal motif chez les français, les 60 ans ou plus, les hommes, les affiliés à la Sécurité sociale et ceux ayant un emploi [45].

Pour les **étrangers**, en 2016, **qui déclarent renoncer à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants**, le renoncement est lié à leur situation administrative : comparés aux Français, les « sans-papiers » y renoncent trois fois plus : 22 % contre 8 % [45]. Ils sont **un sur cinq à citer la peur d'une reconduite aux frontières** comme motif de renoncement [45] (*Figure 74*).

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

Figure 74 : Raisons du renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois en 2016 à Mayotte

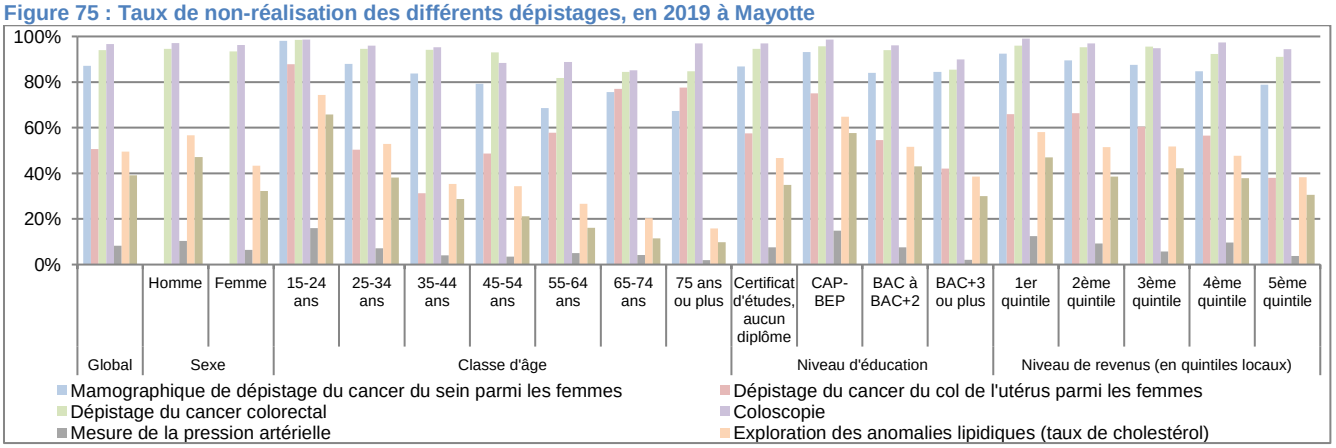


Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte déclarant renoncer à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants au cours des 12 derniers mois
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migration, familles, vieillissement de 2016* [45]

Dépistages

Le dépistage de certaines maladies est indispensable pour surveiller l'état de santé d'une population mais aussi anticiper efficacement sur les complications à venir. L'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont souvent associés à l'obésité, très présente à Mayotte. Or **8 % des habitants** de 15 ans ou plus de Mayotte **n'ont jamais mesuré leur tension artérielle par un professionnel de santé**, c'est **quatre fois plus qu'en Métropole** (2 %) [49].
De même, 49 % des habitants n'ont jamais contrôlé leur taux de cholestérol et **39 % leur glycémie**, soit trois fois plus qu'en Métropole [49] (*Figure 75*).

Figure 75 : 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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Les personnes en bonne santé, éprouvent moins le besoin de se faire dépister : 41 % n'ont jamais fait contrôler leur glycémie par exemple, contre 21 % des personnes en mauvaise santé [49]. **Les hommes se font aussi moins dépister que les femmes**, **les jeunes que les seniors**, **les très modestes que les non pauvres** [49].
La moitié des habitants de Mayotte éprouvent des difficultés à comprendre les recommandations des professionnels de santé [49].

En 2018, en réponse à l'alerte lancée par SpF sur la menace épidémique qui pesait sur l'île de Mayotte, le directeur général de la santé a chargé l'ARS de mener une campagne de rattrapage vaccinal à destination des enfants de moins de 6 ans sur tout le territoire [55]. Il en ressort que 49 % de ces enfants ont participé à cette campagne [55].

Prévention[58]

En 2016, **87 % des habitants de Mayotte estiment que les messages de l'ARS sont clairs** [41]. 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 [41]. 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** [41]. 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 [41].

Parmi ceux comprenant les messages, **ils ne sont que 7 % à ne pas suivre les recommandations** transmises, concernant davantage les **jeunes** (12 %) et les **personnes âgées** (11 %) [41]. De plus, **une partie de la population semble 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 suivent pas [41].

10 – Indicateurs de morbidité

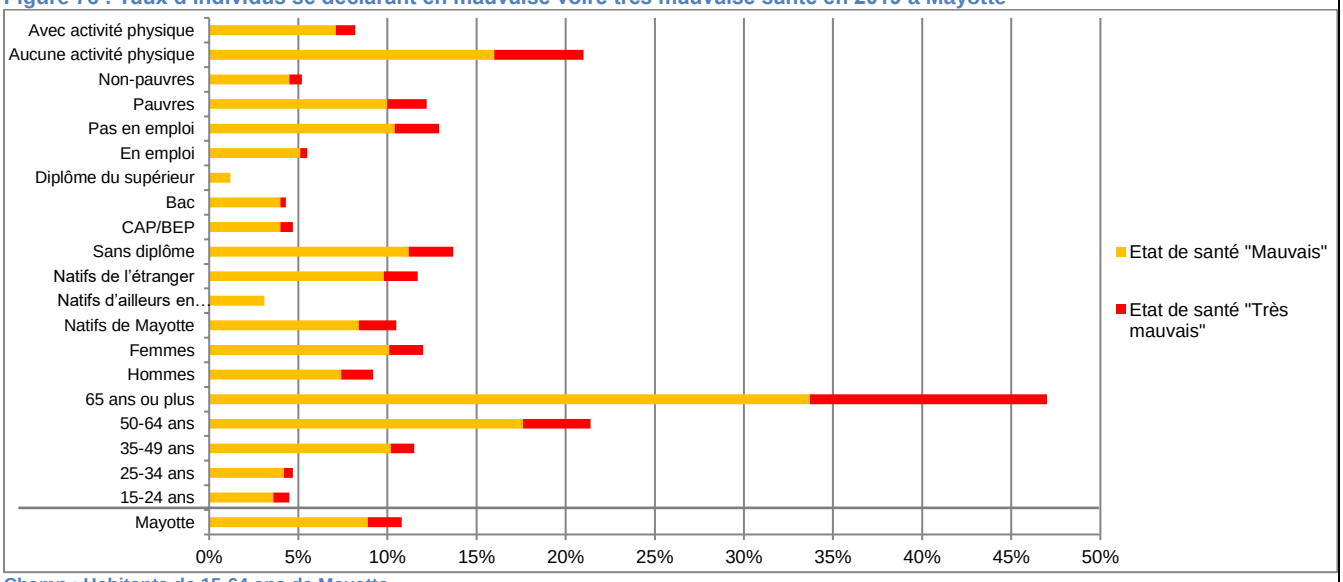
La jeunesse de la population de l'île explique en bonne partie des indicateurs favorables de morbidité déclarés comparés à ceux de la Métropole. Ainsi, **deux individus sur trois** de 15 ans ou plus **s'estiment en bonne, voire en très bonne santé en 2019**[59], contre 71 % en Métropole [43] [41] (*Figure 75*). Le nombre de personnes de 60 ans ou plus devrait tripler d'ici 2050 [4], une forte baisse de ces indicateurs est à prévoir dans les années à venir [49].

A structure de population équivalente, **21 % des habitants de Mayotte se déclarent en mauvaise voire très mauvaise santé contre 7 % en Métropole**[60] [49].

La précarité a un effet important sur le sentiment de se sentir en mauvaise voire très mauvaise santé [49]. Ainsi les « pauvres » sont deux fois plus à se déclarer dans une telle situation que les « non-pauvres » (12 % contre 5 %) [49], tout comme les « sans emploi » par rapport à ceux en emploi (13 % contre 6 %) [49]. 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 % [49] (*Figure 76*).

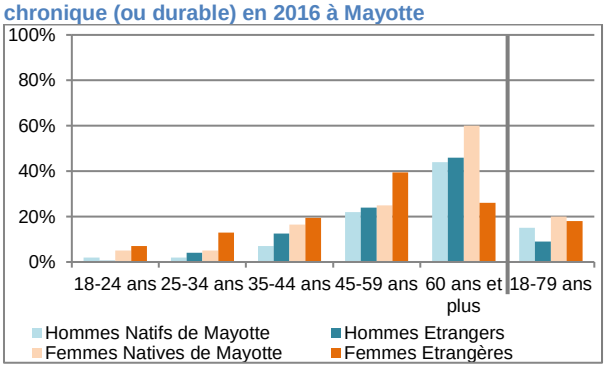
[58] En 2021, l'ARS de Mayotte en lien avec la préfecture s'est servie de cinq vecteurs de communication différents afin d'informer les habitants sur les gestes anti-Covid-19 à appliquer : par la télévision, par la radio, par les médiateurs en santé, par des affiches et par internet [56]. Les vecteurs ayant le plus de succès (quelle que soit la classe d'âge) sont la télévision et la radio : respectivement 81 % et 62 % des habitants de 15 ans ou plus déclarent les avoir vus, les comprendre et en appliquer les messages transmis [56]. A un degré nettement plus inférieur, les messages transmis par les médiateurs en santé sont 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 diminuent respectivement à 42 et 18 % chez les 75 ans ou plus [56].
[59] 68 % chez les français, 64 % chez les étrangers [44].
[60] Sans standardisation, et pour une estimation d'un état de Santé « bon » voire « très bon », Mayotte se retrouve à la troisième place, derrière la Métropole et la Guyane (68 %), et devant La Réunion (65 %), la Guadeloupe (58 %) et la Martinique (55 %) [43]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de la Métropole, 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 [43].

Figure 76 : Taux d'individus se déclarant en mauvaise voire très mauvaise santé en 2019 à Mayotte



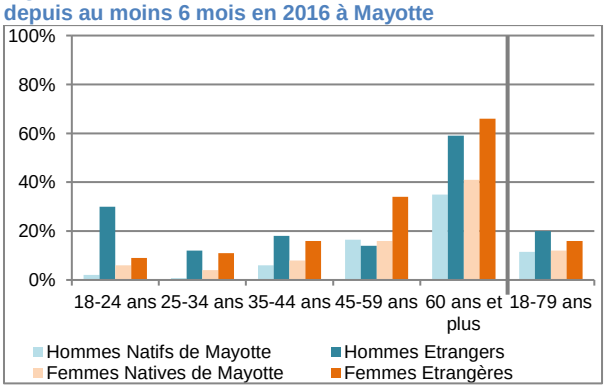
Champ : Habitants de 15-64 ans de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [49]

Figure 77 : Individus déclarant un problème de santé chronique (ou durable) en 2016 à Mayotte



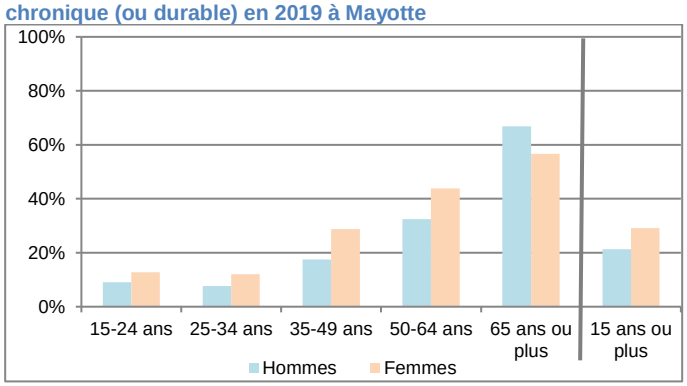
Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [41]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 78 : Individus déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en 2016 à Mayotte



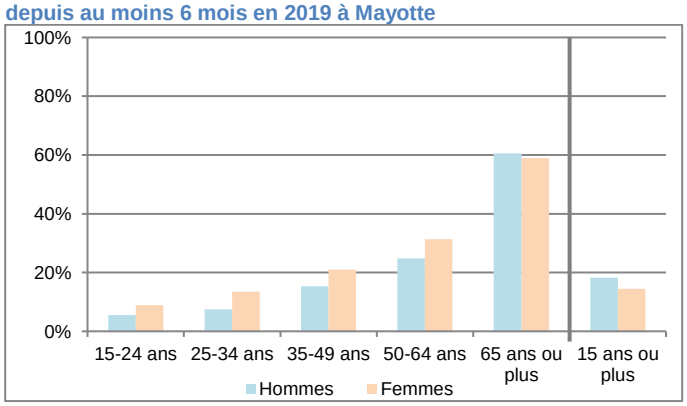
Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [41]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 79 : Individus déclarant un problème de santé chronique (ou durable) en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 80 : Individus déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2019, **20 %** des habitants de 15 ans ou plus déclarent un **problème de Santé chronique**[61] (22 % chez les français et 19 % chez les étrangers [44], 38 % en Métropole) et **16 % des restrictions**

[61] 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 la Métropole), Métropole : 38 %, Martinique : 49 % (47 % en taux standardisé), Guadeloupe : 46 % (45 %), La Réunion : 39 % (42 %), Guyane : 28 % (36 %) [43].

d'activité[62], dont 5 % « fortes » (16 % chez les français dont 6 % très fortement limités, et 17 % chez les étrangers dont 3 % fortement, respectivement 25 % et 9 % en Métropole [44]) [43].

Dès 45-49 ans, une personne interrogée sur trois à une sur deux déclare un **problème de santé chronique** (*Figures 77 & 79*) [41] [44] et au moins une sur cinq à une sur trois s'estime **limitée dans ses activités quotidiennes** depuis au moins 6 mois (*Figures 78 & 80*) [41] [44]

Dès 55 ans, les habitants de Mayotte sont souvent limités voire **handicapés** dans certaines activités de la vie de tous les jours [49]. Leur motricité est affectée : **31 % d'entre eux ont des difficultés à gravir quelques marches d'un escalier** [49]. Ils sont aussi plus souvent atteints de déficiences sensorielles : **14 % éprouvent beaucoup de difficultés pour voir** [49]. Ils évoquent aussi des troubles de l'attention : **11 % ont beaucoup de mal à se concentrer ou à se souvenir**[63] [49].

11 – Principales pathologies

a) MDO et pathologies suivies par la DéSUS[64]

Le DéSUS[65] 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.

Le paludisme

Avant 2011, **plus de 300 cas** de palud étaient déclarés **annuellement** sur le territoire. Depuis, ce volume diminue fortement : **99 cas** en 2011 et **37 en 2022** (*Figure 81 & Tableau 12*). Le « paludisme **»** reste une maladie pour laquelle les actions de prévention sont nécessaires suite aux épidémies qui ont frappé le territoire en 2006 : 560 cas et 2010 : 433 cas. Depuis 2014, **l'OMS a fait entrer officiellement Mayotte dans une phase d'élimination du paludisme**.
Sur les années 2009 à 2012, les hommes (53 à 57 %) étaient un peu plus touchés que les femmes, tandis que sur la période 2016 à 2019, il s'agissait majoritairement d'hommes (trois quarts des cas). **Sur la période 2021-2022**, on observe **autant d'hommes que de femmes**. Les classes d'âge **les plus concernées sont les moins de 30 ans**.
Pour les deux dernières années, il s'agit **exclusivement de cas importés** (85 à 94 % de 2018 à 2020) alors qu'en 2006-2007 il s'agissait pour moitié de cas acquis localement (puis environ deux tiers sur la période de 2009 à 2012). Depuis 2017, la **moitié a été hospitalisé** (57 % sur 2021-2022, parmi eux : **10 %** ont été en service de **Réanimation**).

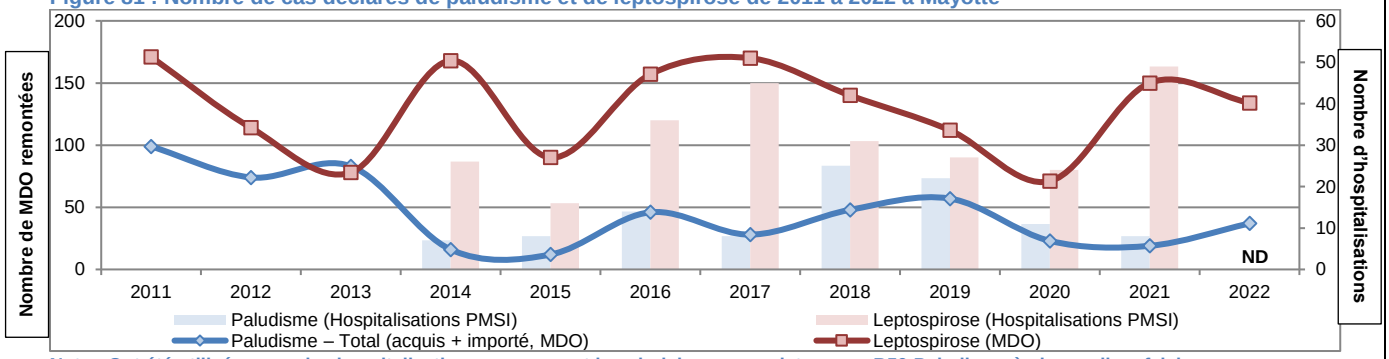
La leptospirose

En ce qui concerne la leptospirose, elle constitue un **réel problème de santé publique** sous surveillance depuis plusieurs années, **134 cas en 2022** (130 en moyenne par an depuis 2011) (*Figure 81 & Tableau 12*). En 2011, la séroprévalence de la leptospirose chez les 5 ans ou plus était de 17 % [58]. La saisonnalité de cette pathologie est très marquée avec une **recrudescence en fin de saison des pluies** (pic habituellement observé vers le mois d'avril).
Elle touche **principalement les hommes** chaque année (environ trois quarts des cas) et les **jeunes de moins de 20 ans** (environ un tiers des cas). Dans **un cas sur cinq à un cas sur deux**, la contamination a entraîné une **hospitalisation** et un décès a été constaté en 2010, un en 2011, un autre en 2017 et un dernier en 2022.
En 2017 et 2018, la moitié des cas étaient domiciliés **dans le nord** et en 2020-2022 **dans le centre de l'île**. Les individus étaient principalement des **agriculteurs, exerçant une activité de jardinage** et/ou avaient été en **contact avec une rivière**. Chez les enfants, le fait de pratiquer un **loisir aquatique** ou **de marcher pied nu** est un facteur d'exposition.

---

[62] Sans standardisation, et pour la déclaration de restrictions d'activité, Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière la Métropole et la Martinique (32 %), la Guadeloupe (30 %), La Réunion (22 %) et la Guyane (20 %) [43]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de la Métropole, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la troisième place (28 %), à égalité avec la Guyane et devant la Réunion (24 %), la Métropole et derrière la Martinique (30 %) et la Guadeloupe (29 %) [43].
[63] Les écarts avec la Métropole ne sont pas présentés dans ce document (contrairement à la source référencée) du fait que ces données sur les personnes en perte d'autonomie à Mayotte vivent à leur domicile, et non en établissement spécialisé [49]. Autrement dit, les personnes vivant en Ehpad ne sont pas prises en compte dans le champ de l'enquête EHIS 2019 [49].
[64] Les données présentées proviennent du DéSUS, les indicateurs sont issus d'un croisement entre les points épidémiologiques de la Cre Mayotte [57] et l'expertise du DéSUS.
[65] Ancienne Veille et Sécurité Sanitaire (VSS).

Figure 81 : Nombre de cas déclarés de paludisme et de leptospirose de 2011 à 2022 à Mayotte



Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, concernant le palud, les nomenclatures : « B50-Paludisme à plasmodium falciparum », « B51-Paludisme à plasmodium vivax », « B54-Paludisme, SAI » ; concernant la leptospirose : « A27-Leptospirose ».
Source : ARS Mayotte – DéSUS, PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistique

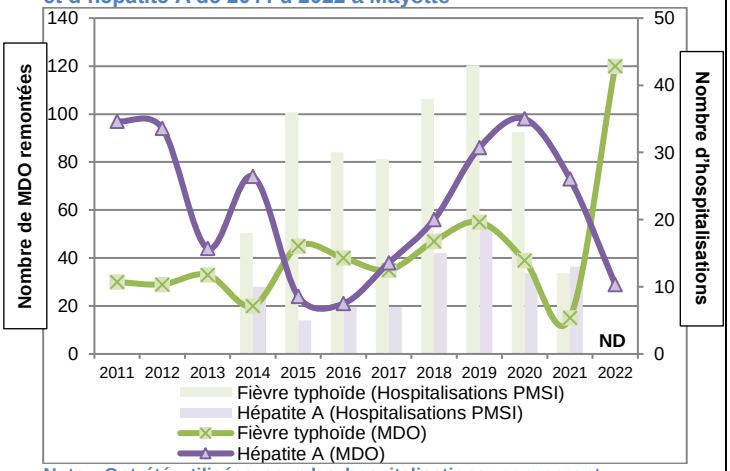
Les autres pathologies sous surveillance

Concernant **la fièvre typhoïde**[66], une nouvelle épidémie a pu être observée en 2022, principalement dans la commune de Koungou : 120 cas, alors que sur les années précédentes (2011 à 2021) en moyenne **35 nouveaux cas** étaient dénombrés (*Figure 82 & Tableau 12*). Les cas sont principalement recensés dans le **nord-est de l'île**.

Les maladies à transmission oro-fécale restent endémiques à Mayotte, notamment au vu du contexte d'hygiène général précaire. Depuis 2016 (21 cas), le nombre de cas d' « **hépatite A** » **n'a cessé d'augmenter** : 98 en 2020. **Depuis il diminue**, 29 en 2022.
En 2019, la **prévalence** en population générale de l'infection en cours par l'**hépatite B** (VHB) est de **3 %** chez les 15-69 ans, **deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes** : 4 % contre 1,9 % [59]. **0,2 %** pour l'**hépatite C** (VHC) et **0,7 %** pour l'**hépatite Delta**[67] (VHD) [59].

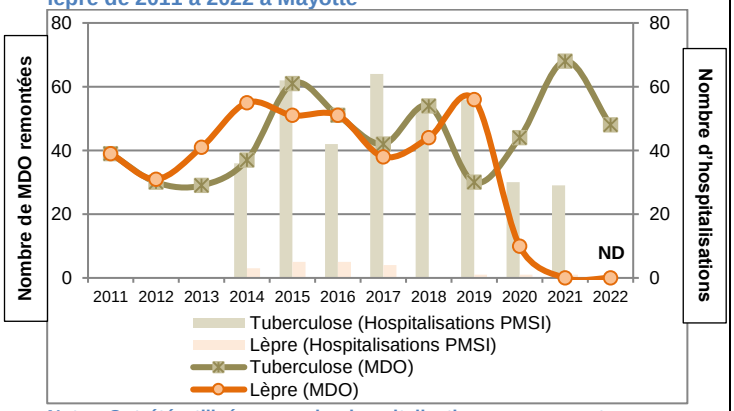
Sur la période 2014 à 2022, la « **tuberculose** » oscille autour des **44 nouveaux cas en moyenne par an**. En dépit de l'absence de cas en 2022, la « **lèpre** » reste, quant à elle, sur une moyenne proche de **35 cas** par an. Dès lors la situation épidémique de ces deux pathologies nécessite un maintien des processus de surveillance (*Figure 83 & Tableau 12*).

Figure 82 : Nombre de cas déclarés de fièvre typhoïde et d'hépatite A de 2011 à 2022 à Mayotte



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

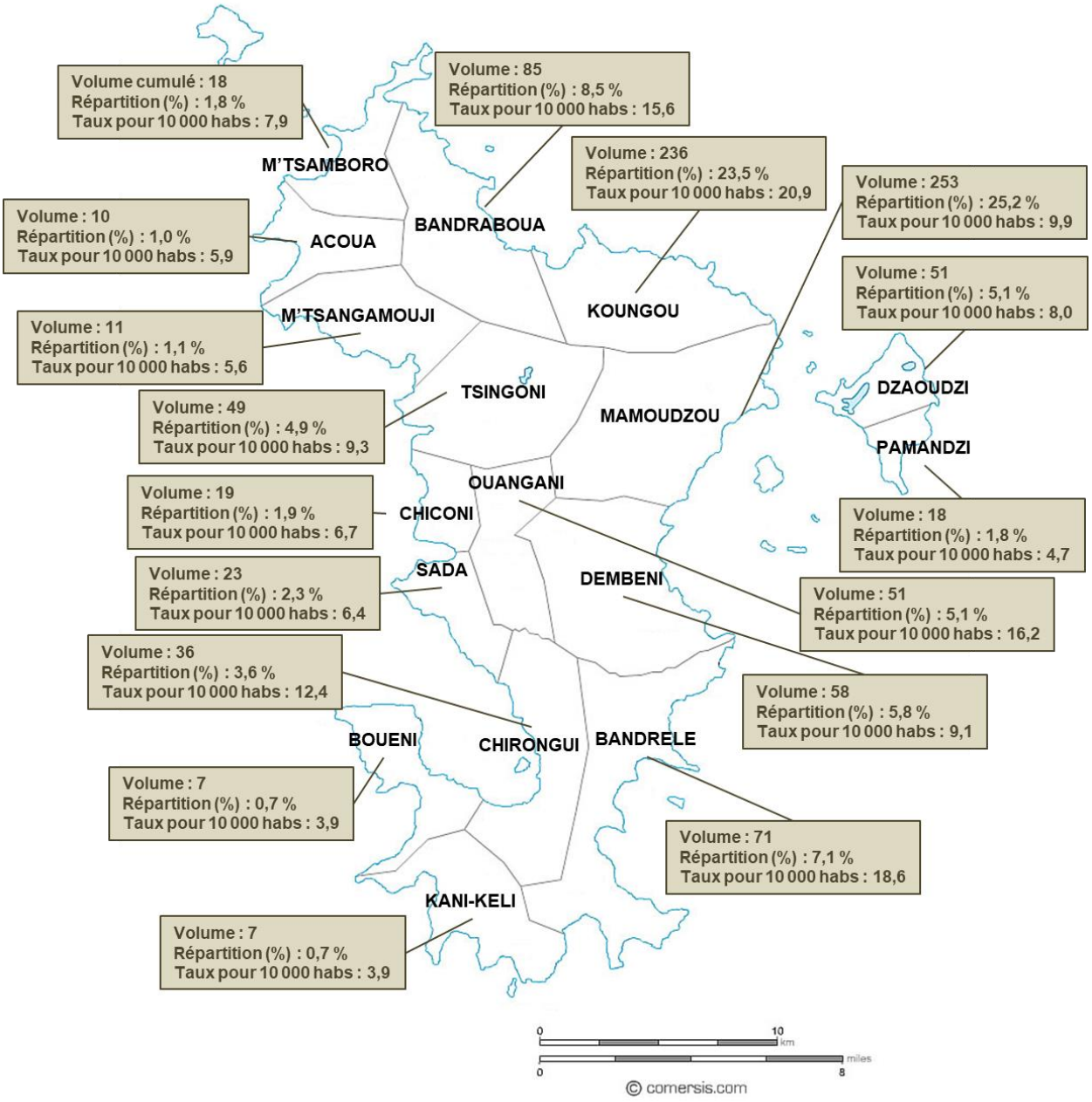
Figure 83 : Nombre de cas déclarés de tuberculose et lèpre de 2011 à 2022 à Mayotte



Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, concernant la lèpre, la nomenclature : « A30-Lèpre » ; concernant la tuberculose : « A15-tuberculose de l'appareil respiration, avec confirmation », « A16-Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation », « A18-tuberculose d'autres organes », « M490-Tuberculose vertébrale ».
Source : ARS Mayotte - DéSUS, PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistique

[66] Travaux de Recherche en cours menés par l'équipe pilotée par Mme De Saporta (Université de Montpellier) et Mr Manou-Abi (Cufr).
[67] 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.

Figure 84 : Répartition des MDO « cumulées » en 2020 à 2022 à Mayotte



Note : Nombre de cas cumulés de Diphtérie, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Lèpre, Leptospirose, Listériose, Paludisme et Intoxication alimentaire. Les taux pour 10 000 habitants sont déterminés depuis la moyenne de cas déclarés 2019-2020-2021 et sur la moyenne des populations estimées par l'Insee au 1er janvier 2019 à 2022 puis ventilée 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 qu'une seule fois.
Source : ARS Mayotte - DéSUS
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistique

Tableau 12 : Nombre de cas de MDO déclarées et de pathologies suivies à Mayotte de 2011 à 2022

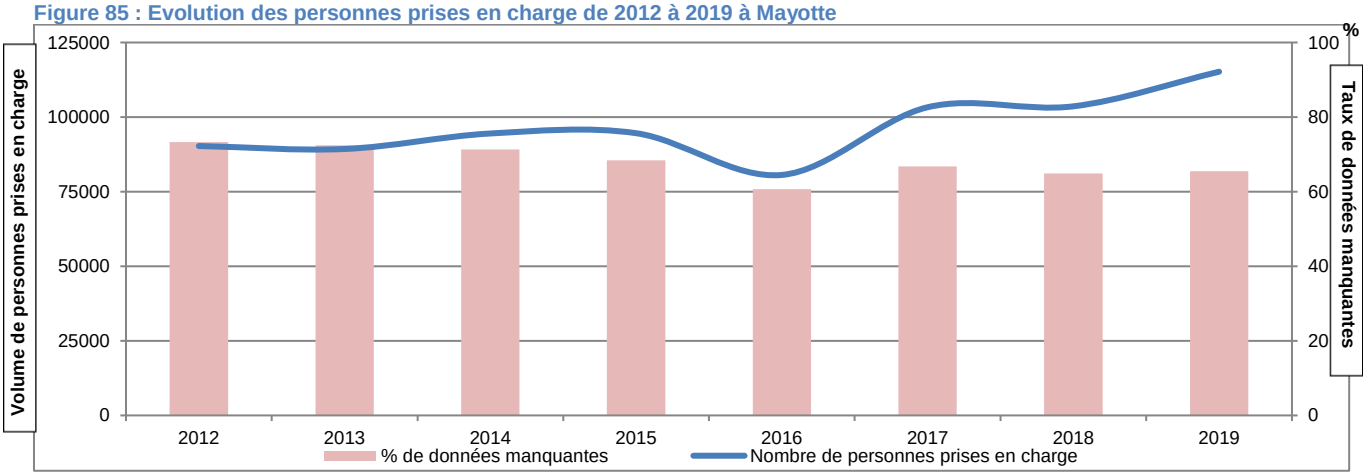
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Paludisme – Total (acquis + importé, MDO)	99	74	83	16	12	46	28	48	57	23	19	37
Leptospirose (MDO)	171	114	78	168	90	157	170	140	112	71	150	134
Fièvre typhoïde (MDO)	30	29	33	20	45	40	35	47	55	39	15	120
Hépatite A (MDO)	97	94	44	74	24	21	38	56	86	98	73	29
IIM	4	0	2	1	0	0	0	1	2	0	0	3
Dengue, zika (aucun cas à Mayotte), Chikungunya	4	54	5	494	21	1	1	2	208	4 200	16	5
Diphtérie		7	0	1	2	1	1	0	5	5	5	14
Tuberculose (MDO)	39	30	29	37	61	51	42	54	30	44	68	48
Lèpre (MDO)	39	31	41	55	51	51	38	44	56	10	0	0
Hépatite B aigue	3	0	0	2	1	1	2	2	1	5	14	16
Tétanos			0	1	3	0	0	2	0	0	0	2

Source : ARS Mayotte – DéSUS

b) Prises en charge à Mayotte

En 2019, **115 200 personnes prises en charge** sont à dénombrer, soit une hausse de +28 % par rapport à 2012 (*Figure 85*). Sur les sept années considérées, dans **55 %** des cas il s'agit **de femmes** (stable sur la période observée).

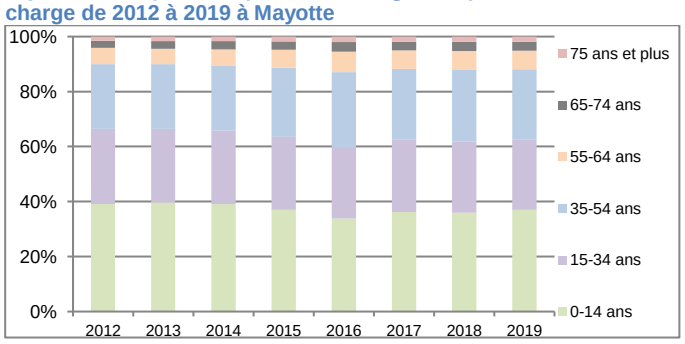
Figure 85 : Evolution des personnes prises en charge de 2012 à 2019 à Mayotte



Champ : Bénéficiaires d'une ALD ou d'une prise en charge
Source : Assurance Maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistique

De 2012 à 2015 la part des plus de 35 ans (34 %) augmente pour se stabiliser ensuite autour des 38-42 %. Quelle que soit l'année, la classe d'âge **la plus représentée est celle des 0-14 ans** (37 % sur les sept années considérées) tandis que celle des 65 ans ou plus est de 5 % et a augmenté de +1 point par rapport à 2012 (*Figure 86*).

Figure 86 : Répartition par classe d'âge des prises en charge de 2012 à 2019 à Mayotte

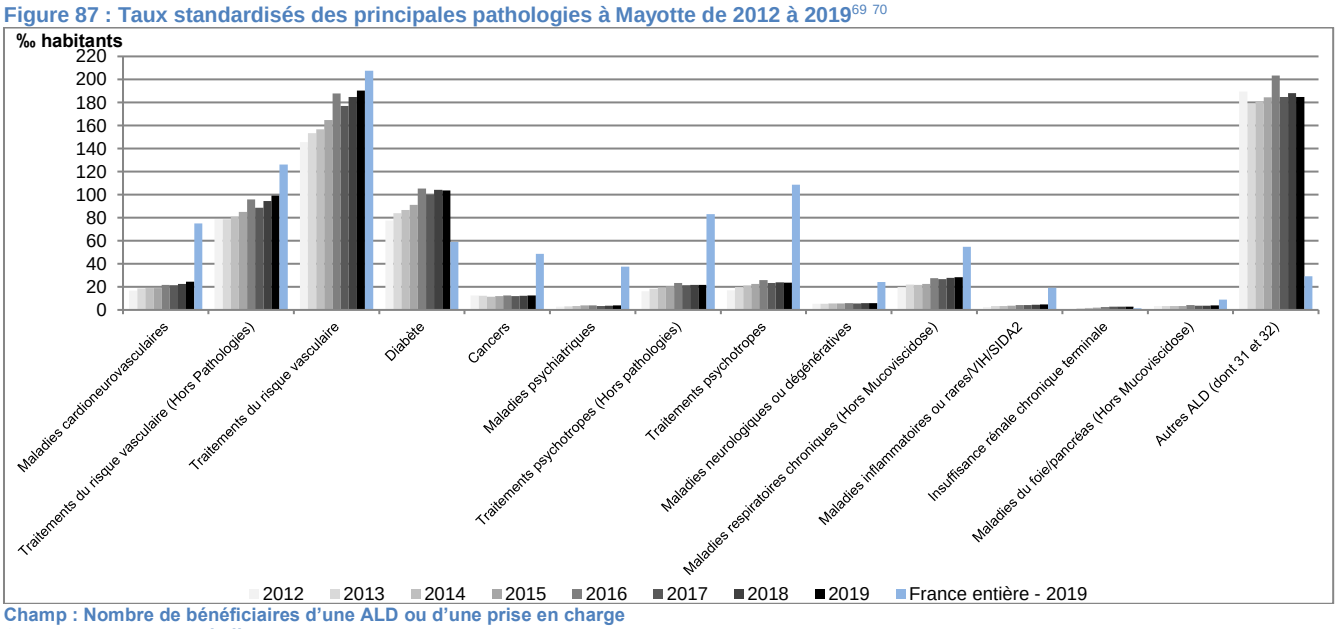


Champ : Bénéficiaires d'une ALD ou d'une prise en charge
Source : Assurance Maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistique

Sur 2019, seulement **35 % des informations sur le type de prises en charge sont exploitables**[68], ce qui reste supérieur à 2013 où ce taux était supérieur de +8 points.
D'après les informations renseignées, les **traitements du risque vasculaire** représentent le regroupement de pathologies le plus fréquent à Mayotte avec un taux standardisé de **190 ‰** (contre 208 ‰ pour la France entière), suivi de loin par le **diabète** : **104 ‰** (contre 59 ‰), et les **traitements du risque vasculaire (hors pathologies)** : de **99 ‰** (contre 126 ‰) (*Figure 87*).

[68] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une CPAM en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

Figure 87 : Taux standardisés des principales pathologies à Mayotte de 2012 à 2019[69] [70]



Champ : Nombre de bénéficiaires d'une ALD ou d'une prise en charge
Source : Assurance Maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Au déficit d'informations se rajoute une couverture sociale ne concernant que deux tiers des habitants en 2019 [42], un sur deux en 2012 [41]. Les taux standardisés calculés nécessitent de nombreuses précautions d'usage et représentent des bornes à minima de la situation réelle. Cependant, **pour deux pathologies la prévalence est deux fois supérieure à la métropole** : **Le diabète et l'insuffisance rénale chronique terminale**[71] (*Figure 86*).

c) Motifs de séjour au centre hospitalier de Mayotte

D'après les données du PMSI (diagnostics principaux) sur la période 2019-2021, les principales pathologies pour les séjours en soins hospitaliers sont essentiellement dominées par les « grossesses, accouchements et puerpéralité[72] » qui correspondent à 26 % des séjours hospitaliers à Mayotte, contre 4 % en Métropole.

[69] 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 d'une maladie grave, 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. Ex. : maladie de Paget, les ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère.
Les **ALD 32** ou ALD « polypathologies » 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. Ex. : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels.

[70] 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.

[71] L'Insuffisance rénale chronique est définie comme une diminution progressive des fonctions rénales (diminution permanente du débit de filtration glomérulaire) [60]. Elle est généralement classée en cinq stades de sévérité, le plus haut correspondant au stade terminal vers lequel la pathologie peut évoluer silencieusement et longtemps, entrainant la mise en place d'un traitement de suppléance par dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou une transplantation rénale [60]. Elle constitue l'une des complications de nombreuses maladies chroniques (diabète, l'hypertension artérielle) [60]. En 2008, l'insuffisance rénale chronique concernait 1,4 % à 4 % des personne(s) [61]. Touchant plus souvent les personnes diabétiques (7 à 13 %) que les non diabétiques (1 à 2 %), essentiellement aux stades 1 et 2 [61]. En 2012, 6 autorisations ont été délivrées par l'ARS pour une prise en charge de l'insuffisance rénale chronique traitée, 5 étaient encore valides en 2018 [60]. Le traitement des patients sous dialyse s'effectue uniquement par hémodialyse [60]. L'âge médian au démarrage est inférieur de 15 ans à Mayotte par rapport à la situation métropolitaine [60]. En 2015, 52 % des nouveaux patients dialysés étaient diabétiques et 19 % souffraient de maladies cardiovasculaires. Sur la période 2012 à 2017, l'effectif des hommes est toujours supérieur à celui des femmes [60]. En 2015, la quasi-totalité des patients sont traités par hémodialyse à Mayotte (99 %), contre la moitié en Métropole (54 %).

[72] 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 ».

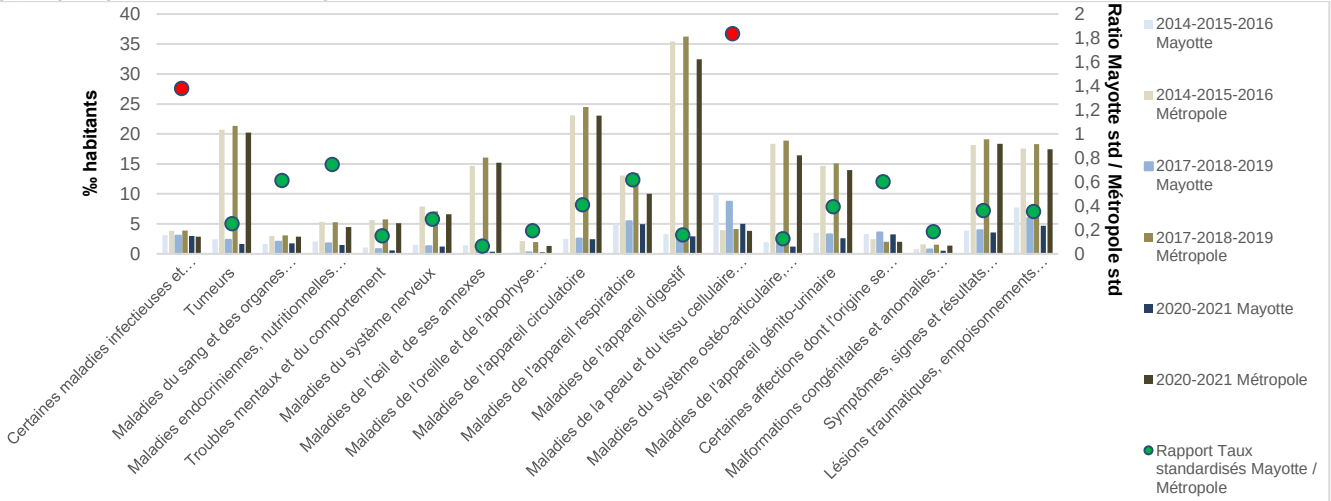
Si l'on fait abstraction de ce motif de séjours, des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé[73] » (47 %, 45 % en Métropole) et des « Codes d'utilisation particulière » (0,7 %, 0,7 % en Métropole), ce sont les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (14 %, 5 % en Métropole), les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, 9 % en Métropole) et les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (11 %, 2 % en Métropole) qui ressortent comme étant les **trois premiers** motifs de séjour (*Tableau 13*).

Tableau 13 : Principaux motifs de séjour (diagnostics principaux) en soins hospitaliers de 2017 à 2021 à Mayotte

	Mayotte						Métropole
CIM10	**Taux (%) de Variation*** 2017-2019 (%)**	**Taux (%) de variation*** 2019-2021 (%)**	**Volume 2021**	**Durée moyenne de séjour 2019-2021 (En jours)**	**Répartition (%) 2019-2020-2021**	**Répartition (%) 2019-2020-2021 sans * et ****	**Répartition (%) 2019-2020-2021 sans * et ****
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	+9,3	-6,0	717	6,3	1,6	6,4	1,6
Maladies de l'appareil respiratoire	-0,8	+7,2	1 563	5,1	3,5	14,0	5,4
Maladies de l'appareil digestif	+6,1	-12,3	759	6,0	1,7	6,8	16,5
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-2,4	-28,1	1 178	13,2	2,6	10,6	1,9
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-14,7	-14,2	276	11,7	0,6	2,5	8,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	+4,6	-12,6	697	5,8	1,6	6,2	7,0
Grossesse, accouchement et puerpéralité*	-1,8	+0,4	11 904	4,2	26,7		
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	+6,7	-3,6	926	19,3	2,1	8,3	1,0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	+3,7	-9,3	166	9,1	0,4	1,5	0,7
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	+6,7	-7,2	961	3,4	2,2	8,6	9,1
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-1,7	-9,8	1 227	5,6	2,7	11,0	8,7
Tumeurs	+5,1	-19,1	425	10,5	1,0	3,8	10,1
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé**	+0,9	-0,2	21 566	3,4	48,3		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	+6,4	-3,6	500	4,2	1,1	4,5	1,5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	+3,0	-12,9	359	9,8	0,8	3,2	2,3
Troubles mentaux et du comportement	+7,5	-14,1	164	3,4	0,4	1,5	2,6
Maladies du système nerveux	+7,3	-1,1	348	9,4	0,8	3,1	3,3
Maladies de l'œil et de ses annexes	-19,3	-1,0	144	5,2	0,3	1,3	7,6
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	+27,0	-5,9	70	4,8	0,2	0,6	0,7
Maladies de l'appareil circulatoire	+6,1	-1,7	673	9,1	1,5	6,0	11,6
Total	**+0,5**	**-2,1**	**44 623**	**5,1**	**100**	**100**	**100**

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » n'est pas considérée dans ces analyses (N = 606 en 2021, 405 en 2020 et 0 en 2019). * Taux de variation annuel moyen.**
Source: PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 88 : Taux de recours brut[74] et ratios standardisés au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2021 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 1,4 fois supérieur à Mayotte qu'en Métropole ; tandis que celui pour les tumeurs est 1/0,25 = 4 fois inférieur.
Source: PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

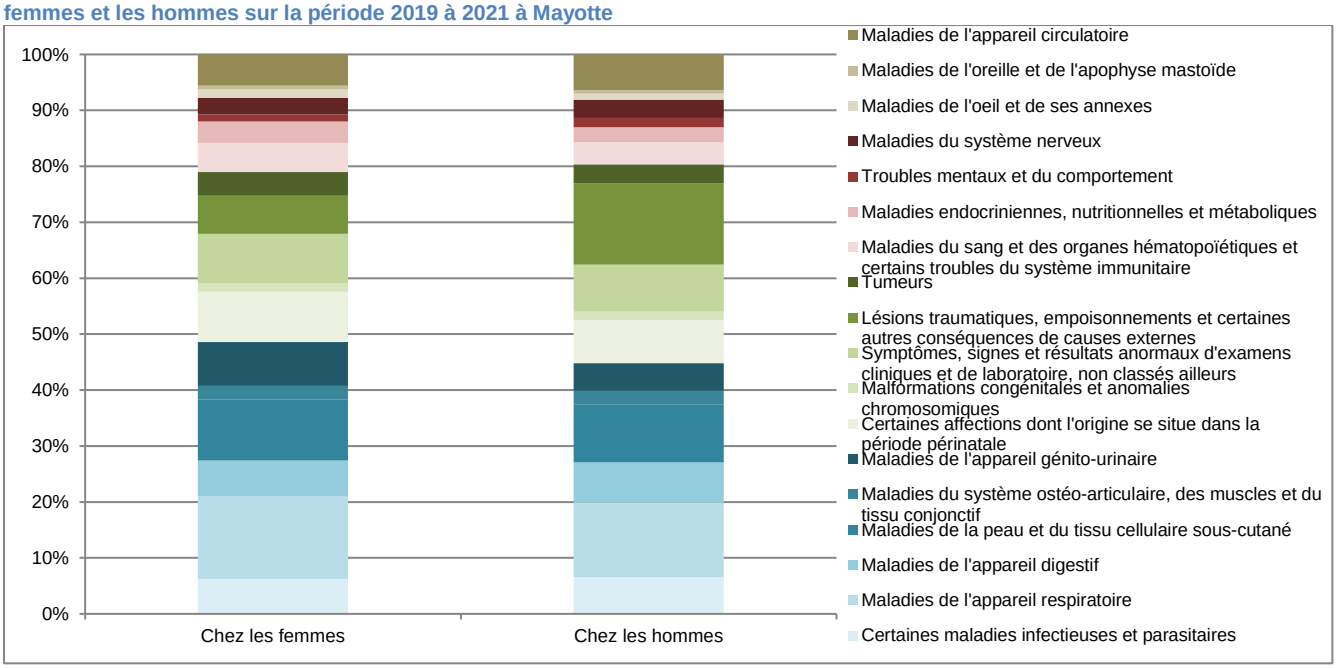
[73] Nomenclature regroupant les motifs : « Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers », « Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles », « Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction », « Sujet ayant recours aux services 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 ».

[74] Déterminé par nombre de séjours en lien avec la pathologie observée sur nombre d'habitants estimés au 1er janvier 2022. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

Chez les **femmes**, sur la période de 2019 à 2021, les motifs de séjour associés aux « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et les « grossesses, accouchements et puerpéralités » représentent, respectivement, 38 % et 42 % des motifs de venue. Si l'on en fait abstraction, ainsi que des « codes d'utilisation particulière » : 15 % concernent les « **maladies de l'appareil respiratoire** », 11 % les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » et 9 % « **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » (*Figure 89*).

Chez les **hommes**, sur la période de 2019 à 2021, les motifs de séjours associés aux « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » représentent 62 % des motifs de venue. Si l'on en fait abstraction, ainsi que des « codes d'utilisation particulière » : 15 % concernent les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** », 13 % les « **maladies de l'appareil respiratoire** » et 10 % les **« maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (*Figure 89*).

Figure 89 : 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 2019 à 2021 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.
Source: PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

d) Les principales épidémies[75]

La Bronchiolite

La classe d'âge la plus impactée par la Bronchiolite est celle des **moins de 2 ans**. En **2012**, **75 enfants ont été hospitalisés**. En **2017**, **656** passages aux **Urgences** chez les enfants de moins de 2 ans ont été enregistrés, dont **37 % ont été suivis d'une hospitalisation**. La **recrudescence** de la Bronchiolite est habituellement observée pendant la **saison des pluies**. En **2022** et **2023**, les épidémies de Bronchiolite connaissent une phase **précoce** (un mois) couplée à une **durée plus élevée** par rapport aux saisons précédentes.

La Gastro-entérite

La classe d'âge la plus impactée a été celle des **moins de 5 ans**. En **2016**, **582** passages aux **Urgences** ont été observés et **17 % des moins de deux ans ont été hospitalisés**. L'année suivante, **393** passages aux Urgences ont été remontés et un **taux d'hospitalisation similaire** à 2016 a été constaté (12 % en 2018). Chaque année une recrudescence de la Gastro-entérite est observée à Mayotte **entre juin et septembre**.

[75] A l'exception des données Covid-19 produites par le service Etudes et Statistiques de l'ARS Mayotte, les données présentées ici proviennent du DéSUS de l'ARS Mayotte. Les indicateurs sont issus d'un croisement entre les points épidémiologiques de la Cre Mayotte [57] et l'expertise du DéSUS.

La Coqueluche

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

La Dengue

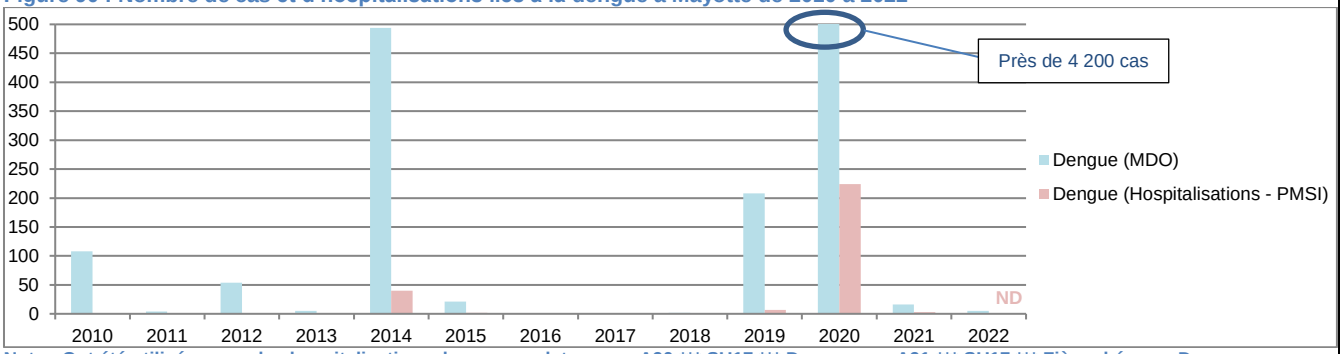
- **Qu'est-ce que la Dengue ?**

La dengue est une infection virale transmise à l'homme par la piqûre d'un moustique du genre Aèdes. Les signes cliniques de la dengue se manifestent en moyenne quatre à dix jours après la piqûre de moustique infecté. Les syndromes dengue-like sont les suivants : fièvre ≥ 38,5°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.

- **Historique des épidémies**

Trois épidémies de dengue ont pu être documentées sur le territoire : en **2010** avec 108 cas, **2014** avec 494 cas et **2019-2020** avec près de 4 600 cas (*Figure 90*). **Cette dernière période a été la plus importante** en termes de nombre de cas détectés sur Mayotte et de nombre d'hospitalisations.

Figure 90 : Nombre de cas et d'hospitalisations liés à la dengue à Mayotte de 2010 à 2022



Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, les nomenclatures : « A90-* SU17 *** Dengue », « A91-*** SU17 *** Fièvre hémorr. Due au virus de la Dengue », « A97-Dengue ».**
Source : ARS Mayotte - DéSUS
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Caractérisation des cas

Sur les années considérées : 2010, 2012, 2014, 2019 et 2020, la Dengue a touché **aussi bien** les **hommes** que les **femmes**. Ce sont essentiellement des individus **âgés de 15 à 64 ans**. En 2012 et 2014, les secteurs les plus concernés étaient le **Centre et le Sud**, tandis qu'en 2019-2020 il s'agissait de Mamoudzou et particulièrement du village de **M'tsapéré**.
Lors de l'épidémie de **2014**, le **sérotype 2** était le plus observé, contrairement à celle de 2020 où **le sérotype 1** ressortait le plus[76].

- **Séroprévalence en 2019 et 2021**

La séroprévalence globale de la dengue sur la période **2018-2019** était estimée à **36 %** chez les 15-69 ans [62]. 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 %) [62]. 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** [62]. Environ un tiers présentait une **réactivité pour plusieurs sérotypes** [62].
Le niveau de séroprévalence observé était indicatif d'un potentiel épidémique pour la Dengue, du fait de la part importante de la population immunologiquement naïve, constituant un réservoir de susceptibles pour la diffusion du virus [62]. La période 2019-2020 qui suivie est venue confirmer l'épidémie de Dengue sérotype 1 avec plus de 4 000 cas confirmés [62]. En 2021, **deux tiers de la population des 6 ans ou plus relevaient d'une infection ancienne ou récente à la Dengue** [63].

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

La Covid-19

Le 13 mars 2020 est documenté le premier cas positif à la Covid-19 sur le territoire de Mayotte.

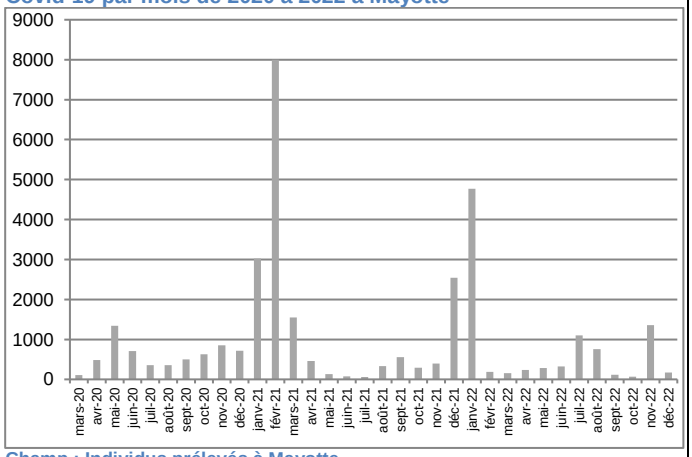
A la date du 31 décembre 2022, près de **33 000 contaminations**[77] ont été observées, soit **11 % de la population**[78] (*Figure 91*). Dans 55 % des cas il s'agit de femmes et les classes d'âge les plus représentées sont les 20-29 ans (22 %) et les 30-39 ans (23 %). Les moins de 9 ans sont 1,5 % à avoir été dépistés « positif » à la Covid-19, 3 % pour les plus de 70 ans.

2 069 hospitalisations[79] pour « Covid-19 » ont été observées au CHM, dont **17 %** incluant au moins un passage en service de **réanimation** (*Figure 93*). 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 décès[80] confirmés liés à la Covid-19 ont été observés et 15[81] autres sont suspectés. Sur ces 181 décès, **63 % ont eu lieu en 2021**. Pour 60 %, il s'agit d'hommes et la moitié des décès concerne un individu de 70 ans ou plus[82].

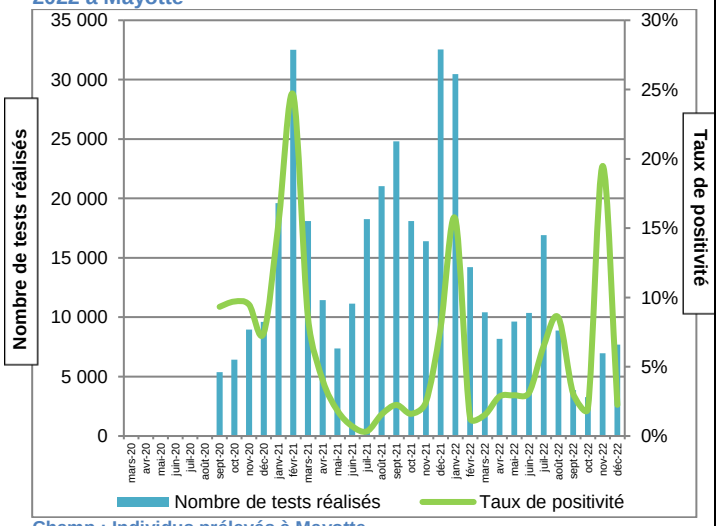
A la date du 31 décembre 2022, l'épidémie de Covid-19 sur le territoire peut se décliner en cinq vagues distinctes : **la première de mars à juillet 2020, la seconde de décembre 2020 à avril 2021, la troisième de novembre 2021 à février 2022, la quatrième de juin à septembre 2022 et la cinquième de novembre à décembre 2022**. Les travaux menés avec le Cufr [64], la plateforme MODCOV19[83] 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 permettent de fournir, selon différents scénarios possibles, la forme prévisionnelle de la courbe épidémique à venir et d'adapter les mesures sanitaires pour la lutte contre la Covid-19.

Figure 91 : Nombre de nouveaux cas positifs à la Covid-19 par mois de 2020 à 2022 à Mayotte



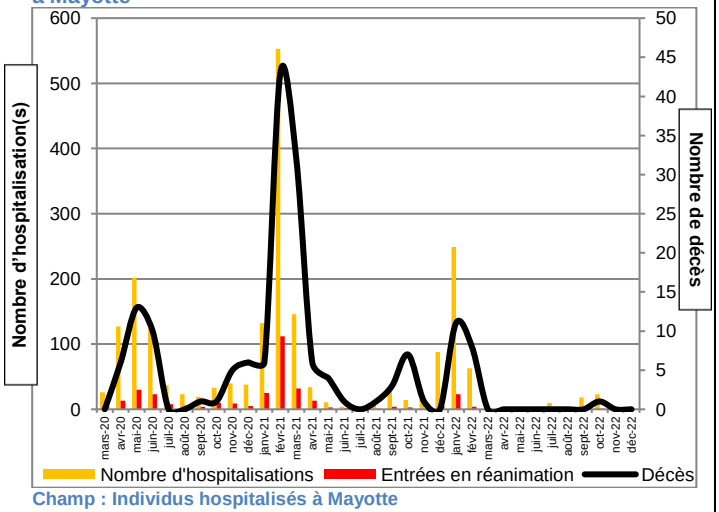
Champ : Individus prélevés à Mayotte
Source : ARS Mayotte – Contact tracing DéSUS, Si-dep
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 92 : 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 – Service Etudes et Statistiques

Figure 93 : Nombre de nouvelles hospitalisations et de décès pour motif « Covid-19 » par mois de 2020 à 2022 à Mayotte

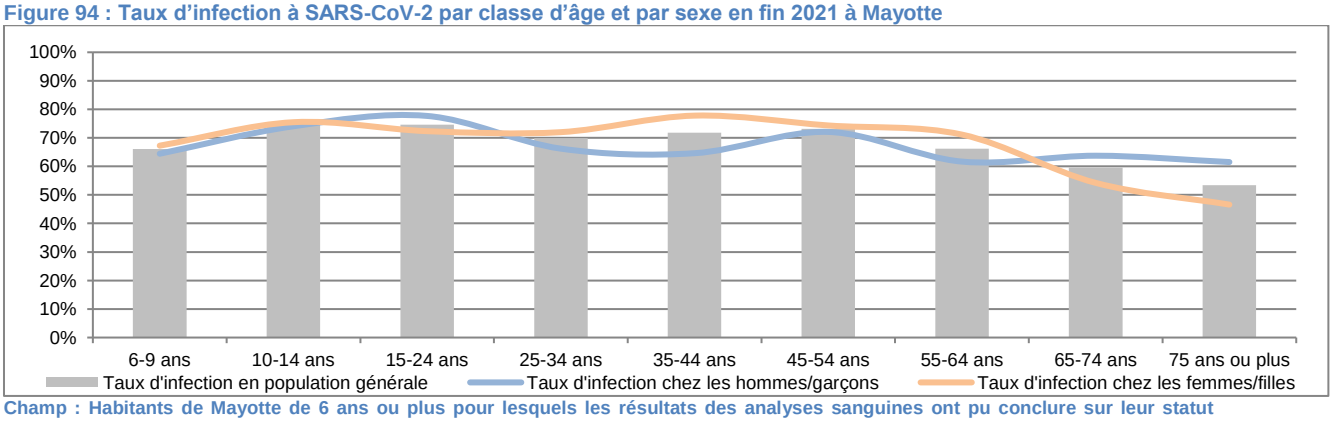


Champ : Individus hospitalisés à Mayotte
Source : CHM, Si-vic
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[77] Données Si-dep et du contact-tracing du DéSUS de l'ARS de Mayotte, cas prélevés à Mayotte.
[78] Selon l'estimation de la population au 1er janvier 2022.
[79] Données du CHM.
[80] Données Si-vic et de l'ARS Réunion.
[81] Données du contact-tracing du DéSUS de l'ARS de Mayotte.
[82] Données du CHM.
[83] La crise de la Covid-19 a suscité un formidable investissement scientifique des modélisateurs et modélisatrices issus de domaines très variés. Afin d'aider à la coordination des actions de modélisation en France autour des multiples facettes de la crise, la plateforme MODCOV19 a été mise en place en mars 2020 grâce à l'INSMI et au CNRS. Le soutien informatique est assuré par le réseau Mathrice.

A 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** [56] (*Figure 94*). Le virus a alors **atteint toutes les classes d'âge** et toutes les catégories de la population [56].

Figure 94 : Taux d'infection à SARS-CoV-2 par classe d'âge et par sexe en fin 2021 à Mayotte

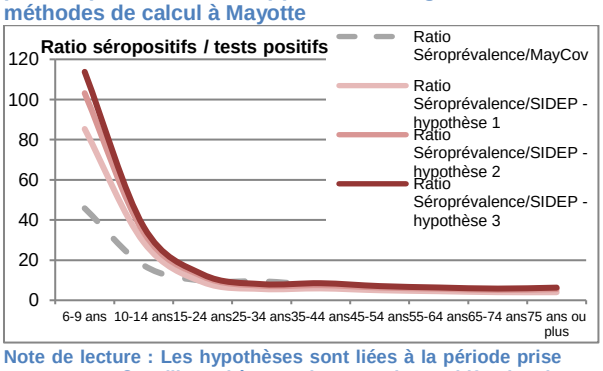


Champ : Habitants de Mayotte de 6 ans ou plus pour lesquels les résultats des analyses sanguines ont pu conclure sur leur statut d'infection
Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19, *enquête séroprévalence Covid-19 de 2021* [56]

Le taux de détection global de la Covid-19 est de 1 cas détecté pour 8 à 12 non détectés [56] (*Figure 95*). Le **milieu scolaire** est le principal lieu **déclaré** de la transmission du virus pour les **enfants**, tout comme le **milieu professionnel** pour les **adultes** [56]. 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 [56] (*Figure 96*).

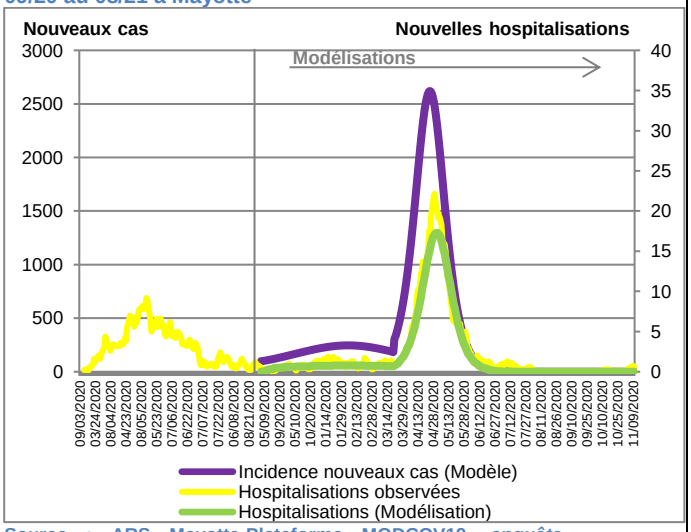
En dépit d'un **respect** important **des mesures barrières** au début de l'année 2021, neuf habitants sur dix déclaraient les appliquer souvent voire quotidiennement, ce taux **chute nettement à six habitants sur dix** au moment de l'enquête [56]. **La Covid-19 est une maladie moins prise au sérieux 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 [56].

Figure 95 : Ratio taux d'infectés 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 positifs 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, *enquête séroprévalence Covid-19 de 2021* [56]

Figure 96 : 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, *enquête séroprévalence Covid-19 de 2021* [56]

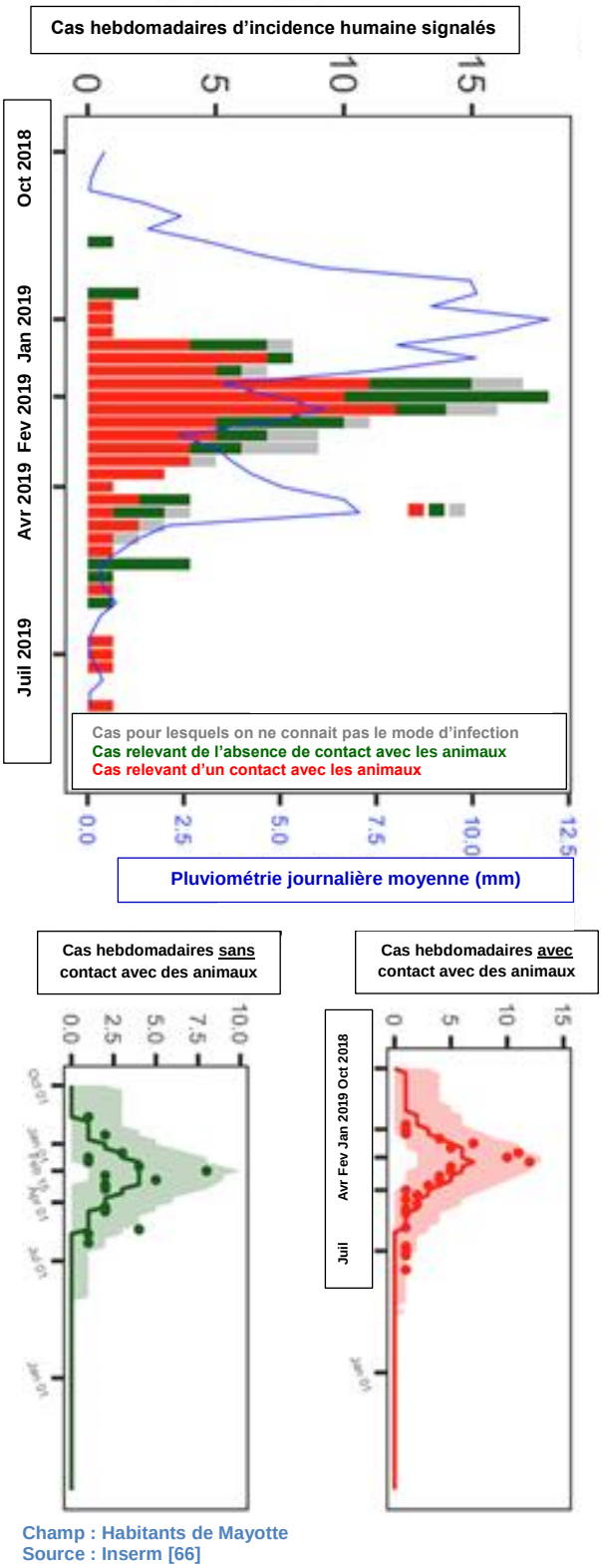
Toutes choses égales par ailleurs, les profils de population qui sont **les plus à risque** de l'infection à la Covid-19 à Mayotte sont **les plus jeunes** et les individus vivant en **grande précarité** [56]. Assez logiquement, les habitants ne **respectant pas « globalement » les mesures préventives** sont les plus vulnérables face à l'infection [56]. La mesure qui ressort avec les meilleurs effets protecteurs est le **port du masque** [56].

La FVR

La FVR est une arbovirose zoonotique (Phlebovirus, Famille Phenuiviridae) **affectant principalement le bétail**, et **transmissible à l'humain par voie vectorielle** (moustiques du genre Aèdes et Culex), et par **contact direct avec le bétail infectieux** (ou ses produits). La maladie[84] est présente en Afrique, dans la Péninsule arabique, Madagascar et dans l'archipel des Comores [65]. La FVR cause chez le bétail des avortements et une surmortalité chez les jeunes animaux [65]. **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 **depuis 2008**, **la maladie est décrite à Mayotte depuis au moins 2004**. Deux épidémies espacées d'une dizaine d'années ont été rapportées en **2007/2008**[85] et **2018/2019**. La mise en place d'une surveillance conjointe santé animale/santé humaine : événementielle chez l'homme et le bétail et prophylaxie[86] annuelle chez le bétail, a permis de mieux comprendre son épidémiologie sur l'île [65]. Tout d'abord, les données génomiques et des **modélisations de la London School of Hygiene and Tropical Medecinie et de l'équipe IPLESP de l'Inserm** ont permis de comprendre que ces deux émergences ont résulté vraisemblablement de **réintroductions du virus sur le territoire par des animaux infectés** [65]. Suite à ces travaux, des recommandations ont pu être mises en avant afin de lutter contre la FVR comme des **dépistages systématiques sur les animaux arrivant sur l'île** [65].
Ces travaux ont également permis de mettre en évidence que les **communes centrales de l'ile 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

Figure 97 : Nombre de cas de FVR de 2018 à 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de Mayotte
Source : Inserm [66]

[84] Décrite pour la première fois en 1930 dans la Corne de l'Afrique [65].
[85] 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 [65].
[86] Ensemble des mesures à prendre pour prévenir des maladies.

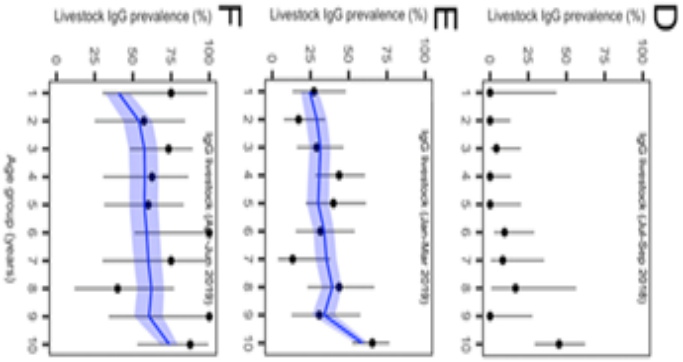
sur certains secteurs de Mayotte [67] (*Figure 98*). Dès lors, la surveillance conjointe mise en place est primordiale pour continuer à réduire le risque d'infection, notamment dans le secteur central de l'île [65].

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** [57].

Les travaux de l'Inserm[87], analysant le nombre de cas, les **précipitations** observées et le **niveau de sérologie chez les animaux d'élevage** [66] (*Figures 97 & 98*), 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) [65]. 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 [65].

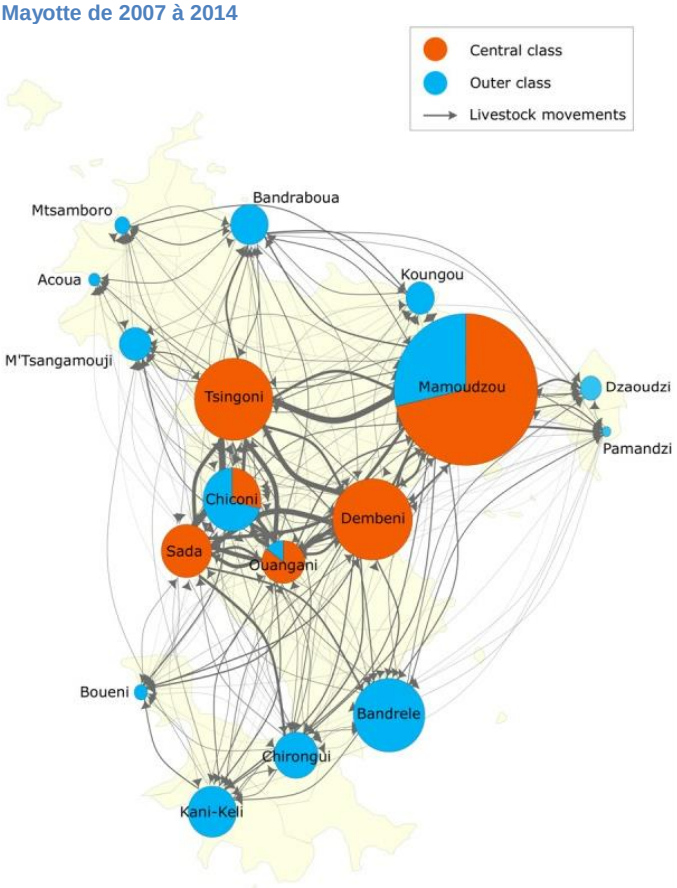
Un autre modèle a été utilisé pour reconstituer la trajectoire de l'épidémie de 2018-2019 au sein de la population [68]. Une **estimation de 10 797 individus de 15 ans ou plus infectés** par le virus de la FVR au cours de l'épidémie a pu être réalisée, parmi lesquels **1,2 % auraient été signalés au système de surveillance** et mettant en évidence un **taux d'asymptomatiques** (ou de personnes n'ayant pas recouru à des soins médicaux) **particulièrement élevé** [68].
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** [68]. 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 [68].

Figure 98 : 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 [66]

Figure 99 : 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 [67]

[87] Approche interdisciplinaire « One Health » visant à analyser de façon conjointe les données animales, humaines et environnementales et étudiant les circonstances au cours desquelles l'humain peut se contaminer [65]. Cette approche a notamment montrer toute son utilité pour le contrôle de la FVR, une infection zoonotique [65].

La Gale

La Gale n'étant pas une maladie à déclaration obligatoire, le nombre de signaux relatifs et portés à la connaissance de l'ARS était historiquement faible jusqu'à 2021.

En novembre 2021, 3 cas index en provenance d'un lieu de vie à Sada ont été portés à la connaissance de l'ARS. Lorsque ce type de maladie touche une collectivité, l'ARS peut intervenir. Des investigations ont été menées autour de ces 3 cas, permettant la **découverte de 82 contacts dont 60 cas symptomatiques**. Ces investigations, ainsi que 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. Les investigations et les traitements ont débuté avec le concours de la Réserve sanitaire afin de faire face à cette épidémie inédite.

Au 7 mars 2023, **1 347 cas** ont été diagnostiqués et documentés, soit un **taux de positivité global de 17 %** sur les 8 065 individus investigués (équivalent à 1 695 ménages investigués).
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 d'une maladie à déclaration obligatoire**, de manière à suivre et investiguer finement les nouveaux cas.

Environ deux investigations sur trois conduit à l'organisation d'un traitement de masse.

La Variole du singe

Le **27 août 2022**, le **premier cas** de Variole du singe a été observé sur le territoire. **A la date du 7 mars 2023**, **seul un second cas supplémentaire a été diagnostiqué**. L'évolution de la situation est sous l'étroite surveillance du DéSUS de l'ARS Mayotte.

La Grippe

L'absence d'épidémie sur la saison 2020-2021 a positionné le territoire dans un contexte particulier et de baisse de l'immunité en population générale, pouvant en expliquer celle observée sur la saison de **2021-2022** [57].
Cette dernière se caractérise par la survenue de **trois épidémies distinctes** à quelques semaines d'intervalle [57].

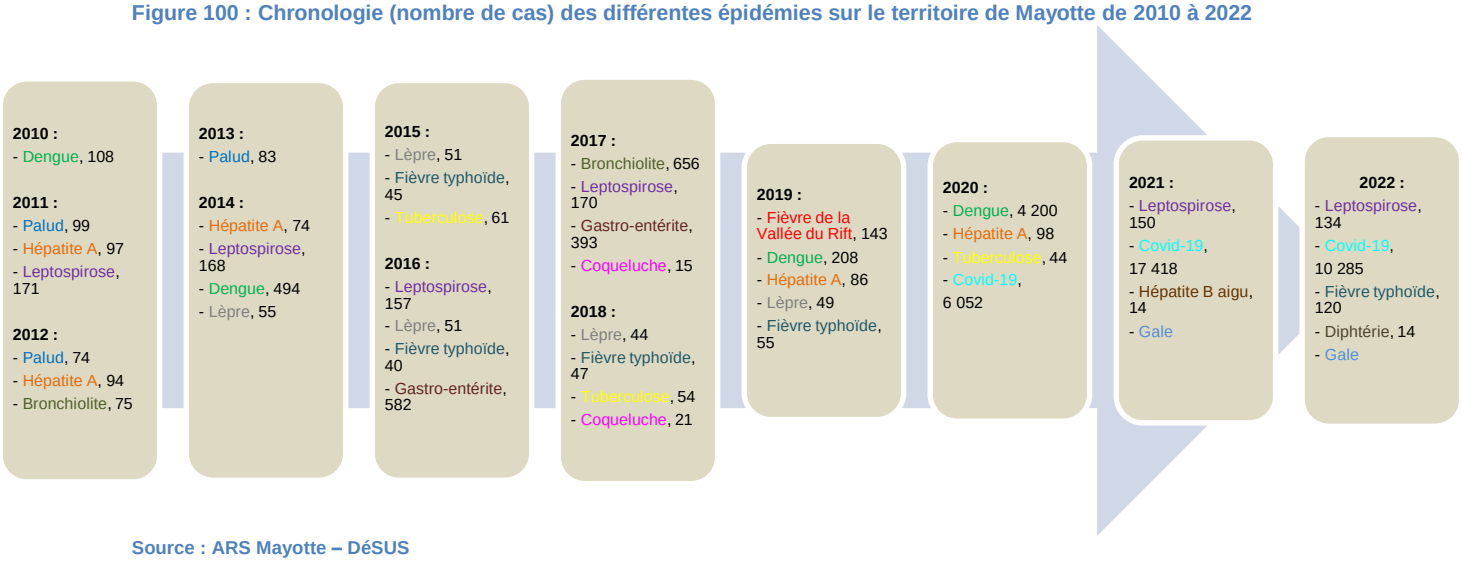
La première sur la période de **mi-octobre à fin 2021** avec une circulation sous-type **A** (**H3N2**) [57]. On constate **235 passages aux urgences** et **49 hospitalisations**, soit un taux d'activité de 4 % et d'hospitalisations de 21 %.
14 cas graves ont été admis **en réanimation** : quatre cas sur cinq étaient des hommes et **un tiers des enfants de moins de 5 ans** [57].

Puis une seconde période épidémique de **mi-mars à mi-mai 2022** avec une circulation sous-type **A** (**H1N1**) et **B**, deux fois **moins importante que la première** avec 124 passages aux urgences, soit un taux de 3 %, et **23 hospitalisations**, soit un taux de 19 % [57].
4 cas graves ont été admis **en réanimation**, principalement des femmes et des enfants de moins de 1 an [57].

Enfin, la troisième période épidémique de **début octobre à avril 2023** avec un nombre de **passages aux urgences** pour infection respiratoire aigüe basse chez les plus de 15 ans en **augmentation d'une semaine à l'autre** : 24 sur celle du 28 novembre au 4 décembre, 35 sur la suivante et 45 sur celle du 12 au 18 décembre [57]. Depuis, la situation s'est améliorée avec près d'une quinzaine de passages aux urgences sur la semaine du 3 au 9 janvier 2022, une dizaine sur celle du 17 au 23 janvier 2023 et moins de 10 sur la période du 30 janvier au 5 février 2023 [57].
Le **nombre d'hospitalisations** à la suite d'un passage aux urgences pour IRA était lui aussi **en nette diminution sur la dernière semaine** (13 sur celle du 5 au 11 décembre, 5 sur la suivante et 2 du 30 janvier au 5 février 2023) [57].
Depuis la première semaine de novembre 2022, **13 cas graves de grippe en réanimation sont comptabilisés**, dont **un décès**. **Aucune nouvelle admission** n'a ensuite été enregistrée sur la semaine du 9 au 15 janvier 2023 [57].

Chronologie

Figure 100 : Chronologie (nombre de cas) des différentes épidémies sur le territoire de Mayotte de 2010 à 2022

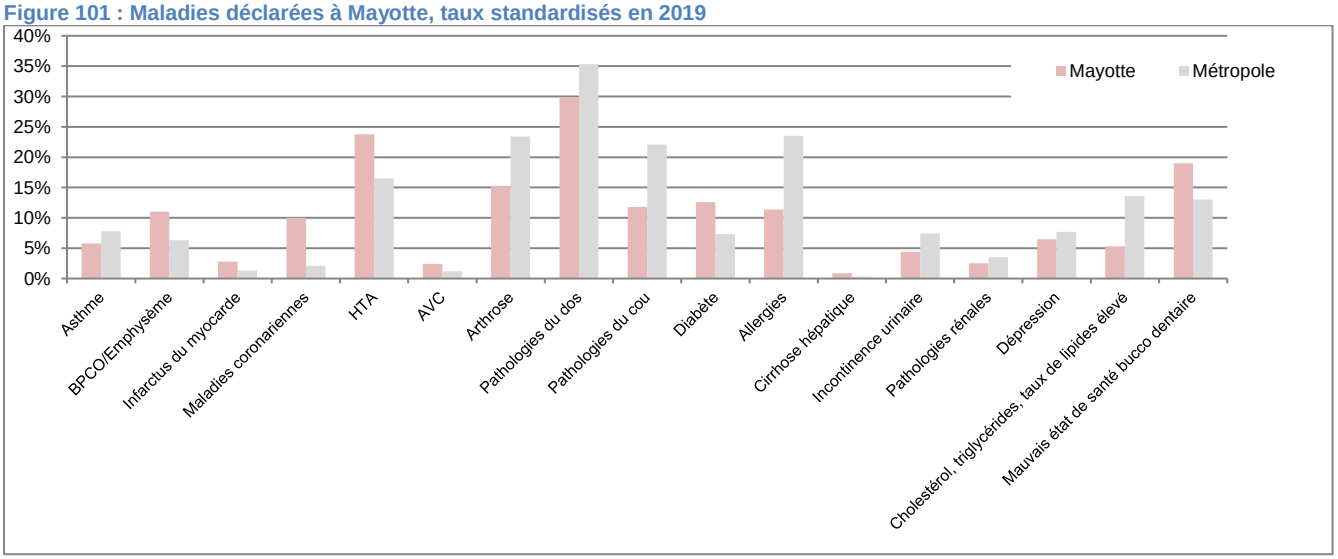


Source : ARS Mayotte – DéSUS
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

e) Prévalences 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 la Métropole sont : les **BPCO/emphysèmes** (11 %, contre 6 % en Métropole), les **infarctus du myocarde** (3 % contre 1,3 %), les **maladies coronariennes** (10 % contre 2 %), l'**HTA**[88] [89] (24 % contre 17 %), les **AVC** (2 % contre 1,2 %), le **diabète**[90] [91] (13 % contre 7 %), la **cirrhose hépatique** (0,9 % contre 0,3 %) et une mauvaise voire très mauvaise **santé bucco-dentaire** (19 % contre 13 %) [44] (*Figure 101*).

Figure 101 : Maladies déclarées à Mayotte, taux standardisés en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction de *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

[88] Après standardisation vis-à-vis de la Métropole, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte, et la Guadeloupe, est le second territoire déclarant le plus souvent un statut d'HTA, derrière la Guyane (26 %), à un niveau proche de la Martinique (23 %) et au-dessus de La Réunion (20 %) et la Métropole [43].
[89] En 2019, la prévalence de l'HTA est de 38 % chez les 18-69 ans (3 % pour celle de grade 3) [69].
[90] Après standardisation vis-à-vis de la Métropole, 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 la Métropole [43].
[91] En 2019, 11 % des personnes âgées de 15 à 69 ans sont prédiabétiques tandis que le diabète connu s'élevait à 7 % et non connu à 4 %, portant la prévalence globale du diabète à Mayotte à 11 % [70].

12 - Causes de mortalité

a) Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance en 2022, indicateur rétrospectif de la mortalité, est en deçà des repères métropolitains puisque **les hommes et les femmes** de Mayotte ont, respectivement, **une espérance de vie de près de 7,1** (79,4 ans en Métropole) **et 10,7 années de moins** (85,3 ans en Métropole) que les métropolitains et métropolitaines [71] (*Tableau 14*).

Tableau 14 : Espérances de vie à Mayotte en 2007 et de 2014 à 2022

	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

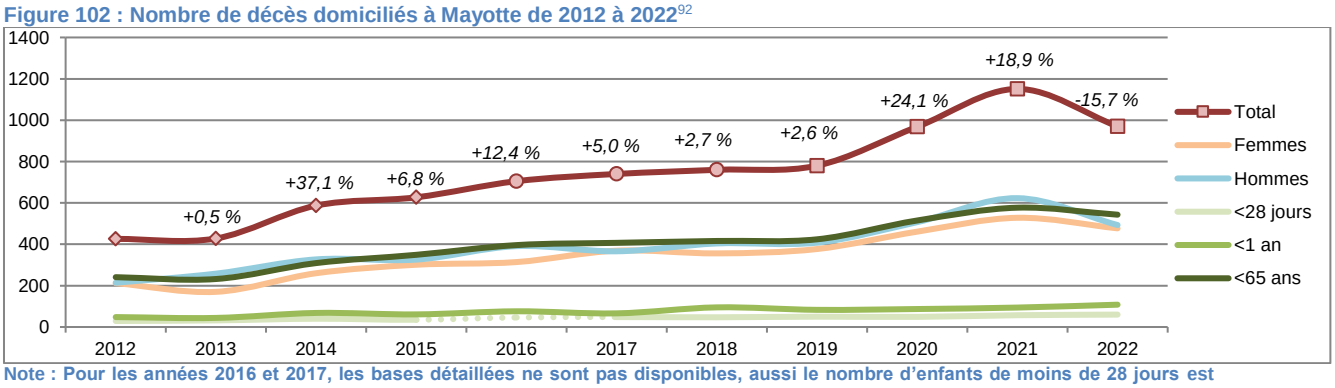
	2018		2019		2020		2021		2022	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
… à la naissance	74,8	76,9	75,0	76,2	72,5	73,9	70,5	72,7	72,3	74,6
… à 60 ans									17,3	18,4

Source : Insee, *fichiers état civil* [71]

b) Nombre de décès

En **2019**, période d'avant crise Covid-19, **780 décès domiciliés** étaient recensés sur le territoire, soit une augmentation de +83 % par rapport à 2012 (426 décès). 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 Dengue**), **1 140 décès** sont observés, soit une hausse de +48 % par rapport à 2019. **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** [28]. En **2022**, on observe 970 décès, soit **une baisse de -16 % vis-à-vis de l'année précédente** (+23 % avec 2019, contre +10 % en Métropole) [126].
Sur la période 2017-2018-2019, **la part d'enfants décédés de moins d'un an est en moyenne de 11 %** (6 % pour les moins de 28 jours). Quant aux 65 ans ou plus, ils représentent 45 % des décès (*Figure 102*).

Figure 102 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte de 2012 à 2022[92]



Note : Pour les années 2016 et 2017, les bases détaillées ne sont pas disponibles, aussi le nombre d'enfants de moins de 28 jours est estimé à partir des données 2012 à 2015 et validé par celles de 2018 à 2021.
Champ : Décès domiciliés
Source : Inserm Cépi-DC – Insee
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate M.A.R.I.J.A.N.

c) Taux de mortalité

En 2019, Mayotte est le département français où le nombre de décès par habitant est le plus faible : **2,9 décès pour 1 000 habitants**, du fait de la jeunesse de sa population. Cependant, **à structure de**

[92] La série de données présentée ici a été construite depuis les informations recueillies par l'Inserm CépiDC jusqu'à 2015 inclus et ensuite depuis les fichiers d'état civil. 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.

population équivalente[93], le taux de mortalité à Mayotte serait **1,5 fois plus élevé qu'en métropole** avec un indice comparatif[94] de mortalité 33 % plus élevé pour les hommes mahorais et 75 % plus élevé pour les femmes mahoraises (*Tableau 15*).
Une surmortalité plus prononcée chez les femmes de 60 ans ou plus peut être observée. En effet, si pour les 20-59 ans le surcroît de mortalité à Mayotte par rapport à la Métropole est plus faible, c'est après 60 ans que de nettes différences sont constatées (*Tableau 15*).

Tableau 15 : Taux de mortalité pour 1 000 habitants par sexe et tranche d'âge en 2016 et 2019 à Mayotte

	Chez les hommes				Chez les femmes				Ensemble			
	Mayotte		Métropole		Mayotte		Métropole		Mayotte		Métropole	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019
De 0 à 4 ans	3,2	3,0	0,8	0,9	2,9	2,0	0,7	0,7	3,1	2,5	0,8	0,8
De 5 à 19 ans	0,5	0,3	0,2	1,5	0,2	0,8	0,1	0,1	0,4	0,3	0,1	0,1
De 20 à 39 ans	1,5	1,4	0,8	0,8	0,5	1,0	0,3	0,3	0,9	1,2	0,5	0,6
De 40 à 59 ans	3,8	4,0	3,9	3,7	3,4	3,6	2	1,9	3,6	3,8	2,9	2,8
De 60 à 74 ans	24,2	19,8	16,1	15,2	21,9	22,2	7,6	7,3	23,1	21,0	11,6	11,0
75 ans ou plus	91,9	88,6	77,4	74,9	79,9	82,5	62,6	63,1	85,5	85,4	68,2	67,6
Ensemble	**3,4**	**3,1**	**9,3**	**9,4**	**2,5**	**2,7**	**8,8**	**9,0**	**2,9**	**2,9**	**9,0**	**9,2**

Source : ARS Mayotte–Insee, *Bilan démographique de 2016* [72], ORS Mayotte, *Fnors outils OR2S*
Exploitation : ORS Mayotte

En 2019, **sur 1 000 enfants nés vivants, 8 n'atteignent pas l'âge d'un an** (10 en 2016 [72]) : 3,4 nourrissons sur 1 000 décèdent avant une semaine et 5,1 entre une semaine et un an (respectivement 2,8 et 7,3 en 2016 [72]), ce qui représente **un taux trois plus élevé qu'en Métropole** [72].
En 2018, **les indicateurs de mortalité périnatale sont deux à trois fois plus important qu'en Métropole** avec un taux de **mortinatalité** de **12,7** pour 1 000 naissances totales (8,4 en Métropole) ; de **mortalité infantile** de **9,8** pour 1 000 naissances vivantes (3,6 en Métropole) ; et de **mortalité néonatale** de **4,8 ‰** (2,4 en Métropole) [73] (*Tableau 15*)**.**

Tableau 16 : Indicateurs de mortalité périnatale à Mayotte de 2016 à 2018

‰		2016	2017	2018
Taux de mortinatalité[95]	**Mayotte**	15,3	13,3	12,7
	Métropole	8,7	8,6	8,4
Taux de mortalité infantile[96]	**Mayotte**	10,1	8,8	9,8
	Métropole	3,5	3,6	3,6
Taux de mortalité néonatale[97]	**Mayotte**	5,1	4,8	4,8
	Métropole	2,6	2,6	2,4
Taux de mortalité néonatale précoce[98]	**Mayotte**	2,8	3,6	2,7
	Métropole[99]	1,4	1,8	1,7
Taux de mortalité néonatale tardive[100]	**Mayotte**	2,2	1,2	2,1
	Métropole	0,8	0,8	0,8

Source : ARS Mayotte-Répéma, *Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2018* [73]

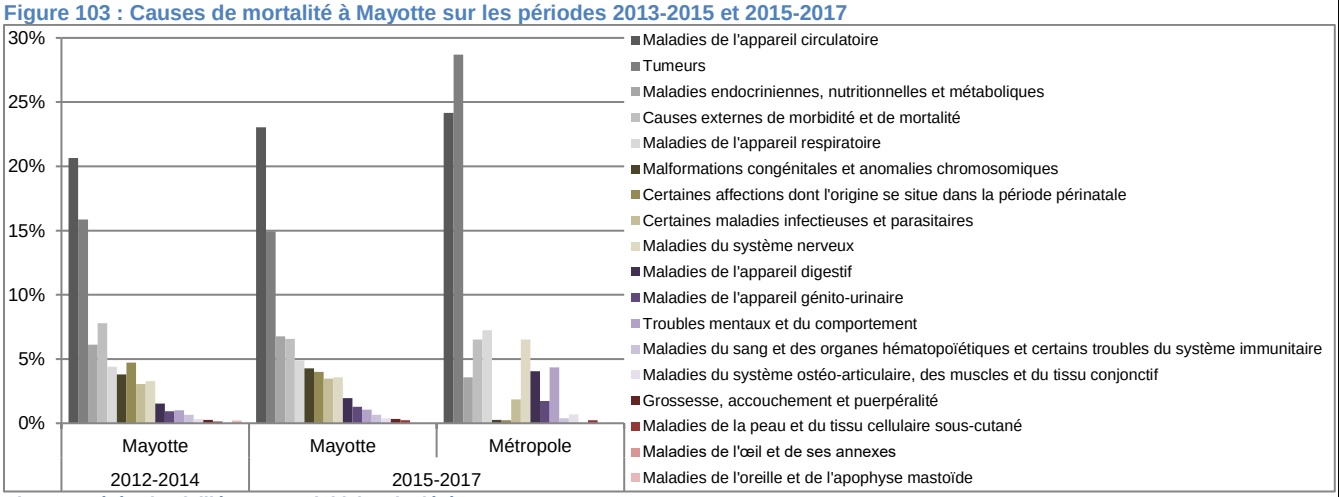
d) Causes de décès, données brutes

En moyenne sur la période 2015 à 2017, 700 décès annuels par an ont été observés.
Les deux premières causes de décès (dont la cause est identifiée) relèvent des « **maladies de l'appareil circulatoire** » (23 %) et des « **cancers** » (15 %), soit **deux décès sur cinq**. Deux causes tiennent le troisième rang : les « **causes externes de blessure et d'empoisonnement** » et les « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** » (7 %) (*Figure 103*).
Pour les hommes et les femmes, les deux premières causes de décès (dont la cause est identifiée) restent les mêmes. Pour le troisième rang se sont les « **causes externes de blessures et**

[93] 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.
[94] 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.
[95] Nombre de fœtus morts expulsés après 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g pour 1 000 naissances totales.
[96] Nombre d'enfants domiciliés à Mayotte décédés dans leur première année de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[97] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28ème jour de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[98] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le la première semaine de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[99] Mortalité hospitalière uniquement.
[100] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la deuxième semaine (incluse) et le premier mois de vie pour 1 000 naissances vivantes.

d'empoisonnements » pour les **hommes** ; et pour **les femmes** il s'agit des « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** » (*Figure 103*).
Un décès sur quatre reste indéfini (9 % en Métropole), demeurant la « première cause de mortalité » à Mayotte (3ème en Métropole) (*Figure 103*).

Figure 103 : Causes de mortalité à Mayotte sur les périodes 2013-2015 et 2015-2017



Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès
Source : ARS Mayotte-Insee, *Bilan démographique de 2016* [72], ORS Mayotte, *Fnors outils OR2S*

e) Causes de décès, données standardisées

A structure de population équivalente, la mortalité est, toutes causes confondues, plus importante à Mayotte qu'en métropole, pour les « **maladies de l'appareil circulatoire** » (près de 2 fois plus), pour les « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** » (près de 3 fois plus), pour le **diabète sucré** (près de 4 fois plus) et pour les **« maladies infectieuses et parasitaires** » (près de 3 fois plus) (*Tableau 17*).
A contrario, une sous-mortalité peut être remarquée pour les « **tumeurs** » (1,4 fois moins), les « **causes externes de blessure et d'empoisonnement** » (1,4 fois moins), les « **maladies de l'appareil digestif** » (1,4 fois moins), du « **système nerveux et des organes des sens** » (près de 2 fois moins) et des « **troubles mentaux et du comportement** » (2 fois moins) (*Tableau 16*).

Tableau 17 : Causes de mortalité à Mayotte de 2015 à 2017 - Données standardisées

Grande cause initiale de décès (libellé CIM10)	Mayotte			Métropole		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	27,0 *	42,8 ***	35,8 ***	21,3	14	16,9
Tumeurs	226,4 ***	154,7	188,6 ***	357,9	194,6	261,5
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	5,0 ***	6,2	5,7 *	4,3	3,2	3,6
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	90,4	110,1	101,3	38,6	28,4	32,7
- Diabète sucré	*76,9*	*82,8*	*78,5*	*23,3*	*14,2*	*17,9*
Troubles mentaux et du comportement	24,7 *	15,3 *	19,6 ***	43,3	36,3	39,8
- Abus d'alcool, y compris psychose alcoolique	*4,8*	*0*	*2,1*	*6,4*	*1,5*	*3,8*
Maladies du système nerveux	39,6 *	27,7 *	33,6 **	62,1	56,6	59,5
Maladies de l'œil et de ses annexes				0,1	0,07	0,08
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde				0,07	0,04	0,06
Maladies de l'appareil circulatoire	420	413,3	416,6 *	277,6	181,9	221
Maladies de l'appareil respiratoire	89,9 ***	72,7 ***	79,8 ***	91,8	50,9	66,1
- Asthme	6,2	13,2	9,5	1,1	1,5	1,4
Maladies de l'appareil digestif	40,9	14,0 *	26,9 *	48,8	27,7	36,9
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	10,3	1,6	5,6	2,3	2,2	2,3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1,8	4,9	3,4	6,8	6	6,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	27,5	22,5	25,1	22,1	12,6	15,9
Grossesse, accouchement et puerpéralité		1,5	0,9		0,1	0,05
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	4	4,3	4,1	2,5	2,0	2,2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	6,6	4,6	5,6	2,7	2,2	2,4
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	329,1	338	332,3	102,9	72,2	86,4
Causes externes de morbidité et de mortalité	47,9	39,1	43,6	84,1	39,9	59,3
- Accident de la circulation	*3,6*	*3,3*	*3,4*	*6,9*	*2,1*	*4,4*
- Suicides	*2,1*	*0,4*	*1,3*	*22,1*	*6*	*13,3*
Toutes causes confondues	**1 390,9**	**1 273,1*** **	**1328,3 *** **	**1169,2**	**730,9 *** **	**913,0**

Note : Significativité de la différence des taux standardisés (Mayotte versus France métropolitaine), *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.
Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès
Source: Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outils OR2S*

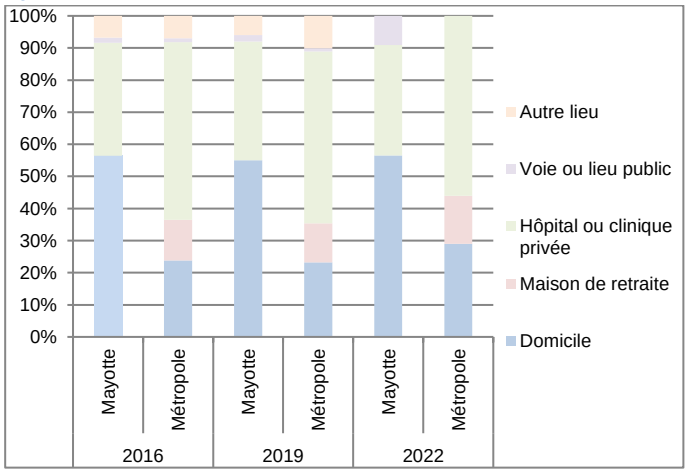
f) Lieux de décès

À Mayotte en 2022, **plus de la moitié des décès ont lieu à domicile** : 56 % contre 29 % en Métropole, stable depuis 2016 (*Figure 104*).

En Métropole, la majorité des décès surviennent à l'hôpital. 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. De plus, il n'y a **pas de maisons de retraite à Mayotte** (15 % des décès en Métropole) (*Figure 104*).

Par ailleurs, 3 % des décès ont eu lieu en milieu hospitalier à La Réunion (*Figure 104*).

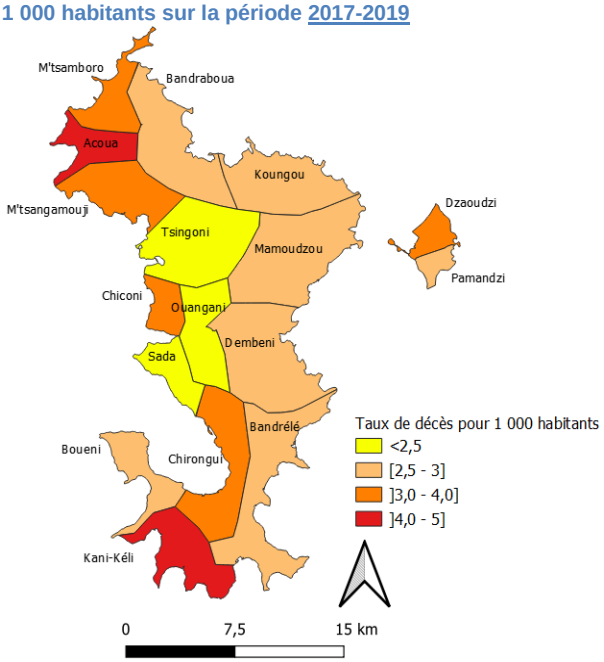
Figure 104 : Lieu du décès à Mayotte en 2016, 2019 et 2022



Source : ARS Mayotte–Insee, *Bilan démographique de 2016* [72], ORS Mayotte, *Fnors outils OR2S*

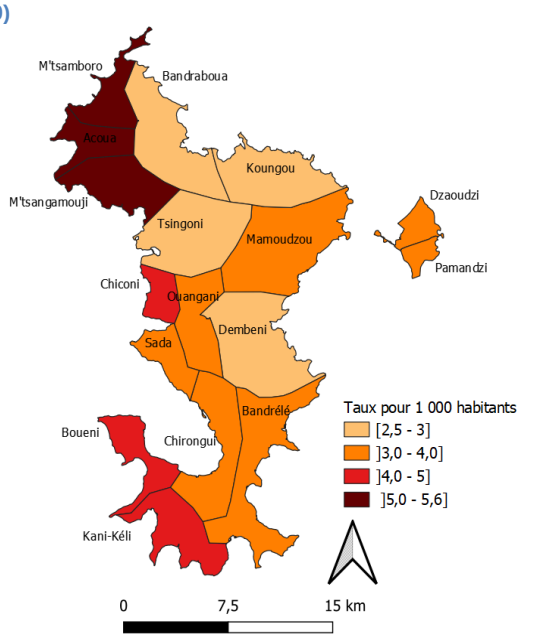
En plaçant le curseur sur le lieu de domicile des personnes décédées sur la période de 2017 à 2019, il ressort que les communes d'**Acoua** et **Kani-Kéli** présentent les plus hauts taux de mortalité avec, respectivement, **4,3 et 4,0 décès pour 1 000 habitants** de la commune (*Figure 105*).
Viennent les communes de **M'tsamboro**, **M'tsangamouji**, **Chiconi**, **Chirongui** et **Dzaoudzi** avec des taux compris entre **3,3 et 3,8 décès pour 1 000 habitants**. Enfin, les communes restantes ont des taux de **2,5 à 2,9 décès pour 1 000 habitants** (*Figure 105*).
Dans 26 % des cas le décès a eu lieu à Mamoudzou, 13 % à Koungou et 8 % à Dzaoudzi. Concernant les autres communes, la répartition est plus ou moins homogène et comprise entre 2 et 6 %.

Figure 105 : Taux de décès[101] par commune et pour 1 000 habitants sur la période 2017-2019



Champ : Décès domiciliés
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate M.A.R.I.J.A.N.

Figure 106 : Taux de décès[102] par commune et pour 1 000 habitants sur la période 2020-2022 (crise covid-19)



Champ : Décès domiciliés
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate M.A.R.I.J.A.N.

[101] Le nombre d'habitants par commune est estimé depuis les taux d'accroissement observés entre 2012 et 2017 [1]. Les populations estimées de 2017, 2018 et 2019 sont moyennées pour donner le dénominateur.

[102] Le nombre d'habitants par commune est estimé depuis les taux d'accroissement observés entre 2012 et 2017 [1]. Les populations estimées de 2020, 2021 et 2022 sont moyennées pour donner le dénominateur.

Chapitre 2. Thématiques

1 – Sante environnementale

a) Avant-propos

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

b) L'habitat

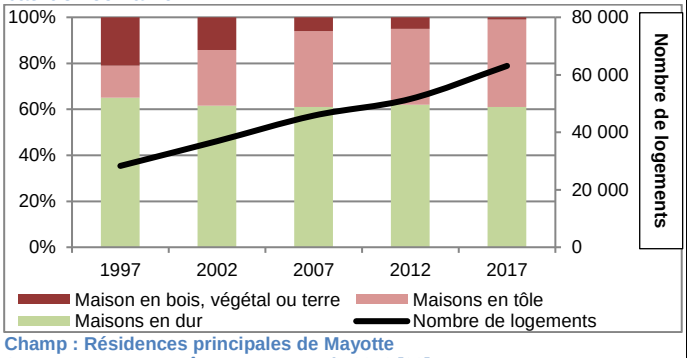
En 2017, **39 %** des 63 100 résidences principales recensées[103] sur le territoire **sont des maisons individuelles en tôle** (+1 point par rapport à 2012), les autres étant construites en dur [5]. La nature du bâti a fortement évolué ces 20 dernières années, 21 % des habitations avaient des murs en torchis, raphia, feuilles de cocotiers, tandis que la tôle ne constituait que 14 % du parc de logement en 1997 [39]. Désormais, **les cases en tôle**[104] **sont quatre fois plus nombreuses**, et celles **en torchis ou raphia** ont **diminué de moitié** (6 %) [39]. **Les maisons en bois, végétal ou terre** n'étant plus que de **1 % en 2017** [39]. Concernant les habitats en **dur**, ils concernent **61 %** du parc immobilier actuel, **65 %** en **1997** (-4 points) [39] (*Figure 107*).

Les **natifs de l'étranger** vivent près de **trois fois plus souvent en habitat précaire** que les natifs de Mayotte [5]. L'**écart**, qui s'est accru depuis 2012, est **plus fort** encore avec les natifs de Métropole ou des autres DOM, qui bénéficient des conditions de logement les plus favorables [5].

Le type de revêtement du sol des logements reflètent également la précarité de l'habitat à Mayotte [38]. Ainsi, en 2013, **le sol était recouvert de carrelage dans seulement 40 % des logements** [38]. Dans les autres, il s'agit de **béton nu** (26 %), de **revêtement plastique** (25 %) ou simplement de **terre battue** (8 %) [38] (*Figure 108*).

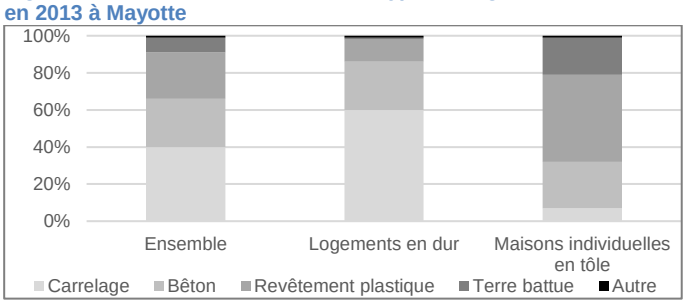
En 2017, **59 %** des résidences principales **ne disposent pas du confort sanitaire de base** (-5 points par rapport à 2012 et -17 points avec 2007) [5] (*Figure 109*).

Figure 107 : Evolution du nombre de résidences principales à Mayotte et répartition selon l'aspect du bâti de 1997 à 2017



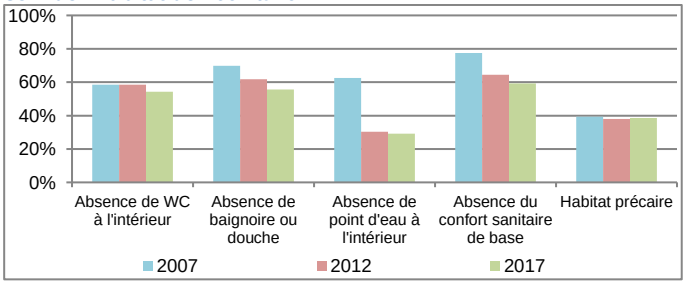
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [39]

Figure 108 : Nature du sol selon le type de logement en 2013 à Mayotte



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

Figure 109 : Evolution à Mayotte du confort de base au sein de l'habitat de 2007 à 2017



Note : Au sens de l'Insee, un habitat précaire désigne une maison faite en tôle, bois ou végétal.
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [5]

[103] En 2017, la taille des ménages est de 4 personnes soit une moyenne de 1,4 personne par pièce (0,6 en Métropole) [5]. Stable avec 2013 (4,1) : 4,6 pour les maisons en tôle et 3,8 pour les logements en durs [5].
[104] Ou habitat précaire.

En 2013, **63 % des ménages sont en situation de surpeuplement**[105], 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) [38]. Les **familles monoparentales** (79 %) et les **couples avec enfants** (75 %) sont les plus concernés (contre 26-27 % pour les personnes seules et les couples sans enfant) [38].

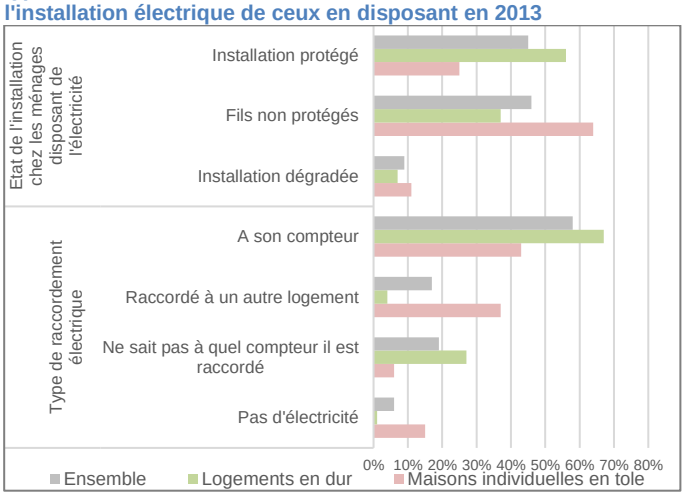
En 2017, **l'électricité reste absente dans 10 % des logements** [5]. En 2013, 6 % des logements n'en disposaient et par rapport à 2002 cette part a été **divisée par quatre** (8 % en 2007, stable depuis) [38]. Les habitants des maisons en tôle sont 15 % à être concernés contre 1 % pour ceux des logements en dur [38]. A Mayotte, **avoir l'électricité dans son logement ne signifie pas pour autant avoir son propre compteur** : 58 % des ménages déclarent en avoir un (43 % au sein des maisons en tôle), tandis que **17 %** déclarent être raccordés au **compteur d'un autre logement** [38]. 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) [38] (*Figures 110 & 111*).

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 ceux en dur) [38]. On observe par ailleurs que les **familles monoparentales** sont les plus défavorisées : 76 %, 64 % pour les personnes seules et 43 à 58 % pour les couples avec/sans enfant(s) [38].

Parmi les autres problèmes signalés **en 2013,** ressortent les logements **trop petits** et **la chaleur** [38]. 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 [38]. **Le bruit reste cité dans des parts similaires** : 11 % à 14 % se plaignent de leur voisinage [38] (*Figure 112*).

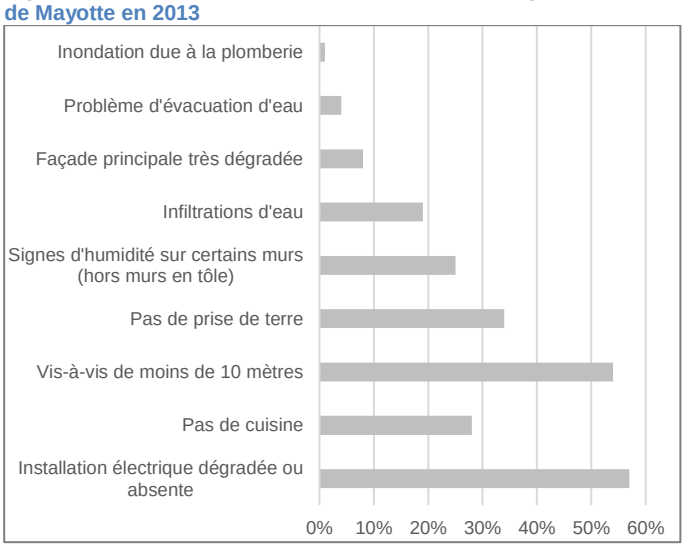
32 % des ménages estimaient leur **conditions** de logement « **insuffisantes** » voire « **très insuffisantes** » (8 %) [38]. Notamment, ceux dépourvus **d'électricité** (61 %), occupants de **maisons en tôle** (52 %) et ne bénéficiant pas du **confort sanitaire de base** (45 %) [38].

Figure 110 : Part des logements de Mayotte selon le type de raccordement à l'électricité, et état de l'installation électrique de ceux en disposant en 2013



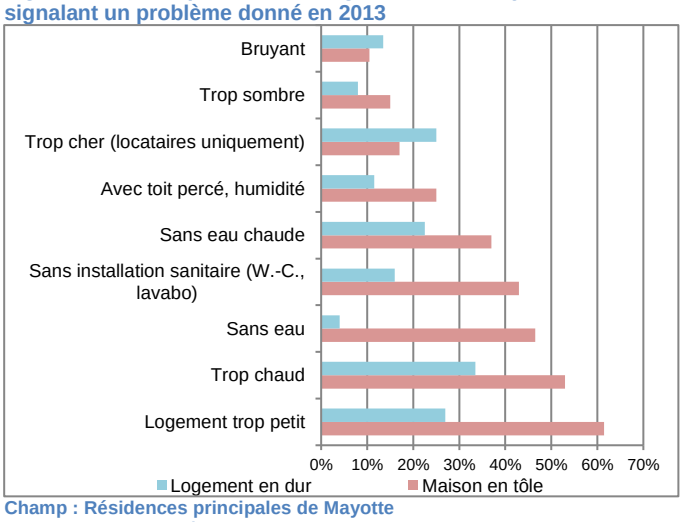
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

Figure 111 : Part des différents défauts des ménages de Mayotte en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

Figure 112 : Proportion des logements de Mayotte signalant un problème donné en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *enquête Logements de 2013* [38]

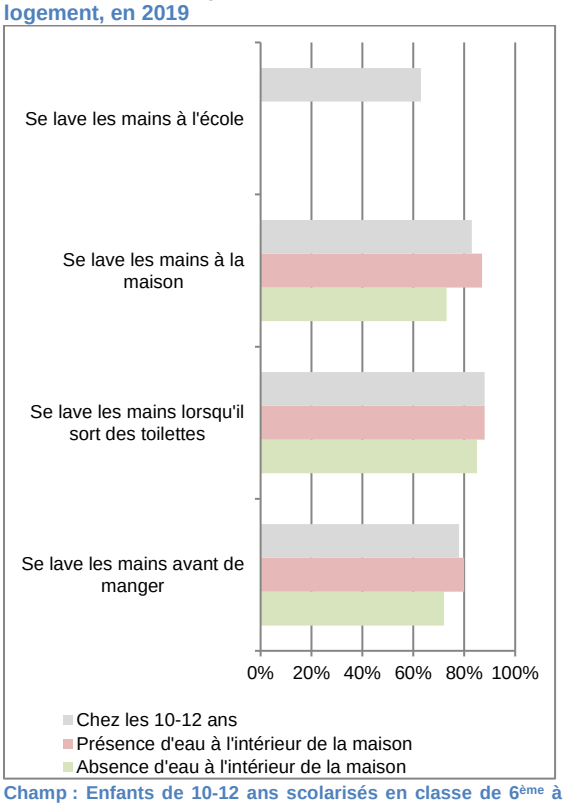
[105] Un logement surpeuplé (sous-peuplé) dispose d'une pièce en moins (en plus) par rapport à une norme définie selon la composition familiale du ménage qui l'occupe. Un logement est en surpeuplement accentué quand il lui manque au moins deux pièces par rapport à la norme d' « occupation normale ».

De nombreux ménages désiraient, en 2013, changer de logement (23 %) ou estiment y être contraints dans les trois ans à venir (19 %) [38]. Ils sont cependant 13 % à juger leur souhait de changement irréalisable [38].

c) Hygiène des mains

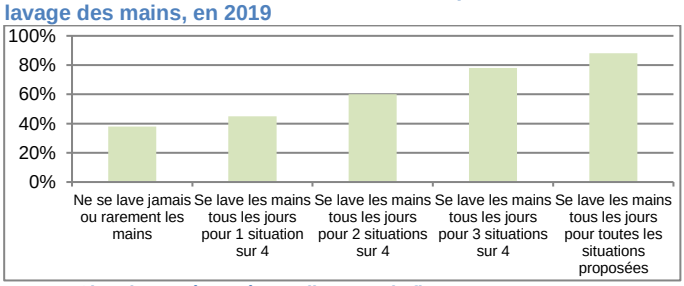
En 2019 et chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème (soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24]), **un enfant sur trois déclare ne pas se laver les mains à l'école**, principalement dû à l'état des toilettes [50]. La **présence d'eau à l'intérieur du logement** a alors un impact : **+8 points pour le lavage des mains avant de manger** et **+14 points pour celui à la maison** [50] (*Figure 113*). Ils sont **trois sur quatre à appliquer** un lavage des mains avec **du savon** et plus l'enfant se lave les mains fréquemment plus il en utilise [50] (*Figure 114*).
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** [50] (*Figure 115*). **82 % déclarent utiliser du savon tandis qu'ils sont 63 %** pour ceux n'ayant pas reçu d'éducation sur le sujet [50].
Concernant l'hygiène corporelle, **85 % des enfants se douchent tous les jours** [50]. 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 [50].

Figure 113 : 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



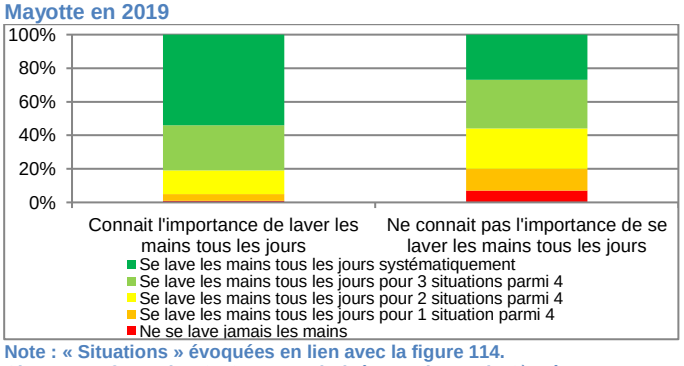
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

Figure 114 : Part d'enfants de 10-12 ans de Mayotte utilisant du savon en fonction de la fréquence de lavage des mains, en 2019



Note : « Situations » évoquées en lien avec la figure 114.
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

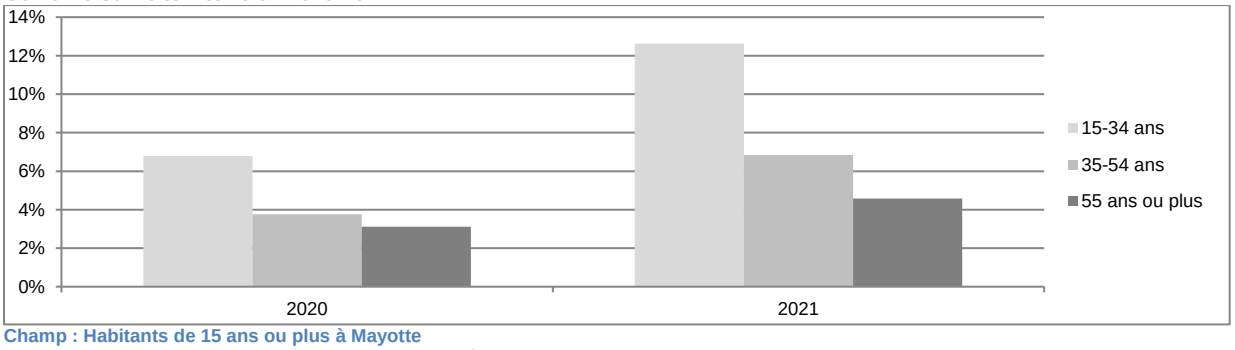
Figure 115 : Croisement entre la connaissance de « l'importance de se laver les mains » et la fréquence de lavage des mains, chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



Note : « Situations » évoquées en lien avec la figure 114.
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

Sur la période 2020-2021, l'épidémie de Covid-19 a fortement circulé sur le territoire. Les pratiques en termes de respect des mesures barrières ont alors été renforcées afin de limiter la propagation de l'épidémie. Sur l'année **2020**, **un individu sur vingt** de 15 ans ou plus déclarait **ne pas avoir respecté le lavage des mains quotidiennement** [63]. Cette part augmente pour la fin de l'année **2021** avec **un individu sur dix concerné**, soit le double [63]. Ce sont **les moins de 55 ans** qui ont le plus négligé le lavage des mains d'une année à l'autre : **deux fois plus** d'individus en déclarent l'absence de pratique, tandis que les **55 ans ou plus sont moitié plus** concernés [63] (*Figure 116*).

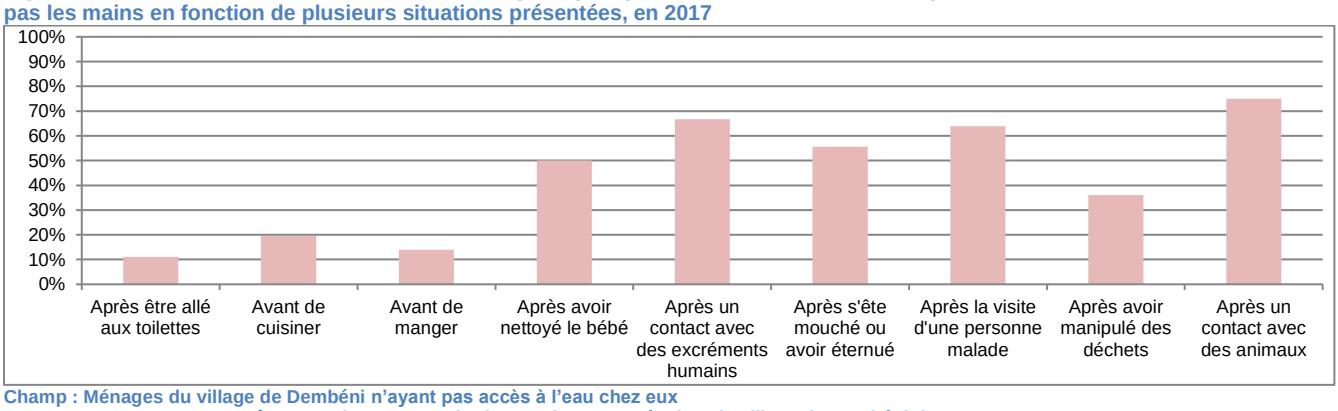
Figure 116 : Part d'individus à Mayotte déclarant se laver les mains « rarement » ou « jamais » lors de l'épidémie de Covid-19 sur le territoire en 2020-2021



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19, *enquête de séroprévalence Covid-19 de 2021* [63]

Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dembéni sur les CAP au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **83 % des individus déclaraient se laver les mains avec du savon** et **14 % avec de l'eau uniquement**[106]. En fonction des situations proposées, c'est pour l'usage des **toilettes** (11 %), la **cuisine** (19 %) et le **repas** (14 %) que l'on constate les **plus faibles taux de non-lavage** des mains. A contrario, **les trois quarts** des personnes enquêtées **ne se lavaient pas les mains après un contact avec un ou plusieurs animaux**, et **deux tiers** avec des **excréments humains** ou **après la visite d'une personne malade** (*Figure 117*).

Figure 117 : Part d'individus, vivant dans un ménage n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dembéni, ne se lavant pas les mains en fonction de plusieurs situations présentées, en 2017



Champ : Ménages du village de Dembéni n'ayant pas accès à l'eau chez eux
Source : ARS Mayotte, *enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dembéni de 2017*

d) L'Eau

La distribution d'eau potable

La production et la distribution de l'eau potable sur l'île de Mayotte sont assurées par un syndicat unique : le SMAE, et par un contrat de délégation de service public. L'eau utilisée pour la production des eaux de consommation humaine provient de ressources profondes exploitées par des forages et des ressources superficielles comme les **rivières**, les **retenues collinaires** et l'**eau de mer**[107]. Les prises d'eau superficielle essentiellement situées dans **la partie nord de l'île représentent 75 % des ressources** destinées à la production d'eau potable et 25 % proviennent des forages (*Tableau 18*).

Tableau 18 : Types de ressource en eau de Mayotte, débits et répartition en 2021

			Répartition	
Type d'eau	**Nature de l'eau**	**Débit prélevé moyen**	**2021**	**2020**
Eau souterraine	Forages	11 521 m3/j	24 %	25 %
Eau de surface	Rivières	22 272 m3/j	47 %	47 %
	Retenues	7 638 m3/j	16 %	15 %
	Eau de mer	5 924 m3/j	13 %	13 %
Débit total (m3/jour)		**47 355**		**44 388**

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

[106] 3 % pour un lavage des mains avec de l'eau et des lingettes.
[107] 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.

Au 31 décembre 2021, **le contrôle sanitaire appliqué à Mayotte concerne 46 captages en exploitation** (ressources) [74] :

- 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 [74]. 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** [74]. Cette action vise à protéger et pérenniser les ressources en eau et les points de production par la maitrise des activités provoquées directement ou indirectement par l'action de l' « homme » plus ou moins proches de celles-ci (urbanisme, agriculture, etc.) [74]. Le SMEAM s'est engagé dans une procédure de mise en place de ces périmètres de protection autour de l'ensemble des captages d'eau potable avec l'avancement suivant au 31 décembre 2021 [74] :

- 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 d'un point de vue des travaux à réaliser pour respecter les préconisations et les prescriptions arrêtées [74]. 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 [74].

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) [74].

La qualité de l'eau potable

Les analyses réalisées en 2021 par l'ARS Mayotte et la SMAE dans le cadre du contrôle sanitaire et de l'auto-surveillance montrent une très **bonne qualité bactériologique et physico-chimique des eaux** destinées à la consommation humaine. Le taux de conformité bactériologique de contrôle sanitaire est **supérieur à 95 %**. Comparé à 2020, on observe alors deux fois plus de communes recensant au moins l'un de ses secteurs avec un taux compris entre 95 et 99,9 % (*Tableau 19*).

Les recherches de micropolluants, de substances radioactives et de pesticides n'ont montré aucun dépassement des normes en vigueur [74]. Les situations de non-conformité restent ponctuelles et la **qualité de l'eau est uniforme sur l'île** [74] (*Figure 118*).

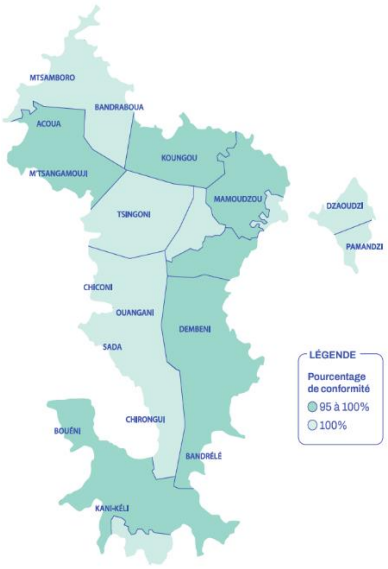
De nombreuses coupures d'eau ont été constatées en 2020 avec l'instauration de tours d'eau de septembre 2020 au premier trimestre 2022 pour éviter une rupture totale de l'alimentation en eau. **Ces coupures peuvent générer une eau trouble au moment de la remise en service et être impropre à la consommation**.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

Tableau 19 : Evolution du nombre de communes incluant au moins un secteur concerné par les différentes catégories de qualité bactériologique au robinet de 2016 à 2021

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

Champ : Eau de robinet
Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

Figure 118 : Qualité bactériologique de l'eau de robinet pour l'année 2021 à Mayotte



Champ : Eau de robinet
Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

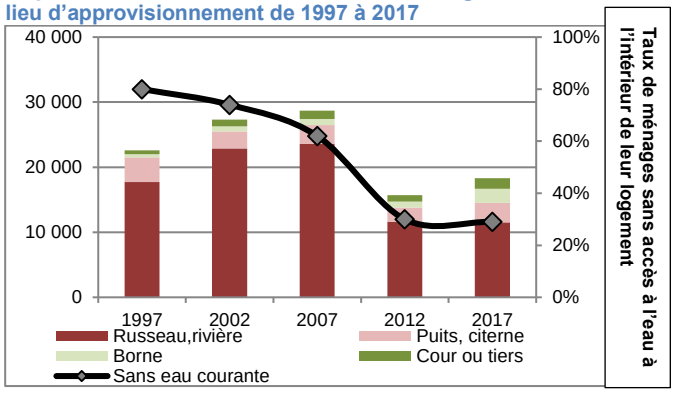
Accès des ménages à l'eau

En 2017, **29 % des ménages n'ont pas accès à un point d'eau à l'intérieur** de leur résidence principale, **soit quasiment autant qu'en 2012** (30 %), malgré une nette amélioration par rapport à 2012 (37 %) [5]. 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) [39] (*Figure 119*).
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) [39].

Dès lors, 6 % de ces ménages s'approvisionnent chez un proche ou une tierce personne [39]. Les autres ont recours à une **BFM** (5 %), un puits ou une citerne (3 %), à un ruisseau ou la rivière (3 %) [39] (*Figure 119*). 15 % déclaraient en 2013 devoir faire un trajet supérieur à 20 mètres pour pouvoir s'approvisionner en eau [38]. L'amélioration de l'accès à l'eau potable constitue un enjeu de santé publique, **se traduisant par l'implantation de BFM** à Mayotte depuis une vingtaine d'années.

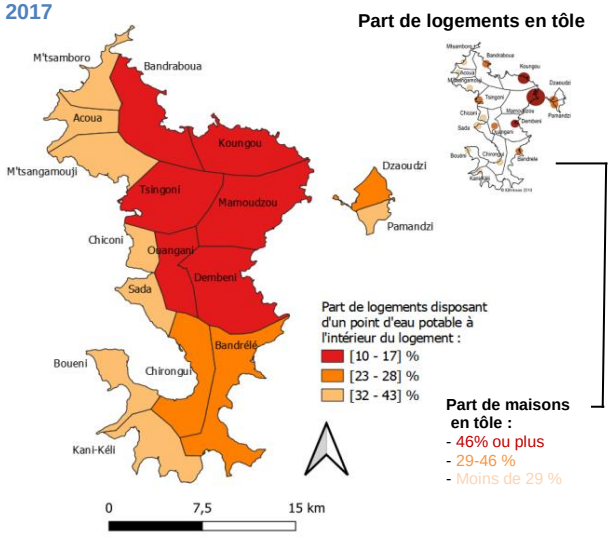
En 2017, c'est tout le secteur gravitant autour de **Mamoudzou** qui est le plus touché : **Bandraboua**, **Koungou**, **Tsingoni**, **Ouangani** et **Dembéni** avec un taux d'absence d'eau à l'intérieur des logements compris entre **32 % et 43 %** [39]. Suivies des communes de **Dzaoudzi**, **Chirongui** et **Bandrélé** (23 % à 28 %) [39]. Les autres communes ont un accès à l'eau bien supérieur et compris entre 83 % et 90 % [39]. Les communes recensant le **moins de logements en tôle** sont également celles où l'accès à **l'eau y est le plus important** [39] (*Figure 120*).

Figure 119 : Evolution du nombre de ménages de Mayotte sans eau courante à l'intérieur du logement et lieu d'approvisionnement de 1997 à 2017



Note de lecture : En 1997, 22 600 ménages n'ont pas de point d'eau à l'intérieur de leur logement (échelle de gauche), soit 80 % de l'ensemble des ménages (échelle de droite). Parmi eux, 17 700 disposent d'un robinet dans leur cour ou font appel à un tiers (famille, ami ou voisin).
Champ : Ménages de Mayotte
Source : Insee, *recensements de la population* [39]

Figure 120 : Part des logements de Mayotte disposant d'un point d'eau potable à l'intérieur de chez eux en 2017



Champ : Ménages de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [39]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistique

Les bornes fontaines monétiques

Suite à l'épidémie de choléra ayant touché l'île en 2000, **80 BFM avaient été installées sur les 17 communes de Mayotte** en collaboration avec les différents partenaires : mairies, DASS, SMAE, SMEAM, pour 1,1 millions d'euros. Les critères d'implantation retenus étaient :
- une BFM **minimum par commune** ;
- une BFM pour **100 foyers** non raccordés (site) ;
- une priorité donnée aux **quartiers les plus défavorisés** et aux emplacements actuels ou historiques de robinet public.

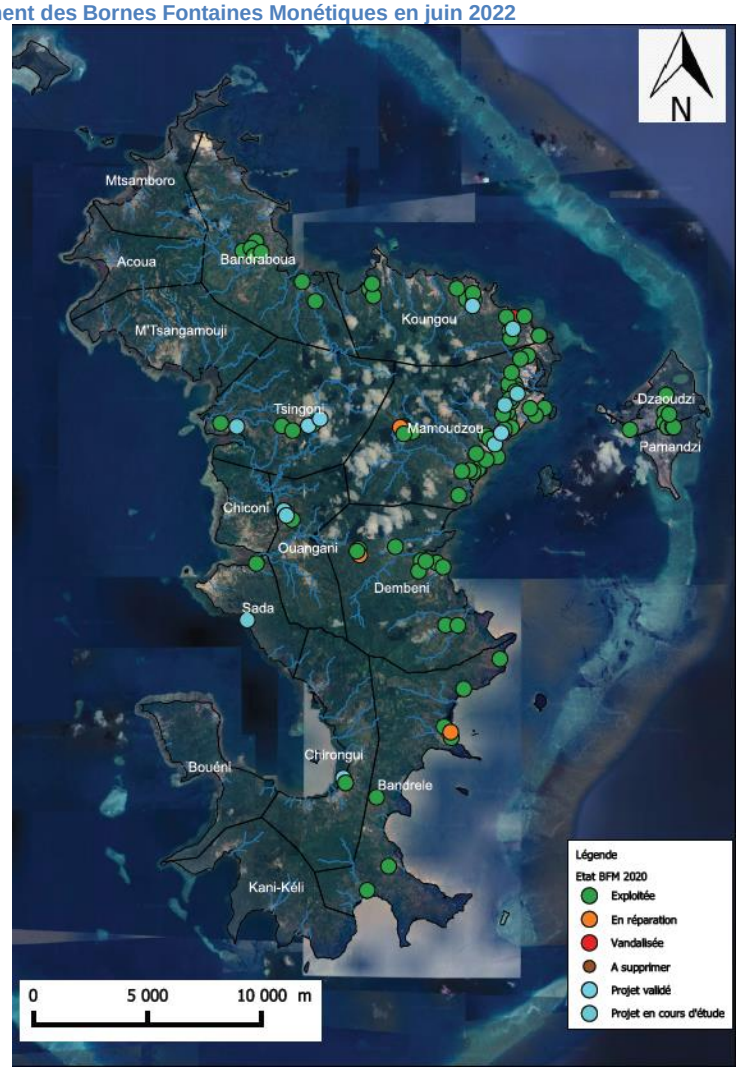
Les BFM permettent, via l'achat d'une carte prépayée nominative rechargeable, de **disposer d'eau potable à un tarif social de 1,512 euros/m3**. L'ARS a été largement associée à l'**élaboration du contrat de progrès 2021-2026** et a inscrit l'amélioration de l'accès à l'eau potable, en passant notamment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

Au **31 décembre 2021**, le territoire de Mayotte est couvert par un total de **103 BFM**. Les sites sont sélectionnés et retenus via une étude conjointe avec les **mairies** de Mayotte, **le SMEAM** et **la SMAE**. En 2022, les BFM sont **principalement implantées dans la commune de Mamoudzou** et ses

alentours (Koungou, Tsingoni, Ouangani et Dembéni), ainsi qu'en Petite-Terre. Les communes de M'tsamboro, Acoua, M'tsangamouji, Chiconi, Bouéni et Kani-Kéli en sont dépourvues (*Figure 121*). La consommation totale en 2013 était de 38 000 m^3, rapportée à la population déclarant s'approvisionner à la BFM [38], cela reviendrait à une consommation moyenne de **14 m^3 par ménage**. Elle augmente ensuite de +63 % jusqu'en 2016 (soit **20 m^3 par ménage**), puis chute de -11 % et se porte à 55 000 m^3 (soit **17 m^3 par ménage**). Elle augmente à nouveau en 2020 de +52 %, pour une consommation annuelle par ménage de **24 m^3** (*Tableau 20*).

La consommation des **BFM** représente **0,7 % de l'eau produite sur le territoire**. Suite à l'épidémie de Covid-19, **55 rampes** ont été remises en service et installées, représentant **0,2 % de l'alimentation en eau potable** de Mayotte.

Figure 121 : Emplacement des Bornes Fontaines Monétiques en juin 2022



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

Tableau 20 : Nombre total de BFM à Mayotte et consommation annuelle de 2013 à 2020

Année	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
BFM Opérationnelles	64	50	49	46	53	54	56	47
Consommation annuelle (m^3)	83 790	65 000	67 000	55 000	62 000	53 000	38 000	38 000
Consommation par ménage[108]	23,8	19,1	20,4	17,3	20,3	18,0	13,3	13,8
Equivalent L/jour/ménage	65,2	52,3	55,8	47,4	55,6	49,2	36,5	37,8

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

[108] 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 [5] [38]. En 2017, il est de 63 100 résidences principales soit un taux de croissance de +3,5 % en moyenne par an [5]. 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 [38].

Usage de l'eau

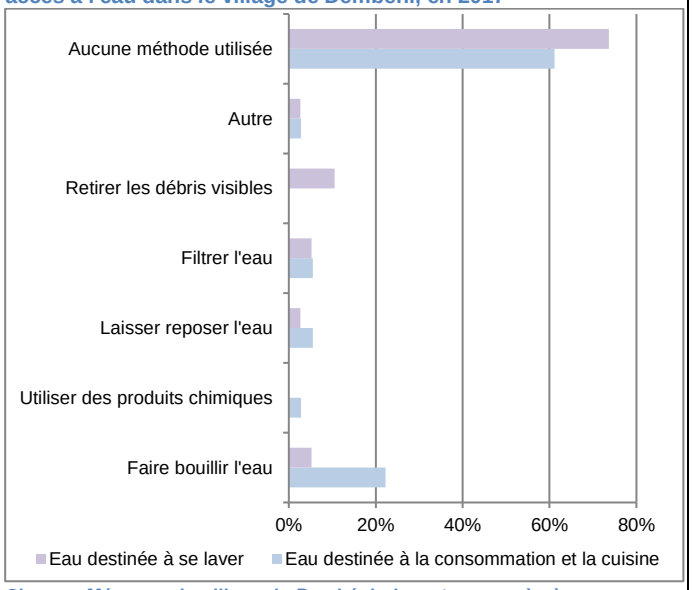
Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dembéni sur les CAP au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **l'absence de compteur** serait, pour la moitié, liée au fait de **ne pas en avoir fait la demande** tandis que **13 %** mettent en cause leur **situation financière**[109]. En terme de coût de l'eau pour ces foyers, **46 % n'en déclarent aucun**, 43 % estiment cette dépense comprise entre 10 et 50 euros par mois, et les autres un coût supérieur à 50e[110].

Ces ménages déclarent alors une fréquence de récupération de l'eau majoritairement **journalière** (32 % une fois) à **deux-trois fois par jour** (61 %)[111]. Ils sont alors **23 % à déclarer que l'eau récupérée et stockée est mauvaise pour leur santé**. Le support utilisé pour transporter l'eau récupérée est dans **83 % des cas « à pieds »**[112] et 17 % une brouette. La grande majorité déclare alors **couvrir l'eau** qu'ils stockent : **seulement 3 % ne le font pas**. En fonction du type d'usage, l'eau prévue pour être consommée directement est stockée par **51 % d'entre eux dans une cuve**[113], 37 % dans une ou plusieurs bouteille(s) et 9 % dans la brouette ayant servi à la transporter. Concernant celle réservée à la préparation des repas, la **cuve** ressort également comme le principal mode de stockage : **77 %**, 9 % dans une marmite et 3 % dans une ou plusieurs bouteilles(s).

La **majorité** de ces ménages disent avoir recours à **aucune méthode pour améliorer la qualité de l'eau qu'ils stockent** : 61 % pour l'eau destinée à la consommation et la cuisine et 74 % pour celle pour se laver. Concernant le premier mode d'usage : **un quart déclare la faire bouillir**. Ils sont 3 % à utiliser des produits chimiques toutefois. Tandis que pour celle destinée à **se laver** : **11 % prennent le temps d'en retirer les débris visibles** (*Figure 122*).

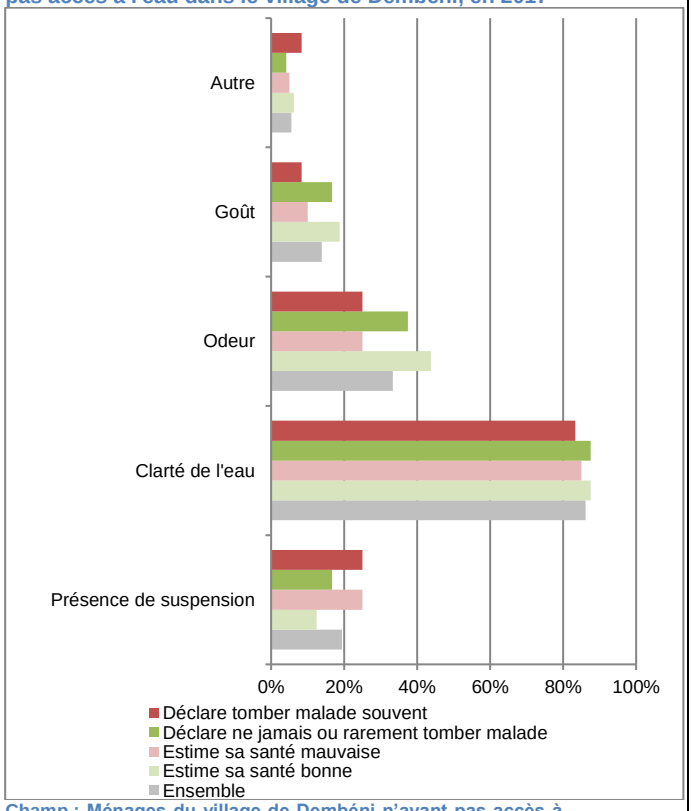
3 % des répondants estiment qu'il n'y a **pas de corrélation entre eau de mauvaise qualité et état de Santé**. Concernant alors l'état des connaissances nécessaires pour distinguer une eau sale d'une eau propre, 89 % déclarent faire le lien avec le **niveau de clarté**, 34 % avec **l'odeur** qui s'en dégage, 20 % avec la présence ou l'absence de **suspension**, et 14 % avec son **goût** (*Figure 123*).

Figure 122 : Méthodes utilisées pour améliorer la qualité de l'eau au sein des ménages n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dembéni, en 2017



Champ : Ménages du village de Dembéni n'ayant pas accès à l'eau chez eux
Source : ARS Mayotte, *enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dembéni de 2017*

Figure 123 : Critères d'évaluation cités pour mesurer la qualité de l'eau stockée au sein des ménages n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dembéni, en 2017



Champ : Ménages du village de Dembéni n'ayant pas accès à l'eau chez eux
Source : ARS Mayotte, *enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dembéni de 2017*

[109] Pour 9 % d'entre eux, le motif justifiant son absence serait lié à un refus de la SMAE.
[110] Dont 3 % à 100 euros par mois.
[111] 6 % se fourniraient en eau une à deux fois par semaine.
[112] En portant directement aux bras le récipient contenant l'eau récupérée.
[113] Seau, jerrican, bidon, poubelle.

Qualité des eaux de baignade

En 2022, sur les **55 plages déclarées par les mairies**, 38 % sont classées « interdite de baignade » pour cause de non conformités récurrentes (-6 points avec 2021). 15 % ont une qualité insuffisante voire suffisante et **45 % portent la mention** « **bonne** » **voire** « **excellente** ».
A noter que 20 plages sont classées à l'Union Européenne[114] (*Tableau 21 & Figure 124*).

Tableau 21 : Evolution de la classification des plages de Mayotte contrôlées de 2013 à 2022

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

Champ : Plages contrôlées et non contrôlées suite à leur classification « interdite de baignade ».
Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement [117]

Figure 124 : Qualité des eaux baignade de Mayotte pour l'année 2022



Champ : Plages contrôlées
Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement [117]

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

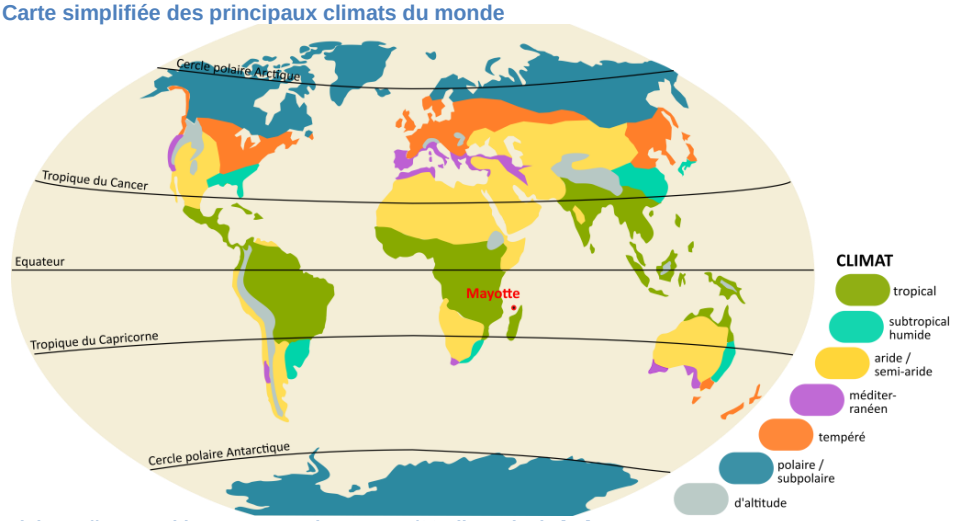
[114] Le classement des sites de baignade en mer est basé sur la directive européenne du 15/02/2006 relative à la gestion de la qualité des eaux de baignade. Cette dernière définit deux paramètres bactériologiques, témoins de contaminations fécales, qui sont utilisés pour ce classement : Escherichia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

e) Les moustiques

Climat et relief propices au développement du moustique

Le climat tropical de l'île de Mayotte est de **type chaud-humide propice au développement du moustique** et des maladies infectieuses [75]. Il se sépare en **deux périodes** : la **saison sèche**[115] (associée à son paysage de savane tropicale) et la **saison des pluies**[116] (associée à son paysage tropical humide et montagnard). **La température moyenne annuelle sur l'île est comprise entre 21°C et 28°C** [75]. 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 alizés[117] [75] (*Figure 125*).

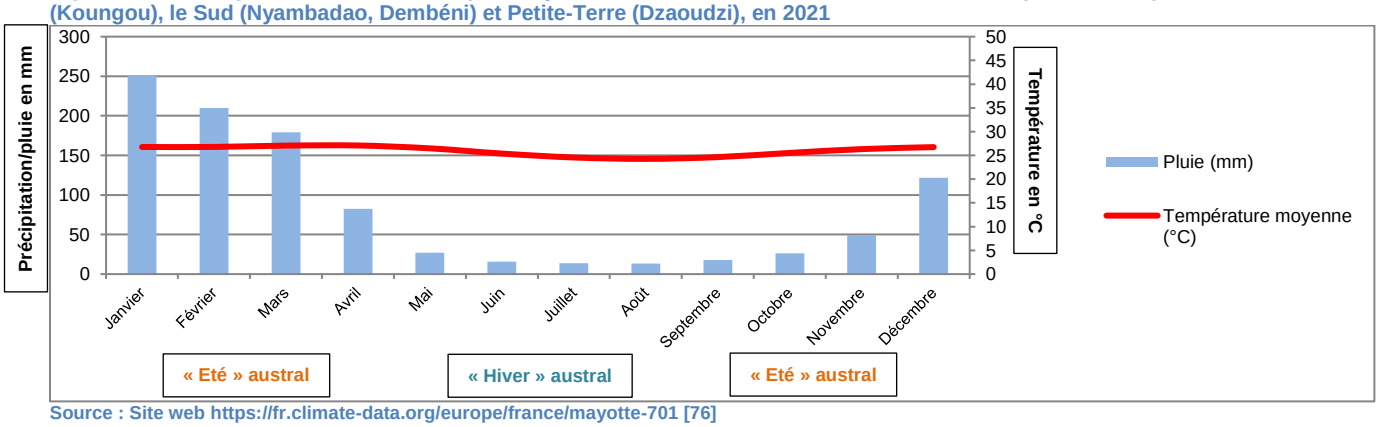
Figure 125 : Carte simplifiée des principaux climats du monde



Source : Site web https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie [75]

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 [75] (*Figure 127*). Le **rapport précipitations/température**[118] 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 [75] (*Figure 126*).

Figure 126 : Diagramme ombrothermique moyenné sur les données du Centre de l'île (Mamoudzou), le Nord (Koungou), le Sud (Nyambadao, Dembéni) et Petite-Terre (Dzaoudzi), en 2021



Source : Site web https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701 [76]

[115] Appelée également « Kussini », de juin à septembre, avec un vent soufflant direction sud/sud-est [75].
[116] Appelée également « Kashkasi », avec un vent soufflant direction nord/nord-ouest, correspondant à un vent de mousson [75].
[117] 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 [75]. 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 [75].
[118] De ce critère dépend de nombreux facteurs tels que l'hydrologie, la végétation, l'agriculture, les paysages, etc… [75].

Figure 127 : Carte du relief de Mayotte

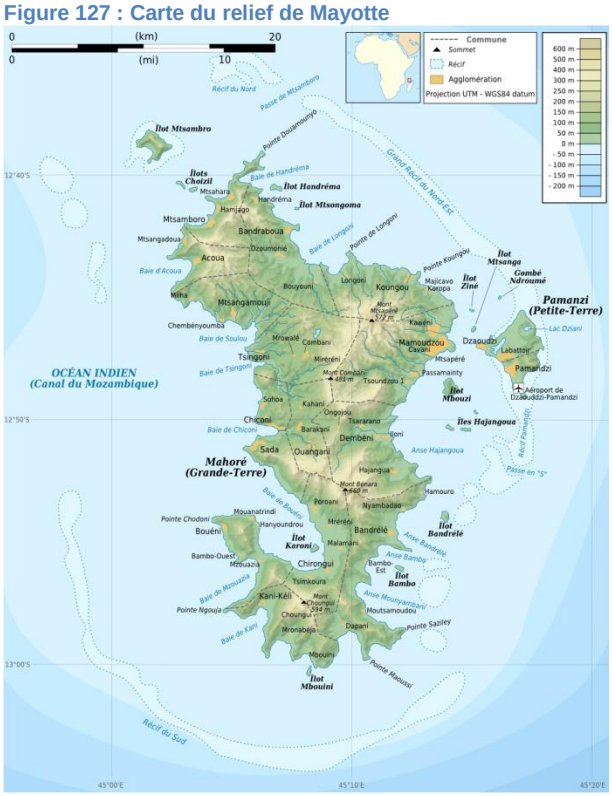
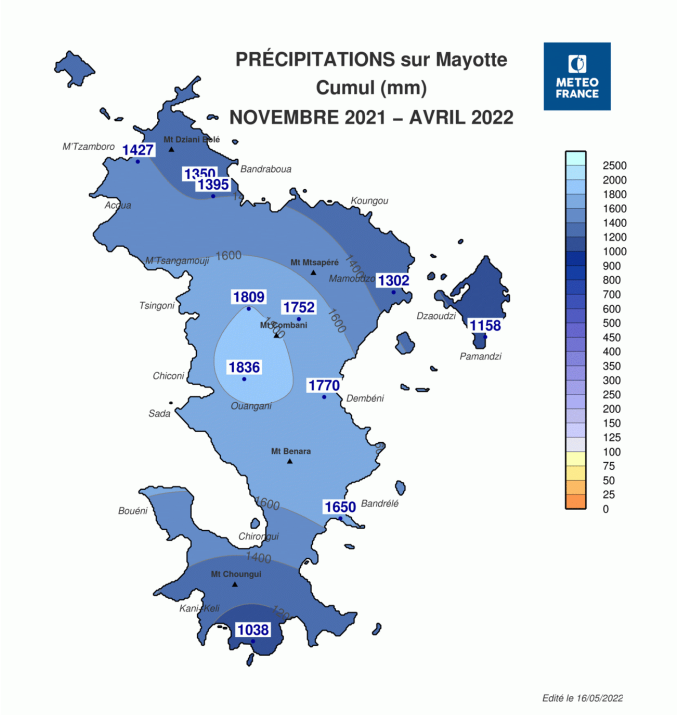


Figure 128 : Cumul de pluie de novembre 2021 à avril 2022 à Mayotte



Source : Météo France [77]

Caractéristiques entomologiques

Le moustique dominant à Mayotte est le **Culex quinquefasciatus**, n'excluant pas la présence d'autres espèces notamment vecteur du palud tels que **l'Aèdes**, **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 [78]. 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 [78]. Par site mesuré, **1 à 3,3 espèces différentes de moustique** ont pu être observées [78].

Selon les habitats ; par exemple, les **aisselles de feuilles de bananier** remplies d'eau, **les trous d'arbre** et des **trous de crabe** présentaient de **faibles richesses spécifiques**, tandis que les **bambous coupés**, les **bassins d'eau**, les **pneus abandonnés** et les **zones de marais** présentaient des richesses spécifiques **élevées** [78]. Une **association multi-espèces a été observée dans 52 %** des habitats en suggérant un lien important entre plusieurs espèces de moustiques pour la biocénose[119] de ces habitats aquatiques[120] [78].

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

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 conséquences une explosion du nombre

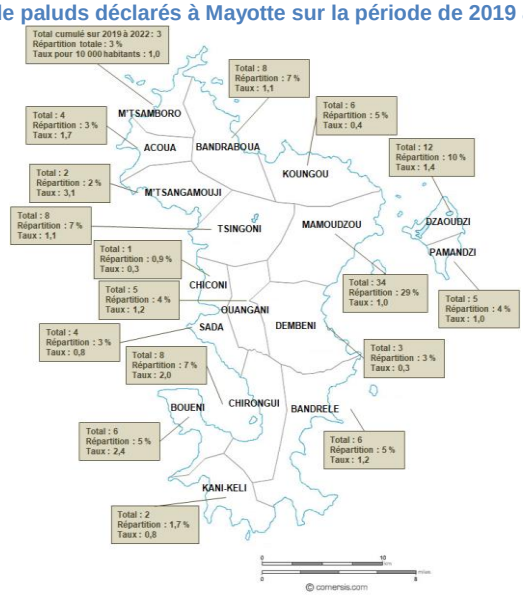
[119] Ensemble des êtres vivants d'un milieu donné.
[120] La cooccurrence maximale de 6 espèces appartenant à 5 genres a été observée dans un même site [78].

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 moustiquaires[121] fournies ou installées dans 47 000 foyers avec une moyenne de trois par foyer. Suite aux épidémies de Dengue (2014, 2019-2020) et de Fièvre de la Vallée du Rift (2019-2020) qui ont suivi, l'ARS de Mayotte recommande aux habitants de dormir sous une moustiquaire imprégnée de deltaméthrine afin de se protéger des piqûres de moustiques et éviter ainsi la transmission de la maladie à leur entourage.
En 2019, **chez les enfants de 10-12 ans**[122], **43 % déclarent dormir régulièrement sous une moustiquaire** [50]. C'est dans le **Nord de l'île** que le taux d'équipement est le plus important : **six enfants sur dix** [50]. Respectivement **deux et trois fois moins pour les communes de Mamoudzou et Petite-Terre** [50]. Concernant le **Sud et le Centre-ouest**, c'est **un enfant sur deux** qui déclare dormir régulièrement avec [50].

Maladies vectorielles

► **Le Palud** :
Avant 2011, **plus de 300 cas** de palud étaient déclarés **annuellement** sur le territoire. Depuis, ce volume diminue fortement : **99 cas** en 2011 et **37 en 2022** (*Figure 81 & Tableau 12*). Le « paludisme **»** reste une maladie pour laquelle les actions de prévention sont nécessaires suite aux épidémies qui ont frappé le territoire en 2006 : 560 cas et 2010 : 433 cas. Depuis 2014, **l'OMS a fait entrer officiellement Mayotte dans une phase d'élimination du paludisme**.
Sur les années 2009 à 2012, les hommes (53 à 57 %) étaient un peu plus touchés que les femmes, tandis que sur la période 2016 à 2019, il s'agissait majoritairement d'hommes (trois quarts des cas). **Sur la période 2021-2022**, on observe **autant d'hommes que de femmes**. Les classes d'âge **les plus concernées sont les moins de 30 ans**.
Pour les deux dernières années, il s'agit **exclusivement de cas importés** (85 à 94 % de 2018 à 2020) alors qu'en 2006-2007 il s'agissait pour moitié de cas acquis localement (puis environ deux tiers sur la période de 2009 à 2012). Depuis 2017, la **moitié a été hospitalisé** (57 % sur 2021-2022, parmi eux : **10 %** ont été en service de **Réanimation**).

Figure 129 : Répartition des cas de paluds déclarés à Mayotte sur la période de 2019 à 2022



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

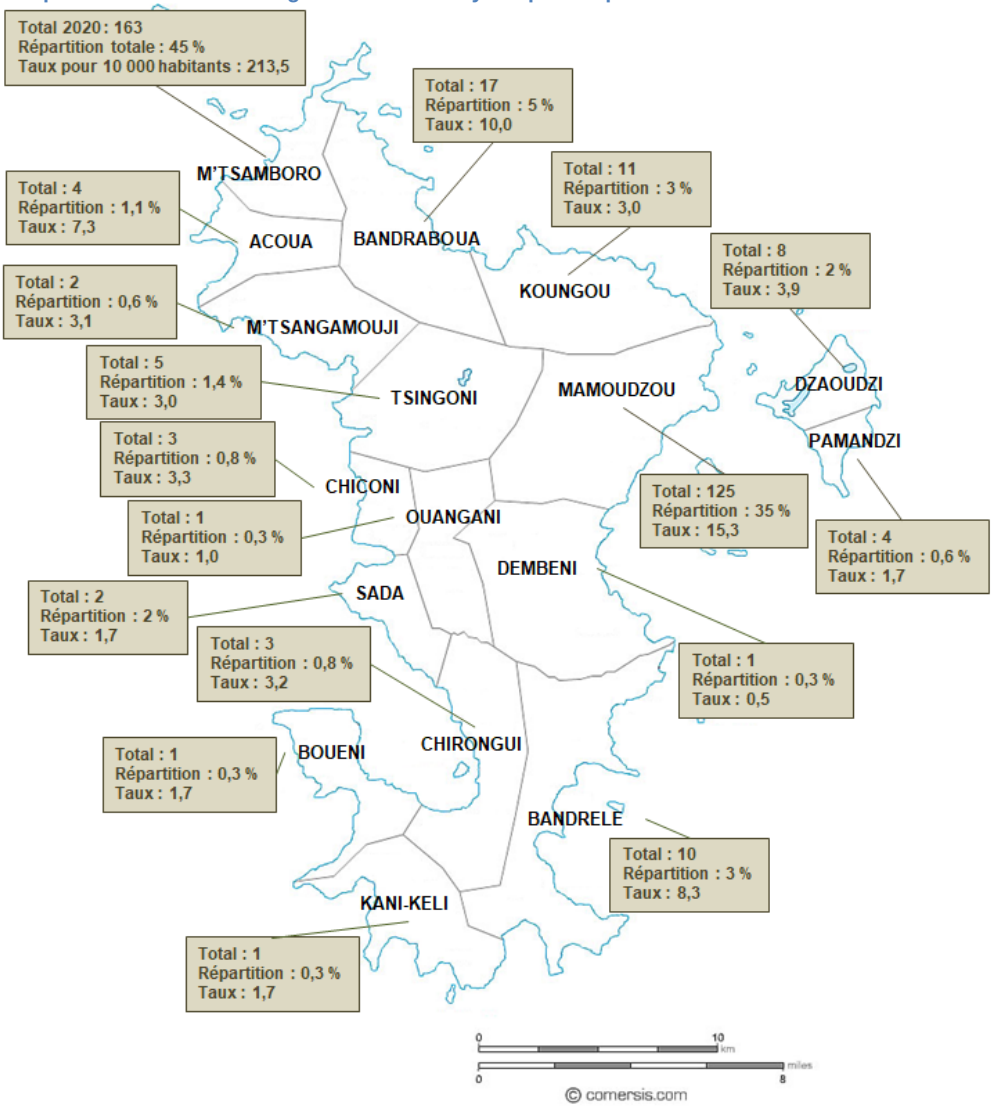
[121] Soit un taux de couverture de 91 %.
[122] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].

► **La Dengue** :
Trois épidémies de dengue ont pu être observées sur le territoire : en **2010** avec 108 cas, en **2014** avec 494 cas et en **2019-2020** avec près de 4 600 cas, soit **la plus importante** sur Mayotte.
Lors de l'épidémie de **2014**, le **sérotype 2** était le plus observé. Tandis que lors de celle de **2019-2020**, **le sérotype 1** ressortait le plus[123].

La séroprévalence globale de la dengue en 2018–2019 était estimée à 36 % [62]. 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 %) [62].
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** [62]. Environ 36 % présentaient une **réactivité pour plusieurs sérotypes** [62].

Le niveau de séroprévalence en 2018 était indicatif d'un potentiel épidémique pour la Dengue, du fait de la part importante de la population immunologiquement naïve, constituant un réservoir de susceptibles pour la diffusion du virus [62]. La période 2019-2020 qui suivie est venue confirmer l'épidémie de Dengue sérotype 1 avec plus de 4 000 cas confirmés [62]. En 2021, **deux tiers de la population des 6 ans ou plus relevaient d'une infection ancienne ou récente à la Dengue** [63].

Figure 130 : Répartition des cas de dengue déclarés à Mayotte pour l'épidémie de fin-2019 à début-2020



Note : Les taux pour 10 000 habitants sont déterminés depuis le nombre de cas déclarés de Dengue sur la période de fin-2019 à début-2020 sur la population estimée par l'Insee au 1er janvier 2020, partant du principe qu'un individu n'a été contaminé qu'une seule fois.
Source : ARS Mayotte – DéSUS
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

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

► **Le West Nile**[124] **et Usutu**[125] :
Les analyses de séroneutralisation réalisées sur un sous-échantillon de 271 sérums en 2019 ont mis en évidence que **5 % présentaient des anticorps neutralisant spécifiquement le virus West Nile** [62]. **Aucun sérum ne neutralisait le virus Usutu** [62]. 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) [62].

► **La Chikungunya** :
La séroprévalence « Chik » était estimée à **35 % dans la population âgée de 15 ans et plus** de Mayotte en 2019, sans différence significative selon l'âge et le sexe [62]. Une analyse multivariée a mis en évidence comme **facteurs de risque d'infection** passée à virus « Chik » le fait d'être d'origine **comorienne**, d'être « **inactif** » au sens de l'Insee, de vivre dans un **habitat précaire** et **sans accès direct à l'eau courante** [62].
Les niveaux de séroprévalence étaient significativement plus élevés chez les **résidents de Mamoudzou** et du **secteur Nord** de l'archipel, respectivement 42 % et 41 % [62].

Cette séroprévalence, observée chez les adultes en 2019, reflète essentiellement les infections acquises lors de l'**épidémie de 2005-2006** à l'issue de laquelle **37 % de la population avait été infectée** [79]. Compte tenu de l'absence de circulation notable du virus depuis 2006, les moins de 15 ans, qui représentent 46 % de la population mahoraise, sont vraisemblablement largement immunologiquement naïves pour ce virus. La part de la population sans protection vis-à-vis du virus « Chik » pourrait donc nettement excéder le seuil théorique de 64 % [80], propice à une résurgence épidémique. Une nouvelle épidémie pourrait donc survenir et affecter de façon disproportionnée les populations les plus précaires, car les facteurs de vulnérabilité liés à l'habitat perdurent.

f) Pollution

Qualité de l'air

En 2017, **12 %** des ménages sont équipés d'**au moins un** « **deux roues** » et **27 %** d'**au moins une voiture** (stable par rapport à 2012, respectivement 7 % et 23 % en 2007, contre 81 % en Métropole) [24]. La moitié[126] des personnes en emploi, soit **19 500 personnes**, habitent dans une commune et **travaillent dans une autre** [81].
En particulier, **les déplacements domicile-travail vers Mamoudzou s'intensifient** et 11 100 personnes y travaillent sans y vivre, la commune attirant notamment des habitants des communes plus aisées de l'Ouest [81].
En 2012, Mamoudzou était alors la capitale économique de l'île[127] et, en 2017, si **la majorité des trajets continue d'affluer vers cette commune**, de nouveaux flux apparaissent : **Chirongui**, **Dembéni**, **Koungou** et **Ouangani**[128] [81].

Cette intensification des déplacements domicile-travail s'accompagne logiquement d'un **recours accru à l'automobile**, et ce quelle que soit la catégorie sociale [81]. À Mayotte, en 2017, **18 900 personnes utilisent leur voiture pour aller au travail** (46 %, contre 70 % en Métropole), soit 5 100 de plus qu'en 2012[129] (+5 points par rapport à 2012) [81].
En revanche, ceux qui **habitent Mamoudzou recourent aussi à d'autres moyens de transport**, les personnes en emploi restent alors nombreuses à se rendre à leur **travail à pied** : c'est le cas de 18 % d'entre elles (17 % en 2012), soit trois fois plus qu'en Métropole ; et un quart de ces individus utilisent principalement les **transports en commun** (taxi collectif, barge) [81].

---

[124] 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.
[125] 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 Usutu est véhiculé par des arthropodes et sans doute principalement par des moustiques Culex (Culex pipiens). Il peut être rarement et sporadiquement pathogène pour l'espèce humaine et constitue alors une impasse épidémiologique. L'infection est plus grave chez les personnes immunodéprimées, causant alors des troubles neurologiques.
[126] Deux sur cinq en 2012.
[127] La moitié des emplois étaient occupés par des résidents d'autres communes [81].
[128] À Ouangani, les deux tiers des emplois sont occupés par des habitants d'autres communes. Dans la majorité des cas, ces « navetteurs » vivent dans les communes périphériques [81].
[129] L'augmentation du nombre de personnes en emploi explique les deux tiers de la hausse [81].

L'association Hawa mène chaque année depuis 2015 des **mesures des PM2.5**[130] dans l'air ambiant sur la zone Nord de Kawéni. En 2021, la moyenne annuelle était de 15,3 µg/m^3 et **était en hausse par rapport à 2020** : +19 % (12,9 µg/m^3)[131] [82]. Ce taux classe ce secteur de Mayotte entre le seuil d'évaluation inférieur et supérieur [82]. En comparaison avec les mesures des niveaux respirés à proximité du trafic routier en Ile-de-France, il en est plus proche de la borne haute : 14 à 16 µg/m^3 [83].
Sur l'année 2021, on constate que l'évolution de la **mesure du PM2.5 est régulièrement au-dessus du seuil de vigilance fixé par l'OMS** de 15 µg/m^3 (2021) [82].

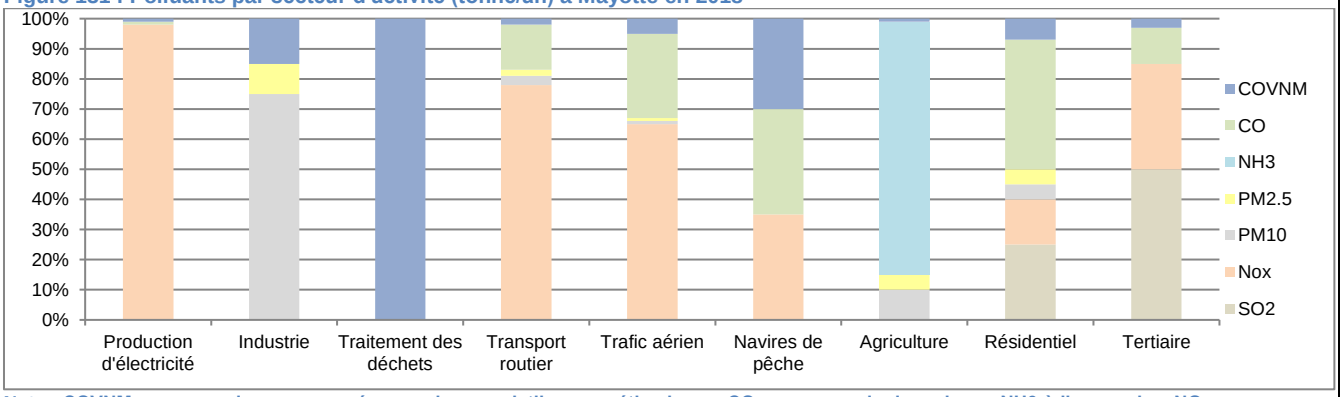
En 2020 et sur ce même secteur, les mesures sur les polluants tels que le dioxyde d'azote, les oxydes d'azote, les PM2.5 (partiellement), le dioxyde de souffre, l'ozone et le monoxyde de carbone respectaient les normes en lien avec la Santé humaine et végétale, **contrairement aux PM10**[132] [84].

En 2018, d'autres mesures ont été réalisées en fonction des différents secteurs d'activité de l'île. Concernant les émissions (*Figure 131*) :

- Dans les **carrières** de Mtsamoudou, Koungou (ETPC) et Miangani (IBS), pour 76 % il s'agit de **particules totales en suspension**[133] et 31 % pour les PM10 [85] ;
- Des **centrales d'enrobage au bitume de matériaux routiers**, pour 73 % il s'agit de **particules totales en suspension** et 20 % des PM10 [85] ;
- Liées à la production des **centrales thermiques** des Badamiers et de Longoni, pour 97 % il s'agit d'**oxydes d'azote** [85] ;
- Des **stations-services** de l'île, pour 57 % il s'agit de **gazole** et 39 % pour le sans plomb [85] ;
- Liées au **traitement des ordures ménagères et résiduelles**, pour 73 % il s'agit du **dioxyde de carbone** et 27 % pour le méthane [85] ;
- Liées au **traitement et le rejet des eaux usées**, pour 98 % il s'agit du **méthane** [85] ;
- Du **trafic routier**, pour 75 % il s'agit des **oxydes d'azote** soit un volume de 14 001 tonnes/an et 15 % du monoxyde de carbone, soit un volume de 2 760 tonnes/n [85] ;
- Du **trafic aérien**, pour 58 % il s'agit des **oxydes d'azote** et 26 % du monoxyde de carbone [85] ;
- Du **trafic maritime** (navires de pêche), pour 34 % il s'agit de **composés organiques volatils non méthaniques**[134], 36 % des oxydes d'azote et 32 % le dioxyde de carbone [85] ;
- Liées à la **gestion des déjections animales**, pour 77 % il s'agit d'**ammoniac** et 14 % des particules totales en suspension [85] ;
- De l'**agriculture**, pour 75 % il s'agit d'**ammoniac** et 18 % des particules totales en suspension [85] ;
- Du **secteur tertiaire**, pour 48 % il s'agit du **dioxyde de souffre** et 33 % des oxydes d'azote [85] ;
- Du **secteur résidentiel**, pour 40 % il s'agit du **dioxyde de carbone**, 22 % pour le dioxyde de souffre, et 16 % pour les oxydes d'azote [85].

[130] Les particules appelées PM2.5 sont des particules dont le diamètre est de 2,5 micron (µm) dîtes « 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.
[131] Le taux de couverture des données pour 2021 était de 92 %, 98 % en 2020. En 2019, la moyenne annuelle était de 13,2 µg/m^3 pour un taux de couverture de 68 %.
[132] 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.
[133] Regroupement des particules tout diamètre confondu.
[134] Les composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) proviennent des transports (pots d'échappement, évaporation de réservoirs), ainsi que des activités industrielles telles que les activités minières, le raffinage de pétrole, l'industrie chimique, l'application de peintures et de vernis, l'imprimerie. Ils contiennent notamment plusieurs polluants tels que le benzène, le toluène, le xylène, etc. Les COVNM sont émis en relativement faible quantité lors de la combustion d'énergies fossiles, à l'exception des moteurs des véhicules routiers. L'émission spécifique est plus grande avec l'utilisation de la biomasse. Une part importante des COVNM provient du phénomène d'évaporation au cours de la fabrication et de la mise en œuvre de produits contenant des solvants. Outre leur impact direct sur la santé, ils interviennent dans le processus de production d'ozone dans la basse atmosphère.

Figure 131 : 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 souffre.
Source : Association Hawa Mayotte, *rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre* [85]

En termes de volume d'émission, **le transport routier demeure le principal émetteur de polluants atmosphériques et de gaz à effet de serre sur le territoire** du fait de la combustion des moteurs [85]. Suivi du secteur de production et de distribution d'énergie qui contribuent fortement dans l'émission du dioxyde de carbone et des oxydes d'azote à travers son sous-secteur de production d'électricité par les centrales thermiques [85]. A ce niveau d'étude et en fonction des données disponibles, les principaux polluants émis (tonne/an) sur le territoire de Mayotte sont les oxydes d'azote [85]. De la même façon, **le principal gaz à effet de serre émis à Mayotte est le dioxyde de carbone** [85].

Les secteurs résidentiel, tertiaire et les navires de pêche se partagent le reste des émissions de dioxyde de carbone [85]. **L'agriculture** quant à elle, prend la tête des **émissions de protoxyde d'azote** et du **méthane**, respectivement 71 % et 59 % [85]. Ces deux gaz à effet de serre proviennent essentiellement de la fermentation entérique[135] et la gestion des déjections animales dans ce secteur [85]. Le traitement et l'élimination des déchets contribuent aussi pour 41 % des émissions du méthane qui sont **favorisées par des climats chauds** [85]. **Les autres secteurs d'activité ont des faibles contributions dans le bilan des gaz à effet de serre** [85].

Tableau 22 : Récapitulatif des gaz à effet de serre par secteur d'activité à Mayotte en 2018

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

Source : Association Hawa Mayotte, *rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre* [85]

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

Evacuation des eaux et déchets

En 2017, **38 %** des résidences principales de Mayotte sont reliées à **une fosse septique ou une fosse sèche** (+3 points par rapport à 2012), **19 % pour le réseau d'égouts** (18 % en 2012) et **42 % à même le sol** (46 % en 2012) [24]. 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 [24].

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

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** [24]. **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 %) [24] (*Tableau 24*).

Tableau 23 : Répartition type de bâti et mode d'évacuation des eaux usées en 2017 à Mayotte

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

Note : En violet les parts les plus hautes en colonne. Les sommes en ligne des deux ventilations font 100 %.
Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 132 : Répartition, par année, des déchets recensés dans la nature sur la période 2020 à 2022 à Mayotte

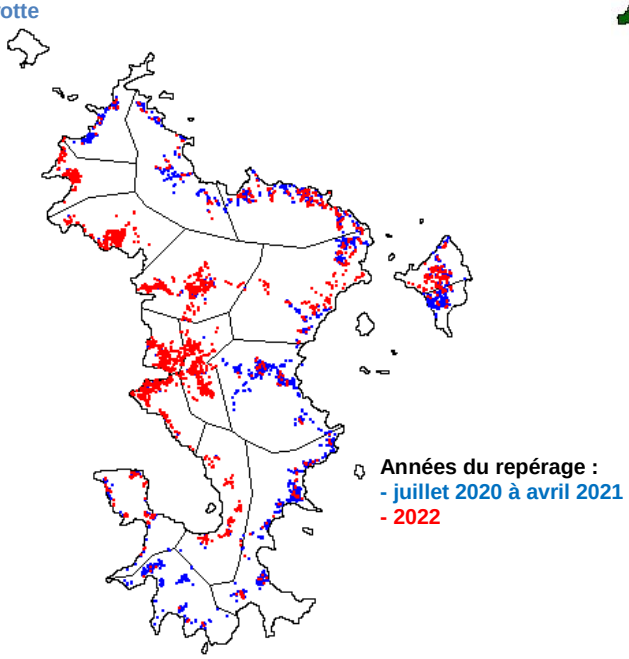
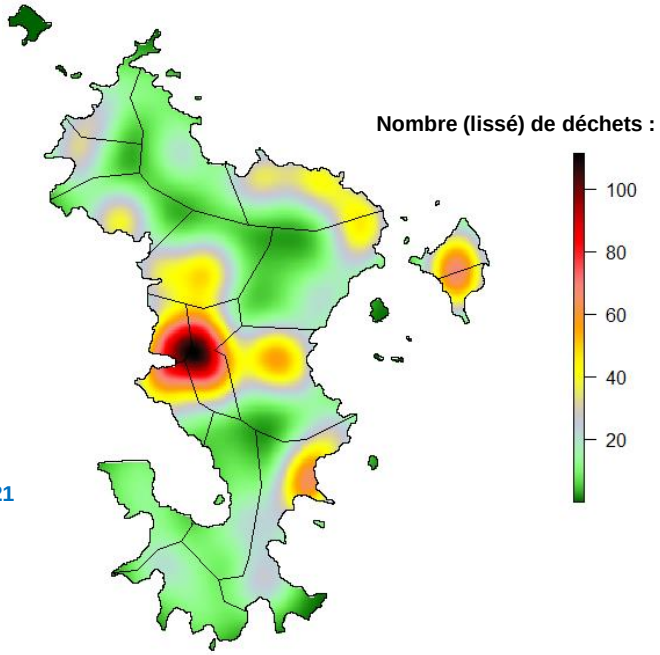


Figure 133 : Densité (lissée) des déchets recensés en sur la période de 2020 à 2022 à Mayotte



Note : Nombre lissé de déchets. Ne sont inclus que les « carcasses de voiture », « déchets dans la rivière/mer », « dépôts sauvages », « encombrants » et « pneus abandonnés ».
Source : ARS Mayotte - Service de la LAV
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur la période 2020 à 2022, **4 483 déchets**[136] 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 24*).

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

Tableau 24 : Type de déchets et de domaine de Mayotte sur la période 2020 à 2022

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

Source : ARS Mayotte - Service de la LAV
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Alimentation

En 2020, une étude menée par la DAAF sur 23 localités du département a permis de mettre en évidence que **83 % des tomates analysées**, en provenance en grande majorité d'**agriculteurs non déclarés**, n'étaient pas conformes et les rendaient **impropres à la consommation**.
Parmi les substances présentes dans les produits analysés, se trouve le **Diméthoate**, un **insecticide prohibé depuis février 2016 par la commission européenne** à la suite de la décision de l'agence nationale de sécurité sanitaire et de l'alimentation jugeant cette molécule comme « présentant des **risques inacceptables pour les animaux et les hommes** ».
Les taux de pesticides retrouvés au sein des échantillons **révélaient un risque aigu pour la santé humaine voire très dangereuse pour les enfants**.

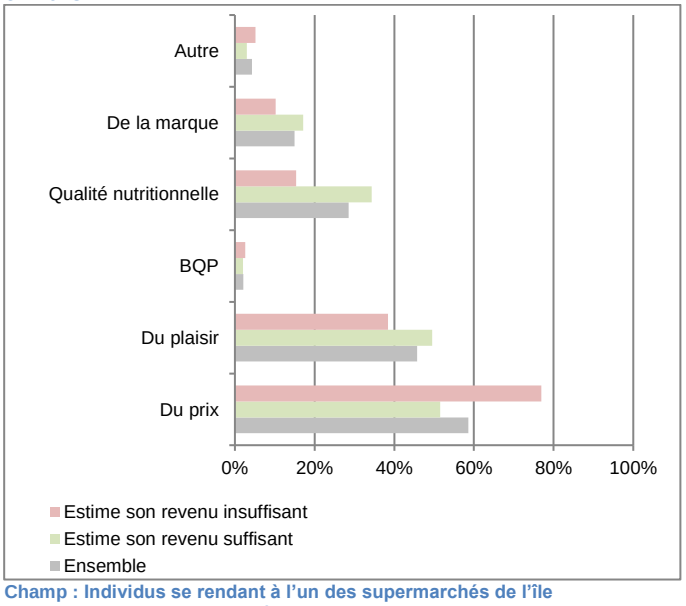
Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dembéni sur les CAP au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **l'intégralité des répondants déclarent nettoyer les salades et tomates qu'ils consomment** : **61 % avec l'eau du puit**, 24 % avec l'eau prise chez une tierce personne et 15 % avec l'eau du robinet.
En 2018, des analyses menées sur les **poissons** en vente libre montraient un niveau de **toxicité au mercure** au-dessus des seuils de vigilance.

Selon l'enquête ponctuelle menée en 2018 sur le bouclier qualité prix auprès de 140 participants se rendant dans l'un des supermarchés de l'île, **il ressort que le critère le plus souvent cité pour sélectionner un produit parmi d'autres est le prix** : 59 %, notamment chez ceux déclarant leur revenu comme insuffisant : 77 % contre 51 % pour les autres (*Figure 134*).

C'est ensuite le « **plaisir** » du produit en question qui arrive : 46 %, 38 % chez les moins aisés et 49 % chez les plus aisés (*Figure 134*).
Enfin, le troisième critère revenant le plus souvent dans les citations est **la qualité nutritionnelle du produit** : 29 %, et **deux fois plus chez les plus aisés** : 34 % contre 15 % (*Figure 134*).

Ils sont, par ailleurs, 57 % des répondants à déclarer avoir une alimentation saine et équilibrée et près de **trois sur cinq estiment qu'il y a un lien entre alimentation et état de santé** (*Figure 134*).

Figure 134 : Critères de sélection des aliments en fonction de la perception de son revenu chez les individus se rendant à l'un des supermarchés de l'île en 2018



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

Enfin, concernant la conservation des aliments en 2017, **71 % des ménages de Mayotte déclarent être équipés en réfrigérateur** (85 % pour les maisons en dur contre 49 % pour celles en tôle, bois, végétale, terre) et **72 % en congélateur** (80 % contre 59 %) [24].
Ces taux sont **stables par rapport à 2012** (respectivement 72 % et 71 %) mais en **nettes améliorations par rapport à 2007** : 56 % (+25 points) et 54 % (+28 points) [24].

g) Pathologies liées à l'environnement

Maladies infectieuses et parasitaires

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, « **certaines maladies infectieuses et parasitaires** » représentent **6 % des motifs de séjour au CHM** (parts similaires chez les hommes et les femmes) hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « certains codes d'utilisation particulière », contre 1,5 % en Métropole.

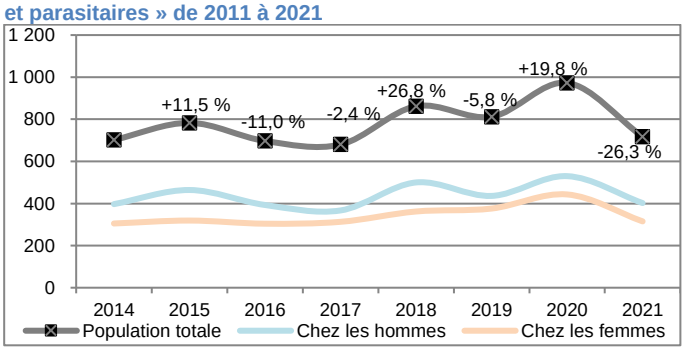
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **6,3 jours,** et le **taux de recours standardisé est 1,4 fois supérieur** à la Métropole.

Sur les **3 324** séjours liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **la moitié** des cas (aussi bien chez les femmes que chez les hommes) concerne un individu de **moins de 10 ans** (*Figure 136*).

Sur la période de 2019 à 2021, les « **maladies intestinales infectieuses** » représentent 61 % des motifs liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » chez les hommes et 63 % chez les femmes. Que ce soit chez les uns ou chez les autres, viennent ensuite les « **fièvres virales transmises par des arthropodes et fièvres virales hémorragiques** », qui en représentent 7 à 8 % (*Tableau 25*).

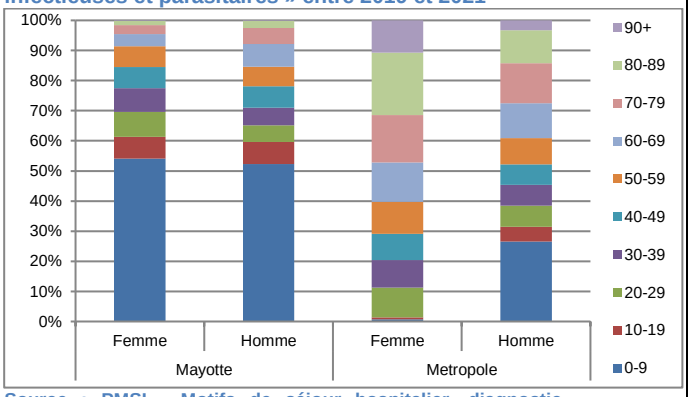
« **Certaines maladies infectieuses et parasitaires** » représentent **3 % des évacuations sanitaires de 2020** (3 % en 2019 et 1 % en 2018).

Figure 135 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » de 2011 à 2021



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

Figure 136 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » entre 2019 et 2021



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

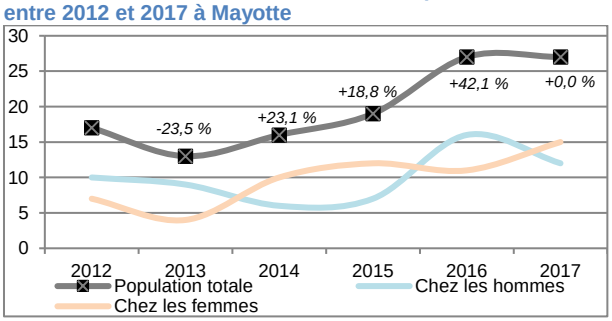
Tableau 25 : Détail des motifs de séjour au CHM liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Maladies intestinales infectieuses	945	1 098	63	61
Tuberculose	46	69	3	4
Certaines anthropozoonoses bactériennes	32	73	2	4
Autres maladies bactériennes	228	293	15	16
Infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel	11	3	1	0
Autres maladies à spirochètes	0	0	0	0
Autres maladies à Chlamydia	0	2	0	0
Rickettsioses	0	1	0	0
Infections virales du système nerveux central	8	16	1	1
Fièvres virales transmises par des arthropodes et fièvres virales hémorragiques	119	124	8	7
Infections virales caractérisées par des lésions cutanéo-muqueuses	32	36	2	2
Hépatite virale	40	30	3	2
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	13	13	1	1
Autres maladies virales	0	2	0	0
Mycoses	1	7	0	0
Maladies dues à des protozoaires	20	23	1	1
Helminthiases	7	16	0	1
Pédiculose, acariase et autres infestations	7	8	0	0
Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires	0	0	0	0
Agents d'infections bactériennes, virales et autres	0	0	0	0
Maladies infectieuses, autres et non précisées	1	0	0	0
Total	**1 510**	**1 814**	**100**	**100**

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

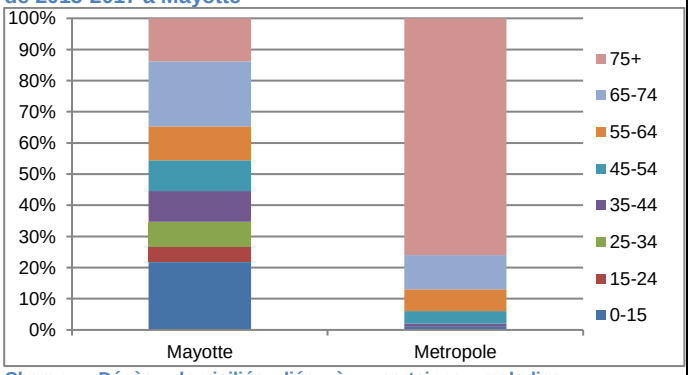
Les « **maladies infectieuses et parasitaires** » représentent **3 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (3 % chez les hommes et 4 % chez les femmes), soit 119 décès cumulés (60 hommes – 50 % – et 59 femmes – 50 % –) et, en moyenne, **20 décès par an**.
A structure de population équivalente, la mortalité est, toutes causes confondues, **plus importante à Mayotte** qu'en Métropole pour les **« maladies infectieuses et parasitaires »** : près de 3 fois plus sur la période 2015-2017 et 2 fois plus sur la période 2012 à 2014 [86].

Figure 137 : Nombre de décès domiciliés liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » entre 2012 et 2017 à Mayotte



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

Figure 138 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » sur la période de 2015-2017 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 26 : Détail des causes de décès domiciliés liées à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Maladies intestinales infectieuses	10	**26**	5	**14**
Tuberculose	4	**11**	3	9
Certaines anthropozoonoses bactériennes	2	5	2	6
Autres maladies bactériennes	13	**34**	17	**49**
Infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel	0	0	0	0
Autres maladies à spirochètes	0	0	0	0
Autres maladies à Chlamydia	0	0	0	0
Rickettsioses	0	0	0	0
Infections virales du système nerveux central	1	3	0	0
Fièvres virales transmises par des arthropodes et fièvres virales hémorragiques	1	3	0	0
Infections virales caractérisées par des lésions cutanéomuqueuses	0	0	1	3
Hépatite virale	3	8	4	**11**
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	1	3	2	6
Autres maladies virales	1	3	0	0
Mycoses	1	3	0	0
Maladies dues à des protozoaires	0	0	0	0
Helminthiases	0	0	0	0
Pédiculose, acariase et autres infestations	0	0	0	0
Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires	1	3	1	3
Agents d'infections bactériennes, virales et autres	0	0	0	0
Autres maladies infectieuses	0	0	0	0
Somme 2015 à 2017	**38**	**100**	**35**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés à « certaines maladies infectieuses et parasitaires », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Depuis les données du PMSI, il est possible de récupérer des informations sur les motifs de séjour au CHM liés spécifiquement aux maladies hydriques. Ainsi, des cas d'**amibiase**[137] (1,4 en moyenne par an entre 2014 et 2021), d'**ascaridiase**[138] (2,0 en moyenne par an) et de **schistosomiase**[139] (0,4 en moyenne par an) ont également été diagnostiqués sur le territoire au cours des huit dernières années.
De plus, en regroupant ces trois pathologies, il ressort que **la moitié concerne des enfants de moins de 15 ans**.

[137] L'amibiase est une infection parasitaire du gros intestin fréquente dans les pays tropicaux. Elle se traduit par des diarrhées et des douleurs abdominales. Le traitement repose sur la prise d'un antiparasitaire imidazolé.
[138] L'ascaridiose est une parasitose cosmopolite résultant de l'infestation de l'Homme par Ascaris lumbricoides, un nématode de grande taille. Il fait partie des helminthiases ou infection par vers intestinaux.
[139] La bilharziose ou schistosomiase est une maladie parasitaire due à un ver hématophage : le schistosome. Elle est présente dans les zones tropicales et subtropicales : en Afrique, en Amérique du Sud, en Asie et dans le bassin méditerranéen.

Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » représentent **10 % des motifs de séjour au CHM** (parts similaires chez les hommes et les femmes) hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « certains codes d'utilisation particulière », contre 1,9 % en Métropole.

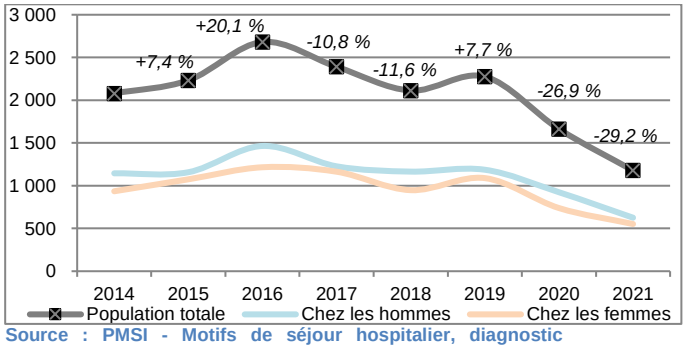
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **13,2 jours,** et le **taux de recours standardisé est 1,8 fois supérieur** à la Métropole.

Sur les **5 117** séjours liés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **55 %** des cas, chez les **femmes**, et **60 %**, chez les **hommes**, concernent un individu de **moins de 30 ans** (*Figure 140*).

Sur la période de 2019 à 2021, outre les infections qui ressortent très majoritairement (89 à 90 %), on observe que les « **Dermatoses et eczéma (syndromes)** » représentent 0,8 % chez les femmes, et 1,1 % chez les hommes, des motifs liés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ». Quant aux « **Dermatoses bulleuses** » : 0,5 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes (*Tableau 27*).

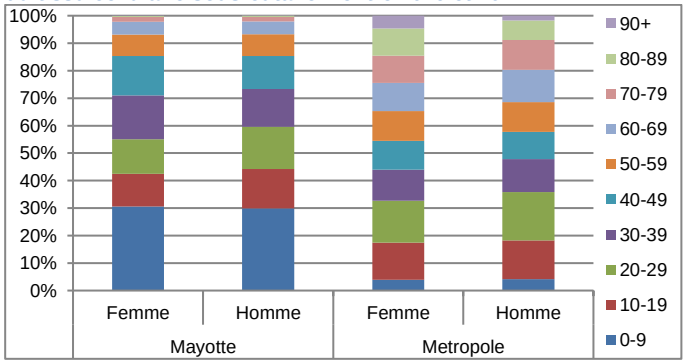
Les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » représentent **4 % des évacuations sanitaires de 2020** (5 % en 2019 et 6 % en 2018).

Figure 139 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » de 2011 à 2021



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

Figure 140 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » entre 2019 et 2021



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

Tableau 27 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2 121	2 456	89	90
Dermatoses bulleuses	13	17	0,5	0,6
Dermatoses et eczéma (syndromes)	19	29	0,8	1,1
Lésions papulo-squameuses	2	5	0,1	0,2
Urticaire et érythème	11	8	0,5	0,3
Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation	0	0	0,0	0,0
Maladies des phanères et des annexes de la peau	7	14	0,3	0,5
Autres infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	207	208	9	8
Total	**2 380**	**2 737**	**100**	**100**

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

Les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutanée** » représentent **0,2 % des décès** sur la période 2012 à 2017[140] (identique quel que soit le sexe), soit 7 décès cumulés (4 hommes – 57 % – et 3 femmes – 43 % –) et, en moyenne, **1,2 décès par an**.

Sur la période 2015-2017, il s'agit majoritairement d'individus de 75 ans ou plus, trois cas sur cinq (neuf sur dix en Métropole).

Concernant les causes détaillées, deux cas pour les « Dermatoses et eczémas », un cas pour les « Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané », un cas pour les « Dermatoses bulleuses » et un autre pour les « Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané »[141].

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

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

A structure de population équivalente, la mortalité est, toutes causes confondues, **plus importante à Mayotte** qu'en Métropole pour les **« maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané »** : près de 2 fois plus sur la période 2015-2017 et 1,1 fois moins sur la période 2012 à 2014 [86].

Maladies de l'appareil respiratoire

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **13 % des motifs de séjour au CHM** (parts similaires chez les hommes et les femmes) hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « certains codes d'utilisation particulière », contre 5 % en Métropole.

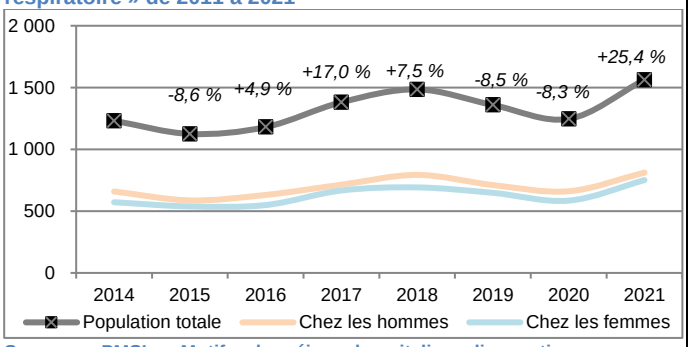
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **5,1 jours,** et le **taux de recours standardisé est 1,6 fois inférieur** à la Métropole.

Sur les **4 168** séjours liés aux « maladies de l'appareil respiratoire » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **55 %** des cas, chez les **femmes**, et **60 %**, chez les **hommes**, concernent un individu de **moins de 30 ans** (*Figure 142*).

Sur la période de 2019 à 2021, les « **autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures** » représentent, en fonction du sexe, 33 % à 35 % des motifs liés aux « maladies de l'appareil respiratoire ». Elles sont suivies de la « **grippe et pneumopathie** » qui en représentent 24 à 27 % et des « **maladies chroniques des voies respiratoires inférieures** », 20 à 21 % (*Tableau 28*).

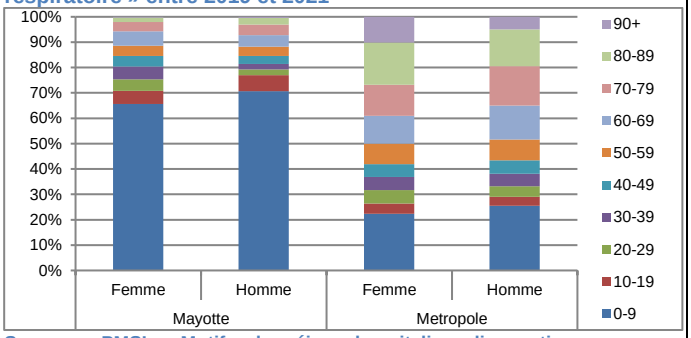
Les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **3 % des évacuations sanitaires de 2020** (2 % en 2019 et 4 % en 2018).

Figure 141 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil respiratoire » de 2011 à 2021



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

Figure 142 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil respiratoire » entre 2019 et 2021



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

Tableau 28 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies de l'appareil respiratoire » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

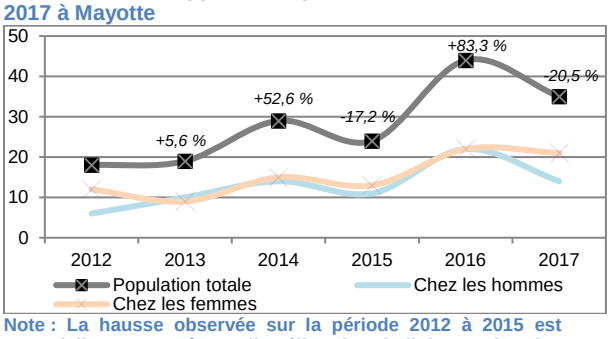
	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Affections aiguës des voies respiratoires supérieures	92	115	5	5
Grippe et pneumopathie	486	589	24	27
Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures	664	772	33	35
Autres maladies des voies respiratoires supérieures	139	99	7	5
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	413	446	21	20
Maladies du poumon dues à des agents externes	23	17	1,2	0,8
Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel	59	46	3	2
Maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures	20	21	1	1
Autres affections de la plèvre	13	23	0,7	1,1
Autres maladies de l'appareil respiratoire	75	56	4	3
Total	**1 984**	**2 184**	**100**	**100**

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

Les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **5 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (4 % chez les hommes et 6 % chez les femmes), soit 169 décès cumulés (77 hommes – 46 % – et 92 femmes – 54 % –) et, en moyenne, **28 décès par an**.

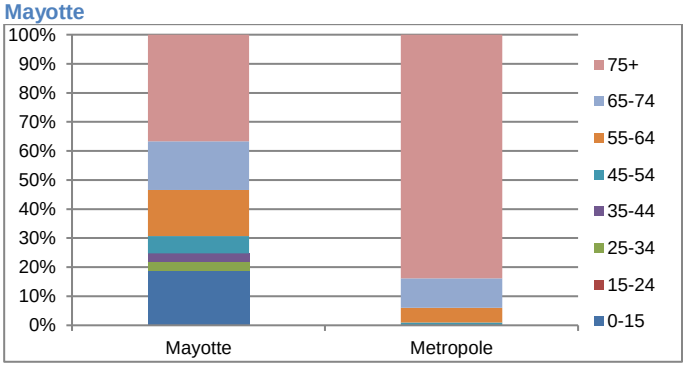
A structure de population équivalente, la mortalité est, toutes causes confondues, **plus importante à Mayotte** qu'en Métropole pour les **« maladies de l'appareil respiratoire »** : 1,2 fois plus sur la période 2015-2017 et 1,1 fois plus sur la période 2012 à 2014 [86]. Concernant l'**asthme,** la mortalité est 6,8 fois plus importante à Mayotte, et 7 fois plus sur la période 2012 à 2014 [86].

Figure 143 : Nombre de décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil respiratoire » entre 2012 et 2017 à Mayotte



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

Figure 144 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « maladies de l'appareil respiratoire » sur la période de 2015-2017 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil respiratoire », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 29 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « maladies de l'appareil respiratoire » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Affections aigües des voies respiratoires supérieures	0	0	1	2
Grippe et pneumopathie	15	27	12	26
Autres affections aigües des voies respiratoires inférieure	3	5	4	9
Autres maladies des voies respiratoires supérieure	1	1,8	3	6
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	19	34	16	34
Maladies du poumon dues à des agents externes	2	4	1	2
Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel	5	9	2	4
Maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures	1	1,8	0	0
Autres affections de la plèvre	0	0	1	2
Autres maladies de l'appareil respiratoire	10	18	7	15
Somme 2015 à 2017	**56**	**100**	**47**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil respiratoire », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

En 2019, **6 % des enfants de 10-12 ans**[142] sont **asthmatiques** sur le territoire, dont les trois quarts déclarent prendre ou avoir pris des médicaments contre ce problème de santé au cours des douze derniers mois [50]. Chez les autres enfants, **un sur cinq déclare avoir des difficultés à respirer**[143], dont 16 % prennent un médicament, et **un sur dix lors d'une activité sportive et lors de leur sommeil**, dont 23 % prennent un médicament [50].
Dans **un cas sur quatre**, il s'agit de **difficultés arrivant à d'autres moments** mais pour lesquels 14 % déclarent tout de même prendre un médicament [50] (*Tableau 30*).

Tableau 30 : Parts d'enfants de 10-12 ans à Mayotte déclarant des problèmes respiratoires et de ceux ayant pris des médicaments au cours des 12 derniers mois

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

Note : 26 % des enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème sur le territoire déclarent un problème respiratoire ni lors d'une activité sportive, ni lors du sommeil. Parmi eux, 14 % déclarent la prise d'un médicament au cours des 12 derniers mois.
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

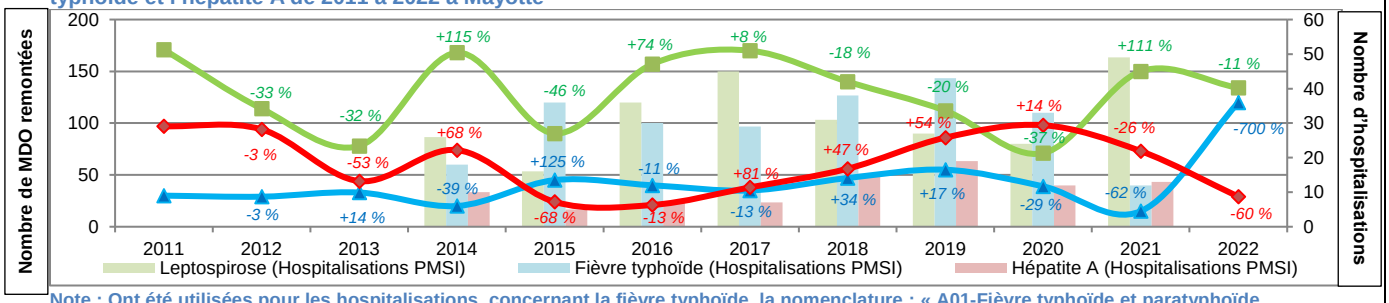
Pathologies surveillées par le DéSUS

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

[142] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[143] 13 % des enfants de CM2 scolarisés en Métropole déclarent avoir déjà eu une crise d'asthme et 11 % avoir ressenti un sifflement à la poitrine [50].

justifient de la **mise sous surveillance permanente de ces trois maladies** sur le territoire (*Figure 145*).

Figure 145 : Evolution du nombre de cas déclarés (MDO) et d'hospitalisations (PMSI) pour la leptospirose, la fièvre typhoïde et l'hépatite A de 2011 à 2022 à Mayotte

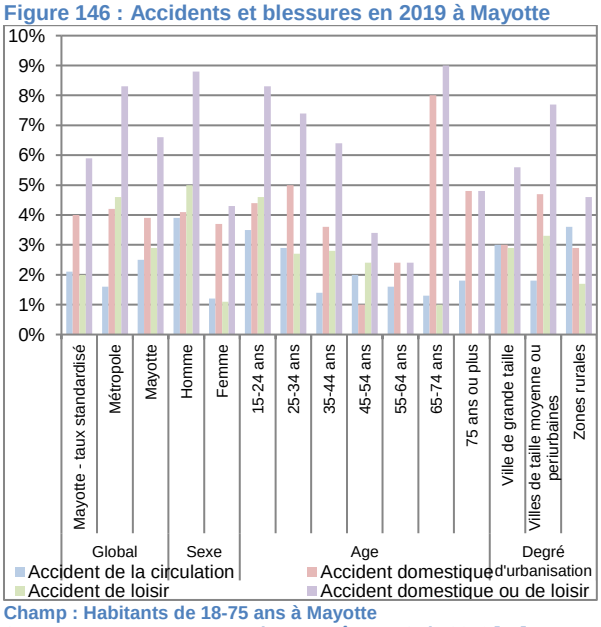


Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, concernant la fièvre typhoïde, la nomenclature : « A01-Fièvre typhoïde et paratyphoïde » ; concernant l'hépatite A : « B15-Hépatite aig. A » ; concernant la leptospirose : « A27-Leptospirose ».
Source : ARS Mayotte – DéSUS, PMSI – Motifs de séjour hospitalier,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

h) Accidents de la vie courante

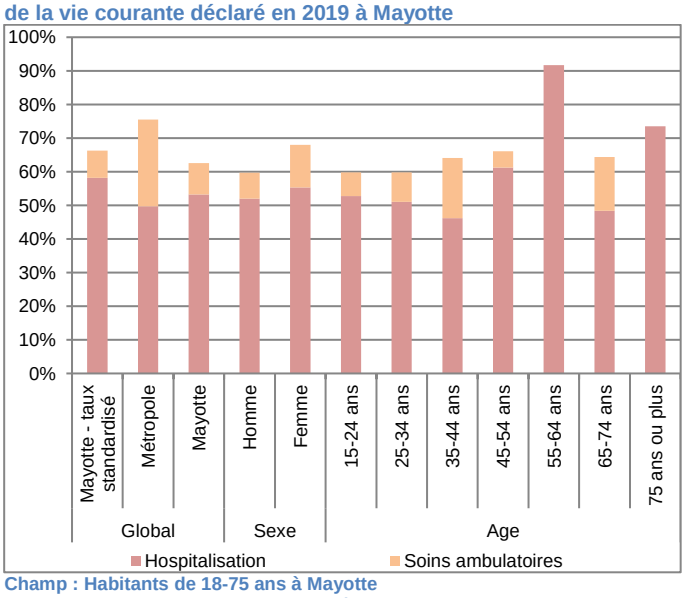
3 % des 15 ans ou plus déclarent avoir déjà connu un accident de la circulation (contre 1,6 % en Métropole) et **7 % pour un accident domestique ou de loisir** (contre 8 % en Métropole) [44]. Les **hommes sont deux à quatre fois plus concernés** : 4 % pour ceux de la circulation, contre 1,2 % chez les femmes, et 9 % pour ceux domestiques ou de loisirs, contre 4 % chez les femmes [44].
En fonction de l'âge, les accidents de la circulation restent compris entre 1,3 % (65-74 ans) et 4 % (15-24 ans), alors que ceux **domestiques ou de loisir vont concerner les plus jeunes et les plus âgés** : de 8 % chez les 15-24 ans à 2 % chez les 55-64 ans puis 9 % chez les 65-74 ans [44].
Les habitants en **zones rurales et villages de grande taille** sont les plus concernés par les **accidents de la circulation** : 3-4 % contre 1,8 % pour ceux vivants dans un village de taille moyenne ou périurbain [44]. Pour les **accidents domestiques ou de loisir**, ce sont plutôt les habitants des **villages de taille moyenne ou périurbains** : 8 % contre 6 % (villages de grande taille) à 5 % (zones rurales) [44] (*Figure 146*).
Dans la **moitié des cas**, l'accident évoqué a entrainé une **hospitalisation** (similaire avec la Métropole) et **un sur dix pour des soins ambulatoires** (trois fois inférieur à la Métropole) [44]. Si la part est similaire entre les hommes et les femmes concernant l'hospitalisation, elle diverge de 5 points pour les soins ambulatoires : 13 % chez les hommes contre 8 % chez les femmes [44]. Les **55-64 ans ont un taux d'hospitalisation au-dessus de la moyenne** : 92 % ; tandis que pour les **soins ambulatoires ce sont les 35-44 ans** qui en déclarent le plus souvent lors de l'accident évoqué : 18 % [44] (*Figure 147*).

Figure 146 : Accidents et blessures en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-75 ans à Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]

Figure 147 : Taux d'hospitalisations liées à l'accident de la vie courante déclaré en 2019 à Mayotte

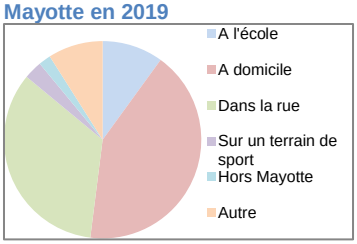


Champ : Habitants de 18-75 ans à Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]

En 2022, selon l'ODSR, 192 accidents corporels de la circulation routière ont été observés, **soit une baisse de -31 % par rapport à 2018** (280) [87]. Cependant, **ces accidents sont plus meurtriers** [87]. En effet, le taux de décès par accidents était en **2018 de 1,8 %** alors qu'en **2022** il monte à **8 %** [87]. Comparativement avec les années précédents, c'est la classe d'âge des **0-13 ans qui ressort le plus** cette année-là (4 décès – sur 16 – contre 1 par an en 2018, 2020 et 2021 et 2 en 2019) [87].

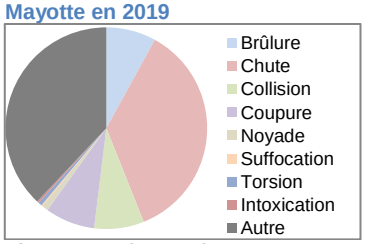
Chez les 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème (Soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24]), **deux enfants sur cinq** évoquent **au moins un accident** qui l'a marqué dont un tiers a eu lieu au cours de la dernière année [50]. Quelle que soit l'année où l'évènement a eu lieu, dans **un cas sur trois** l'accident déclaré a entraîné **une hospitalisation** d'au moins un jour [50].
Il s'agit le plus souvent d'accidents ayant lieu **à domicile** (42 %) et **dans la rue** (34 %) [50]. Les accidents **à l'école** ne représentent qu'**un cas sur dix** [50] (*Figure 148*). **Un accident sur trois** est lié à une **chute** et **un sur dix à une brûlure** [50]. Les collisions et les coupures ressortent dans des proportions équivalentes (8 %) [50] (*Figure 149*). Dans **7 %** des situations, l'accident est arrivé suite à une **agression** et dans 1 % à une bagarre [50] (*Figure 150*).

Figure 148 : Répartition (en %) des lieux d'accident marquant chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



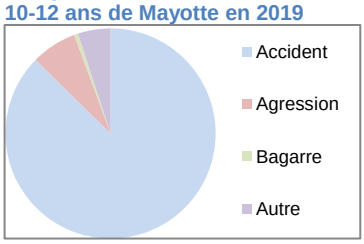
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

Figure 149 : Répartition (en %) des types d'accidents marquants chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

Figure 150 : Répartition (en %) des causes d'accidents marquants chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019

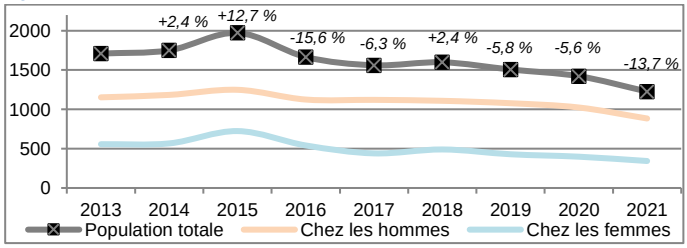


Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

Motifs de séjour hospitalier

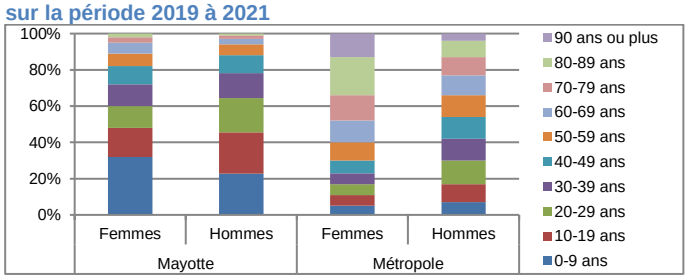
A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » représentent **10 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière », contre 9 % en Métropole. **14 % chez les hommes et 6 % chez les femmes**.
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **5,6 jours,** et le **taux de recours standardisé est 2,8 fois inférieur** à la Métropole.
Sur les **4 156** séjours liés aux « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **la moitié des cas** (chez les femmes et les hommes) concerne un individu de **moins de 20 ans** (*Figure 152*).
Les « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » représentent **0,1 % des évacuations sanitaires de 2020** (2,7 % en 2019 et 2,1 % en 2018).
Sur la période de 2019 à 2021, chez les hommes et les femmes, les « lésions traumatiques de la **tête** » tiennent le premier rang : respectivement 13 % et 21 %.
Suivies chez les femmes et à parts égales, des

Figure 151 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » de 2013 à 2021



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

Figure 152 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » sur la période 2019 à 2021



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

« lésions traumatiques du **coude** et de l'**avant-bras** » et des « lésions traumatiques **du genou** et de la **jambe** » (10 %). Et chez les hommes, des « lésions traumatiques du **coude** et de l'**avant-bras** » et des « lésions traumatiques **de la hanche** et de la **cuisse** » (12 %) (*Tableau 31*).

Tableau 31 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Lésions traumatiques de la tête	51	210	**13**	**21**
Lésions traumatiques du cou	3	15	0,8	1,5
Lésions traumatiques du thorax	11	49	3	5
Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	17	66	4	7
Lésions traumatiques de l'épaule et du bras	19	53	5	5
Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras	40	118	**10**	**12**
Lésions traumatiques du poignet et de la main	20	124	5	**12**
Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse	28	74	7	7
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	40	98	**10**	10
Lésions traumatiques de la cheville et du pied	9	41	2	4
Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	1	0	0,3	0
Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	0	0	0	0
Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	19	15	5	1,5
Brûlures et corrosions	35	38	9	4
Gelures	0	0	0	0
Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	26	10	7	1,0
Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	6	10	1,5	1,0
Effets de causes externes, autres et non précisés	38	36	**10**	4
Certaines complications précoces des traumatismes	1	2	0,3	0,2
Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	26	37	7	4
Total	**429**	**1 036**	**100**	**100**

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

Mortalité

Les données de mortalité se déclinent selon deux angles : les « causes initiales décès » et les « causes de décès » dites « finales ». Contrairement aux autres nomenclatures, les deux angles interagissent fortement entre eux sur la thématique des accidents de la vie courante (nomenclature « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes », présente uniquement pour les « causes de décès », et « causes externes de mortalité », présente pour les deux angles) contrairement aux autres nomenclatures. Par homogénéité, l'angle sur les « causes initiales » est retenu dans ce document.

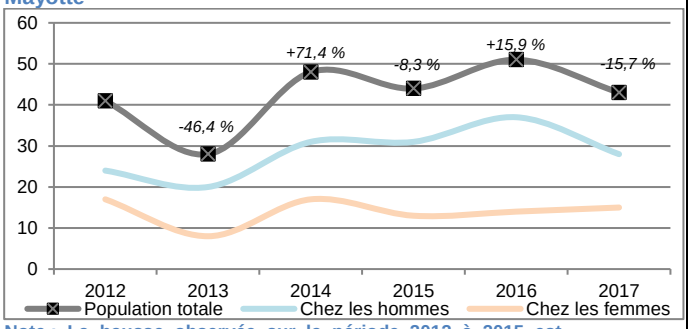
Les « causes externes de mortalité » représentent la **troisième cause de mortalité** (à ex-aequo) à Mayotte (7 % des décès domiciliés) sur la période de 2015 à 2017.

Plus précisément, elle conserve ce **même rang pour les hommes**, et en est la **7ème cause pour les femmes**.

Les « **causes externes de mortalité** » représentent **7 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (9 % chez les hommes et 5 % chez les femmes), soit 255 décès cumulés (171 hommes – 67 % –, 84 femmes – 33 % –) et, en moyenne, **43 décès par an**.

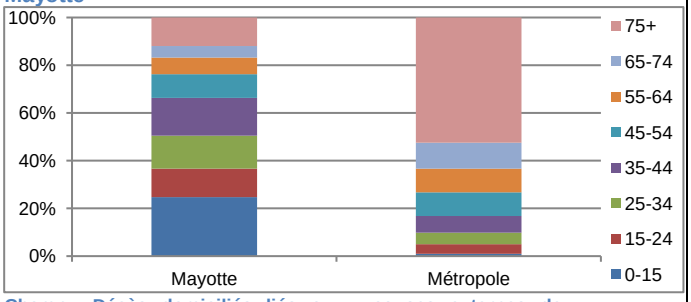
A structure de population équivalente sur la période 2015 à 2017, les **habitants de Mayotte en meurent 1,7 fois moins** que ceux de Métropole et les **habitantes de Mayotte autant** que celles de Métropole, et respectivement 2,2 et 1,5 fois moins sur la période 2012 à 2014 [86].

Figure 153 : Nombre de décès domiciliés liés aux « causes externes de mortalité » entre 2012 et 2017 à Mayotte



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

Figure 154 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « causes externes de mortalité » sur la période de 2015-2017 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « causes externes de mortalité »
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 32 : Détail des « causes initiales de décès » (domiciliés) liées aux « causes externes de mortalité » et de « causes de décès » (domiciliés) liées aux « blessures, traumatismes et causes externes de décès » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

Causes externes de mortalité - Causes initiales de décès				
	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Accident de la circulation	5	12	14	15
Chutes accidentelles	5	12	5	5
Noyades et submersion accidentelles	5	12	23	24
Suffocation	4	10	7	7
Exposition à la fumée, au feu et aux flammes	7	17	3	3
Intoxications accidentelles	2	5	4	4
Suicides	2	5	5	5
Homicides	0	0	7	7
Evènements dont l'intention n'est pas déterminée	2	5	4	4
Autres causes externes de morbidité et de mortalité	10	24	24	25
Somme 2015 à 2017	**42**	**100**	**96**	**83**
Blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes de décès - Causes initiales de décès				
	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Lésions traumatiques de la tête	8	25	32	44
Lésions traumatiques du cou	1	3	3	4
Lésions traumatiques du thorax	2	6	9	12
Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	3	9	0	0
Lésions traumatiques de l'épaule et du bras	1	3	0	0
Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras	0	0	0	0
Lésions traumatiques du poignet et de la main	0	0	0	0
Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse	4	12	0	0
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	0	0	0	0
Lésions traumatiques de la cheville et du pied	0	0	0	0
Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	1	3	4	5
Lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autre région du corps	0	0	4	5
Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	3	9	7	9
Brûlures et corrosions	3	9	1	1
Gelures	0	0	0	0
Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	1	2	0	0
Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	1	2	2	3
Effets de causes externes, autres et non précisés	0	0	4	5
Certaines complications précoces des traumatismes	1	2	3	4
Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	5	15	5	7
Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes	0	0	1	1
Somme 2015 à 2017	**30**	**100**	**64**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés aux « causes externes de mortalités » (causes initiales de décès) et aux « blessures, traumatismes, empoisonnements et causes externes » (causes de décès)
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

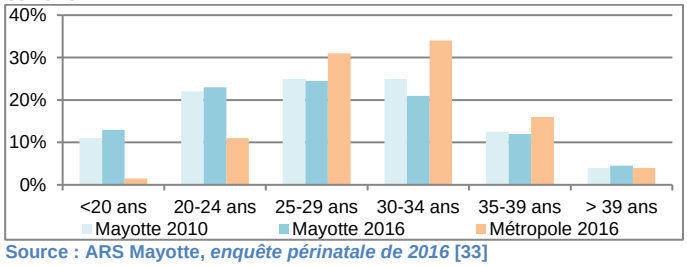
2 – Santé sexuelle

a) Santé périnatale

Caractéristiques des parturientes

En 2018, **12 % des parturientes ont moins de 20 ans**, contre 1,7 % en Métropole [73] (11 % en 2010 [33]). L'âge moyen, en 2021, de l'ensemble des **parturientes est de 28 ans** [88] (27 ans en 2010 [33]) et celui des **primipares de 23 ans**, respectivement 31 ans et 29 ans en Métropole en 2018 [73].
En 2018, le **taux de mères mineurs est de 5 %** contre 0,4 % en métropole, stables avec 2016 et 2017 [73].

Figure 155 : Age des parturientes de Mayotte en 2010 et 2016



Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

La **proportion de mères de nationalité étrangère** a augmenté depuis 2010, atteignant **75 % en 2016** : la grande majorité est comorienne [33] (tendance également observée en 2021 [28]). Elles sont une **minorité à arriver à Mayotte pendant leur grossesse** (11 %) [33].
En 2016, une grande majorité des mères était en situation de précarité, **45 % n'ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité en primaire** (contre 2 % en Métropole et 14 % dans l'ensemble des Drom) [33]. Le revenu du foyer est **inférieur à 500€ pour 57 % des mères** (contre 45 % en 2010) [33]. En 2018, **62 % des parturientes ne disposent d'aucune couverture de santé** [73], contre 53 % en 2010 [33] (*Tableau 33*).

Tableau 33 : Couverture sociale et Couverture maladie complémentaire au début de la grossesse en 2010 et 2016 à Mayotte

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

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

En 2016, **63 % des femmes étaient heureuses que la grossesse arrive maintenant** (identique à 2010 [89]), 5 % auraient cependant aimé que ce soit plus tôt (4 % [89]) et 17 % plus tard (20 % [89]) [90]. **16 % auraient préféré ne pas tomber enceinte** (13 % en 2010 [89]) [90].
La parité des mères, stable depuis 2010, demeure supérieure à celle des parturientes en Métropole : **24 % des mères ont déjà eu quatre enfants ou plus** contre 3 % en Métropole [33] (*Tableau 34*).

Tableau 34 : Parité et gestité en 2010 et 2016 à Mayotte

	%	Mayotte 2016	Mayotte 2010	Métropole 2016
Gestité (nombre de grossesses)	0	15	14	
	1	16	18	
	2	17	17	
	3	17	15	
	>3	36	35	
	… 4	12		
	… >4	24		
	… >5	14		
Parité (nombre d'accouchements)	0	23	23	42
	1	20	19	36
	2	17	17	14
	3	16	15	5
	>3	24	26	3
	… 4	9		
	… 5	8		
	… >5	8		

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

Etat de santé des mères

Malgré le maillage de l'offre de soins en 2016, le **temps d'accès** à la maternité moyen est de **27 minutes** (23 en 2010 [89]) [90]. Si une métropolitaine sur dix met une demi-heure ou plus pour aller accoucher, un quart des femmes de Mayotte est concernée (17 % en 2010 [89]) [90]. 20 % des femmes déclaraient se sentir assez mal voire mal pendant leur grossesse (21 % en 2010 [89]) [90].

Tableau 35 : Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation en 2016 à Mayotte

%	Affiliée	Non affiliée
HTA antérieur à la grossesse	3	5
Diabète antérieur à la grossesse	2	5
Antécédent d'enfant mort-né	2	4
Antécédent d'enfant né prématuré	9	12
Antécédent de césarienne	10	15

Source: ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

Les dossiers médicaux de **3 % des mères font état d'un diabète antérieur à la grossesse**, et **4 % d'une HTA** [33] (*Tableau 35*). **6 % des mères faisaient mention d'une HTA** pendant la grossesse, **10 % d'un diabète gestationnel**, **8 % d'une suspicion d'anomalie du poids fœtale** et 1 % d'un placenta *prævia* [33]. En fin de grossesse le statut des parturientes vis-à-vis de ces maladies était

inconnu pour seulement 2 % (toxoplasmose) à 3 % (hépatite B) d'entre elles [33]. **Neuf parturientes sur dix étaient immunisées contre la rubéole et les trois quarts contre la toxoplasmose** [33]. **0,7 % des mères étaient séropositives** (VIH), et 2 % porteuses de l'antigène HBs de l'hépatite B [33].
Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, seulement **1 % des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool** après avoir eu connaissance de leur grossesse et **2 % fumaient pendant le troisième trimestre** (17 % en Métropole) [33] (*Tableau 36*).

Tableau 36 : Comportements à risque pendant la grossesse en 2010 et 2016 à Mayotte

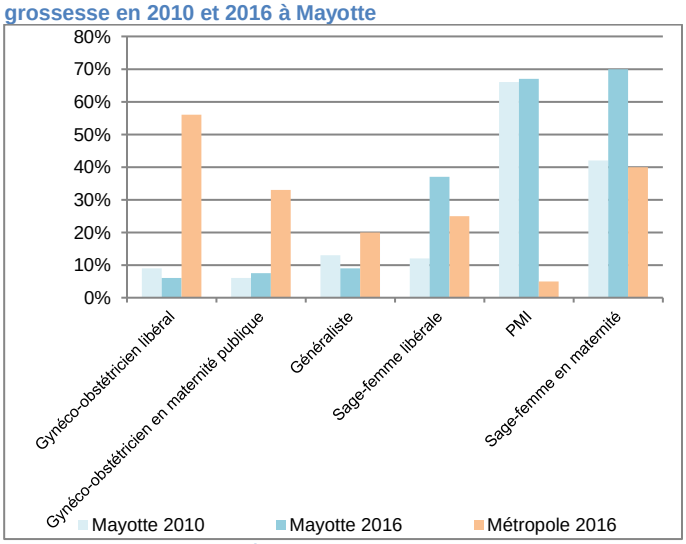
	%	Mayotte 2016	Mayotte 2010	Métropole 2016
Consommation d'alcool après avoir eu connaissance de la grossesse	Non	99		
	Oui	1		
	… dont 1 fois par mois ou moins	0,6		
	… dont Plus d'une fois par mois	0,4		
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour pendant le troisième trimestre	Aucune	98	99	83
	1 à 9	2	1	12
	Plus de 9	0,2	0	4
Consommation de cannabis pendant la grossesse	Non	100		98
	Oui	0,2		2

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

Suivi de grossesse

Du fait de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, **les sages-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse à Mayotte** en 2016, désignées comme professionnel principal : **67 %** pour celles de la **PMI** et **70 %** des **maternités** [33]. Les sages-femmes **libérales** sont citées, quant à elle dans **37 %** des cas [33] (*Figure 150*).
Malgré leur implication, **le suivi des femmes enceintes reste insuffisant** en 2016 [33]. Le nombre déclaré de consultations prénatales/d'échographies n'a pas augmenté depuis 2010 et reste bien en deçà des recommandations : **une sur deux déclare avoir eu moins de sept consultations prénatales et 46 % moins de trois échographies** [33] (*Tableau 37*).

Figure 156 : Professionnels consultés pour le suivi de grossesse en 2010 et 2016 à Mayotte



Source: ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

Tableau 37 : Consultations médicales au cours de la grossesse en 2010 et 2016 à Mayotte

	%	Mayotte 2016	Mayotte 2010	Métropole 2016
Nombre de consultations prénatales	0	0,3	1	0,1
	1 à 3	10	48	0,7
	4 ou 5	24		3
	6	17		4
	7	16	17	12
	8 ou 9	19	19	35
	10 et plus	14	15	46
	Moyenne	**6,8**	**6,8**	**10**
Nombre de consultations en urgence	0	72		42
	1	17		28
	2 et plus	12		30
Entretien du 4ème mois	Oui	7	4	29
	Non	91	96	69
	Ne sait pas	2		3
Nombre d'échographies réalisées	0	3	1,5	0,1
	1 ou 2	43	46	0,9
	3	32	33	24
	Plus de 3	22	19	75

Source: ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

Accouchements[144]

Le taux de césarienne est, en 2016, de **18 % pour l'ensemble des parturientes** (14 % en 2021, -4 points [88]), équivalent à celui de Métropole [33]. **La voie basse instrumentale** est **quatre fois**

[144] En 2010, contrairement à ce qui était observé dans les pays Européens, il naissait à Mayotte un peu plus de filles (51,2 %) que de garçons [89].

moins fréquente qu'en Métropole (3 % contre 12 %) [33]. **Les épisiotomies** ont concerné seulement **2 % des accouchements par voie basse** (1,7 % en 2021 [88]), contre 20 % en Métropole [33]. Le faible interventionnisme médical peut être expliqué par la parité plus importante et le fait que la très grande majorité des accouchements est réalisée par des sages-femmes (83 %) du fait de l'absence de gynécologues-obstétriciens dans les maternités périphériques en 2016 [33] (*Tableau 38*).

Tableau 38 : Taux de césarienne selon les antécédents en 2010 et 2016 à Mayotte

Taux de Césarienne (%)	Mayotte 2016	Mayotte 2010	Métropole 2016
Ensemble des naissances	18	20	20
Multipares	15	19	18
Sans antécédents de césarienne	8	13	8
Avec antécédent de césarienne	49	47	59
Primipares	26	22	23

Source: ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

La prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue qu'en métropole [33]**. La très grande majorité des parturientes** (88 %, 70 % en 2010 [89]) **n'a bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail** contre 17 % des métropolitaines [33]. 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** [33]. Seulement **13 %** des parturientes souhaitaient une **analgésie péridurale** avant leur accouchement et en ont bénéficié [33].

En 2021, **le taux de prématurité est de 10 %** (8 % en 2010 [33]) des naissances vivantes totales, contre 7 % en Métropole [88]. En 2018, **13 % des nouveau-nés font moins de 2,5kg** (16 % en 2010 [33]) et, à âge gestationnel égal, les enfants nés à terme à Mayotte ont des poids de naissances inférieurs à ceux nés en Métropole : la moitié fait moins de 3 000g à la naissance contre un quart en Métropole [73].

Tableau 39 : Santé des nouveau-nés à la naissance en 2016 à Mayotte

	%	Mayotte 2016	Métropole 2016
Etat du nouveau-né à la naissance	**Vivant**	99	99
	Mort-né	0,9	0,6
	IMG	0,1	0,4
Anomalie congénitale	**Oui**	5	
	Non	95	
Apgar à 5 minutes[145]	**<5**	1	0,4
	5-6	0,9	0,8
	7-8	6	3
	9-10	92	96
pH au cordon	**<7,00**	5	0,6
	7 à 7,15	13	9
	>7,15	82	91

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

Tableau 40 : Déroulement du travail en 2010 et 2016 à Mayotte

%		Mayotte 2016	Mayotte 2010	Métropole 2016
Présentation fœtale	**Céphalique**	96	96	95
	Siège	3	4	5
	Autre	0,8	0	0,6
Mode de début de travail	**Travail spontané**	82	78	69
	Déclenchement	12	14	22
	Césarienne avant le travail	5	8	9
Rupture de la proche des eaux	**Artificielle**	32		44
	Spontanée (avant le travail + pendant le travail)	20 + 47		56
Ocytocine durant le travail	**Oui**	22		53
	Non	78		48

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

A Mayotte en 2016, **10 % des nouveau-nés vivants** (contre 6 % en Métropole) **reçoivent une ventilation au masque**, 1 % une intubation, et 1 % une pression positive continue (PPC) nasale [33]. Près de **5 % des nouveau-nés sont hospitalisés dans un service spécifique** contre 10 % des enfants nés en Métropole [33]. En 2021, **l'allaitement maternel exclusif**[146] **est plus répandu qu'ailleurs**, pratiqué par 81 % des parturientes (86 % en 2016 [33]) contre 56 % en Métropole [88].

b) Mortalité périnatale

En 2018, **les indicateurs de mortalité périnatale sont deux à trois fois plus important qu'en Métropole** avec un taux de **mortinatalité** de **12,7** pour 1 000 naissances totales (8,4 en

[145] En 2010, 2 % présentés un Apgar < 5, 3 % compris entre 5 et 7, 9 % entre 8 et 9 et 86 % égal à 10 [89].
[146] Au moment du recueil de données, soit un à deux jour(s) après l'accouchement.

Métropole) [73] ; de **mortalité infantile** de **9,8** pour 1 000 naissances vivantes (3,6 en Métropole) [73] ; et de **mortalité néonatale** de **4,8 ‰** (2,4 en Métropole) [73] (*Tableau 41*).

Tableau 41 : Indicateurs de mortalité périnatale de 2016 à 2018 à Mayotte

‰		2016	2017	2018
Taux de mortinatalité[147]	**Mayotte**	15,3	13,3	12,7
	Métropole	8,7	8,6	8,4
Taux de mortalité infantile[148]	**Mayotte**	10,1	8,8	9,8
	Métropole	3,5	3,6	3,6
Taux de mortalité néonatale[149]	**Mayotte**	5,1	4,8	4,8
	Métropole	2,6	2,6	2,4
Taux de mortalité néonatale précoce[150]	**Mayotte**	2,8	3,6	2,7
	Métropole[151]	1,4	1,8	1,7
Taux de mortalité néonatale tardive[152]	**Mayotte**	2,2	1,2	2,1
	Métropole	0,8	0,8	0,8

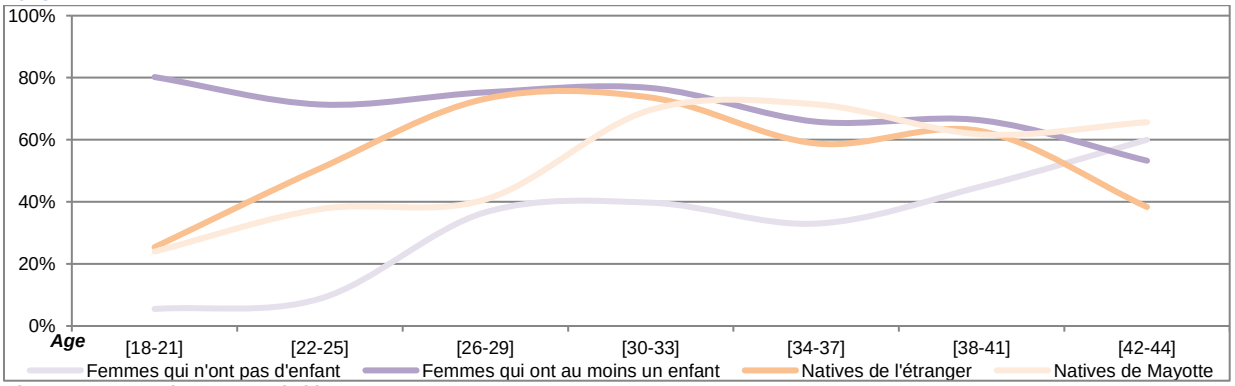
Source : Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2018 [73]

c) Contraception

En 2016, **44 % des femmes de 18-44 ans n'utilisent pas de contraception** [37]. 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** [37]. 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 %) [37]. Chez les **30-33 ans**, le recours est ensuite **plus proche** (60-70 %) [37]. Il se **maintient** avec l'âge chez les **natives de Mayotte** mais **décroit après 40 ans** chez les **natives de l'étranger** [37] (*Figure 157*).

L'utilisation de contraceptif(s) évolue fortement en fonction du nombre d'enfants [37]. **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 [37].
Le recours déclaré à la contraception reste important parmi les femmes jusqu'à 40 ans dès lors qu'elle a un enfant (taux à 80-70 %) [37]. Chez les femmes qui n'ont pas d'enfant, ce recours croit régulièrement selon l'âge : il est de 5 % parmi les femmes de 18-21 ans et de 60 % chez celles âgées de plus de 40 ans [37] (*Figure 157*).
Les femmes qui déclarent n'avoir jamais été en couple ou mariées ont en moyenne 2,8 enfants, tandis que celles qui l'ont été au moins trois fois déclarent trois fois plus d'enfants (6,7) [37].

Figure 157 : 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* [37]

Parmi les femmes ne prenant pas de contraception, le motif le plus souvent cité (*Tableau 42*) est **le fait ne pas avoir (ou peu) de relation(s) sexuelle(s)** : 45 %. 20 % des femmes disent « **ne pas**

[147] Nombre de fœtus morts expulsés après 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g pour 1 000 naissances totales.
[148] Nombre d'enfants domiciliés à Mayotte décédés dans leur première année de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[149] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28ème jour de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[150] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le la première semaine de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[151] Mortalité hospitalière uniquement.
[152] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la deuxième semaine (incluse) et le premier mois de vie pour 1 000 naissances vivantes.

vouloir utiliser de contraceptif » [37]. Le désir d'avoir un enfant est le troisième motif le plus cité : 18 % [37]. Les femmes n'ayant eu aucun enfant (75 % contre 18-26 %) et les jeunes (70 % des 18-24 ans contre 22 % des 35-44 ans) sont largement majoritaires à déclarer ne pas utiliser de contraception car elles n'ont pas ou peu de relation(s) [37].

Parmi les femmes déclarant plus souvent « ne pas vouloir utiliser de contraceptif », sont surreprésentées : **les moins diplômées,** celles se déclarant dans **une situation financière plus précaire,** les mères ayant eu **deux enfants ou plus** et les femmes âgées de **35-44 ans** [37].

Tableau 42 : Motifs cités pour lesquelles les femmes de Mayotte ne prennent pas de contraceptif[153] en 2016

%		Peu/pas de relations sexuelles	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* [37]

Le type de contraceptif le plus souvent cité (*Tableau 43*) est **la pilule** (64 %), suivie de **l'implant** (27 %) et du **stérilet/ dispositif intra-utérin** (DIU) (11 %) [37].
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 %) [37]. 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 %) [37].

6 % des femmes ont cité au moins un moyen de contraception à fort taux d'échec [37]**.** 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 [37].

Tableau 43 : Contraceptifs utilisés et cités par les femmes de Mayotte en 2016

							Méthode à fort taux d'échec						
%		Pilule	Implant	Stérilet, DIU	Préservatif masculin	Injection	Retrait	Analyse du cycle	Abstinence périodique	Méthodes naturelles	Diaphragme, cape cervicale	Au moins une des méthodes citées	Autre
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* [37]

[153] 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 » [37]. Elles sont moins de 2 % chez les plus jeunes et 12 % chez les 35-44 ans [37]. Parmi ces femmes, le premier motif cité est celui des problèmes de santé (26 %), suivi d'un problème de stérilité (21 %) [37]. Toutefois, une femme sur quatre ne sait pas pourquoi elle n'arrive « pas ou plus à avoir d'enfant » [37].

Rapport à la sexualité chez les 10-12 ans

22 % des enfants de 10-12 ans[154] ont déjà **évoqué des thèmes sur la sexualité avec un de leurs proches**, sans distinction entre fille/garçon [50]. Si l'on considère les classes d'âge, ils sont 16 % chez les garçons de 10 ans et 29 % chez les 12 ans [50]. 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 [50].
Parmi ces enfants, les **copains/copines ressortent comme principaux interlocuteurs** (42 %), beaucoup plus chez les garçons (48 % contre 35 %) [50]. Suivis des parents (24 %, sans distinction fille/garçon) et du foundi (21 %) [50]. Des **différences entre garçons et filles sont particulièrement importantes lorsque le frère ou la sœur** (11 %) est cité(e), 17 % chez les filles et 5 % chez les garçons [50].

d) Recours à l'interruption volontaire de grossesse

En 2018, **1 683 IVG ont été réalisés** soit un taux de **18,1 IVG pour 100 naissances vivantes** (30 en Métropole), **demeurant deux fois plus bas qu'en Métropole** : 30 pour 100 naissances vivantes [73] (*Tableau 44*). Se déterminant également comme un **taux pour 1 000 femmes de 15-49 ans** : il est de **26,0** contre 15,0 en Métropole [73].

Tableau 44 : Nombre d'IVG à Mayotte entre 2012 et 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre d'IVG	1 338	1 457	1 513	1 638	1 668	1 615	1 683
Taux d'IVG pour 100 naissances	19,6	21,7	20,3	18,0	17,2	16,9	18,1
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

Source : Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2018 [73]

En 2016, **il est estimé que les femmes vivant à Mayotte sont 10 % à avoir eu recours au moins à une IVG**, dont 3 % à plusieurs reprises [37]. 7 % des 18-24 ans déclarent avoir eu recours à une IVG et 11-12 % chez les plus âgées [37]. L'âge moyen du premier recours à une IVG est de 23 ans et il est de 20 ans pour celles déclarant plusieurs IVG [37].
Sur la période 2013-2014, la **moyenne d'âge de recours à l'IVG était de 26 ans** et les **mineurs** en représentaient **12 %** (1 % concernait des moins de 15 ans) [91]. Le recours à l'**IVG médicamenteuse concernait 74 %** de l'ensemble des IVG réalisées à Mayotte et la part d'IVG médicamenteuses chez les mineures était de 61 % [91].

e) Maladies sexuellement transmissibles

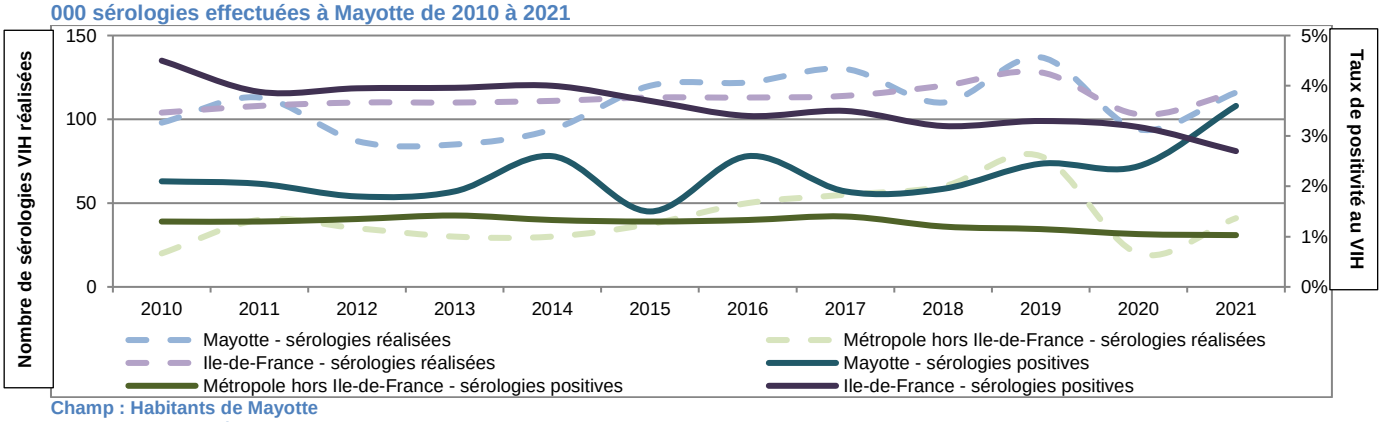
VIH

Avant-propos :
Le dépistage[155] **est réalisé par les professionnels de santé au cours de consultations de soins ou de prévention** au CHM dans le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic/CeGIDD des infections par le VIH[156] [92]. La collecte des déclarations obligatoires de sérologie VIH positive s'est améliorée avec le travail mené en collaboration avec les deux laboratoires de biologie médicale : le CHM et le laboratoire privé Troalen, ainsi qu'une sensibilisation faite sur le sujet depuis 2013-2015 [92].
L'année 2020 a été particulièrement touchée par la crise sanitaire, obligeant une grande partie des professionnels de santé à se consacrer au SARS-CoV-2 [93]. À Mayotte**, la pandémie a entrainé une forte diminution** du recours au dépistage du VIH et des autres IST et donc de leur **déclaration** [93].

Dépistage :
Sur le territoire, **116 sérologies VIH pour 1000 habitants ont été réalisées** en 2021 [93]. Mayotte fait partie des régions présentant un **taux de dépistage** « **moyen** » [93]. Il augmente de +23 % par rapport à 2020 après avoir diminué de près de -29 % par rapport à 2019 [93] (*Figure 158*).

[154] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[155] Le diagnostic du premier cas de Sida à Mayotte est estimé autour des années 1980-début1990 [92]. Les politiques de santé développées pour la prévention du VIH à Mayotte ont privilégié les campagnes d'information et de communication, le dépistage avec la mise en place du CDAG au cours des années 2000 [92]. Jusqu'en 2014, la prise en charge des premiers patients s'effectuait sur le CDAG géré par le Pôle santé publique du CHM [92]. Elle a été transférée ensuite au service de Médecine (infectiologie) du CHM [92].
[156] Quant aux hépatites et infections sexuellement transmissibles, le dépistage est réalisé aux centres de PMI, et par les médecins et sages-femmes libéraux, etc. [92].

Figure 158 : Evolution annuelle du nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants et taux de positivité pour 1 000 sérologies effectuées à Mayotte de 2010 à 2021



Champ : Habitants de Mayotte
Source : SpF, *enquête LaboVIH de 2020* [93]

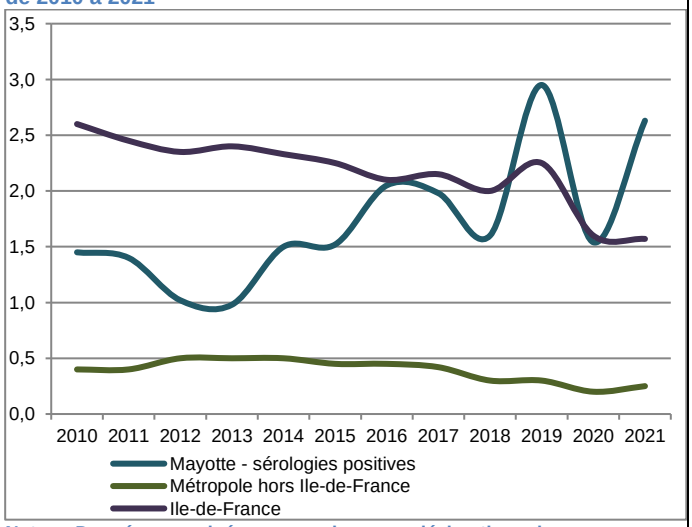
Prévalence :

Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH à Mayotte était de **2,6 pour 10 000 habitants en 2021** [93] (*Figure 159*). **Par rapport aux autres régions**, Mayotte présente le nombre de découvertes de séropositivité au **VIH le plus élevé**, supérieur de +67 % à celui de l'Ile-de-France (1,6 pour 10 000) [93].

Après une première diminution observée entre 2010 et 2013, le taux de découvertes de séropositivité était reparti à la hausse jusqu'à atteindre en 2016 un taux de 2,2 [93]. Une nouvelle diminution a été observée entre 2017 et 2018 (respectivement 2,0 et 1,8) [93].

C'est en 2019 que le nombre de découvertes a atteint son maximum avec 2,9 pour 10 000 habitants, faisant de Mayotte le département avec le plus fort taux [93]. En 2021, ce taux a considérablement augmenté de +84 % par rapport à 2020 [93] (*Figure 159*).

Figure 159 : Evolution du nombre de découvertes de séropositivité au VIH pour 10 000 habitants de Mayotte de 2010 à 2021



Note : Données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration.
Champ : Habitants de Mayotte
Source :SpF, *enquête LaboVIH de 2020* [93]

Profils[157] :

En 2021, à Mayotte, la **majorité des découvertes de séropositivité concerne des femmes** : 53 %, contre 58 % sur la période 2017-2020. La classe d'âge la plus représentée est celle des **25-49 ans** (-9 à 12 points par rapport à la période 2017-2020) [93]. La majorité des personnes ayant découvertes leur séropositivité en 2021 est née hors territoire français (Comores, Madagascar ou Maurice – 53 % - , Afrique sub-saharienne - 24 % -) [93] (*Tableau 45*).

Tableau 45 : Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH à Mayotte de 2017 à 2021

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

Champ : Habitants de Mayotte
Source :SpF, *enquête LaboVIH de 2020* [93]

[157] Parmi les autres facteurs de risque non présentés ici, figure : le multi partenariat (qu'il soit hétérosexuel et homosexuel) et les échanges économico-sexuels (prostitution) [92]. Ils se surajoutent à un contexte de forte précarité, des migrations en provenance de pays touchés (Comores, Madagascar, pays de l'Afrique des grands lacs, etc.) et un « tourisme sexuel » en direction de Madagascar, ce qui implique une vigilance et une incitation forte à la prévention [92].

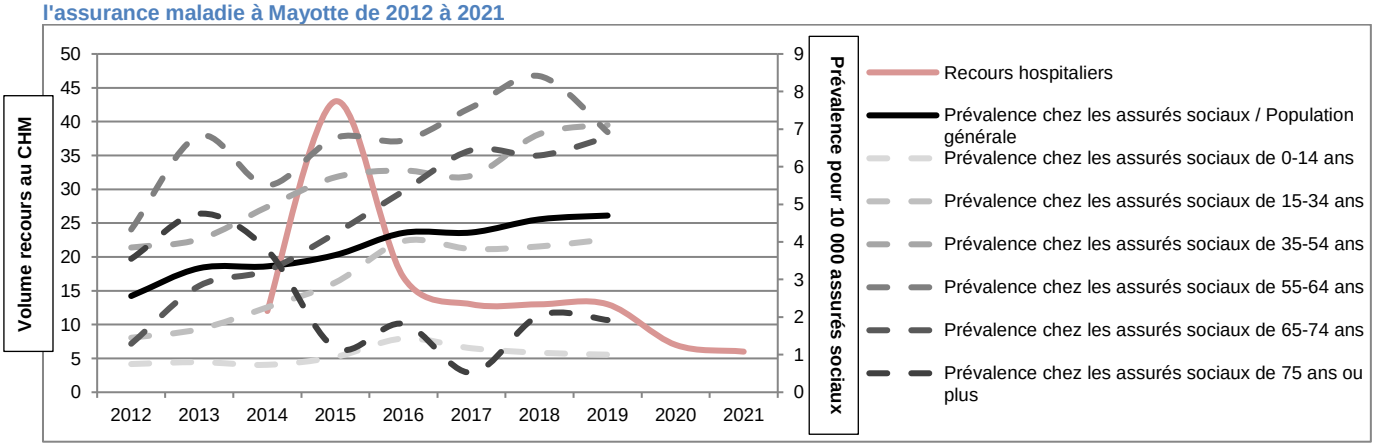
Sur la période de 2015 à 2020, la **majorité** des personnes découvrant leur séropositivité étaient des **diagnostics intermédiaires** [93]. La part des diagnostics **précoces**[158] est restée **inchangée** entre 2015-2016 et 2017-2018 : 24 % [93]. Celle des diagnostics à un stade **avancé** a **légèrement diminué** entre ces deux périodes : respectivement 24 et 19 % [93]. Elle est plus élevée chez les hétérosexuelles : 28 % pour ceux nés à l'étranger et 17 % pour ceux nés en France, et nulle chez les HSH [93]. En 2021, la part des co-infections avec une hépatite B ou d'autres IST avait augmenté, alors que celle avec une coinfection hépatite C avait diminué[159] [93].

Prise en charge :

43 individus ont eu **recours au CHM**[160] en 2015, soit quatre fois plus qu'en 2014 (12). Depuis, **ce volume diminue** et est de 6 à 7 individus pour 2020 et 2021. Sur la période 2014 à 2021, **sept** personnes **sur dix** ayant eu recours au CHM étaient des **hommes**. **Ces derniers consultent le CHM à des âges plus jeunes que les femmes** : quatre sur dix ont moins de 30 ans, contre deux sur dix. Les 30-39 ans sont alors trois fois plus représentés chez les femmes : 34 % contre 13 %. Au-delà de ce seuil, les répartitions sont plus proches (*Figure 160*).

Concernant la **prévalence** déterminée chez les **assurés sociaux**[161], elle **augmente depuis 2012**, de 2,6 pour 1 000 individus à 4,7 en 2019. Comparativement à la Métropole, ce taux est quatre fois inférieur : 19,7 pour 1 000. Ce sont les **35-74 ans qui ont le taux de prévalence le plus fort** : 6,8 à 7,1 pour 1 000 assurés sociaux (*Figure 160*).

Figure 160 : Evolution du nombre de séjours au CHM et de la prévalence déterminée depuis les données de l'assurance maladie à Mayotte de 2012 à 2021



Note concernant les données de l'Assurance Maladie : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [41], trois habitants sur quatre de 18-79 ans [41] et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [45], et trois habitants de 18 ans ou plus sur cinq en 2019 [43].
Champ : Habitants de Mayotte, assurés sociaux pour les données de l'Assurance Maladie
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier en diagnostic principal, Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[158] Définis par un profil virologique de séroconversion, un stade clinique de primo-infection ou un test d'infection récente positif.
[159] Variations à interpréter avec précaution en raison du faible nombre de cas [93].
[160] Déterminé depuis les nomenclatures CIM10 : Immunodéficience humaine virale, à l'origine de maladie infectieuse, parasitaire (B20), de tumeur maligne (B21), d'autres affections précisées (B23), d'autres maladies (B24) et pré-sida sans précision (B24+0).
[161] 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.).

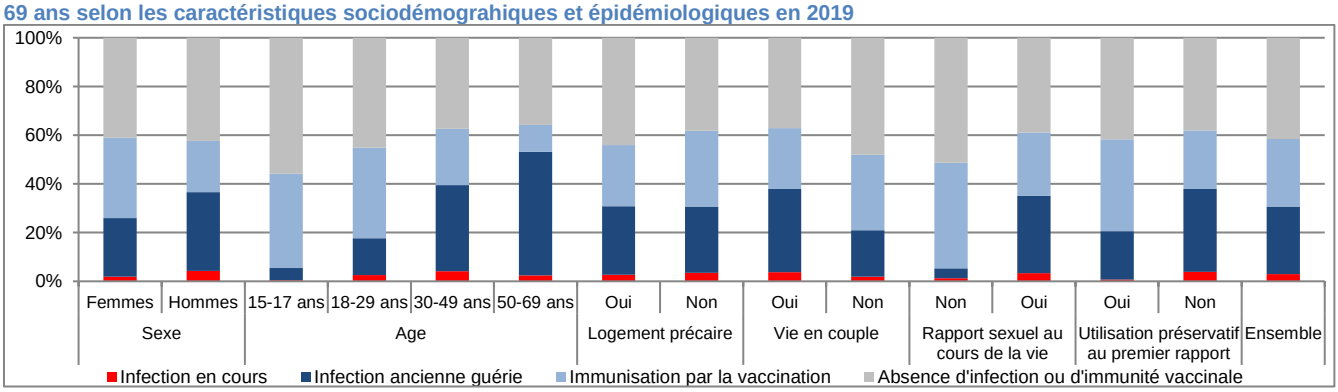
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut 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.

Hépatite B

En 2019, la prévalence de l'infection en cours à l'hépatite B est de 3 % chez les 15-69 ans [59]. Si l'on cumule avec les infections passées, **près d'un tiers de la population a été infectée par cette maladie** et seulement **28 % sont non infectés mais immunisés par la vaccination** [59].
Les hommes sont généralement plus touchés que les femmes (infection en cours et infection ancienne) : 36 % contre 26 %, et **près de la moitié des 50-69 ans** dénote d'une infection à un moment de leur vie [59]. 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 [59]. De même pour l'**utilisation du préservatif lors du premier rapport** : **21 %** pour ceux concernés **contre 38 %** pour ceux n'en ayant pas utilisé [59] (*Figure 161*).
Enfin, la prévalence de la **co-infection hépatite B-hépatite Delta** est de **0,7 %** sur le territoire [59].

Figure 161 : Statut sérologique vis-à-vis du VHB (hépatite B) de la population générale vivant à Mayotte et âgée de 15-69 ans selon les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques en 2019



Champ: Habitants de Mayotte de 15-69 ans
Source: SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [59]

Hépatite C

Concernant l'hépatite C (VHC), la **prévalence de l'infection actuelle ou passée est estimée à 0,2 %,** pour un âge moyen de 56,3 ans et sans réelle distinction en fonction du sexe [59].
Ces résultats, en 2019, confirme que **Mayotte est une zone de faible endémie pour le VHC** [59].

Chlamydia trachomatis

La **prévalence globale**, en 2019, de l'infection à Chlamydia trachomatis[162] est de **9 %** chez les 15-69 ans [93]. **Les femmes sont plus concernées que les hommes** : 11 % contre 7 % [62]. 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 [93].
En 2021, le taux de dépistage[163] des infections à Chlamydia trachomatis chez les 15 ans ou plus est de 10,2 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+31 % par rapport à 2020), soit le plus faible observé en France (41,8) [93]. Le **taux de diagnostiqués positifs est alors de 0,6 pour 1 000 15 ans ou plus** (contre 0,4 en 2020), contre 1,7 pour 1 000 au niveau national [93].

Trichomonas vaginalis

La **prévalence globale**, en 2019, de l'infection à Trichomonas vaginalis[164] est de **8 %** chez les 15-69 ans [93]. **Les femmes sont près de six fois plus concernées que les hommes** : 13 % contre 2 % [93]. 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 avancée (10 % chez les 30-44 ans et 9 % chez les 45-69 ans) [93].

---

[162] L'infection à Chlamydia ne provoque aucun symptôme dans 60 à 70 % des cas, elle est dite, dans ce cas, « 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.
[163] La majorité des dépistages des infections à Chlamydia trachomatis à Mayotte est réalisée dans le secteur privée (98 %).
[164] 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, démangeaisons, au niveau de la vulve et du vagin ; des douleurs lors de la miction (action d'uriner).

Gonoque[165]

En 2021, le taux de dépistage[166] des infections à Gonocoque chez les 15 ans ou plus est de 14,6 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+32 % par rapport à 2020), soit le plus faible observé en France (48,5) [93]. La majorité des cas concernaient des hommes (73 %, tendance confirmée sur la période 2018 à 2020 : 62 %) et la classe d'âge la plus représentée est celle des moins de 26 ans (72 %, similaire à la période 2018 à 2020) [93].
Sur la période 2018 à 2021, 517 individus ont été diagnostiqués positifs [93].

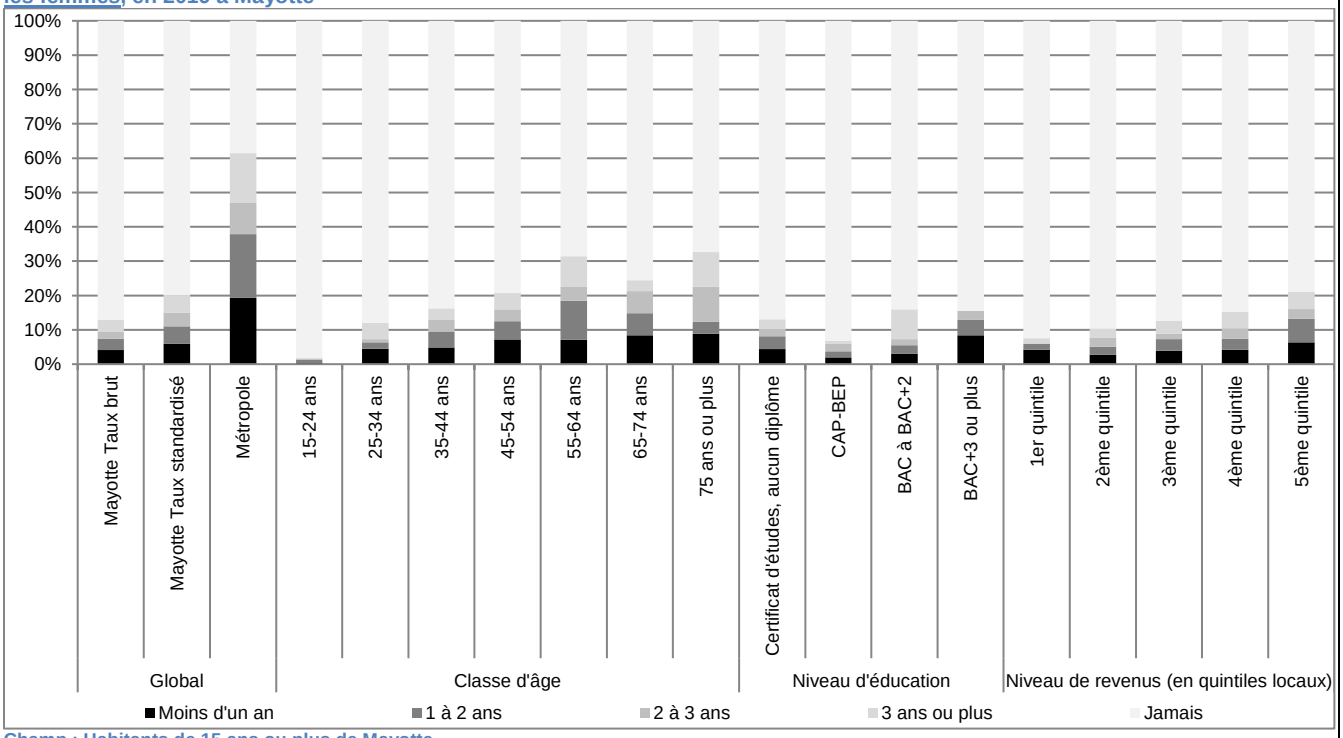
Syphilis

En 2021, le taux de dépistage[167] de la syphilis chez les 15 ans ou plus est de 30,5 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+18 % par rapport à 2020), soit le plus faible observé en France (48,5) [93]. La majorité des cas concernaient des femmes (83 %, similaire à 2020). Chez les femmes de plus de 25 ans, le taux est en constante évolution depuis ces quatre dernières années : 31,6 pour 1 000 à 55,7 ; alors que chez les hommes un constat similaire peut être observé mais dans des proportion bien moindre : respectivement 12,0 et 14,6 pour 1 000 [93].

f) Dépistages du cancer

A Mayotte, **quatre femmes de 15 ans ou plus sur cinq n'ont jamais réalisé de mammographie pour le dépistage du cancer du sein** [44]. A **structure de population équivalente**, les femmes de Mayotte sont **trois fois plus concernées** [44].
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 % [44] (*Figure 162*).

Figure 162 : Durée écoulée depuis la réalisation de la dernière mammographie de dépistage du cancer du sein parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



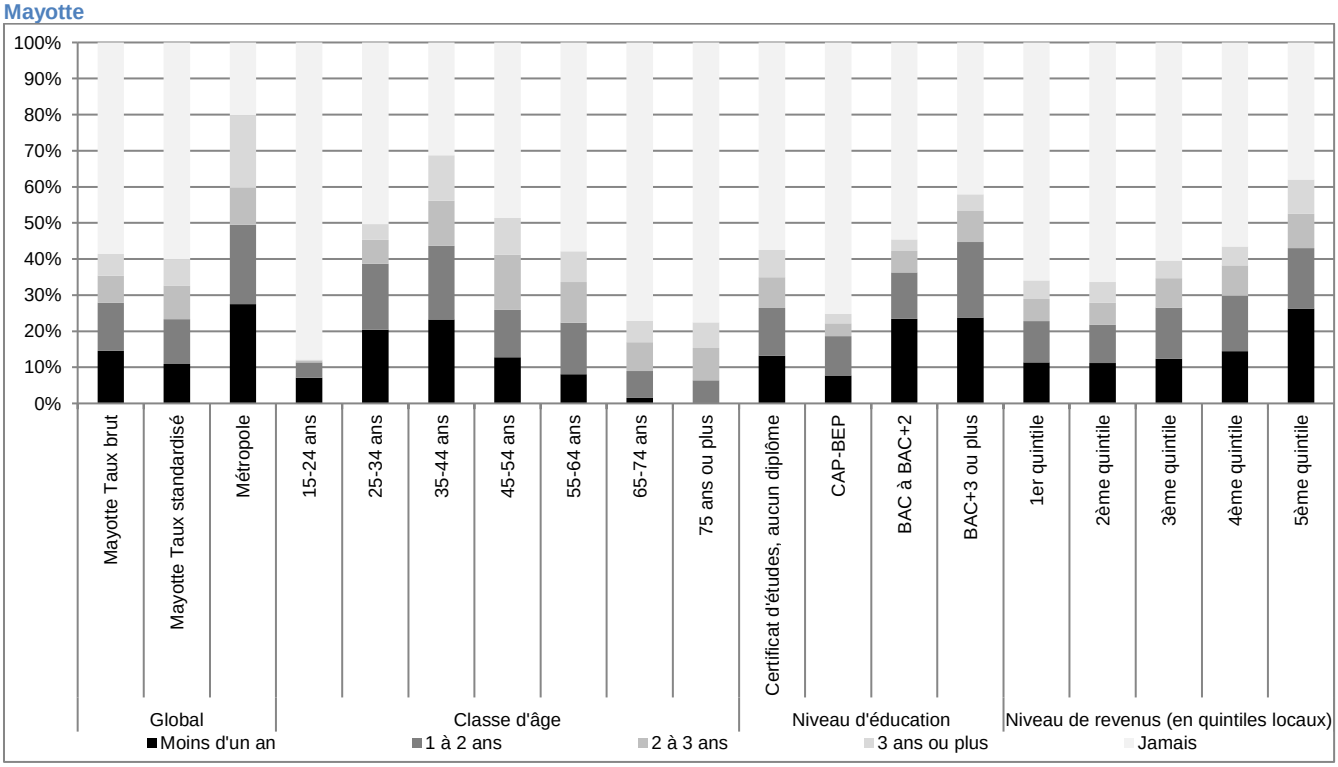
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Concernant le dépistage du **cancer du col de l'utérus**, **trois femmes sur cinq n'en ont jamais réalisé un**, ce qui reste **trois fois plus important** que chez celles de Métropole à **structure de population équivalente** [44].

[165] 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.
[166] La majorité des dépistages des infections à gonocoque à Mayotte est réalisée dans le secteur privée (97 %).
[167] La majorité des dépistages de la syphilis à Mayotte est réalisée dans le secteur privée (99 %).

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 [44] (*Figure 163*)**.**

Figure 163 : Durée écoulée depuis le dernier dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes, en 2019 à Mayotte

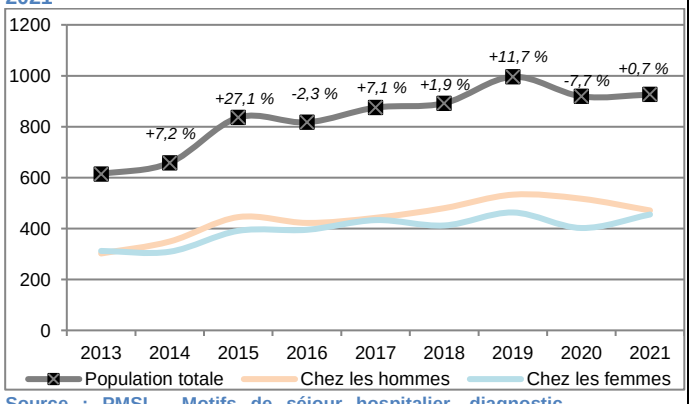


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

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

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » représentent **8 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières ». **9 % chez les femmes** et **7 % les hommes**. En Métropole, ce taux est de 1 %.
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **19,3 jours,** le **taux de recours standardisé est 1,7 fois inférieur** à la Métropole.
« Certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » représentent **2 % des évacuations sanitaires de 2020** (identique en 2019 et 2018).

Figure 164 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » de 2013 à 2021



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

Sur la période de 2019 à 2021, Le premier motif de séjour lié à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » sont les « **affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale** », 42 % chez les femmes et 45 % chez les hommes.
Suivies des **« fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement** » et des « **anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus** » aussi bien chez les femmes (respectivement 19 % et 13 %) que chez les hommes (21 % et 10 %) (*Tableau 46*).

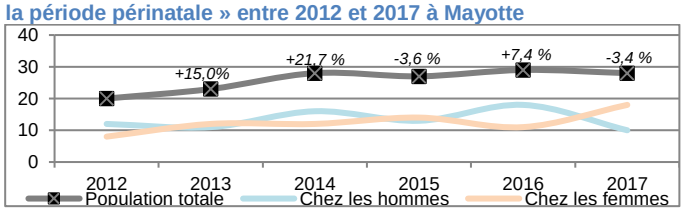
Tableau 46 : Motifs de séjour au CHM liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » de 2019 à 2021 chez les femmes et les hommes

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement	69	88	19	21
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus	46	43	13	10
Traumatismes obstétricaux	2	2	0,5	0,4
Affections respiratoires et cardio-vasculaires spécifiques de la période périnatale	153	191	42	45
Infections spécifiques de la période périnatale	6	10	2	2
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né	19	28	5	7
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né	25	28	7	7
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né	5	3	1,4	0,6
Affections intéressant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né	24	22	7	5
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	18	14	5	3
Total	**367**	**429**	**100**	**100**

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

« **Certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale** » représentent **4 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (4 % chez les hommes et 5 % chez les femmes), soit 155 décès cumulés (80 hommes – 52 % – et 75 femmes – 48 % –) et, en moyenne, **26 décès par an**. L'intégralité des décès concernent des moins de 15 ans.
A structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurent 1,6 fois plus** que les métropolitains et les **habitantes de Mayotte 2,2 fois plus** que les métropolitaines sur la période 2015-2017 et, respectivement, 2,2 fois et 1,9 plus sur la période 2012 à 2014 [86].

Figure 165 : Nombre de décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » entre 2012 et 2017 à Mayotte



Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.
Champ : Décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 47 : Détail des causes de décès domiciliés liées à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

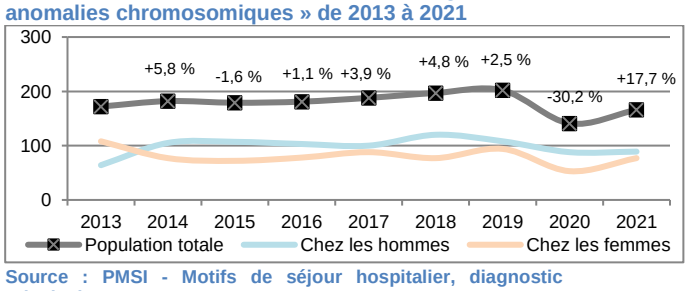
	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement travail et de l'accouchement	11	24	4	11
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus	5	11	2	5
Traumatismes obstétricaux	0	0	0	0
Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale	17	37	18	47
Infections spécifiques de la période périnatale	4	9	6	16
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né	1	2	1	3
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né	0	0	0	0
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né	4	9	0	0
Affections intéressant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né	0	0	0	0
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	4	9	7	18
Somme 2015 à 2017	**46**	**100**	**38**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

h) Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » représentent **1,4 % 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 particulières », quel que soit le sexe. En Métropole, ce taux est de 0,7 %.
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **9,1 jours**, et le **taux de recours standardisé est 5,4 fois inférieur** à la Métropole.

Figure 166 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » de 2013 à 2021



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

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

En moyenne, sur la période de 2019 à 2021, chez les femmes, les principaux motifs de séjour liés à cette nomenclature sont : les « **malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles** » (21 %), la « **fente labiale et fente palatine** » (17 %) et les « **malformations congénitales de l'appareil circulatoire** » (13 %) (*Tableau 48*).
Chez les hommes, le premier motif de séjour est lié aux « **malformations congénitales des organes génitaux** » (21 %), suivies des « **malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles** » (16 %) et la « **fente labiale et fente palatine** » (11 %) (*Tableau 48*).

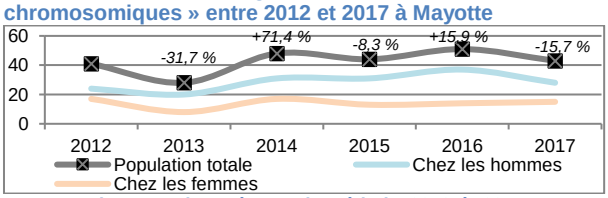
Tableau 48 : Motifs de séjour au CHM liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes	8	7	10	7
Malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou	8	8	11	8
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	10	11	13	11
Malformations congénitales de l'appareil respiratoire	0	4	0	4
Fente labiale et fente palatine	12	11	17	11
Autres malformations congénitales de l'appareil digestif	4	5	5	5
Malformations congénitales des organes génitaux	2	20	3	21
Malformations congénitales de l'appareil urinaire	2	4	3	4
Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles	15	15	21	16
Autres malformations congénitales	9	10	12	10
Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs	4	2	5	2
Total	**75**	**95**	**100**	**100**

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

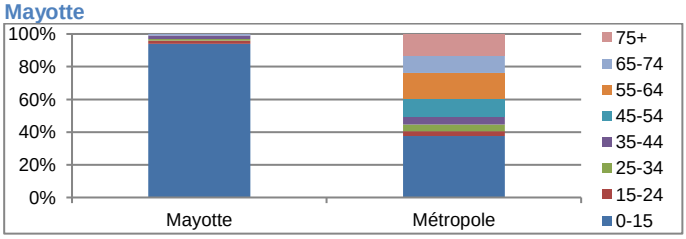
Les « **malformations congénitales et anomalies chromosomiques** » représentent **4 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (sans distinction entre hommes et femmes), soit 147 décès cumulés (74 hommes – 50 % – et 73 femmes – 50 % –) et, en moyenne, **25 décès par an**.
A structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurent 2,4 fois plus** que les métropolitains et les **habitantes de Mayotte 2 fois plus** que les métropolitaines sur la période 2015-2017 et, respectivement, 1,8 et 2,1 fois plus sur la période 2012 à 2014 [86].

Figure 167 : Nombre de décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » entre 2012 et 2017 à Mayotte



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

Figure 168 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » sur la période de 2015-2017 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 49 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

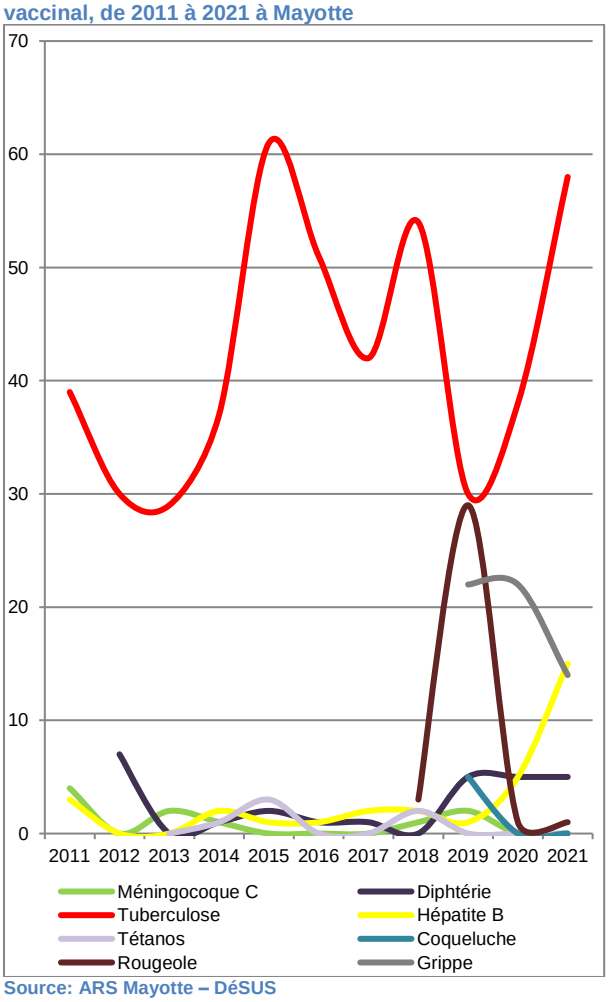
	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Malformations congénitales du système nerveux	10	22	6	14
Malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou	0	0	0	0
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	16	35	9	21
Malformations congénitales de l'appareil respiratoire	1	2	2	5
Fente labiale et fente palatine	0	0	0	0
Autres malformations congénitales de l'appareil digestif	1	2	3	7
Malformations congénitales des organes génitaux	0	0	0	0
Malformations congénitales de l'appareil urinaire	0	0	1	2
Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles	1	2	5	11
Autres malformations congénitales	7	15	13	30
Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs	10	22	5	11
Somme 2015 à 2017	**46**	**100**	**44**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés à aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

3 – Couverture vaccinale

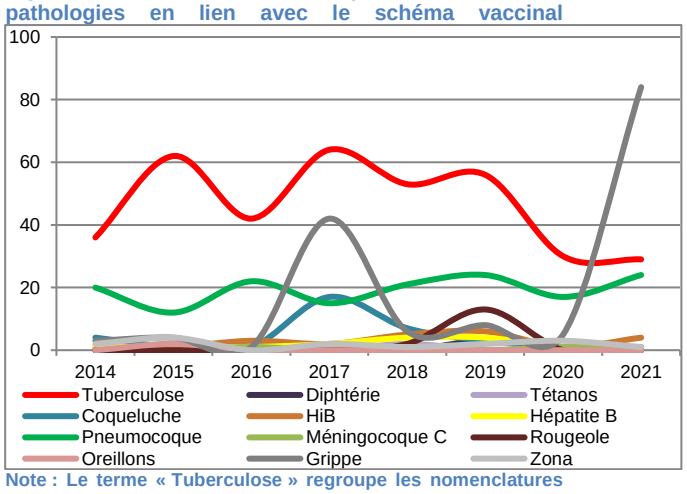
a) Cas recensés

Figure 169 : Cas déclarés auprès du DéSUS des différentes pathologies en lien avec le schéma vaccinal, de 2011 à 2021 à Mayotte



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

Figure 170 : Recours au CHM pour les différentes pathologies en lien avec le schéma vaccinal



Note : Le terme « Tuberculose » regroupe les nomenclatures CIM-10 « A15-tuberculose de l'appareil respiration, avec confirmation », « A16-Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation », « A18-tuberculose d'autres organes », « M490-Tuberculose vertébrale ». Le terme « Diphtérie » concerne la nomenclature « A36-Diphtérie ». Le terme « Tétanos » concerne la nomenclature « A35-Tétanos, NCA ou SAI ». Le terme « Coqueluche » concerne la nomenclature « A37-Coqueluche ». Le terme « HiB » concerne la nomenclature « J14-pneumopathie due à Haemophilus Influenzae ». Le terme « Hépatite B » concerne la nomenclature « B16-Hépatite aigue B ». Le terme « Pneumocoque » concerne la nomenclature « G00-méningite bactériologie, NCA ». Le terme « Méningocoque C » concerne la nomenclature « A39-infection à méningocoque ». Le terme « Rougeole » concerne la nomenclature « B5-Rougeole ». Le terme « Oreillons » concerne la nomenclature « B26-Oreillons ». Le terme « Grippe » regroupe les nomenclatures « J09-Grippe, à virus grippal zoonotique ou pandémique identifié », « J10-Grippe, à autre virus grippal saisonnier identifié », « J11-Grippe, virus non identifié ». Le terme « Zona » concerne la nomenclature « B02-zona ».
Champ: Habitants de Mayotte – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Source: PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

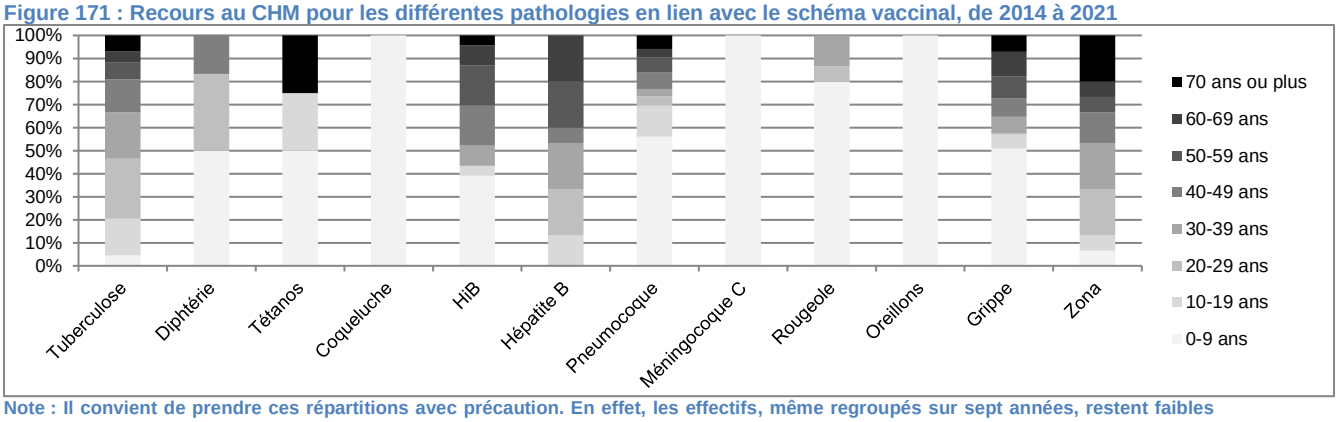
Parmi les **pathologies en lien avec le schéma de couverture vaccinale** (*Figures 169 & 170*) recensant le plus de cas sur le territoire, on peut observer : la **tuberculose**[168] avec une moyenne de 46 cas déclarés par an au DéSUS de l'ARS Mayotte pour 47 hospitalisations de 2014 à 2021. Cependant, depuis 2019, la circulation de la tuberculose semble diminuer en dépit d'un pic en 2021 non confirmé par les hospitalisations. L'**hépatite B** représente une moyenne de 4 cas pour 1,9 hospitalisation par an. En termes de cas déclarés, cette moyenne est surtout portée par les années 2019 à 2021 avec notamment 15 cas pour la dernière tandis que du point de vue des hospitalisations, le pic était atteint sur la période **2018-2019** avec 4 individus ayant eu recours au CHM contre, sur la période 2020-2021, une moyenne de 1 cas par an constatée. Enfin, la troisième pathologie qui ressort est la **diphtérie**, avec 3 cas en moyenne pour 0,8 hospitalisation par an. Pour la première moyenne, on peut voir que les années les plus touchées sont surtout celles de 2012 (7 cas) et de la période 2019 à 2021 (5 cas en moyenne), les années se situant entre présentent un creux. En termes d'hospitalisations, seule l'année **2019** confirme le **regain de la circulation** de la diphtérie avec 3 individus ayant eu recours au CHM.
Concernant les autres pathologies pour lesquels une circulation importante peut être constatée depuis les données hospitalières : le **pneumocoque**[169] avec une moyenne d'hospitalisations de 19 individus

[168] La tuberculose ne peut être vu que partiellement comme une maladie à prévention vaccinale. En effet, le vaccin protège uniquement contre les formes graves chez l'enfant.
[169] Le vaccin contre le pneumocoque est réservé aux enfants et aux immunodéprimés, les chiffres présentés ici ne font pas de distinction entre personne éligible et non éligible.

par an sur la période 2014 à 2021 et notamment un maximum observé en 2019 et 2021 : 24 hospitalisations. La **grippe** connaît un effet similaire et même plus accentué avec un pic observé en 2017 : 42 hospitalisations et le double en 2021 : 84.
A noter que concernant la **poliomyélite** et la **rubéole**, **aucune hospitalisation** n'a été observée.

Outre les pathologies relatives aux enfants (Coqueluche, Méningocoque C et Oreillons), on peut constater que pour les hospitalisations associées à la **tuberculose**, l'**HiB**, l'**hépatite B** et le **Zona**, la moitié des individus concernés a **moins de 40 ans**. Concernant la **grippe, l'âge médian** se situe cette fois-ci à **20 ans**, **10 ans** pour le **pneumocoque**. Enfin, concernant la **rougeole**, **quatre sur cinq** ont également **moins de 10 ans** (*Figure 171*).

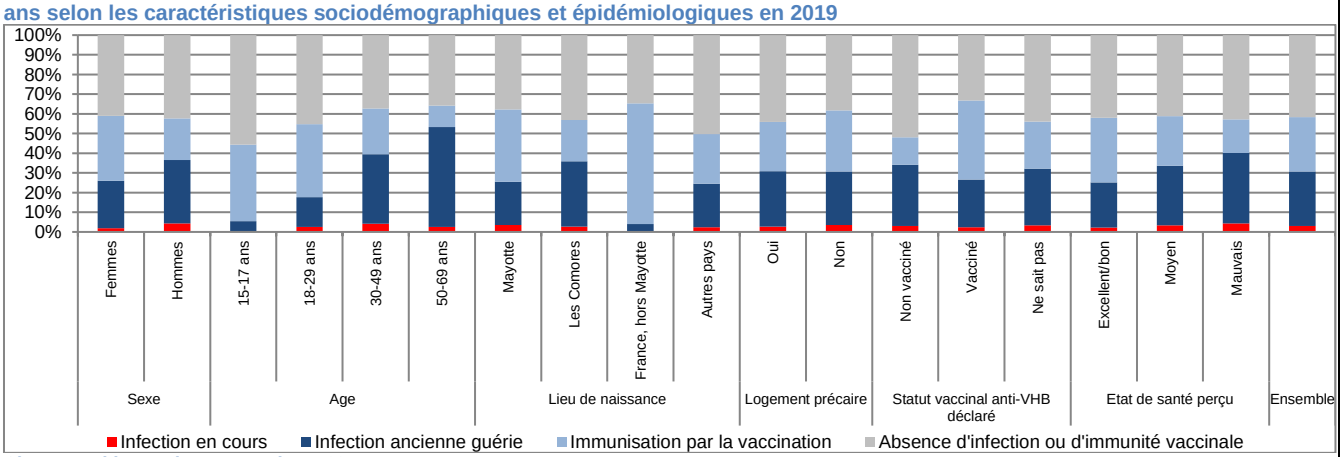
Figure 171 : Recours au CHM pour les différentes pathologies en lien avec le schéma vaccinal, de 2014 à 2021



Note : Il convient de prendre ces répartitions avec précaution. En effet, les effectifs, même regroupés sur sept années, restent faibles pour la diphtérie (N = 6), le tétanos (N = 4), l'HiB (N = 23), l'hépatite B (N = 15), le méningocoque C (N = 3), la rougeole (N = 15), les oreillons (N = 2) et le zona (N = 15).
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

En 2019, la prévalence de l'infection en cours à l'hépatite B[170] est de 3 % chez les 15-69 ans [59]. Si l'on cumule avec les infections passées[171], **près d'un tiers de la population a été infectée par cette maladie** et seulement **28 % sont non infectés mais immunisés par la vaccination**[172] [59].
Les hommes sont généralement plus touchés que les femmes (infection en cours et infection ancienne) : 36 % contre 26 %, et **près de la moitié des 50-69 ans** dénote d'une infection à un moment de leur vie [59].
En fonction du lieu de naissance, les français **nées hors Mayotte sont ceux qui ont le taux d'infection le plus faible** : 4 % contre 26 % des natifs de Mayotte (36 % pour ceux des Comores) et **d'immunité par la vaccination le plus fort** : 62 % contre 37 % des natifs de Mayotte (21 % des Comores) [59] (*Figure 172*).

Figure 172 : Statut sérologique vis-à-vis du VHB (hépatite B) de la population générale vivant à Mayotte âgée de 15-69 ans selon les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques en 2019



Champ: Habitants de Mayotte de 15-69 ans
Source: SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [59]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[170] AgHBs(+).
[171] AcHBc(+), AgHBs(-), +/- AcHBs(+).
[172] AgHBs(+), AcHBc(-), AgHBs(-).

b) Les épidémies

Deux épidémies en lien avec un défaut de couverture vaccinale ont été recensées.
En **2017**, **15 cas** de **Coqueluche** sont observés et **21 cas en 2018**. Il s'agit majoritairement d'enfants de **moins d'un an**. 80 % des cas diagnostiqués depuis 2017 n'ont **aucune couverture vaccinale**. Les communes les plus touchées sont : **Mamoudzou** et **Koungou**. Cette année-là, deux nourrissons atteints de cette pathologie sont décédés en réanimation.
En **2019**, **29 cas** de **Rougeole** sont observés, en nette augmentation par rapport à l'année précédente. Dans sept cas sur dix il s'agit d'un enfant de **moins de 18 mois**. Les communes les plus touchées sont : **Mamoudzou**, **Koungou** et **Acoua**.

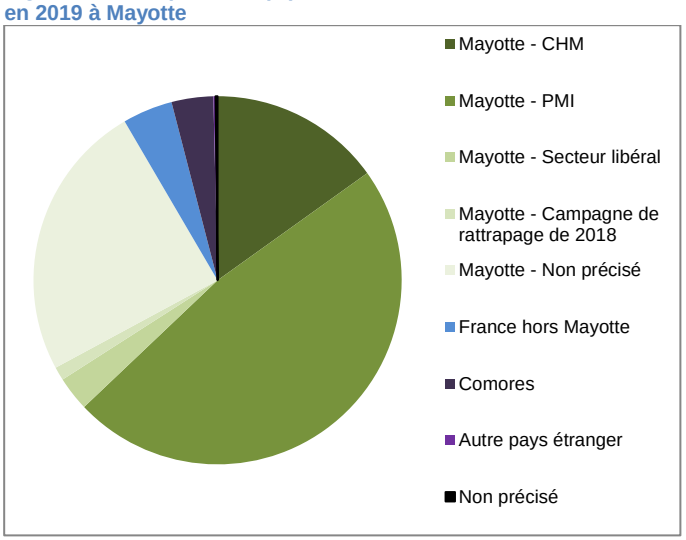
c) Lieux de vaccination

En 2018, en réponse à l'alerte lancée par SpF sur la menace épidémique qui pesait sur l'île de Mayotte, le directeur général de la santé a chargé l'ARS de mener une **campagne de rattrapage vaccinal à destination des enfants de moins de 6 ans** [55]. **Sur les 23 955 enfants** s'étant présentés dans les centres de vaccination, **plus de la moitié a nécessité un rattrapage vaccinal** pour un à trois des vaccins proposés [55]. La couverture vaccinale était insuffisante, quel que soit l'âge des enfants [55]. Elle atteignait des **taux inquiétants chez les moins de 2 ans** (plus de 80 % des enfants non à jour) [55]. Les taux de couverture vaccinale pour les premiers rappels étaient **insuffisants pour tous les antigènes chez les 15 mois et plus** : 76 % pour le DTPC, 70 % pour HiB, 77 % pour l'hépatite B et moins de 50 % pour le pneumocoque [55]. Seuls 70 % des enfants de 24 mois et plus avaient reçu les deux doses de ROR [55]. La **vaccination contre le BCG**, majoritairement administrée au CHM à la naissance, était la seule à montrer des **résultats satisfaisants** : 89 % des enfants avaient reçu la dose unique [55].

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 [94] (*Figure 173*).

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) [94]. L'information du lieu exact était manquante pour près d'un quart des injections réalisées à Mayotte (27%) [94] (*Figure 173*).

Figure 173 : Répartition (%) des lieux de vaccination en 2019 à Mayotte



Champ : Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans et 14-16 ans et enfants
Source : ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [94]

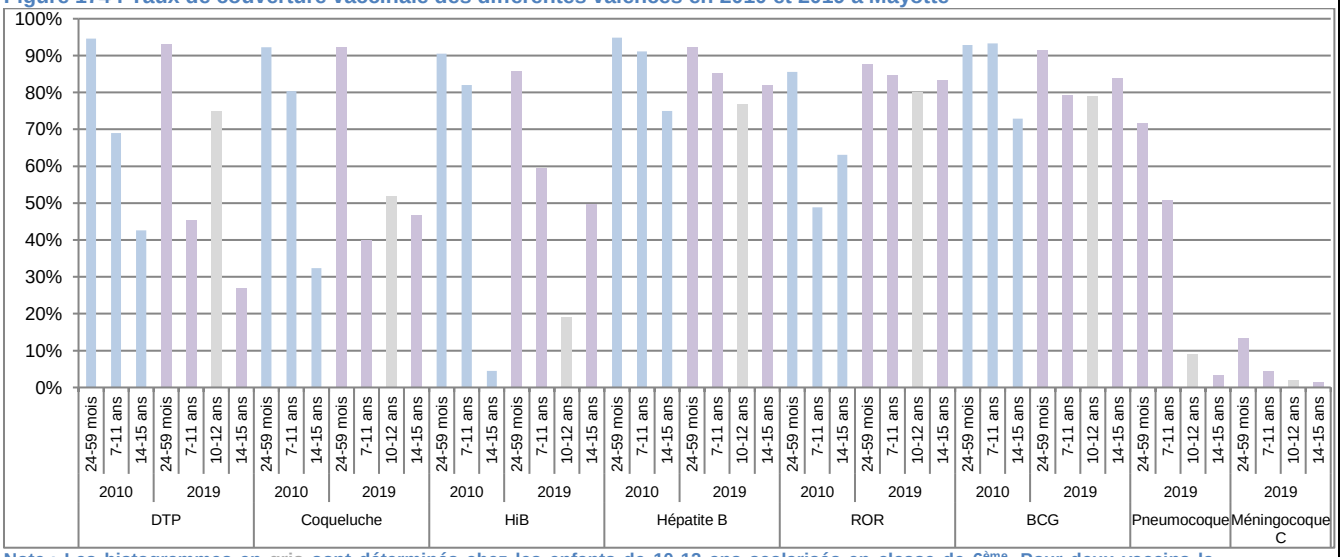
Que ce soit chez les **moins d'un mois** (94 %) ou les **6 ans ou plus** (76 %), le **principal lieu de vaccination reste le CHM**[173] depuis 2003 et 2011 [94].
La **PMI** représente le principal lieu de vaccination des enfants de **1 mois à 6 ans** avec **82 %** d'enfants concernés [94]. Toutefois, depuis 2007, **cette part diminue nettement** : de **93 % sur la période 2007-2010** à **74 % sur 2015-2019** [94].
La **montée en puissance progressive du secteur libéral explique ce constant**. Il réalisait moins de 1 % des injections entre 2003 et 2006, le triple (3 %) en 2007-2010, et 5 à 6 % sur la période 2011-2019 [94].

[173] 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 [94].

d) Evolution de la couverture vaccinale

Quel que soit la valence observée, le premier constat marquant est la **forte chute du taux de couverture entre les 24-59 mois et les 14-15 ans**, aussi bien en 2010 qu'en 2019 [94]. Les baisses **les plus marquées** en 2019 sont alors pour le **pneumocoque** : 72 % chez les 24-59 mois à 4 % chez les 14-16 ans (-68 points), liée 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) [94] (*Figure 174*).

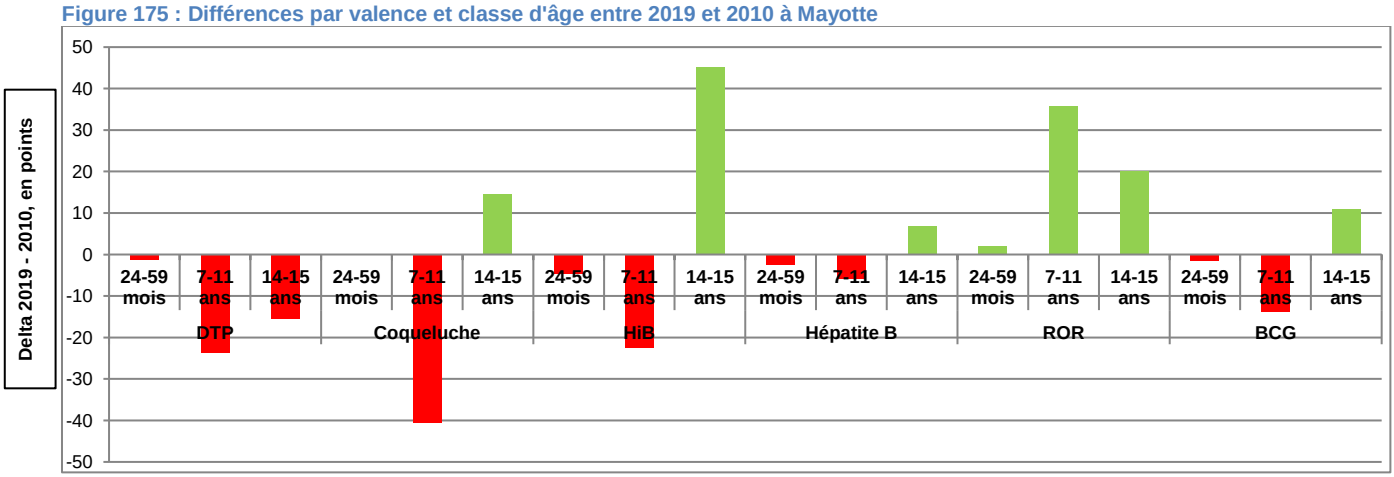
Figure 174 : Taux de couverture vaccinale des différentes valences en 2010 et 2019 à Mayotte



Note : Les histogrammes en gris sont déterminés chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème. 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 et 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 6ème et 14-16 ans
Source: ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [94] et ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Entre 2010 et 2019 **la couverture vaccinale ne s'est améliorée que pour une partie des vaccins** et des classes d'âge [94]. Ainsi, à l'exception du ROR, les **7-11 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 [94]. **Même constat**, dans des mesures beaucoup moins fortes, **pour les 24-59 mois** [94]. Cependant, concernant les **14-15 ans** et sauf pour le DTP, **la couverture augmente** sur toutes les valences : +45 points pour le HiB, +20 points pour le ROR et +15 points pour la coqueluche [94] (*Figure 175*).

Figure 175 : 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* [94]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Tableau 50 : Statut vaccinal à 2, 7 et 14 ans en fonction de l'âge en 2019 à Mayotte

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

Champ: Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, 10-12 ans et 14-16 ans
Source: ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [94]

Tableau 51 : Statut vaccinal à 2, 7 et 14 ans en fonction de l'âge en 2010 à Mayotte

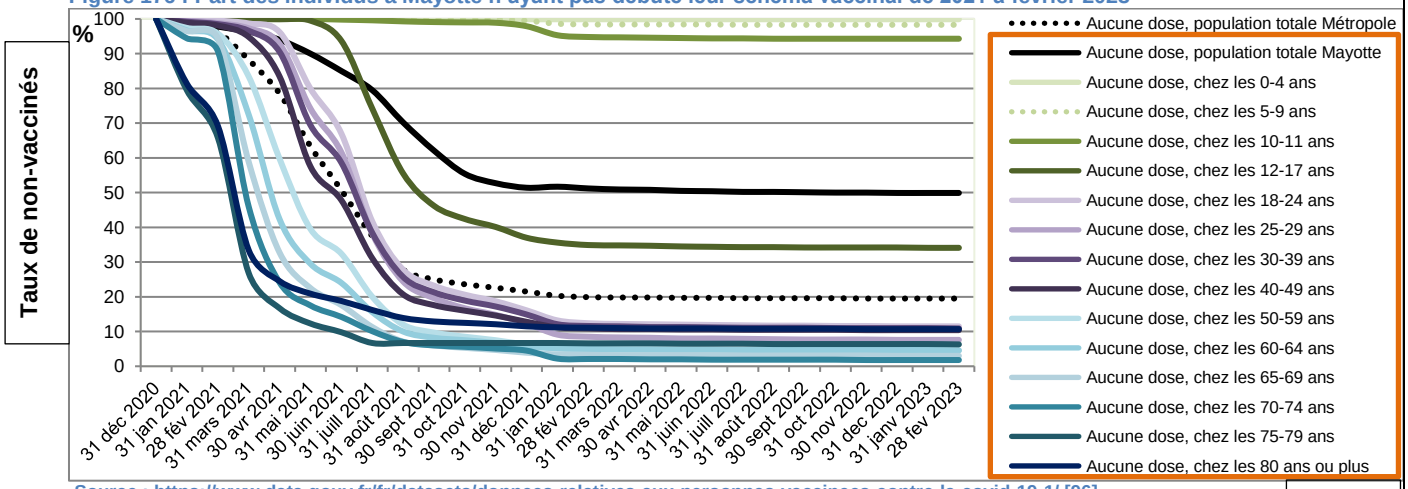
	24-59 mois	7-11 ans		14-15 ans		
%	A jour à 2 ans	A jour à 2 ans	A jour à 7 ans	A jour à 2 ans	A jour à 7 ans	A jour à 14 ans
DTP	79	58	29	49	16	42
Coqueluche	78	50	77	30	43	29
Hépatite B	93	85	90	62	69	74
HiB	78	56	77	2	3	3
ROR	67	2	43	0,4	19	57
BCG	91	89	93	66	70	73

Champ: Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, 10-12 ans et 14-16 ans
Source: ARS-InVS, *enquête couverture vaccinale de 2010* [95]

Vaccination contre la Covid-19

La campagne vaccinale contre la Covid-19 a démarré en janvier 2021. **Elle a connu deux phases à Mayotte** : avant octobre 2021 avec une progression de +4,5 points par mois en moyenne [96]. Depuis, **elle ralentit nettement et augmente seulement de +0,3 point par mois** [96]. Cet effet est également observé en France entière où la campagne a connu un frein net un mois avant Mayotte [97]. En population générale et à la date de **fin février 2023**, **la moitié des individus n'ont pas démarré leur schéma vaccinal à Mayotte**, soit 30 points de plus qu'en métropole (20 %) [96] [97]. Logiquement faible chez les moins de 12 ans du fait des recommandations (<6 %), ce taux se porte à 34 % chez les 12-17 ans [96]. Il diminue de manière significative chez les 18-49 ans d'au moins 26 points puis augmente à 11 % chez les 80 ans ou plus [96] (*Figure 174*).

Figure 176 : Part des individus à Mayotte n'ayant pas débuté leur schéma vaccinal de 2021 à février 2023



Source : https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/ [96]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Mayotte

En fin 2021, le **principal motif** de **non vaccination contre la Covid-19** cité pour les personnes concernées est le **manque de temps** : **34 %** des habitants de 15 ans ou plus [98]. Il est ainsi cité comme étant la première raison chez la majorité des profils de cette population et, lorsque ce n'est pas le cas, comme seconde voire troisième raison [98]. Les individus qui **ne le citent qu'en 3ème position** sont : les 75 ans ou plus (11 %), les ménages disposant de plus de 1 090 euros par mois et par unité de consommation (14 %) et les individus dont la catégorie socio-professionnelle est « employés » (27 %) ou « cadres et professions intellectuelle supérieures » (21 %) [98]. Et à l'exception de ces derniers, les autres déclarent alors comme premier et second motifs : le fait d'avoir peur du vaccin « Covid-19 » et d'être, plus généralement, contre les vaccins [98].
Le **second motif** le plus souvent cité est la **peur du vaccin** : **29 %** des personnes non-vaccinées. Outre les profils présentés ci-avant, ce sont également les 45-54 ans (35 %), les 65-74 ans (34 %), les

femmes (35 %), les ménages vivant dans des maisons en dur (31 %), les français nés à Mayotte (32 %) ou à l'étranger (37%), les ménages disposant d'un revenu compris entre 140 et 1 090 euros par mois par unité de consommation (34 %) et les « cadres et professions intellectuelles supérieures » (27 %) qui sont les plus concernés [98]. Le **troisième motif** principal de non recours à la vaccination est le fait d'**être plus généralement contre les vaccins** : **14 %** [98].
Concernant les autres motifs, **5 %** des non vaccinés déclarent la **peur de la police aux frontières** (PAF), notamment les ménages ayant recours à l'eau en dehors de leur foyer (12 %) [98]. Sur une part comparable, **5 % ne voient pas l'intérêt de se faire vacciner contre la Covid-19** et ce sont les « cadres et professions intellectuelles supérieures » ainsi que ceux estimant que la Covid-19 est une maladie sans gravité qui citent ce motif le plus souvent : respectivement 23 % et 17 % [98]. **La distance avec les centres de vaccination** est déclarée par **4 %** des non vaccinés et l'on retrouve les 75 ans ou plus parmi ceux-là citant le plus souvent (7 %) [98]. Viennent ensuite les **motifs médicaux**, cités par **3 %** dont principalement les « cadres et professions intellectuelles supérieures » (8 %) [98]. Enfin, les **problèmes d'accessibilité**, concernant **3 %** des non vaccinés et plus particulièrement les 65-74 ans et les français natifs de l'étranger (6 %) [98].

e) Respect des schémas vaccinaux

En 2019, concernant la vaccination du **DTP**, de l'**HiB** et de la **coqueluche**, pour les **primovaccinations** et les **premiers rappels** on constate des **retards** : de l'ordre de 1 mois pour la moitié des 24-59 mois (*Tableau 52*), de un à trois mois pour la moitié des 7-11 ans (*Tableau 53*) et de 2 à 4 mois pour la moitié des 14-16 ans[174] [94] (*Tableau 54*). Moins d'un quart des 7-11 ans a eu le rappel à six ans (DTP, coqueluche) [94]. Pour la moitié des 7-11 ans, un retard supérieur à 10 mois avait été observé [94]. **Le retard pour le rappel des six ans est encore plus important chez les 14-16 ans** (DTP uniquement, pas de rappel coqueluche pour cette classe d'âge) : seulement un quart des enfants ont été vaccinés avec moins de dix mois de retard et la moitié avec un retard supérieur à deux ans [94]. Par contre, **le rappel des 11-13 ans** (DTP, coqueluche) **a été réalisé sans retard pour plus de 75 % des 14-16 ans** [94]. Pour le **ROR**, **près de la moitié des 24-59 mois** (*Tableau 53*) **ont complété leur vaccination en retard** (âge médian à la deuxième injection de 18 mois alors que cette vaccination est recommandée à 16-18 mois), près d'**un quart pour plus de cinq mois** [94]. Pour les deux autres catégories, l'âge au moment de la deuxième injection est plus délicat à apprécier du fait de modifications concomitantes du calendrier vaccinal [94]. **L'âge médian de la deuxième injection** est de : 21 mois chez les 7-11 ans[175] (*Tableau 53*) et 23 mois chez les 14-16 ans[176] (*Tableau 54*) [94]. Pour la vaccination de l'**hépatite B**, quelle que soit la classe d'âge considérée (*Tableaux 52, 53 & 54*), pour les **trois quarts la première vaccination correspond au premier mois de vie**[177], la vaccination à la naissance étant recommandée depuis 2006 à Mayotte [94]. Les injections suivantes ont également été réalisées avec peu de retard, **l'âge médian de la troisième dose** étant de : 11 mois chez les 24-59 mois[178] (*Tableau 52*) et de 8 mois pour les deux autres classes d'âge[179] (*Tableaux 53 & 54*) [94].
L'âge médian lors de l'injection BCG est de 0 mois chez les 24-59 mois (*Tableau 52*) contre 2 mois chez les 7-11 ans (*Tableau 53*) et les 14-16 ans (*Tableau 54*) [94]. Une très large majorité (84 %) **des 24-59 mois ont reçu le BCG dans leur premier mois de vie** (*Tableau 52*) contre 19 % des 7-11 ans (*Tableau 53*) et 15 % des 14-16 ans (*Tableau 54*), ce qui est conforme aux recommandations[180] [94]. Plus de la moitié des enfants ont reçu la **première dose de pneumocoque avec un retard supérieur à un mois** et **un retard supérieur à deux mois pour les deuxième et troisième doses** [94] (*Tableaux 52 & 53*). Enfin, concernant la vaccination pour le **méningocoque C**, elle est recommandée depuis 2010[181]. **L'âge médian de la première dose** est de [94] : 23 mois chez les 24-59 mois[182] (*Tableau 52*), 25 mois chez les 7-11 ans[183] (*Tableau 53*) et 76 mois (6 ans) chez les 14-16 ans[184] (*Tableau 54*).

[174] Un mois de retard minimum pour 75 % des enfants [94].
[175] Deuxième dose recommandée à 16-18 mois pour les plus jeunes et deux ans pour les plus âgés [94].
[176] Deuxième dose recommandée à deux ans pour les plus jeunes et entre trois et six ans pour les plus âgés [94].
[177] 84 % des 24-59 mois, 76 % des 7-11 ans et des 14-16 ans [94].
[178] Âge recommandé depuis 2013 [94].
[179] Dans les recommandations en vigueur avant 2013 [94].
[180] La recommandation de vacciner dès la naissance a été mise en place à Mayotte en 2012, soit après la naissance des enfants des deux dernières classes d'âge [94].
[181] En dose unique de rattrapage pour les enfants nés avant 2017, en dose unique à un an pour les enfants nés entre 2010 et 2017, puis en deux doses à partir de 2017 [94].
[182] Alors que les recommandations en cours pour cette classe d'âge étaient de 1 an [94].
[183] Les enfants les plus âgés de cette classe d'âge avaient deux ans quand cette vaccination a été recommandée [94].
[184] Les enfants avaient entre cinq et sept ans en 2010 quand cette vaccination a été recommandée [94].

Tableau 52 : Distribution des âges aux injections pour les différents vaccins chez les 24-59 mois en 2019 à Mayotte

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

Champ: Enfants de 24-59 mois
Source: ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [94]

Tableau 53 : Distribution des âges aux injections pour les différents vaccins chez les 7-11 ans en 2019 à Mayotte

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

Note : * Le schéma classique a été indiqué. Les recommandations étaient de réaliser 2 primovaccinations séparées de 1 mois puis un rappel 5 à 12 mois après la deuxième primovaccination. ** A partir de 2013, la seconde dose de ROR est recommandée à 16-18 mois, avant 2013, elle était recommandée à 2 ans. Une partie des enfants de 7-11 ans ont eu 2 ans avant 2013 et donc aurait dû recevoir la seconde injection à 2 ans. L'autre partie a eu 2 ans après 2013 et aurait dû recevoir la seconde injection à 16-18 mois.
Champ: Enfants de 7-11 ans
Source: ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [94]

Tableau 54 : Distribution des âges aux injections pour les différents vaccins chez les 14-16 ans en 2019 à Mayotte

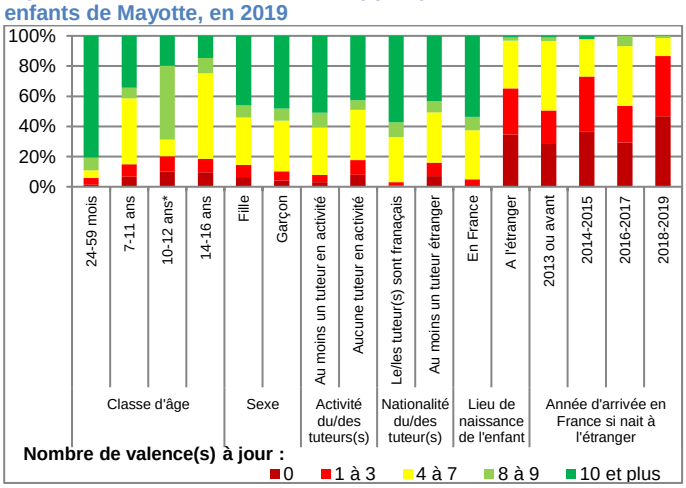
Age (en mois) au moment de l'injection		Moyenne	Min	Q1	Médiane	Q3	Max
BCG	1ère dose	6,9	0,0	1,0	2,0	3,0	161,3
DTP	Primo 1 (2 mois)	20,2	0,0	3,0	4,0	5,9	184,6
	Primo 2 (3 mois)	15,1	1,0	4,0	5,3	7,0	170,6
	Primo 3 (4 mois)	13,3	3,0	6,0	7,9	9,6	167,7
	Rappel 1 (16-18 mois)	30,1	6,0	18,7	20,9	26,9	170,7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

Note : * Le schéma classique a été indiqué. Les recommandations étaient de réaliser 2 primovaccinations séparées de 1 mois puis un rappel 5 à 12 mois après la deuxième primovaccination. ** A partir de 2006 (et jusqu'à 2013), la seconde dose de ROR est recommandée à 24 mois. Avant 2006, elle était recommandée entre 3 et 6 ans. Une partie des enfants de 14-16 ans ont eu 2 ans après 2006 et donc aurait dû recevoir la seconde injection à 2 ans. L'autre partie a eu 2 ans avant 2006 et aurait dû recevoir la seconde injection à 3-6 ans.
Champ: Enfants de 14-16 ans
Source: ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [94]

f) Profils à risque

En fonction de l'âge, la couverture vaccinale (globale) **diminue nettement de -66 points** : 81 % des 24-59 mois à jour pour dix valences et plus, à 34 % chez les 7-11 ans [94], 20 % chez les 10-12 ans [99] et 15 % chez les 14-16 ans [94]. **Un enfant de 14-16 ans sur dix n'est à jour pour aucune valence** contre 10 % des 10-12 ans [99], 7 % des 7-11 ans [94] et **seulement 1,3 % des 24-59 mois** [94] (*Figure 177*). 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 %) [94]. Elle est également **liée à la nationalité du/des tuteur(s)** : 57 % des enfants ayant leur(s) tuteur(s) français sont à jour vis-à-vis de dix valences ou plus contre 43 % des enfants ayant au moins un tuteur de nationalité étrangère (**-14 points**) [94].

Figure 177 : Nombre de valence(s) à jour chez les enfants de Mayotte, en 2019



Champ : Enfants de 24-59 mois, 7-11 ans, *10-12 ans scolarisés en classe de 6ème et 14-16 ans
Source: ARS Mayotte-SpF, *enquête couverture vaccinale de 2019* [94] et *ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, enquête Santé des jeunes *de 2019* [50]

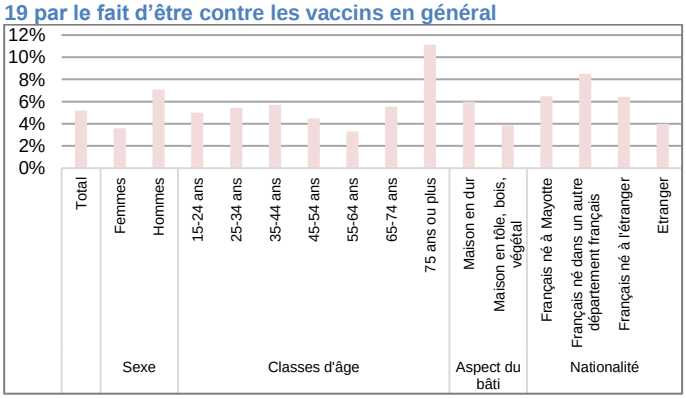
Le **lieu de naissance** de l'enfant influe très fortement : les **deux tiers nés en France sont à jour** vis-à-vis de huit valences ou plus contre seulement **3 % des enfants nés à l'étranger** (-60 points) [94]. A noter que les enfants nés à l'étranger et **arrivés depuis longtemps sur le territoire 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 177*).

g) Population refusant de se faire vacciner

En 2021, lorsque les habitants, qu'ils soient vaccinés ou non, ont été interrogés sur le motif de refus de se faire vacciner contre la Covid-19, **5 % ont répondu être contre les vaccins en général** [63]. Les hommes sont alors deux fois plus concernés que les femmes : 7 % contre 4 % [63] (*Figure 178*).

Ce sont notamment les **75 ans ou plus** (11 %) et les **français nés dans un autre département** que Mayotte (9 %) qui sont les plus fréquents à citer cette raison [63] (*Figure 178*).

Figure 178 : Part des individus de 15 ans ou plus à Mayotte justifiant le refus de la vaccination à la Covid-19 par le fait d'être contre les vaccins en général



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte
Source: ARS Mayotte-CNRS MODCOV9, extraction *enquête séroprévalence à SARS-CoV-2 en 2021* [63]

h) Projection chez les adultes

Aucune donnée sur la couverture vaccinale chez les adultes n'est disponible. Néanmoins, à partir des indicateurs observés chez les moins de 17 ans, de ceux sur l'hépatite B et en se plaçant dans un contexte de couverture non obligatoire sauf pour ceux qui doivent voyager, on peut estimer une tendance[185], nécessitant **une grande précaution d'usage**, de :

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

[185] Basé sur le modèle linéaire construit depuis les taux par classe d'âge [94] et pondéré par la comparaison des données sur l'hépatite B [59]. Ces indicateurs ne permettent pas de distinguer l'immunité par la vaccination de celle par l'infection cependant.

4 – Santé mentale

a) Offre de soins

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

En 2022, la densité des psychologues est de **21 professionnels pour 100 000 habitants**, cinq fois inférieure à celle de métropole (108), et reste stable depuis 2017 (19). En 2021, **10 lits pour la psychiatrie sont disponibles**. Le **nombre de séjours a doublé** entre 2013 (151) et 2020 (315), cependant il diminue ensuite fortement (-24 %) en 2021 : 238 (*Tableau 55*).
Le nombre d'actes, soins et interventions au **CMP** est de 4 915, soit une baisse de -19 % par rapport à 2020, dont **33 %** en psychiatrie **infanto-juvénile**. On en observe 264 pour l'**unité d'hospitalisation somatique**, également en baisse de -87 %, dont **14 %** en psychiatrie **infanto-juvénile** (*Tableau 55*).

Tableau 55 : Caractéristiques des filières de prise en charge en psychiatrie à Mayotte de 2014 à 2021

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

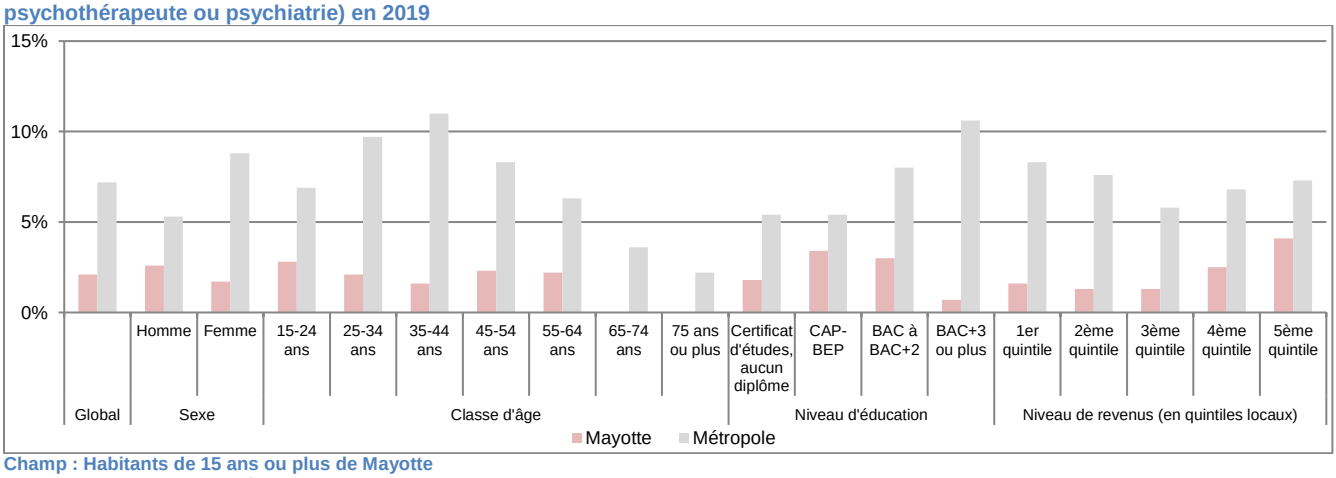
Source : SAE

b) Recours aux soins

Le recours à des professionnels de la santé mentale est très faible[186] : 2 % de la population en a consulté un dans l'année (7 % en Métropole) [100]. 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 été en dépression [100].
12 % des habitants ayant eu besoin d'un suivi psychologique dans l'année n'ont pas pu se le payer [100]. De plus, 17 % des personnes qui estiment avoir été en dépression pendant l'année écoulée ont renoncé à un suivi psychologique ou ont dû le reporter[187] [100]. 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 et on observe d'ailleurs que 44 % des 15 ans ou plus souffrant de dépression ne sont pas couvertes, contre 34 % pour les autres [100].

[186] 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 [100].
[187] 64 % d'entre elles ont ajourné des soins médicaux [100].

Figure 179 : Taux de consultation à un professionnel de la Santé mentale à Mayotte dans l'année (psychologue, psychothérapeute ou psychiatrie) en 2019

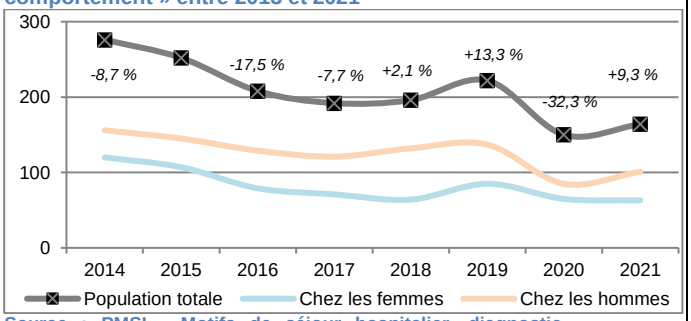


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les troubles mentaux représentent **1,5 % des motifs de séjour au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière ». **1,2 % chez les femmes** et **1,7 % chez les hommes**. En Métropole, ce taux est de 3 %.

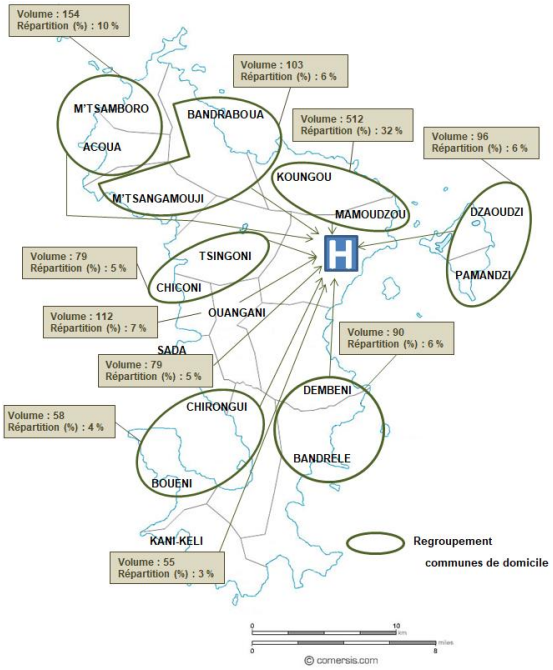
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **3,4 jours,** et le **taux de recours standardisé est 6,6 fois inférieur** à la Métropole.

Figure 180 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « troubles mentaux et du comportement » entre 2013 et 2021



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

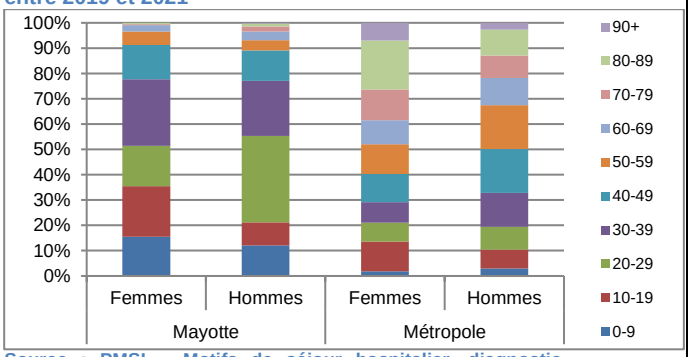
Figure 181 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM, par commune, pour motif « troubles mentaux et du comportement » de 2014 à 2021



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2021 des volumes associés aux « troubles mentaux et du comportement ». La somme des pourcentages donne 84 % auquel il faut rajouter 16 % de communes non renseignées.
Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur les **536** séjours liés aux « troubles mentaux » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **56 %** (chez les hommes) **à 57 %** (chez les femmes) des cas concernent un individu de **moins de 30 ans** (*Figure 182*).
Sur la période de 2019 à 2021, la « **schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants** » représentent 35 % des motifs liés aux « troubles mentaux et du comportement » chez les hommes et 30 % chez les femmes.
Chez les femmes, viennent ensuite les « **troubles de l'humeur (affectifs)** » qui en représentent 19 %, et les « **troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives** » chez les hommes, 20 % (*Tableau 56*).

Figure 182 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « troubles mentaux » entre 2019 et 2021



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

Tableau 56 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « troubles mentaux et du comportement » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	2	5	3	4
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	3	23	4	**20**
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	21	41	**30**	**35**
Troubles de l'humeur (affectifs)	13	10	**19**	**9**
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	12	9	**17**	8
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	2	0	3	0
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	2	6	3	5
Retard mental	2	2	3	2
Troubles du développement psychologique	7	11	10	**9**
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	4	8	6	7
Trouble mental, sans autre indication	0	0	0	0
Total	**69**	**116**	**100**	**100**

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

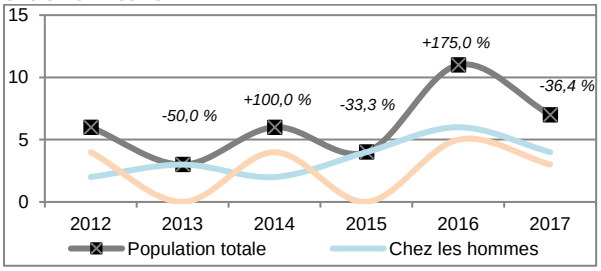
Les « troubles mentaux » représentent **0,3 % des évacuations sanitaires de 2020** (0,8 % en 2019 et 0,7 % en 2018).
En **2019**, le taux standardisé pour les « **affections psychiatriques de longue durée** » chez les assurés sociaux est de **46 prises en charge**[188] **pour 100 000 habitants**. Il a **augmenté de +11 points** par rapport à 2013. Il est de **6 prises en charge pour 100 000 habitants pour la « maladie de Parkinson »**, **stable** depuis 2013 (5) avec un creux sur 2015 (2), 2016 (0) et 2017 (3).
Il est deux fois plus important pour la « **maladie d'Alzheimer et autres démences** » : **4 prises en charge pour 100 000 habitants**, similaires à 2018 (5) et ayant **diminué de moitié** depuis 2017 (9) alors qu'il était resté stable de 2013 à cette année-là (10).

[188] 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.

c) Mortalité

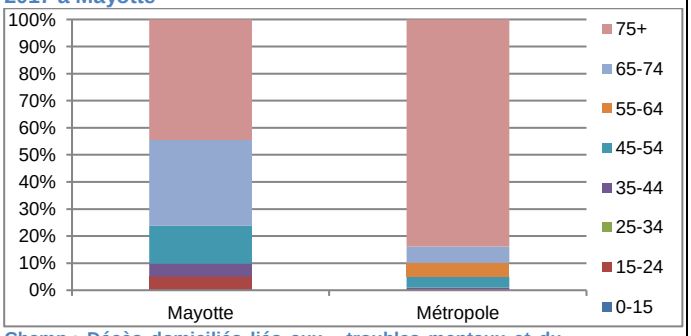
Les « **troubles mentaux et du comportement** » représentent **1,0 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (1,1 % chez les hommes et 1,0 % chez les femmes), soit 37 décès cumulés (21 hommes – 57 % – et 16 femmes – 43 % –) et, en moyenne, **6 décès par an**.
A structure de population équivalente et sur la période 2015 à 2017, **Les habitants de Mayotte meurent 1,7 fois moins** que les métropolitains et **les habitantes de Mayotte 2,8 fois moins** que les métropolitaines de « troubles mentaux et du comportement ». Respectivement 1,5 et 2,5 fois moins sur la période 2012 à 2014 [86].

Figure 183 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « troubles mentaux et du comportement » entre 2012 et 2017



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

Figure 184 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « troubles mentaux et du comportement » sur la période de 2015-2017 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportements », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Sur la période de 2015 à 2017, **chez les femmes** et **les hommes**, les « **troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques** » (respectivement 63 % et 57 % chez les hommes) sont les motifs de décès les plus fréquents (*Tableau 57*).

Tableau 57 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « troubles mentaux et du comportement » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	5	63	8	57
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	0	0	6	43
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	1	13	0	0
Troubles de l'humeur (affectifs)	0	0	0	0
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	1	13	0	0
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0	0	0	0
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	1	13	0	0
Retard mental	0	0	0	0
Troubles du développement psychologique	0	0	0	0
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	0	0	0	0
Trouble mental, sans précision	0	0	0	0
Somme 2015 à 2017	**8**	**100**	**14**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés aux « troubles mentaux et du comportement », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

d) Représentation de la santé mentale

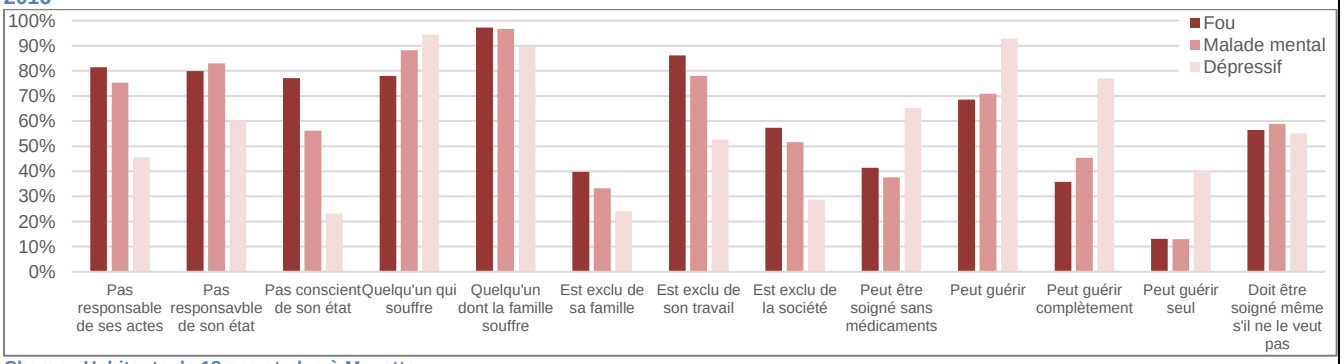
En 2016 et **selon les habitants de Mayotte**, les images du « **fou** »[189] et du « **malade mental** »[190] sont **relativement proches**, souvent associées à la **dangerosité** et l'**anormalité** [101]. L'origine la plus fréquemment citée pour la « **folie** » est de loin l'**origine addictive**, et l'origine **physique** pour la « **maladie mentale** », suivies par les origines liées à des **évènements** de vie qui sont en particulier citées en premier pour le « **dépressif** »[191] [101].

[189] Il est alors vu : comme une personne qui a perdu/jamais eu toute sa raison, intellectuellement déficient, malade de la tête/du cerveau/des pensées (absentes/envahissantes), parlant tout seul, ayant des problèmes de mémoire, instable mentalement et psychologiquement, associé à la violence dans un contexte positif et aux capacités intellectuelles dans un contexte négatif, prenant des drogues ou autres produits similaires et n'ayant pas conscience de qui l'entoure ou de ses actes [101].
[190] 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 » [101]
[191] Il est alors vu : comme menant une vie difficile, notamment parce qu'il est « pauvre », ayant des soucis, des problèmes, des évènements ont bouleversé sa vie, n'arrivant pas à les surmonter ou à trouver des solutions, vu comme un personne qui s'isole, déprimée, triste, malheureux, incompris et seul [101].

Le « fou », le « malade mental » et le « dépressif » seraient principalement **reconnaissables à leur comportement**, perçus comme **irresponsables**, en **souffrance** et **exclus du travail** [101]. Selon les personnes, ils peuvent guérir, **mais seul le dépressif peut guérir complètement** [101]. Le **soutien relationnel** est le recours aux soins le plus fréquemment déclaré pour la « **dépression** ».
Les soins pour « **folie** » et « **maladie mentale** » nécessiteraient d'être **davantage médicalisés** (psychothérapie, médicaments, hospitalisation) [101].
Quelques points différencient néanmoins ces trois catégories (*Figure 183*) :

- Le « **fou** » n'est **pas responsable** de ses actes, et il est jugé **en dehors de la norme** [101] ;
- Le « **malade mental** » est toujours vu comme **souffrant** d'une maladie présente depuis la naissance, qui a **besoin de soins** [101] ;
- Le « **dépressif** » est **victime** d'évènements particuliers (stress, choc, etc.) [101].

Figure 185 : Représentation du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » selon la population de Mayotte en 2016

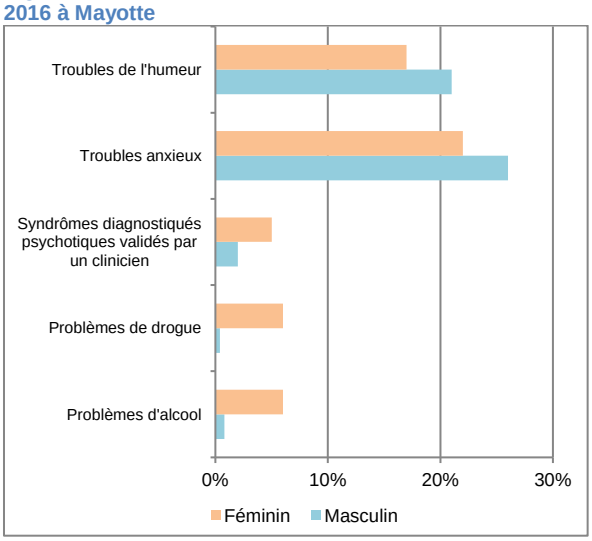


Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte
Source : OMS, *enquête Santé mentale de 2016* [101]

e) Indicateurs

En 2016, **quatre adultes sur dix présentent au moins un trouble de santé mentale**, notamment chez les moins de 30 ans [101]. Les **troubles anxieux** sont les plus fréquents (24 %), suivis par les **troubles de l'humeur** (19 %) [101]. Un peu plus de **3 %** présentent un problème lié aux **drogues** (3 %) et à la consommation **d'alcool** (4 %) [101] (*Tableau 58*).
Si on n'observe pas de différence du risque de présenter au moins un trouble psychique en fonction du sexe, les femmes et les hommes présentent néanmoins des types de troubles différents : davantage de **troubles anxieux et dépressifs chez les femmes**, davantage de **troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes** [101] (*Figure 186*). Le fait d'être **célibataire**, **séparé**, ou **divorcé**, et le fait d'être **sans emploi** (40 % contre 30 % pour ceux en emploi) représente un facteur de risque d'avoir un trouble psychique [101].

Figure 186 : 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* [101]

Tableau 58 : Prévalence des différents troubles repérés par le MINI chez les personnes de 18 ans et plus en 2016 à Mayotte

Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)		36 %
Troubles de l'humeur	19 %	
	Episode dépressif (2 dernières semaines)	17 %
	… Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	6 %
	Dysthymie[192] (2 dernières années)	3 %
	Episode maniaque (vie entière)	2 %
Troubles anxieux		4 %
Problèmes de drogue		3 %
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	4 %	
	Syndrome psychotique isolé actuel	0,6 %
	Syndrome psychotique isolé passé	0,6 %
	Syndrome psychotique récurrent actuel	2 %
	Syndrome psychotique isolé récurrent passé	0,7 %
Risque suicidaire	10 %	
	Léger	6 %
	Moyen	2 %
	Elevé	2 %
Insomnie		11 %

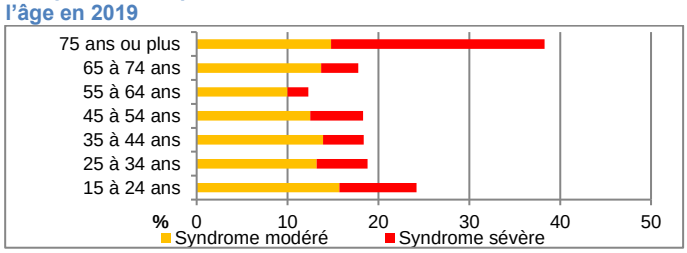
Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte
Source : OMS, *enquête Santé mentale de 2016* [101]

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

En 2019 et selon le PHQ9, **20 % des habitants de 15 ans** ou plus présentent des **symptômes dépressifs**[193] (22 % chez les femmes et 19 % chez les hommes, 11 % en Métropole), 17 % en 2016 selon le MINI chez les 18 ans et plus [101], et **6 % des symptômes majeurs**[194] (4 % en Métropole), notamment les jeunes de **15 à 29 ans**[195] : 8 % contre 3 % en Métropole [43] (*Figure 187*).

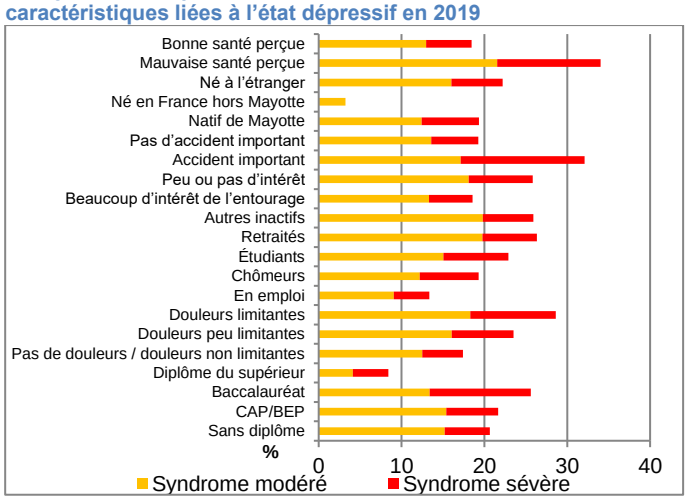
Dans tous les territoires, un niveau de vie plus élevé a un effet protecteur sur la présence de symptômes dépressifs, confirmant l'association entre pauvreté relative et dégradation de la santé mentale [43]. **Une fois contrôlés le sexe et le niveau de vie, la moins bonne santé mentale des jeunes à Mayotte ne ressort plus** [43]. Chez les 15 ans ou plus, les **troubles du sommeil** est le plus fréquent à Mayotte : **22 %** de la population, contre 18 % en **France entière** [100]. Les **troubles de l'appétit** sont également importants, **18 %** sont concernés [100]. Les deux symptômes généraux de la dépression y sont aussi plus fréquents : **16 %** des habitants déclarent s'être sentis « **tristes, déprimés ou désespérés** »[196] et **15 %** estiment avoir eu « **peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses** » [100]. **22 %** de la population évoque avoir ressenti une **fatigue ou un manque d'énergie**[197] [100] (*Figure 189*). **Le niveau de satisfaction de la vie**[198] **à Mayotte est faible**, avec une moyenne de 5,6 chez les individus sans épisode dépressif (7,1 en Métropole) [43]. Il baisse de -1 point (4,7) chez ceux avec épisodes dépressifs mais reste en deçà du niveau métropolitain (5,3) [43].

Figure 187 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré[199] ou sévère[200] selon l'âge en 2019



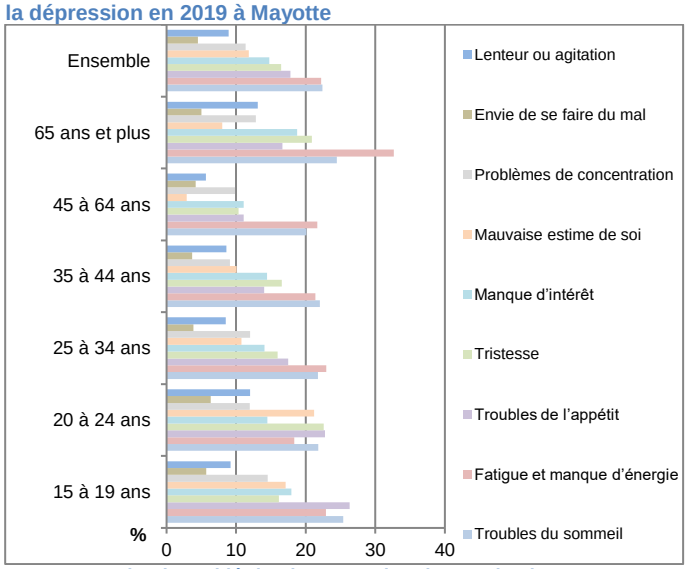
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 188 : 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* [100]

Figure 189 : 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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

[193] 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.
[194] 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.
[195] 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 » [43]. 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 » [43].
[196] Dans les deux dernières semaines.
[197] « Plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours ».
[198] Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe, la Guyane, la Métropole (7,1), la Martinique et La Réunion (7,0) [43]. 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 [102] [103].

[199] Mayotte se situe au premier rang, devant la Guyane (19 %), la Martinique (17 %), la Guadeloupe (15 %), La Réunion et la Métropole [43].
[200] Mayotte se situe au second rang, à ex-aequo avec la Martinique, derrière la Guyane (7 %) et devant la Guadeloupe, La Réunion et la Métropole (4 %) [43].

Neuf enfants de 10-12 ans[201] **sur dix s'estiment en bonne santé**, 90 % chez les garçons et 85 % chez les filles [104]. **Logiquement dépendant de la présence de problème(s) de santé** dépisté(s)[202] par les infirmièr(e)s de l'Education Nationale : 3 % s'estiment en mauvaise santé chez ceux sans et 26 % pour au moins quatre dépistés. Ce sont toutefois **les filles** qui **sont les plus affectées** : +33 points (pour l'estimation d'une mauvaise santé) contre +15 points pour les garçons [104].
La **mauvaise qualité des nuitées**[203] 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 [104]. Ces problèmes de sommeil peuvent s'identifier par l'**absence du repas du soir**, ils sont alors trois fois plus concernés, et par une **literie précaire** avec un enfant sur dix dormant sur un matelas posé sur le sol ou directement sur le sol (sans matelas) [104]. Un quart des enfants met en moyenne 40 minutes à deux heures pour aller de son domicile à l'école, écourtant fortement la durée de leur nuitée [104].
Les problèmes de concentration interpellent : la moitié (55 %) en déclare [104]. Un enfant sur dix se sent mal chez lui ou à l'école, renforcé par un dialogue pas forcément systématique entre l'enfant et ses parents [104].
11 à 12 % des enfants déclarent avoir ressenti « en permanence ou souvent » de la **tristesse** et de la **colère**, la **moitié** de l'**apaisement** et de la **joie** au cours des trois derniers jours [104]. 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) [104].
Les enfants déclarant la consommation d'une substance psychoactive sont alors plus fréquemment en colère : 27 % contre 12 % chez ceux n'en consommant pas [104]. 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 % [104]. 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 %) [104]. A contrario, **un quart a ressenti les quatre émotions proposées** (colère, heure, triste et calme), sans distinction du sexe cette fois-ci [104].
En cumulant les différents indicateurs disponibles, il ressort qu'**un enfant sur dix connait au moins cinq problèmes liés au bien-être** [104]. Le Sud et la Petite-Terre sont les deux régions regroupant le plus d'enfants en situation de mal-être [104].

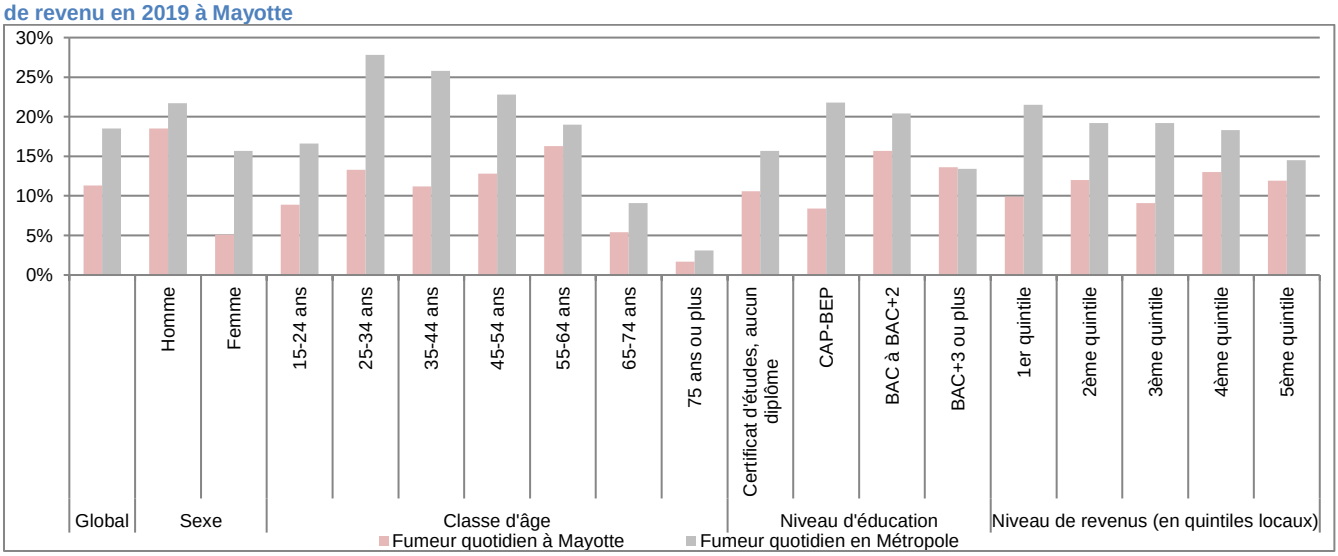
f) Consommation de tabac

En 2019, **11 %** des 15 ans ou plus déclarent **fumer quotidiennement**[204] [205], **particulièrement les hommes** : 18 % (22 % en Métropole) contre 5 % chez les femmes (16 % en Métropole) qui se déclarent non fumeuses dans 89 % des cas (60 % chez les hommes) [43] (*Figure 190*). **Il s'agit d'une baisse de -6 points** par rapport à ce qui avait été constaté **en 2006**[206], principalement influencée par la consommation chez les hommes : 32 %, soit une baisse de -14 points tandis que chez les femmes la fréquence augmente de +1 point : 4 % [105].
A Mayotte, **6 %** des habitants se définissent comme d'**ancien fumeur d'un an au moins**[207] (12 % chez les hommes et 2 % chez les femmes), contre 31 % en Métropole [43].
En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**, **2 %** déclarent avoir déjà consommé du **tabac** (9 % en Métropole) [50].
L'augmentation du niveau de vie est corrélée à celui de la consommation de tabac, probablement lié au coût du paquet de cigarettes [43]. L'**influence de l'âge est assez faible**, les 15-29 ans ont une fréquence plus faible de consommation quotidienne que les 30-54 et les 55-74 ans [43]. Les 75 ans ou plus sont très peu à fumer quotidiennement vis-à-vis des 30-54 ans [43] (*Figure 190*). Les fumeurs de Mayotte de 15 ans ou plus déclarent une **consommation moyenne de 12**

[201] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[202] 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 %) [104].
[203] 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 [104]. 11 % ont dormi moins de 8 heures [104].
[204] Mayotte se situe au troisième rang, derrière la Métropole (19 %) et La Réunion (16 %), et devant la Guyane, la Guadeloupe (10 %) et la Martinique (9 %) [43].
[205] Le tabagisme passif concerne 10 % des individus contre 13 % en métropole [43].
[206] En 2006, 55 % des hommes déclaraient être non-fumeur et 90 % chez les femmes [105]. En 2008, les 30-69 ans étaient : 13 % à se déclarer ex-fumeurs (22 % chez les hommes et 4 % chez les femmes) et 17 % actuellement fumeurs (31 % chez les hommes dont 55 % consommaient 10 cigarettes/jour, et 3 % chez les femmes dont 75 % consommaient 10 cigarettes/jour) [61]. Soit 70 % étaient non-fumeurs [61].
[207] 9 % en 2006 [105].

cigarettes par jour, comparable à la Métropole (12,4) [43]. La cigarette électronique reste marginalement utilisée : 1 %, trois fois moins qu'en Métropole (3 %), et 92 % n'y ont jamais eu recours (84 % en Métropole) [43].

Figure 190 : Habitudes de consommation tabagique en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation et du niveau de revenu en 2019 à Mayotte



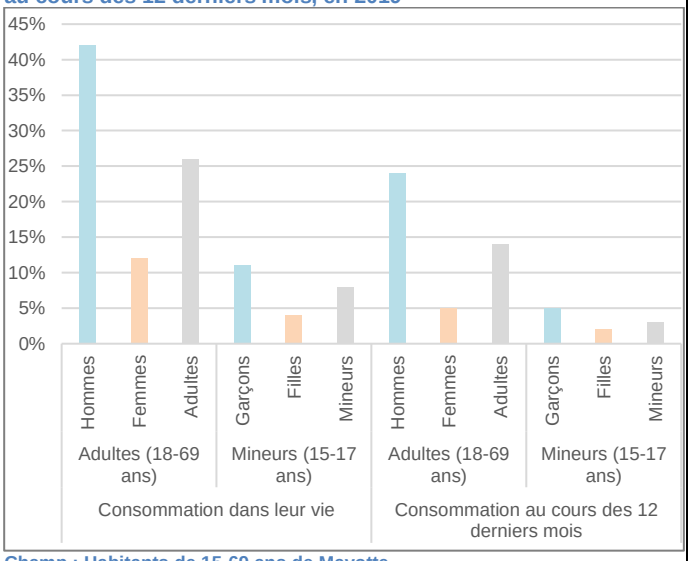
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Sur la période de 2015 à 2017, **32 décès en moyenne par an sont imputables à la consommation de tabac**. Concernant le cancer du poumon, 9 décès en moyenne par an sont observés et à structure de population équivalente le taux est cinq fois plus faible qu'en Métropole sur la période de 2015 à 2017.
Sur la période de 2019 à 2021 et sans être totalement lié à la consommation de tabac, les « **maladies de l'appareil respiratoire** » représentent **13 % des motifs** de consultation au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulière ». Enfin, **34 décès** en moyenne par an liés aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » sur la période de 2015 à 2017 sont constatés et à structure de population équivalente le taux est légèrement plus important qu'en métropole (1,1 fois), identique sur la période 2012 à 2014 [86].

g) Consommation d'alcool[208]

En 2019, **un quart** (23 %) **des 15-69 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie** (95 % des 18-75 ans en Métropole), 8 % des mineurs (85 % des lycéens de Métropole) et 26 % des adultes [106]. La part des 15-69 ans en **ayant consommé dans l'année** est de **14 %** (85 % des métropolitains), respectivement 3 % et 14 % [106]. **Ces deux comportements étaient plus fréquents parmi les hommes adultes**, 42 % avaient expérimenté l'alcool et 24 % en avaient consommé dans l'année, contre 12 % et 5 % des femmes [106]. Parmi les **mineurs**, l'**écart entre garçons et filles est également marqué** [106] (*Figures 191 & 192*).

Figure 191 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool dans leur vie et au cours des 12 derniers mois, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [106]

[208] En 2017, l'alcool et le tabac représentent 1 % de la structure de consommation [11], soit une baisse de -1 point par rapport à 2011 [12]. En 2011, le montant mensuel par ménage est de 22 euros, deux fois moins que dans l'ensemble des DOM et trois fois moins qu'en France Métropolitaine [12].

33 % des hommes consommateurs et **60 % des femmes** consommatrices ont une fréquence d'**une fois par mois ou moins**, 26 % des hommes et 24 % des femmes deux à quatre fois par mois, respectivement 28 % et 13 % deux à trois fois par semaine [106]. **13 % des hommes et 3 % des femmes avaient une consommation plus régulière** [106].
De plus, parmi les adultes consommateurs d'alcool dans l'année, **52 % des hommes et 72 % des femmes consomment un ou deux verres d'alcool les jours** [106] (*Figure 193*).
En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**[209], **2 %** ont déjà connu une consommation d'**alcool** (59 % en Métropole) [50].

En 2008, **92 % des 30-69 ans déclaraient ne pas consommer d'alcool** avec une nette distinction entre hommes et femmes [61]. Ainsi, **15 % des hommes déclaraient une consommation d'au moins d'une fois par semaine** (3 % tous les jours) contrairement aux **femmes** qui n'étaient que **0,3 %** et auraient toutes une consommation quotidienne [61] (*Tableau 59*).

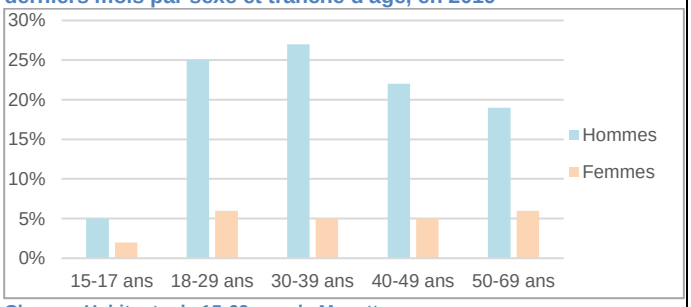
En 2016, **6 % des hommes** de 18 ans ou plus avaient un **problème d'alcool** contre **0,8 % des femmes**, 6 % des 18-29 ans, 3 % des 30-49 ans et 1,1 % des 50-59 ans [101].

Sur la période de 2015 à 2017, **7 décès en moyenne par an sont imputables à la consommation d'alcool ainsi qu'au cancer du foie**, dont majoritairement des hommes. Concernant le cancer du foie, à structure de population équivalente, le taux est **1,4 fois moins important** qu'en Métropole.

Depuis 1996, on dénombre entre 5 et 25 accidents (**en moyenne 13 par an**) de la route où l'alcool est en cause (250 à 300 accidents corporels sur les routes mahoraises sur la période de 2013-2015) [105].
En 2015, **la tendance était à la baisse vis-à-vis de 2011** [105]. Sur la quarantaine d'accidents avec alcool survenus sur la période de 2013-2015, trois quarts ont eu lieu la nuit [105]. Cette fréquence reste trois fois supérieure à celle observée sur l'ensemble des accidents (25 %) [105] (*Figure 194*).
En 2020, sur les 502 infractions constatées pour permis de conduire non valide, pour **près de trois sur dix un taux d'alcoolémie au-dessus du seuil a été relevé** [107].

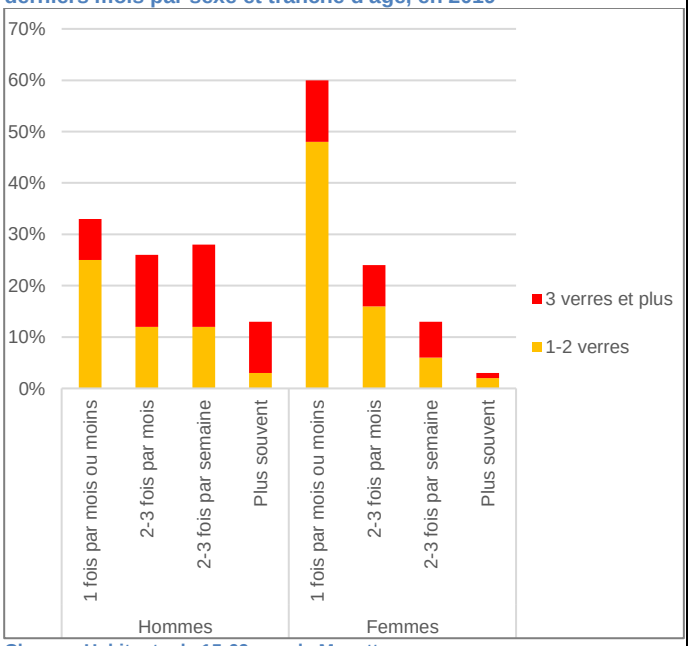
[209] Scolarisés en classe de 6ème,soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].

Figure 192 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [106]

Figure 193 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



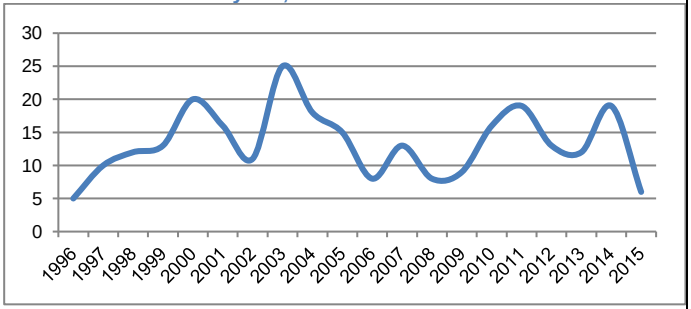
Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [106]

Tableau 59 : Consommation d'alcool selon le sexe en 2008 à Mayotte

%	Homme	Femme	Ensemble
Jamais	85	100	92
1 fois/semaine	7	0	3
1 à 4 fois/semaine	5	0	3
Tous les jours	3	0,3	2
	100 %	**100 %**	**100 %**

Champ : Habitants de 30-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête MayDia de 2008* [61]

Figure 194 : Evolution du nombre d'accidents de la route avec alcool à Mayotte, de 1996 à 2015



Source : ORS OI, *Tableau de bord addiction* [105]

h) Consommation de drogues

Le cannabis

En 2019, l'**expérimentation** de **cannabis**[210] concerne **6 % des adultes** (11 % des hommes et 1 % des femmes) et **3 % des mineurs** (5 % des garçons et 1 % des filles), contre 45 % et 33 % en Métropole [106].
La **consommation dans l'année** est déclarée par **2 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et par **2 % des mineurs** (2 % des garçons et 1 % des filles) [106]. Enfin, celle **dans le mois** l'est par **1 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et **1 % des mineurs** (2 % des garçons et moins de 1 % des filles) [106]. Elle est alors plus fréquente parmi les **hommes** de **18-39 ans** : 5 % [106] (*Figure 195*).
De plus, l'**accès au cannabis était jugé facile** (8 %) **ou très facile** (56 %) **pour la très large majorité des personnes** en ayant déjà consommé [106].

La chimique[211]

L'**expérimentation de la chimique** a été déclarée par **5 % des hommes et moins de 1 % des femmes de 15-69 ans** [106]. Elle est particulièrement importante chez les jeunes **hommes de 18-29 ans** (4 %) et les **filles de 15-17 ans** (0,2 %) [106] (*Figure 196*).
En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**[212] : **quatre sur mille** déclarent consommer de la **chimique**, et parmi les autres 2 % s'en sont vus proposer [50].

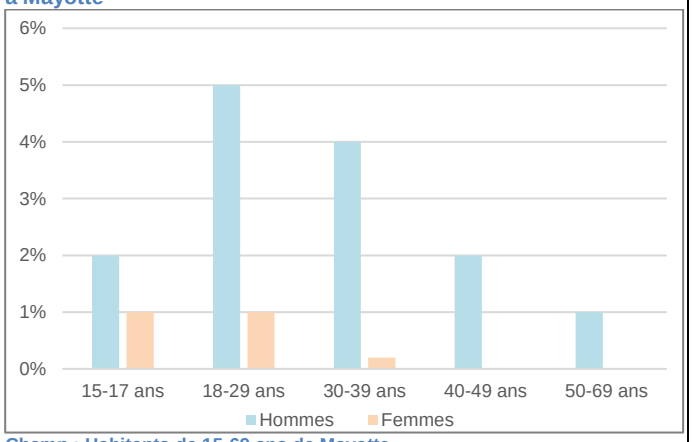
Séjours au centre d'addictions

En 2016, **6 % des hommes** de 18 ans ou plus déclarent avoir un **problème de drogue**, **0,4 % chez les femmes** [101]. Ce sont notamment **les plus jeunes** qui en font le plus souvent la déclaration : 5 % des 18-29 ans, 3 % des 30-39 ans et 2 % des 40-49 ans [101].

En moyenne, on observe **143 consultations au centre d'addictologie** de Mayotte sur la période 2011 à 2018 et sur cette dernière année, **90 %** qui y ont recours **sont des hommes** et **51 %** des individus de **moins de 30 ans** [109] (*Figure 198*).

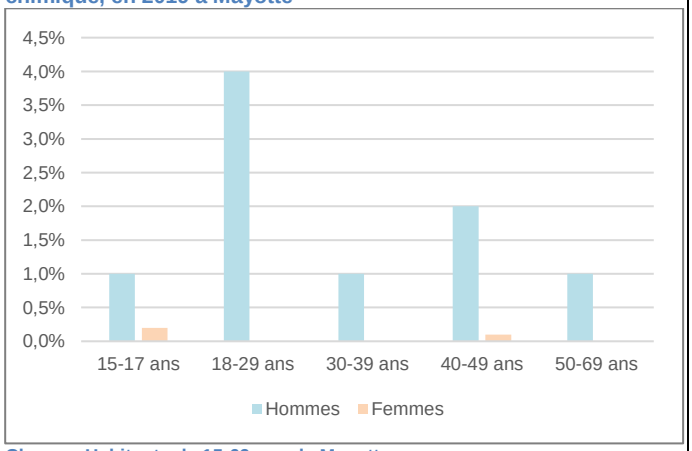
[210] Couramment appelé bangué.
[211] Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [108]. Un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [108]. Ces individus 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 [108]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [108].
[212] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].

Figure 195 : Usage de cannabis dans l'année, en 2019 à Mayotte



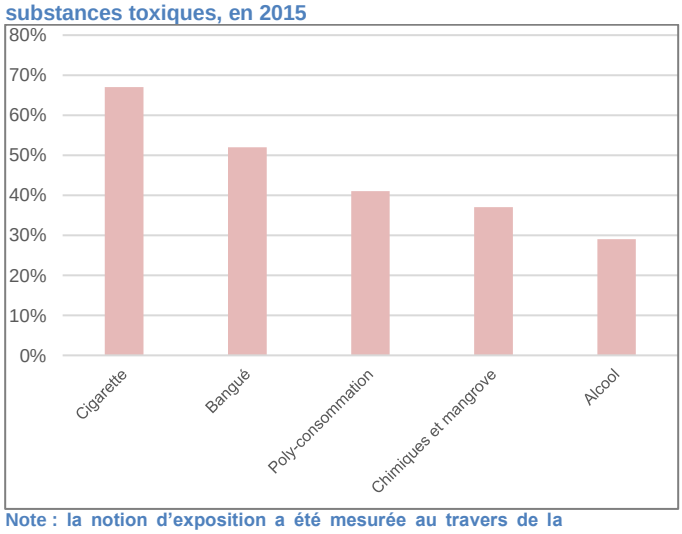
Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [106]

Figure 196 : Prévalence d'expérimentation de la chimique, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [106]

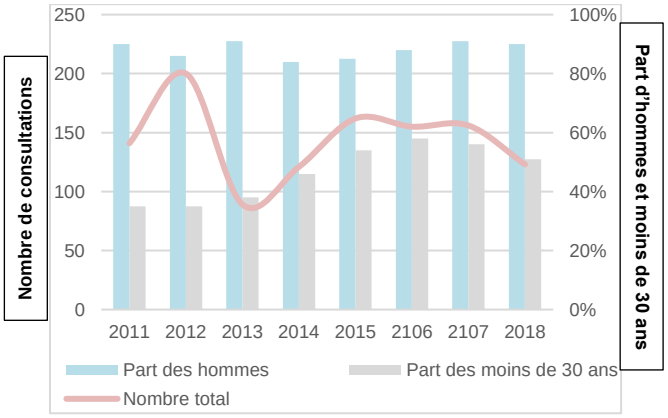
Figure 197 : Fréquence d'exposition personnelle ou connue des jeunes de Mayotte interrogés au sujet des substances toxiques, en 2015



Note : la notion d'exposition a été mesurée au travers de la question « As-tu déjà ou connais-tu quelqu'un de ton âge qui a déjà consommé… ? », reflétant une exposition pas systématiquement personnelle.
Champ : Adolescent de Mayotte
Source: ORS OI, *Tableau de bord addiction* [109]

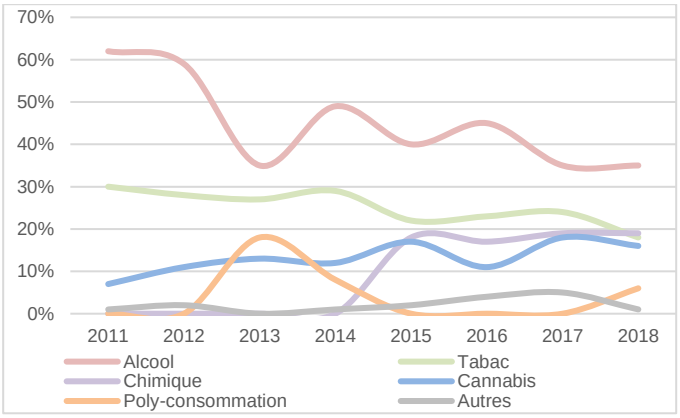
L'**alcool** est le **principal motif de consultation au centre** sur cette période : **35 %** en 2018, suivies de la **chimique** : 19 %, devant l'addiction au **tabac** (18 %) et au **Bangué** (16 %) [109].
Les **polyconsommations** représentent, quant à elles, 6 % des consultations [109] (*Figure 197*).

Figure 198 : File active des nouveaux patients accueillis au centre d'addictologie de Mayotte, de 2011 à 2018



Champ : File active du centre d'addictologie de Mayotte
Source: ORS OI, *Tableau de bord addiction* [109]

Figure 199 : Evolution des fréquences de motifs de consultation au centre d'addictologie de Mayotte, de 2011 à 2018



Champ : File active du centre d'addictologie de Mayotte
Source: ORS OI, *Tableau de bord addiction* [109]

i) Le suicide

Culturellement, à Mayotte, le suicide peut être vu comme un sujet tabou. Par conséquent, **les données de Santé sur le sujet sont quasi-inexistantes voire fortement sous-évaluées**.

Sur la période 2018 à 2021, près de **245 passages aux urgences pour gestes suicidaires**[213] ont été observés [57]. Les **15-24 ans représentent un peu plus de la moitié des cas**, 40 % pour les 35 ans ou plus (6 % pour les moins de 15 ans) [57]. Pour les **deux tiers** des passages, il s'agit de **femmes** [57].
En 2016, **10 %** des individus de 18 ans ou plus présentaient un **risque suicidaire**, 6 % léger, 2 % moyen et 1**,9 % élevé** [101].

Sur la période de **2015 à 2017**, **7 décès classés comme étant des « suicides » ont été recensés**. **Tous sont des hommes**. Les trois quarts sont âgés de 25 à 39 ans, les autres ont plus de 50 ans.

A structure de population équivalence, les décès liés au « suicide » sont **nettement plus faibles à Mayotte qu'en métropole** : 10 fois moins, et 6 fois moins sur la période de 2012 à 2014 [86].

[213] Gestes suicidaires : cet indicateur regroupe les passages aux urgences en lien avec un geste suicidaire certain (auto-intoxications et lésions auto-infligées) ou probables (intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée) [57].

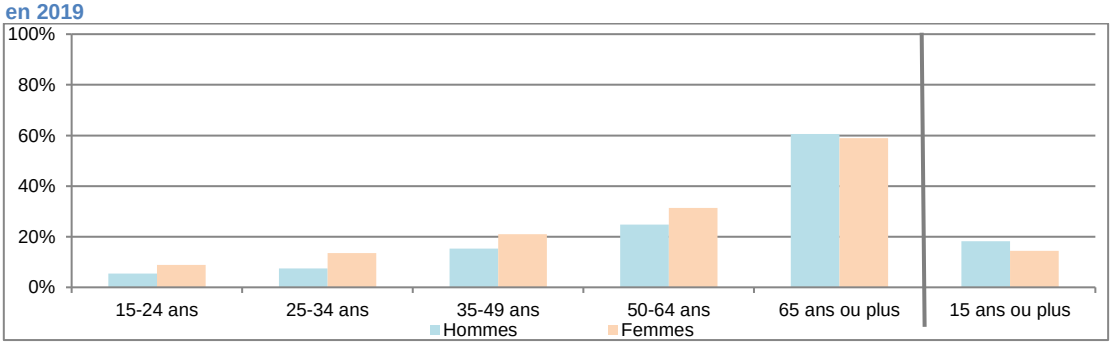
5 – Le handicap

a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte

En 2019, **16 % de la population de 15 ans ou plus**[214] **déclarent des restrictions d'activité à Mayotte contre 25 % en métropole** [43]. Ces résultats sont liés à la structure par âge de la population du territoire et une fois calée sur celle de la Métropole, la part des restrictions d'activité y est **plus élevée à Mayotte**[215] (28 %) [43].

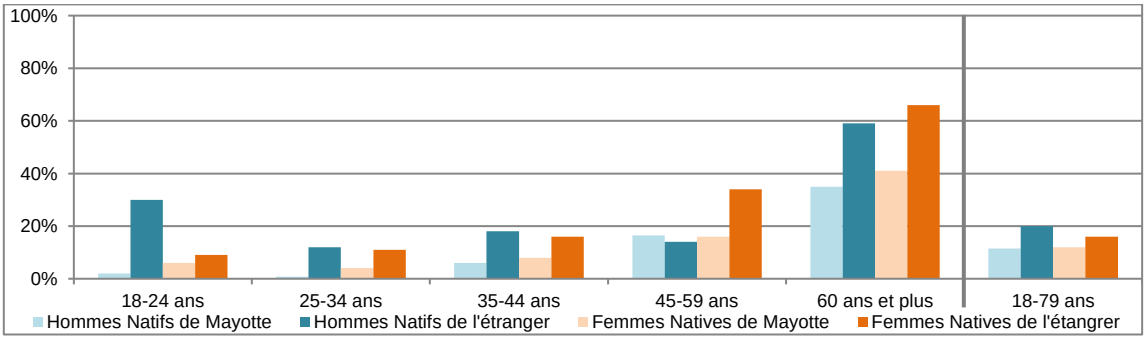
En 2016 et chez les 18-79 ans, les hommes (**20 %**) et femmes (**16 %**) **natifs de l'étranger déclarent être limités dans leur activité depuis au moins 6 mois dans des proportions plus importantes** que les natifs de Mayotte (12 %) [41]. **Dès 45 ans**, les déclarations deviennent particulièrement 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 [41]. **Chez les plus jeunes, la situation des hommes natifs de l'étranger de 18-24 ans interpelle avec un taux de 30 %** [41] (*Figure 201*).

Figure 200 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe et de l'âge en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte
Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [44]

Figure 201 : 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

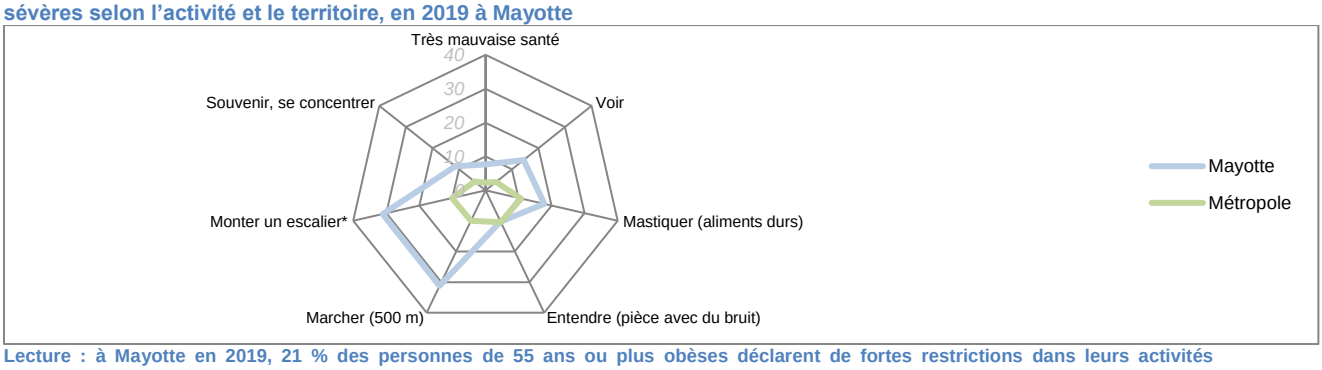


Champ : Habitants de 18-79 ans à Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [41]

En 2019, dès 55 ans, les habitants de Mayotte sont souvent limités voire en difficulté dans certaines activités de la vie de tous les jours [49]. Leur motricité est affectée : **31 % d'entre eux ont des difficultés à gravir quelques marches d'un escalier**, soit trois fois plus qu'en Métropole [49].
Ils sont aussi plus souvent atteints de déficiences sensorielles : **14 % éprouvent beaucoup de difficultés pour voir**, contre 4 % dans l'Hexagone [49]. Ils évoquent aussi plus souvent des troubles de l'attention : **11 % ont beaucoup de mal à se concentrer ou à se souvenir** (4 % en Métropole) [49] (*Figure 202*).

[214] 16 % chez les français dont 6 % très fortement limités, et 17 % chez les étrangers dont 3 % fortement [44].
[215] Sans standardisation, et pour la déclaration de restrictions d'activité, Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière la Métropole et la Martinique (32 %), la Guadeloupe (30 %), La Réunion (22 %) et la Guyane (20 %) [43]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de la Métropole, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la troisième place (28 %), à égalité avec la Guyane et devant la Réunion (24 %), la Métropole et derrière la Martinique (30 %) et la Guadeloupe (29 %) [43].

Figure 202 : Part des personnes de 55 ans ou plus se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères selon l'activité et le territoire, en 2019 à Mayotte



Lecture : à Mayotte en 2019, 21 % des personnes de 55 ans ou plus obèses déclarent de fortes restrictions dans leurs activités quotidiennes, contre 15 % des personnes non obèses.
Note : L'enquête EHIS s'adresse aux seules personnes vivant à leur domicile. En Métropole, une partie des personnes âgées vivent en établissement spécialisé tandis qu'à Mayotte ils vivent à leur domicile. Les différences observées sont impactées par cela.
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* [49]

Tableau 60 : Part des différentes limitations fonctionnelles par profil de population, en 2019 à Mayotte

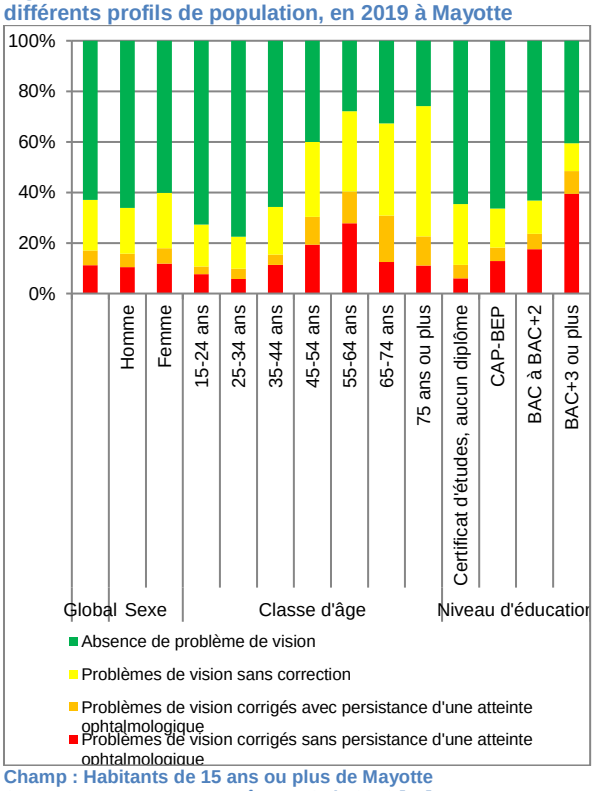
Personnes présentant une limitation…		Global	Sexe		Classe d'âge							Niveau d'éducation				Niveau de revenus (en quintiles locaux)				
			Hom.	Fem.	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 ou +	Certificat d'études, aucun diplôme	CAP-BEP	BAC BAC+2	≥ BAC+3	1er	2ème	3ème	4ème	5ème
… * fonctionnelle(s) physique(s) 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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Les **difficultés sévères de vue** concernent 2 % des personnes de 15 ans ou plus en Métropole et sont **quatre fois plus élevées à Mayotte** (9 % en taux standardisé) [43]. A un **niveau** « **modéré** », elles sont plus fréquentes particulièrement sur le territoire (**28 %,** contre 21 % en Métropole) [43] (*Figure 203*).

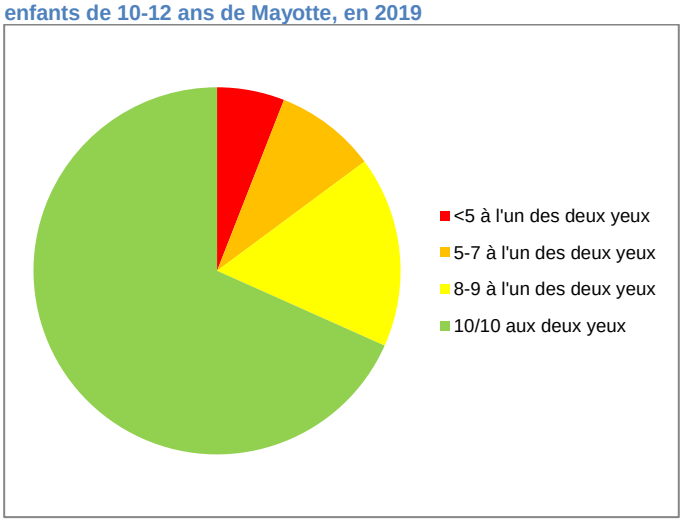
Des écarts s'observent également chez la population des 55 ans ou plus, **17 %** ont des difficultés **sévères de vue**, **14 %** des difficultés **sévères pour entendre**, **39 %** et **41 %** ont des difficultés **sévères** pour **marcher 500 mètres et utiliser les escaliers** [43] (*Figure 203 & Tableau 60*).

Figure 203 : 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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 204 : 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 6ème
Source : ARS Mayotte, Rectorat Mayotte, *Enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

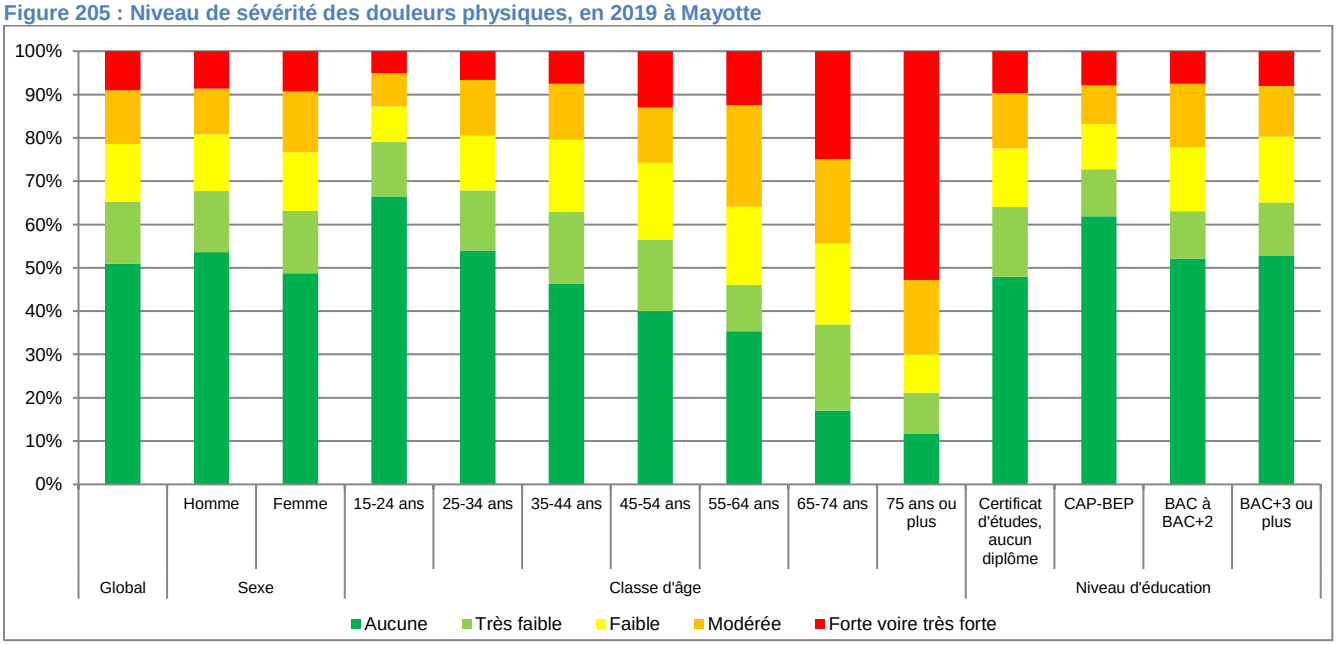
Un enfant de 10-12 sur dix[216] porte des lunettes ou des lentilles correctrices, même occasionnellement (32 % chez les enfants en classe de CM2 en Métropole) [50].
Les dépistages visuels des infirmièr(e)s montrent que **sept enfants de 10-12 ans**[217] **sur dix ont 10/10 aux deux yeux et un sur dix ne portant pas de lunettes a une acuité visuelle inférieure à 7**[218] (6 % en Métropole[219]) [50]. Ce taux est comparable à celui des enfants scolarisés en **établissement d'éducation prioritaire en Métropole** [50]. 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 [50].

Un individu sur deux de 15 ans ou plus déclare en 2019 être atteint de douleur physique, ce qui est **plus important qu'en Métropole** : 49 % contre 40 % [44]. Pour **9 %** des habitants de Mayotte le niveau d'intensité est estimé comme **fort voire très fort**, équivalent à la Métropole : 10 % [44].

Toutefois, **à structure de population équivalente**, si le taux global devient équivalent à la Métropole, celui pour une intensité forte voire très forte **devient 1,6 fois plus important** [44]. En effet, les taux par classe d'âge demeurent proches de la Métropole pour les moins de 65 ans. Au-delà, **il devient au moins deux fois supérieur pour Mayotte** : 25 % contre 12 % en Métropole chez les 65-74 ans et 53 % contre 20 % chez les 75 ans ou plus (*Figure 205*).

[216] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[217] Le dépistage visuel a été réalisé avec l'échelle de Monnoyer à 3-5 mètres.
[218] A l'un des deux yeux.
[219] Chez les enfants inscrits dans les « autres » établissements, la part est de 5 % [50].

Figure 205 : 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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap

Allocation aux adultes handicapées

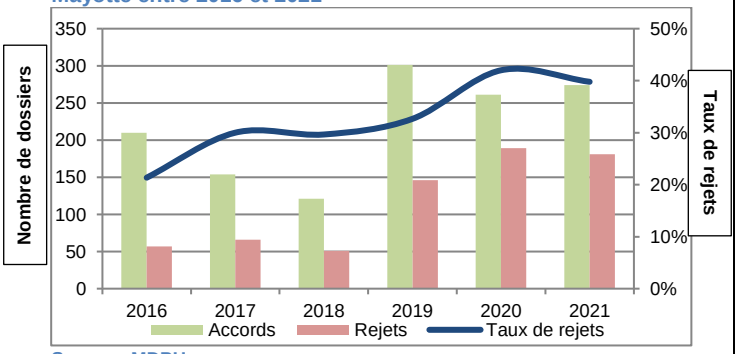
L'AAH est une aide financière accordée aux adultes et versée sous conditions :

- D'avoir 20 ans et plus ;
- D'avoir un taux d'incapacité reconnu à 80 %, **seul taux retenu à Mayotte pour l'accès à cette prestation.**

Elle est attribuée par la CDAPH, instance constituée au sein de la MDPH ayant le pouvoir décisionnel sur l'ouverture des droits : attribution des aides financières et reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

À Mayotte, la MDPH a enregistré **455 demandes** pour les prestations de l'AAH dont 274 ont été accordées et 181 rejets. **La MDPH se mobilise pour l'extension de l'AAH-2** depuis le 1er octobre 2021 qui s'applique aux personnes ayant un taux compris en 50 % et 79 % et présentant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. Ainsi, 25 AAH-2 au titre de l'article L821-2 ont été attribuées depuis, soit 36 % des AAH accordées depuis l'application du décret.
Le taux de rejets a augmenté de +19 points entre 2016 (21 %) et 2021 (40 %) (*Figure 204*).

Figure 206 : Evolution de l'attribution des AAH à Mayotte entre 2016 et 2021



Source : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

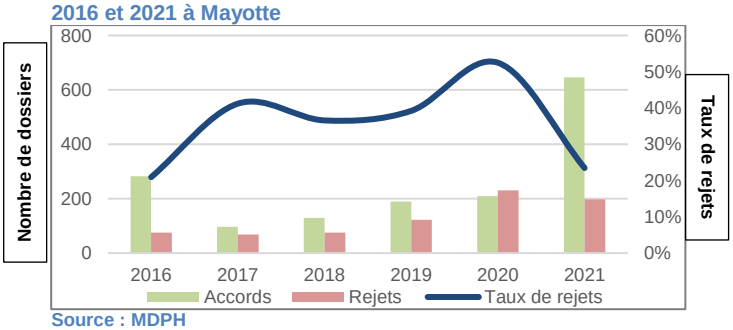
En 2017, le **taux d'allocataires de l'AAH** est de 0,4 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans et de **0,5 en 2020** [46].

Allocation d'éducation de l'Enfant Handicapé

L'AEEH est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants de moins de 20 ans en situation de handicap. Comme pour l'AAH, la décision d'attribution est prise par la CDAPH. **Cette allocation est attribuée aux enfants de moins de 20 ans avec un taux d'incapacité à 80 % à Mayotte.** Le décret du 04/12/2020 rend **désormais applicable l'octroi de l'AEEH pour les taux de 50-79 %** à compter du 1er juin 2021.
De plus, un second décret en avril 2021 **rallonge la durée du Cerfa médical de 6 mois à 1 an**.

En 2021, la CDAPH a notifié **646 accords** d'AEEH, multiplié par trois par rapport à 2020 (*Figure 205*).
En octobre 2021, la MDPH a été autorisée à réévaluer toutes les demandes déposées depuis le 1er janvier 2020 qui ont fait l'objet d'un rejet en raison du taux.
Ainsi, **288 AEEH sur 541 AEEH ont été accordées entre le 01/06/2021 et le 31/12/2021**, soit 53 % des accords AEEH depuis l'application du décret.

Figure 207 : Evolution de l'attribution des AEEH entre 2016 et 2021 à Mayotte



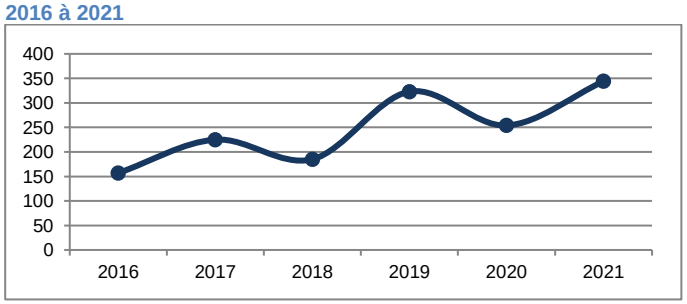
Source : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

c) Scolarisation et orientations scolaires des enfants en situation de handicap

La scolarisation des enfants en situation de handicap est une priorité nationale. Un enfant porteur de handicap peut être accueilli en milieu scolaire dès lors que son handicap ou son comportement ne risque pas de poser de problème dans une classe ordinaire.
Des efforts importants en matière d'intégration scolaire ont été consentis par le Rectorat de Mayotte. En **2006**, le territoire comptait déjà **25 classes spécialisées :** 18 classes pour inclusion scolaire, 4 Unités pédagogiques d'intégration, 4 classes PPF-ASH et 1 classe pour les enfants de la lune. En **2013**, le nombre de classes spécialisées a doublé : **56** pour les **ULIS**. Plus particulièrement il a triplé pour les **PPF-ASH** : **14.**
Le travail en réseau avec les enseignants référents ainsi que l'aide précieuse du référent scolarisation de la MDPH représentent un appui important pour l'encadrement pédagogique de ces enfants.

En **2019**, la MDPH a enregistré **323 enfants scolarisés** en milieu ordinaire répartis dans les différentes classes spécifiques allant de l'enseignement primaire au secondaire (*Figure 206*). En **2020**, elle a notifié **254 orientations scolaires** dont plus de 74 % en ULIS – Troubles des fonctions cognitives ou mentales. En **2021**, **344 orientations scolaires** dont 17 en UEEA ont été réalisées.

Figure 208 : Evolution du volume de scolarisations des enfants de Mayotte en situation de handicap de 2016 à 2021

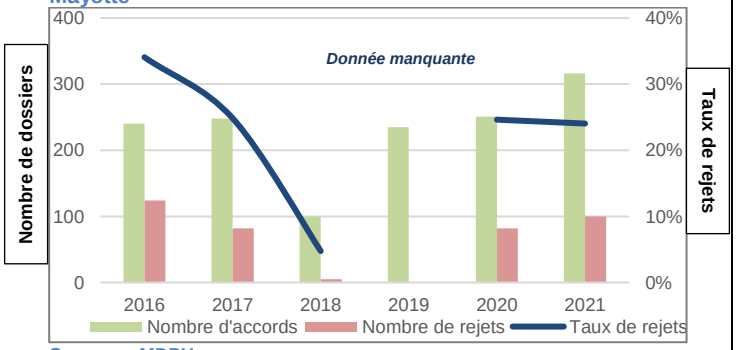


Sources : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

d) Emploi et orientation professionnelle

La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé est un dispositif accordé par la CDAPH qui permet aux personnes en situation de handicap de bénéficier de mesures spécifiques favorisant leur insertion professionnelle. À Mayotte, toutes entreprises privées d'au moins vingt salariés doivent embaucher des personnes en situation de handicap dans une proportion de 2 % de l'effectif total (6 % dans les autres régions). Cependant, cette obligation d'emploi de travailleur handicapé n'est pas respectée par les entreprises. En **2021, la MDPH a enregistré 316 décisions d'accord de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé,** légèrement en hausse par rapport à 2020 (+26 %) (*Figure 207*).
Le nombre d'accords pour les orientations professionnelles a augmenté entre 2017 et 2021, passant de 93 à 254 (*Tableau 61*).

Figure 209 : Evolution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé de 2016 à 2021 à Mayotte



Sources : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Tableau 61 : Orientation professionnelle de 2017 à 2021 à Mayotte

	2017	2018	2019	2020	2021
Accords	93	36	174	186	254
Refus	0	1			

Sources : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

e) Etablissements et services médico-sociaux

Les établissements et services médico-sociaux permettent de répondre à des besoins plus spécifiques destinés aux personnes en situation de handicap. Comme pour l'accès au droit des prestations (AAH, AEEH), l'orientation vers les établissements et services médico-sociaux nécessite une décision de la CDAPH.

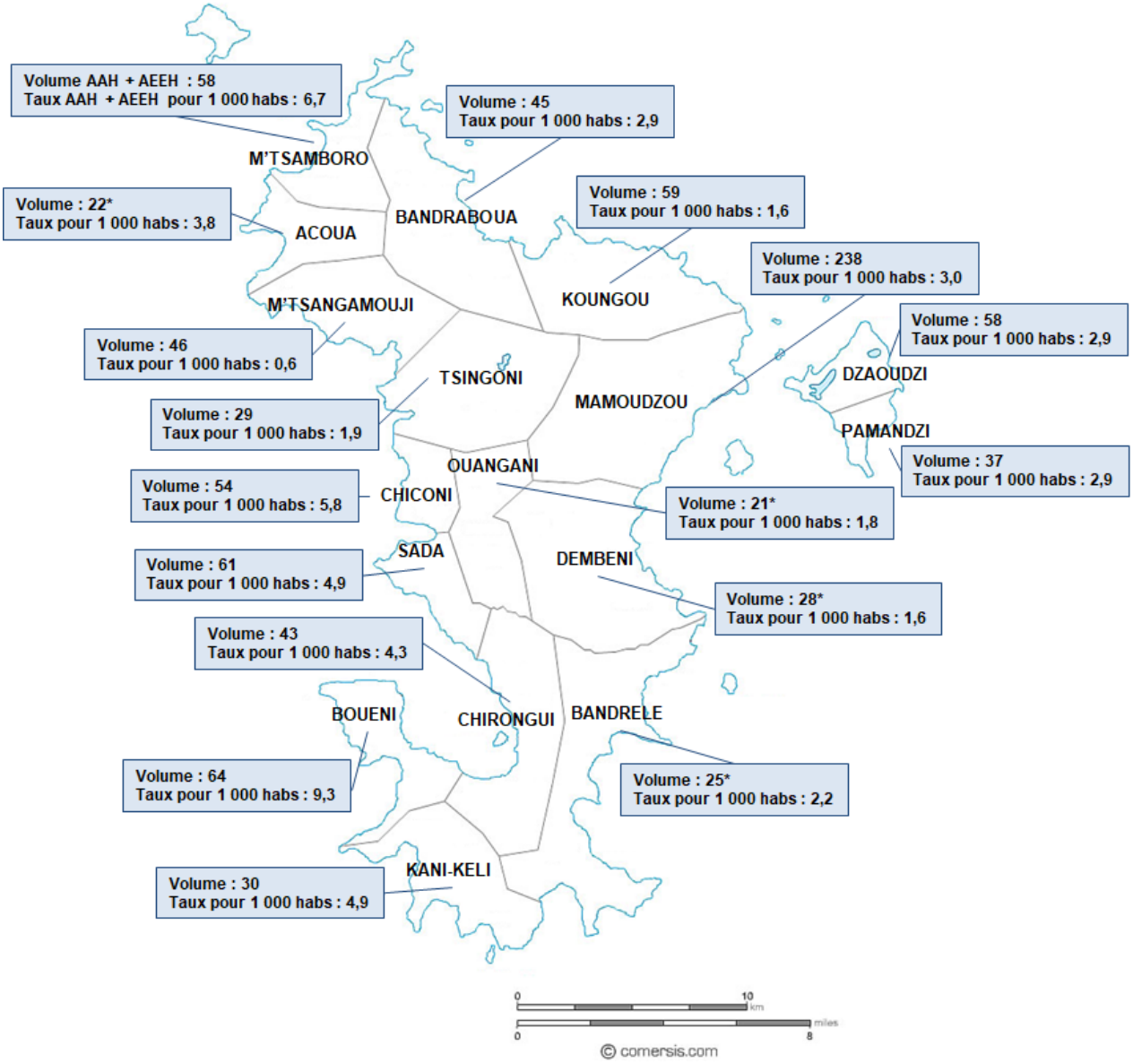
En **2021**, les orientations vers les établissements ou services médico-sociaux pour les adultes de 20 ans ou plus sont **stables par rapport à 2020** (64 contre 60) (*Tableau 62*).
Pour les orientations chez les **enfants** (moins de 20 ans) : **563** ont été réalisées en **2020** et **773 en 2021**, soit une hausse de +37 % (*Tableau 62*)

Tableau 62 : Orientations vers les ESMS pour les adultes de 2017 à 2021 à Mayotte

Nombre d'orientations	2017	2018	2019	2020	2021
Chez les adultes de 20 ans ou plus	75	42	110	60	64
Chez les enfants de moins de 20 ans		377	485	563	773

Source : MDPH
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 210 : Taux d'allocataires de l'AAH (20 à 59 ans) ou l'AEEH (moins de 20 ans) par commune en 2021



Note : * indique une valeur estimée, en effet pour les effectifs inférieurs à 10 la valeur exacte n'est pas connue et a été imputée par 5.
Méthode : La population de référence par commune est déterminée après application des répartitions observées en 2017 sur l'estimation des 0-59 ans au 1er janvier 2022.
Source : CSSM, *tableau de bord* [110]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

6 – Nutrition-Santé

a) Définition

Liées au dysfonctionnement des glandes endocrines (hypophyse, hypothalamus, pancréas, thyroïde, surrénales, ovaires, testicules...), les maladies endocriniennes touchent de nombreuses fonctions vitales et de nombreux organes**. Le diabète de type II représente la principale** maladie endocrinienne.
En deuxième position se trouvent les maladies thyroïdiennes (hypo et hyperthyroïdies notamment) puis les maladies affectant les autres glandes endocrines, beaucoup plus rares (acromégalie, hypogonadisme, hirsutisme, phéochromocytome, syndrome de Cushing...) mais aussi les cancers spécifiques de ces organes. **Les maladies nutritionnelles et métaboliques regroupent l'obésité et les autres excès d'apports**, les anomalies du métabolisme, la **malnutrition** et les carences nutritionnelles.

b) Indice de masse corporelle

En 2019, **7 %** des 15 ans ou plus étaient en **situation de maigreur**[220] (8 % chez les hommes et 6 % chez les femmes, et 5 % chez les 18 ans ou plus en 2021 [63]) [43], soit une **hausse de +4 points chez les hommes** et **une baisse de -1 point chez les femmes** par rapport à 2006 [111]. Chez les enfants de 10-12 ans[221], **deux fois plus de garçons que de filles**[222] sont en situation de maigreur [50] (*Tableau 63*).
En 2019, un individu sur deux de 15 ans ou plus est en situation de surpoids (dont obésité)[223] [43]. 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 [43] [111].
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 [63]) : 34 % contre 16 %[224] [43].
Avec l'âge, le taux d'obésité augmente fortement en fonction du sexe : **5 %** chez les filles et **1 %** chez les garçons **de 10-12 ans** [50], **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** [43] [49] (*Tableau 63, Figure 211*).

Tableau 63 : IMC de 2006 à 2021 à Mayotte

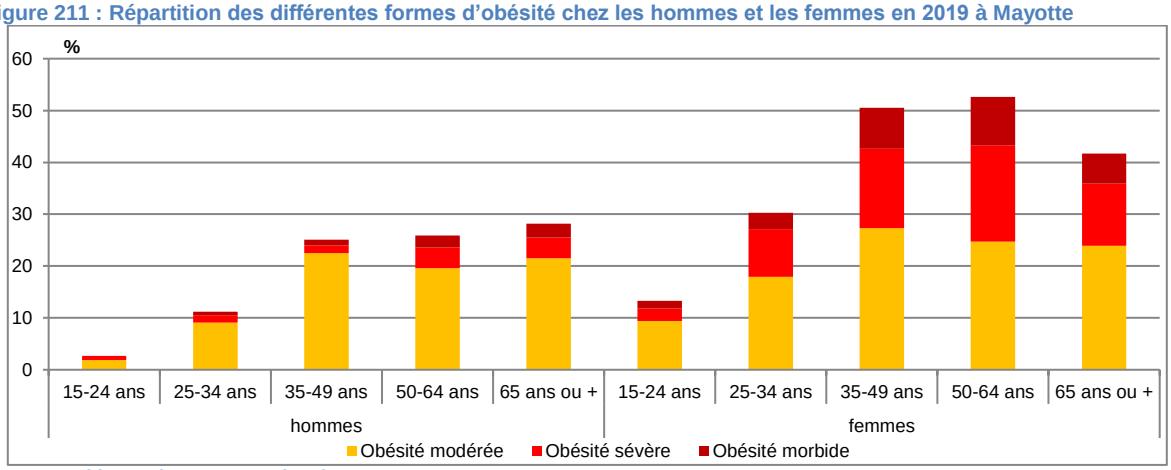
	2006 – 15 ans ou plus [111]			2008 – 30-69 ans [61]			2019 – 15 ans ou plus [43]			2019 - 15-64 ans [113]			2021 - 18 ans ou plus [63]		
	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	En.	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	Ens.
Maigreur	4	5		2	1,4		8	6	7	6	8		6	3	5
Normale	63	37		46	19		46	34	40	50	28		48	27	37
Surpoids	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[225] [226] [50]			2019 – 5-14 ans [113]			2006 - 5-14 ans [111]
	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

Source : InVS, *enquête Nutrimay de 2006* [111], InVS, *enquête Maydia 2008* [61], ARS-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [50], Insee-Drees-IRDES, *enquête EHIS de 2019* [43], SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [113], ARS Mayotte, *enquête de séroprévalence Covid-19 de 2021* [63]

[220] Mayotte se situe au premier rang, devant La Réunion (6 %), la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane (5 %) et la Métropole (4 %) [43].
[221] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[222] Le taux de maigreur global est de 10 %, soit deux fois supérieur aux enfants de CM2 en métropole : 4 % [50].
[223] Sur le regroupement surpoids et obésité (et ses différents stades), Mayotte se situe au premier rang (54 %), a ex-aequo avec la Martinique (dont 20 % d'obésité), devant la Guadeloupe (52 % dont 19 % d'obésité), la Guyane (49 % dont 19 % d'obésité), la Métropole (45 % dont 14 % d'obésité) et la Réunion (44 % dont 16 % d'obésité) [43]. Restreint uniquement à l'obésité, elle tient également le premier rang, toute seule [43].
[224] Chez les hommes, l'emploi prédispose à l'obésité : 27 % des hommes en emploi sont obèses, soit trois fois plus que ceux sans travail [49]. Ce facteur influe davantage que le niveau de vie dans la probabilité d'être obèse [49]. 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 [49].
[225] Le taux d'obésité global est de 10 %, soit un taux deux fois moins important que chez les enfants de CM2 en métropole : 22 % dont 4 % en situation d'obésité [50].
[226] 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 [112]. Dès lors, cela implique que pour une baisse mineure de leur poids, 15 % des filles et 22 % des garçons se situeraient en insuffisance pondérale [112].

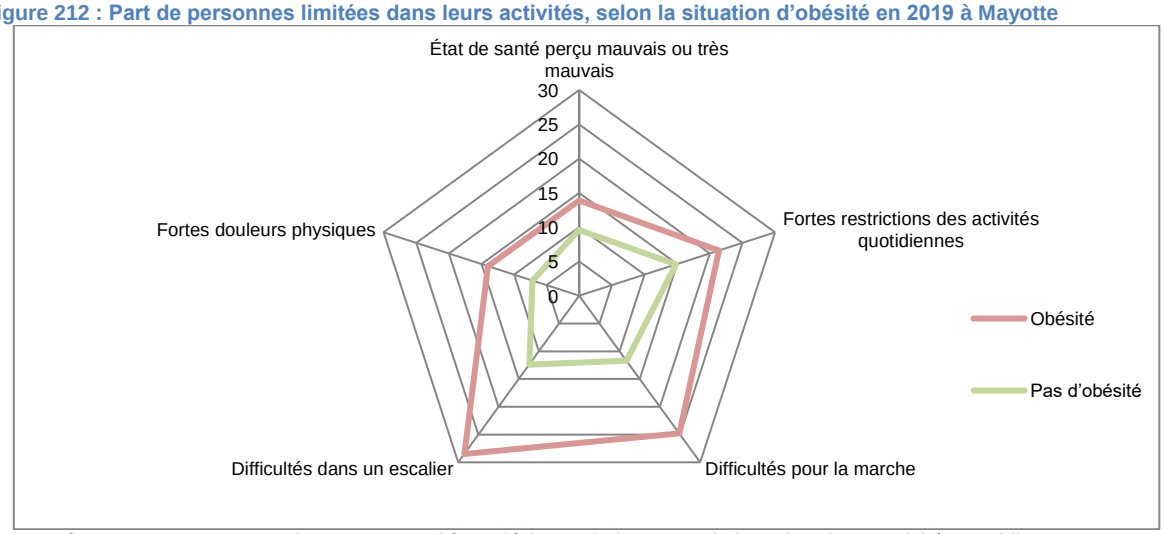
Figure 211 : Répartition des différentes formes d'obésité chez les hommes et les femmes en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Insee, *enquête EHIS de 2019* [49]

L'obésité a un impact visible sur la santé : **14 % des personnes obèses déclarent une mauvaise ou très mauvaise santé** contre 10 % des autres habitants de Mayotte [49].
Les personnes obèses se plaignent davantage de **fortes restrictions** dans leurs activités quotidiennes (21 %) que les personnes de corpulence normale (15 %) [49]. Leur motricité est particulièrement affectée : **plus du quart des personnes obèses éprouvent des difficultés pour marcher ou gravir un escalier** [49]. De plus, 14 % ont éprouvé des **douleurs physiques**, soit le double des autres [49] (*Figure 210*).

Figure 212 : Part de personnes limitées dans leurs activités, selon la situation d'obésité en 2019 à Mayotte



Lecture : à Mayotte en 2019, 21 % des personnes obèses déclarent de fortes restrictions dans leurs activités quotidiennes, contre 15 % des personnes non obèses.
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Insee, *enquête EHIS de 2019* [49]

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) [113]. Chez les **0 à 3 ans**, la mesure du périmètre branchial permettait d'estimer que **3 %** d'entre eux présentaient une **malnutrition modérée**[227] et **5 % une malnutrition sévère**[228] [113].
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) [113]. Lorsque les enfants étaient sous-nutris[229], il s'agissait souvent d'un stade **modéré** [113]. Cependant, 2 % présentaient une maigreur sévère [113].

[227] Périmètre brachial compris entre 11,5 et 12,5.
[228] Périmètre brachial inférieur à 11,5.
[229] La pharmacie de la PMI (dispensation des aliments thérapeutiques) apporte son aide pour la gestion et le stockage du plumpynut [52]. Ce produit, qui est un aliment thérapeutique prêt à l'emploi utilisé dans le cas de dénutrition aigue ou sévère, fait partie d'un ensemble de produits utilisés dans la prise en charge globale des enfants dénutris [52]. En 2021, la pharmacie a dispensé près de 750 sachets de plumpynut dans les PMI [52]. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2020 [52].

c) Nutrition[230] [231]

En 2019, **16 %** des **15 ans ou plus** déclarent consommer **tous les jours des fruits**[232] et **9 % des légumes**[233], soit des fréquences nettement inférieures à celles de la Métropole (respectivement 59 % et 63 %) [43]. **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 [43]. Concernant les **enfants de 10-12 ans**[234], **35 %** déclarent consommer tous les jours des **fruits** (36 % chez les enfants scolarisés en CM2 en Métropole) et **15 %** des **légumes** [50].

Pour les **boissons sucrées**[235] chez les 15 ans ou plus en 2019, **les consommations sont plus importantes à Mayotte** qu'en Métropole : **15 %**[236] [237] (tous les jours) contre 10 % [43]. **La fréquence**, contrôlée sur l'âge et le niveau de vie, **augmente parmi les jeunes et reste indépendante du niveau de vie** [43]. Les **enfants de 10-12 ans** sont **22 %** à en déclarer une quotidienne (20 % chez les enfants scolarisés en CM2 en métropole) [50] (*Tableau 65*).

Tableau 64 : 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* [113]

Tableau 65 : Part (%) des fréquences de consommation des différentes catégories d'aliments chez les enfants de Mayotte

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

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème
Source : ARS Mayotte, *Enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

[230] La dépense en produits alimentaires et boissons non alcoolisées représente en 2017 un quart de la structure de consommation (27 % en 2011) et reste en première position, devant celles en logement, eau, gaz, électricité et autres combustibles (15 %) et en transports (18 %) [115]. Cependant, sa part a diminué depuis 1995 de -18 points (40 % de la structure de consommation en 1995) [12]. L'alimentation représentait en 2017 le 4ème choix d'utilisation prioritaire de ressources supplémentaires (10 % contre 18 % en 2011 soit le 3ème choix [12]) à égalité avec l'épargne, et derrière la culture, l'éducation des enfants (26 %), le logement (17 %) et l'équipement du logement (11 %) [115].

[231] Mayotte a été marqué en 2004 par une épidémie de béribéri infantile ayant eu pour conséquence la mort de 20 nourrissons sur 32 cas signalés, suite à une carence chez la mère durant la grossesse et dans le lait maternel, carence liée à un déficit en thiamine (vitamine B1) pouvant entrainer de graves troubles cardiaques et respiratoires [114]. Depuis les données du PMSI de 2008 à 2020, 256 cas de carence en thiamine ont été identifiés, parmi lesquels 4 patients sont décédés [114]. L'âge médian des cas était de 28 ans et le rapport homme-femme était de 0,4 [114]. Les femmes en âge de procréer (entre 15 et 44 ans) représentaient 61% des cas [114]. Le béribéri a été relevé chez 22 enfants de moins de 5 ans dont la quasi-totalité (20) était âgé de moins d'un an [114]. Une augmentation a été observée à partir de 2014, touchant principalement les femmes : soit 76 % des cas identifiés après 2014, avec un pic en 2019 [114]. À partir de 2018, on observe également une hausse du nombre d'enfants concernés, alors qu'aucun cas n'avait été identifié entre 2016 et 2017 [114]. Ces résultats témoignent de la persistance de la carence en thiamine à Mayotte, et ce, principalement chez les femmes en âge de procréer du fait d'une alimentation constituée en majorité de riz blanc et d'apport glucidiques importants [114].

[232] Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guyane (30 %), la Martinique (39 %), La Réunion (42 %), la Guadeloupe (45 %) et la Métropole (59 %) [43].

[233] Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Martinique, la Guyane (35 %) , la Guadeloupe (38 %), La Réunion (44 %) et la Métropole (63 %) [43].

[234] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].

[235] Boissons industrielles sucrées : sodas ou jus industriels, boissons allégées exclues.

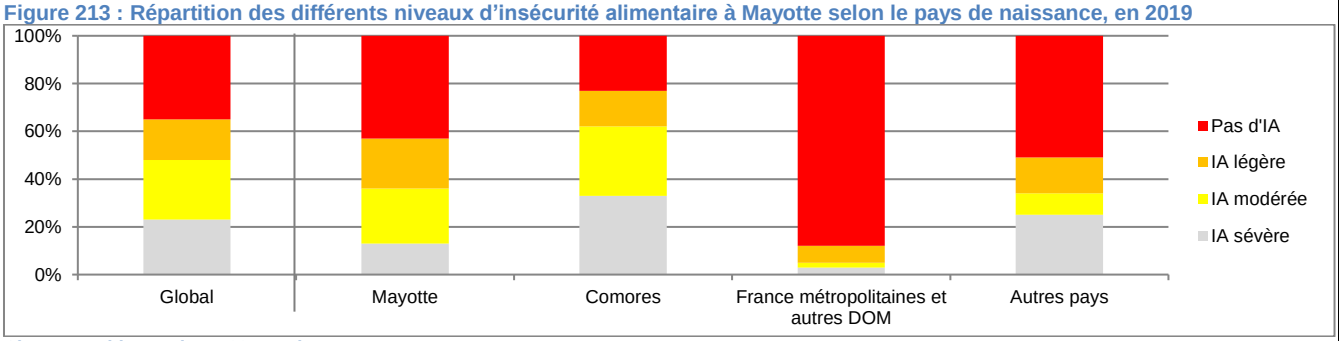
[236] En 2006, 10 % de la population de cette classe d'âge déclaraient consommer au moins 12,5 % de l'apport énergétique sans alcool (AESA) en glucides simples issus des produits sucrés [111].

[237] Mayotte se situe au second rang, devant la Guyane (16 %) et devant La Réunion (13 %), la Guadeloupe (12 %), la Métropole (10 %) et la Martinique (9 %) [43].

Insécurité alimentaire[238]

En 2019, **près de la moitié des adultes de 15-69 ans sont en insécurité alimentaire**[239] modérée (25 %) ou sévère (23 %), contre 6 % en France métropolitaine ou dans les autres DOM [113]. Cette prévalence diffère fortement selon le lieu de naissance. Ainsi, elle était de 36 % pour les natifs de l'île, contre 62 % pour ceux des Comores [113] (*Figure 213*).

Figure 213 : Répartition des différents niveaux d'insécurité alimentaire à Mayotte selon le pays de naissance, en 2019

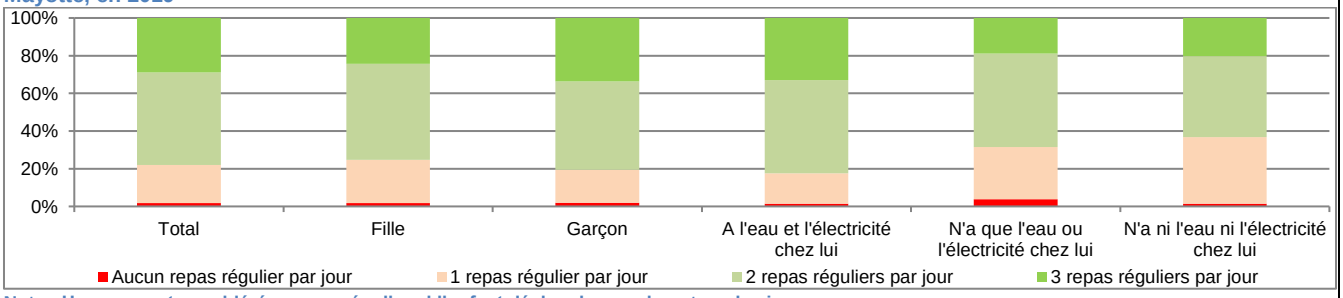


Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [113]

Trois enfants de 10-12 ans[240] **sur dix déclarent prendre trois repas par jour de manière quotidienne**[241] [242] [112]. Ils sont la moitié pour la prise de deux repas, parmi eux trois sur dix en consomment un troisième de manière irrégulière [112]. Concernant la prise d'un seul repas fréquemment : un sur cinq est constaté, les trois quart déclarent alors manger au moins l'un des deux autres repas de manière irrégulière [112]. **Un enfant sur cinquante est concerné par un rythme alimentaire particulièrement inconstant**, n'en déclarant la prise d'aucun de manière quotidienne [112].

Les garçons déclarent plus souvent la prise de trois repas que les filles : 34 % contre 24 % [112]. **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 (*Figure 214*) [112].

Figure 214 : 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* [112]

[238] 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 [61]. 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 %) [61]. L'anémie (carence en fer) concernait 2 % des hommes et 10 % des femmes, soit un ensemble de 6 % [61]. Aucun homme était touché par l'anémie régénérative, il s'agissait alors exclusivement d'anémie arégénérative tandis que chez les femmes, elles étaient 7 % pour la première forme [61].

[239] 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.

[240] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].

[241] Le matin, 47 % des filles déclarent manger régulièrement et 59 % chez les garçons [112]. 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 [112]. 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 [112].

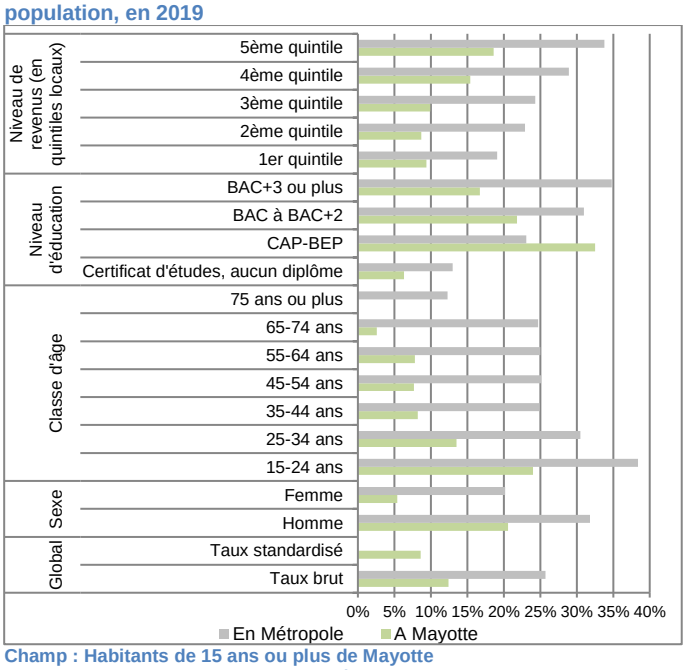
[242] Les enfants ne déclarant qu'un seul repas par jour sont plus souvent concernés par l'insuffisance pondérale : 13 % contre 10 % pour ceux en déclarant deux voire trois par jour [112]. Ils sont également deux fois plus nombreux à se retrouver en surpoids (10 %) par rapport aux enfants prenant trois repas par jour (5 %) [112]. Les enfants prenant trois repas par jour ont la plus forte proportion de corpulence « normale » [112].

15 % des enfants vivant dans les conditions les moins précaires ont **une alimentation variée**, soit **cinq fois plus que les plus précaires** : 3 % [112]. Dès lors, les aliments les plus consommés par les plus « **aisés** » sont les **fruits**, les **poissons** et les **laitages** [112]. Chez ceux prenant quotidiennement **trois repas par jour**, **trois fois plus déclarent une grande variété d'aliments consommés** par rapport à ceux n'en prenant qu'un seul : respectivement 22 % et 5 % [112]. La consommation de **laitages** est la plus marquée, en particulier chez les enfants déclarant trois repas par jour : 79 % contre 47 % [112]. La consommation de **légumes** est également concernée : 61 % contre 41 %, ainsi que les **poissons** : 55 % contre 42 %, et les **fruits** : 78 % contre 66 % [112]. Quel que soit la situation sociale et le nombre de repas pris par jour, **la consommation de féculents reste stable** [112].
Les enfants en surpoids, voire en situation d'obésité, sont deux fois moins à déclarer une alimentation variée contrairement aux autres : respectivement 5 % et 11 % [112]. Quel que soit le statut pondéral de l'enfant, les consommations de **féculents** et de **fruits** restent citées dans la **même fréquence** [112]. La consommation de **viandes** (hors poulet) est **plus régulière** chez les enfants ayant un **IMC dans la norme** que chez les enfants en insuffisance pondérale ou en surpoids (82 % contre 75-77 %) [112]. Elle est à l'inverse plus faible chez les enfants en situation d'obésité (58 %), se **substituant à la consommation de poissons** qui est alors plus importante chez eux vis à vis des enfants en surpoids ou avec un IMC dans la norme (69 % contre 45-48 %) [112]. **Ce constat peut s'expliquer par le fait que les poissons sont souvent consommés en friture mais sont également liés à la consommation de boissons sucrées et sucreries** [112]. La fréquence de consommation des **laitages croît avec l'IMC**, 52 % chez ceux en insuffisance pondérale contre 79 % chez les enfants en situation d'obésité [112]. Elle est **stable pour celle des légumes**, corrélée aussi à la consommation de boissons sucrées et sucreries [112].

d) Activité physique

70 % des 15 ans ou plus déclarent réaliser au moins un trajet de 10 minutes ou plus **à pied par semaine**[243] (63 % chez les femmes et 77 % chez les hommes) contre 81 % en Métropole [43]. La pratique d'au moins **30 minutes de marche à pied ou de vélo**[244] est trois fois plus importante chez les hommes (45 %) que les femmes (18 %) [43].
21 % des 15 ans ou plus à Mayotte déclarent pratiquer une activité sportive[245] **en semaine**[246], 45 % en Métropole [43]. A un niveau plus élevé, **au moins 150 minutes de sport par semaine**, **13 % des adultes de 18-64 ans sont concernés**, ce qui reste deux fois inférieur à la Métropole (28 %) [43]. Cette part augmente chez les 15-29 ans : 20 %, mais reste encore plus faible qu'en Métropole : 36 % [43]. **Le renforcement musculaire concerne 4 % des 18 ans ou plus** de Mayotte[247], quatre fois moins qu'en Métropole (16 %) [43]. Les **femmes** sont alors **2 %** à en faire au moins deux fois par semaine (13 % en Métropole) et les **hommes 6 %** (18 % en Métropole) [43]. De manière plus générale et en lien avec les

Figure 215 : Part de la population de Mayotte en conformité avec les recommandations de l'OMS relatives à l'activité physique[248] [249] par profil de la population, en 2019



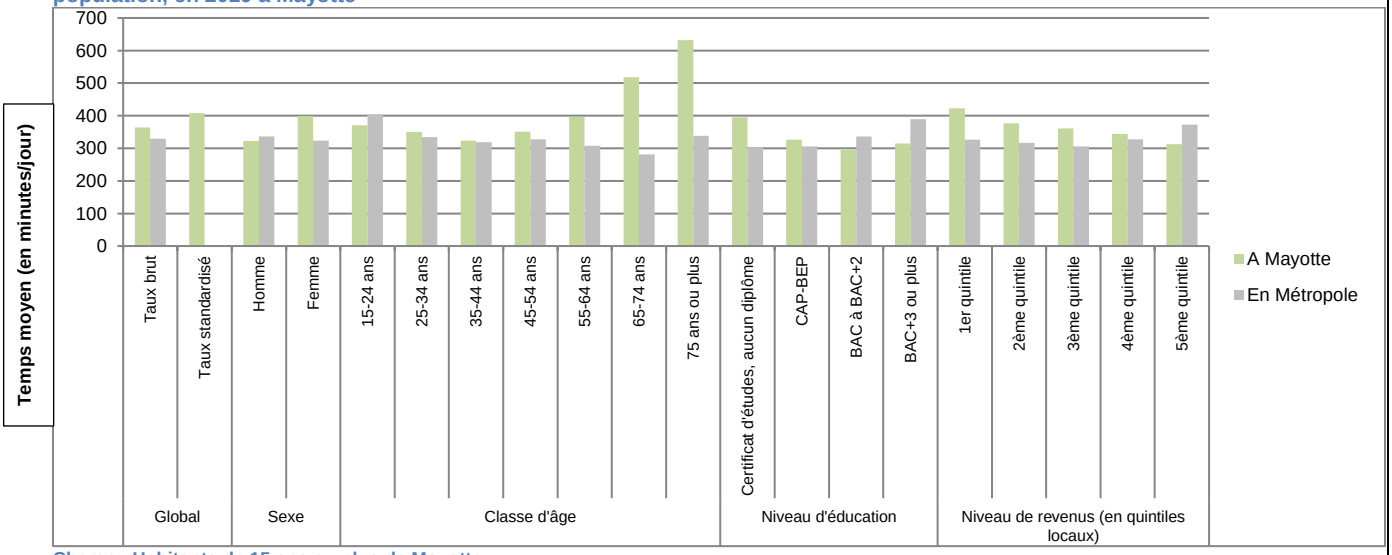
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

[243] Mayotte se situe au second rang, derrière la Métropole et devant la Guyane, La Réunion (65 %), la Guadeloupe, et la Martinique (57 %) [43].
[244] Selon les recommandations de l'OMS.
[245] La réalisation d'une activité sportive peut nécessiter des équipements sportifs qui sont onéreux [43]. Ainsi, le taux d'équipements est de 12,9 pour 10 000 habitants à Mayotte contre 39,9 au niveau national en 2010 [43].
[246] Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe (30 %), la Guyane (31 %), la Martinique, La Réunion (35 %) et la Métropole [43].
[247] Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe (9 %), la Guyane (11 %), la Martinique, La Réunion (12 %) et la Métropole [43].

[248] Au moins 150 minutes de sport par semaine et renforcement musculaire deux fois par semaine.
[249] En 2008, 31 % des hommes de 30-69 ans déclaraient une faible fréquence des activités quotidiennes professionnelles ou domestiques, 61 % chez les femmes [61]. Ils et elles sont ensuite 35 % et 28 % pour une fréquence modérée, 26 % et 10 % importante et 8 % et 1,1 % intense [61]. Concernant les activités sportives, 38 % des hommes en pratiquaient à un niveau modéré (marche, promenade à vélo, etc.) et 28 % des femmes, 6 % des hommes pour une activité intense (jogging, natation, etc.) et 2 % des femmes [61]. Les autres n'en déclaraient pas [61].

recommandations de l'OMS sur l'activité physique, **le taux standardisé est trois fois inférieur à la Métropole** [44]. Pour toutes les classes d'âge, on constate un taux de conformité à ces recommandations nettement inférieur à la Métropole, même chez les 15-24 ans : 24 % à Mayotte contre 38 % en Métropole [44] (*Figure 215*).
Dans un cadre beaucoup plus général **d'efforts physiques pour une activité quotidienne principale**[250] : la moitié déclare rester principalement assis ou debout (43 % en Métropole), **27 %** déclarent **un effort physique modéré** (44 % en Métropole), 9 % un effort physique important (11 % en Métropole) et **14 % aucun effort physique**[251] (2 % en Métropole) [43].
A structure de population équivalente, le temps moyen standardisé **passé assis ou allongé sans dormir est plus important** à Mayotte qu'en Métropole : +10 % [44]. Ce sont notamment **les femmes de Mayotte** qui s'éloignent le plus de leurs homologues métropolitaines : +23 % [44]. En comparant les classes d'âge, on constate qu'un décrochage se fait **à partir de 55 ans**, +28 % chez les 55-64 ans par rapport aux métropolitains, +84 à 87 % chez les 65 ans ou plus [44].

Figure 216 : Temps moyen passé assis ou allongé sans dormir[252] et fréquence de l'excès de sédentarité par profil de population, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

e) Sédentarité[253]

37 % des 15 ans ou plus présentent un excès de sédentarité[254] (32 % en Métropole) avec un écart significatif entre les femmes[255] et les hommes : 42 % contre 31 %, contrairement à la Métropole [43]. **Mayotte se démarque des autres territoires français avec un effet inversé du niveau de vie**, une sédentarité plus fréquente chez les individus aux faibles revenus vis-à-vis de ceux aux revenus les plus importants [43]. Il n'est sans doute pas lié au temps passé devant l'ordinateur à Mayotte où le taux d'équipement est faible (32 % des ménages équipés en 2017, 77 % pour un téléviseur [1]) mais plus à l'absence d'activité professionnelle et au temps passé devant la télévision [43]. **L'excès de sédentarité est plus fréquent parmi les plus jeunes** : les 15-29 ans ont une probabilité plus importante vis-à-vis des 30-54 ans [43].
Chez les **enfants de 10-12 ans**, **quatre sur cinq déclarent passer du temps devant un « écran »** : 74 % pour la télé, 23 % pour le téléphone, 22 % pour une tablette numérique et 17 % pour un ordinateur [50]. Un enfant sur deux y passe au moins une heure les jours d'école (55 % pour les enfants scolarisés en CM2 en Métropole), et cette proportion augmente fortement les jours où il n'y a pas école : quatre enfants sur cinq (contre 55 % en Métropole) [50].

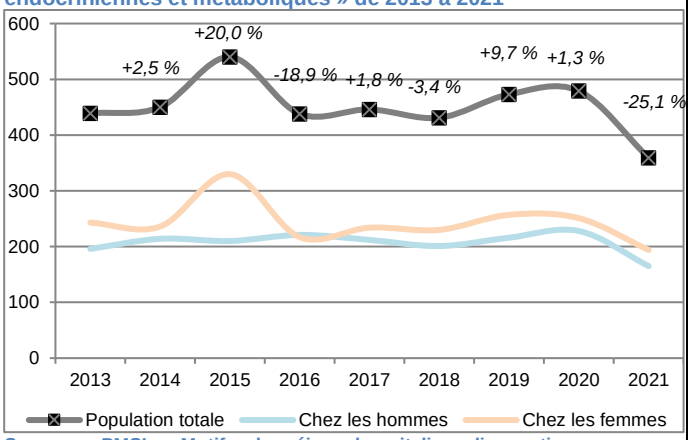
[250] La question exacte est : « qu'est ce qui décrit le mieux les activités que vous réalisez dans le cadre de votre activité principale ? »
[251] Mayotte se situe au premier rang, devant la Guadeloupe (10 %), la Guyane (8 %), la Martinique (5 %), La Réunion et la Métropole (2 %) [43].
[252] En minutes par jour.
[253] L'OMS définit l'excès de sédentarité comme le fait de passer sept heures ou plus assis ou allongé sans dormir [43].
[254] Mayotte se situe au premier rang, devant la Métropole, la Guadeloupe (24 %), la Martinique, La Réunion et la Guyane (23 %) [43].
[255] On peut dès lors constater que 40 % des femmes concernées sont obèses contre 30 % des moins sédentaires [49].

f) Motifs de séjour hospitalier

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent **3 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralité », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », **4 % chez les femmes** et **3 % chez les hommes**. En Métropole, cette part est de 2 %.

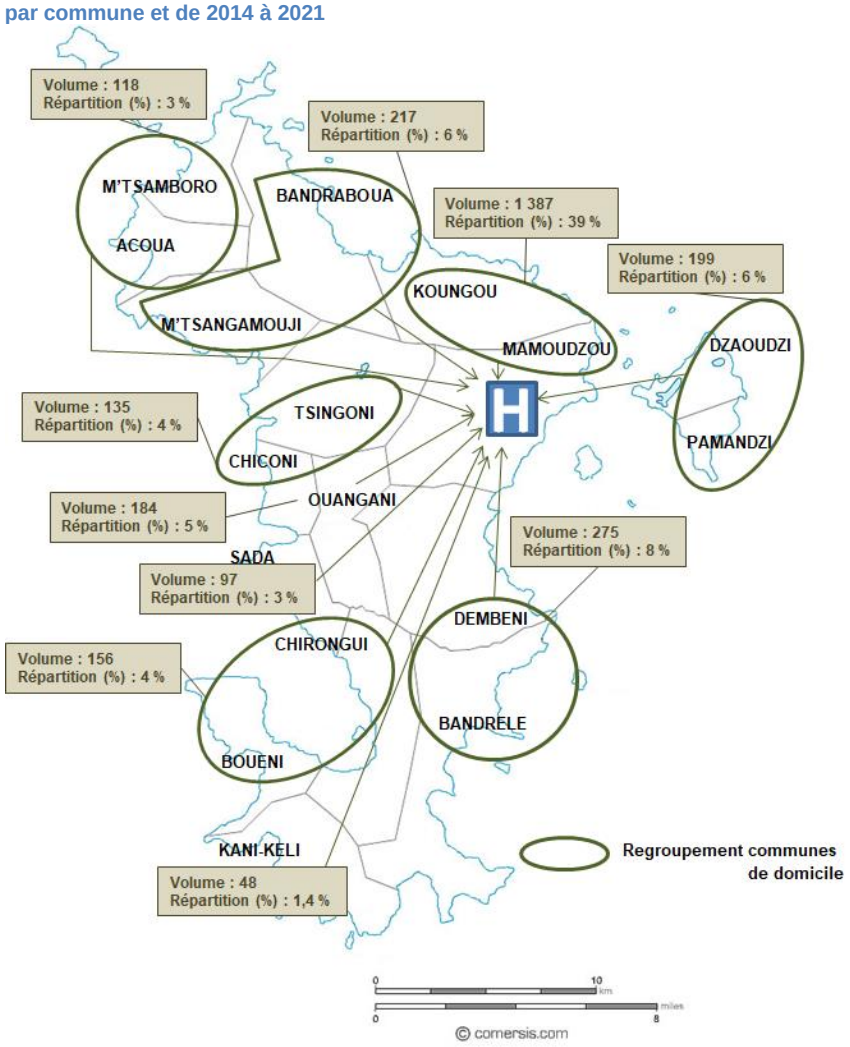
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **9,8 jours,** et le **taux de recours standardisé est 1,3 fois inférieur** à la Métropole.

Figure 217 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques » de 2013 à 2021



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

Figure 218 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » par commune et de 2014 à 2021

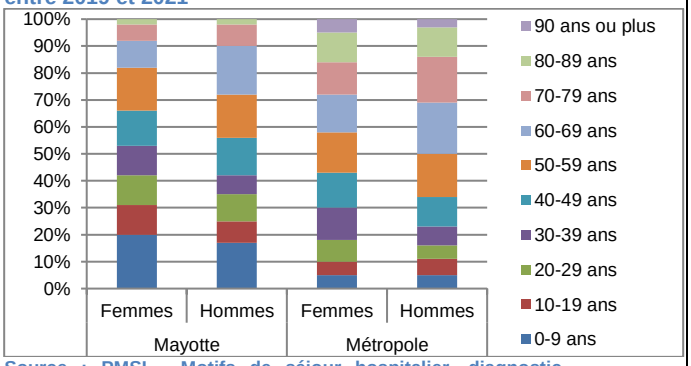


Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2021 des volumes associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes ». La somme des pourcentages donne 80 % auquel il faut rajouter 20 % de communes non renseignées.
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur les **1 311** séjours liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **42 % (chez les hommes) à 53 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 40 ans** (*Figure 219*).

Les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent **1,4 % des évacuations sanitaires de 2020** (0,8 % en 2019 et 0,3 % en 2018).

Figure 219 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » entre 2019 et 2021



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

Sur la période de 2019 à 2021, le « **diabète** » représente 37 % des motifs de séjour liés aux « maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques » chez les femmes et 58 % chez les hommes. Viennent ensuite les « **anomalies du métabolisme** » (22 % chez les femmes et 18 % chez les hommes). Les « **affections de la glande thyroïde** » sont le troisième motif de séjour pour cette nomenclature chez les femmes (15 %) tandis que pour les hommes il s'agit de la « **malnutrition** » (12 %) (*Tableau 66*).

Tableau 66 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

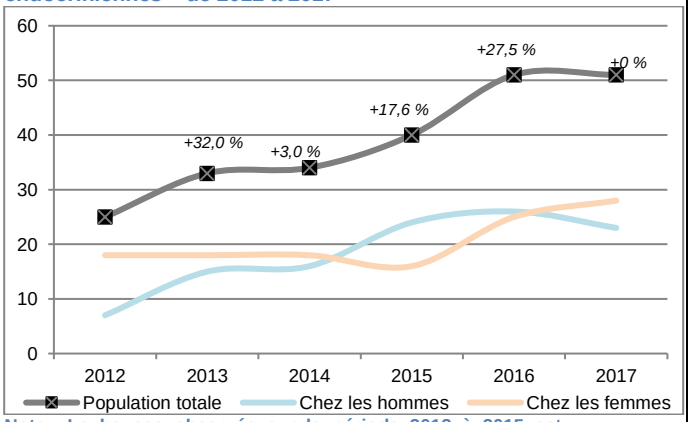
	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Affections de la glande thyroïde	35	5	15	2
Diabète sucré	86	118	37	58
Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne	8	10	3	5
Maladie des autres glandes endocrine	10	3	4	1
Malnutrition	29	24	12	12
Autres carences nutritionnelles	15	5	6	2
Obésité et autres excès d'apport	1	0	0	0
Anomalies du métabolisme	51	37	22	18
Total	**241**	**209**	**100**	**100**

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

g) Mortalité

Les « **maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes** » représentent **6 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (6 % chez les hommes et 7 % chez les femmes), soit 234 décès cumulés (111 hommes – 47 % – et 123 femmes – 53 % –) et, en moyenne, **39 décès par an**.
Les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent la **troisième cause de décès à Mayotte** (7 % des décès domiciliés) sur la période de 2015 à 2017. S'il s'agit également de la **3ème cause de mortalité chez les femmes**, elle en est la **4ème** cause **chez les hommes**.
A structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurent 2,3 fois plus** de ces pathologies que les métropolitains et les **habitantes de Mayotte 3,8 fois plus** que les métropolitaines, respectivement 1,9 et 3,9 fois moins sur la période 2012 à 2014 [86].

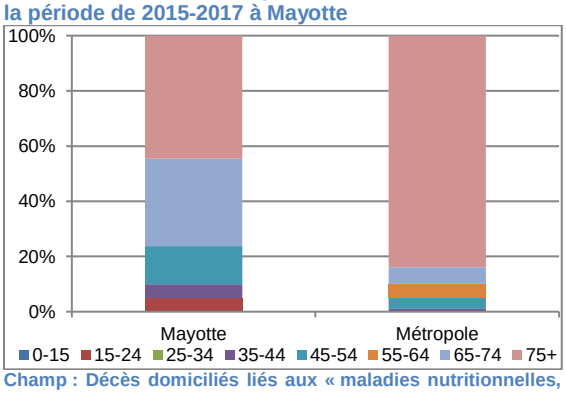
Figure 220 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » de 2012 à 2017



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

Sur la période de 2015 à 2017, **chez les femmes** et **les hommes**, respectivement 69 et 73 décès domiciliés en moyenne sont liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes ». C'est le « **diabète sucré** » (74 % chez les femmes et 67 % chez les hommes) suivies des « **anomalies du métabolisme** » (16 % et 23 %) et de la « **malnutrition** » (6 % et 7 %) qui ressortent le plus (*Tableau 67*).

Figure 221 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » sur la période de 2015-2017 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 67 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Affection de la glande thyroïde	0	0	0	0
Diabète sucré	51	**74**	49	**67**
Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne	1	1,4	0	0
Maladies des autres glandes endocrines	0	0	1	1,4
Malnutrition	4	**6**	5	**7**
Autres carences nutritionnelles	0	0	0	0
Obésité et autres excès d'apport	2	3	1	1,4
Anomalies du métabolisme	11	**16**	17	**23**
Somme 2015 à 2017	**69**	**100**	**73**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

h) Diabète

Le problème du diabète[256] est particulièrement important dans les Drom, Tom et collectivités d'outre-mer où la prévalence y est en moyenne bien plus élevée qu'en Métropole. En effet, différents facteurs en favorisent l'émergence rapide : changements des habitudes alimentaires relativement récents, alcoolisation, « coca-cola-nisation », changements du mode de vie avec sédentarité croissante (voiture, vie urbaine, désintérêt pour le travail en campagne, etc.), population jeune sensible à ces influences et génétiquement à risque.

Prévalence

En 2019, 11 % des personnes âgées de **15 à 69 ans** sont prédiabétiques[257] tandis que le diabète connu s'élève à 7 % et non connu à 4 %, portant la **prévalence globale du diabète à Mayotte à 11 %** [70]. Ces taux sont plus hauts chez les femmes de 18-69 ans que les hommes (12 % en cumul global) : 8 % contre 6 % pour le diabète connu et 5 % contre 4 % pour le diabète non connu, soit en cumul un taux de diabétiques de 13 % chez les femmes contre 10 % chez les hommes [70].
En 2008 et selon une méthodologie différente, la prévalence était de 11 % chez les 30 à 69 ans (14 % pour le prédiabète) [61], 18 % selon la méthodologie de 2019 sur cette même classe d'âge [70] (*Tableau 68*).
En 2019, les personnes ayant un **diabète connu** était **plus âgées** que celles ayant un statut non diabétique avec une moyenne **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) [70]. Leur profil métabolique était également dégradé, avec un **IMC moyen de 30,2 kg/m²** (**32,7 kg/m²** pour le diabète **non connu**), une **hypertension** chez **69 %** (**62 %** pour le diabète **non connu**) et elles présentaient une moyenne **d'hémoglobine glyquée**[258] **de 8 %** (identique pour le

[256] Le diabète de type 1 représente environ 6 % des cas traité chez l'adulte en France, débutant en général dans l'enfance ou l'adolescence. Il s'agit d'une pathologie auto-immune, aboutissant à une absence de sécrétion d'insuline. Ce type de diabète est dit insulino-dépendant car le traitement par insuline est indispensable (injection quotidienne d'insuline pour assurer la survie). Le diabète de Type 2, dit non insulino-dépendant, est la forme la plus fréquente du diabète (plus de 92 % des cas traités). Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les adultes d'âge mûr mais peut également survenir à un âge plus jeune, voire même pendant l'adolescence dans un contexte d'obésité. Le traitement repose sur des mesures hygiéno-diététiques (régimes alimentaires, activité physique) qui peuvent être associées à des médicaments antidiabétiques oraux ou à l'insuline. Le diabète de type « Autre » comme le diabète gestationnel correspond à une intolérance au glucose chez les femmes enceintes ou celui résultant de conditions spécifiques ou génétiques.
[257] La notion de prédiabète renvoi à l'absence de déclaration d'un diabète par la personne et un taux d'HbA1c comprise entre 6 % (inclu) et 6,5 % (exclu) [70].
[258] HbA1c, l'hémoglobine glyquée représente le biomarqueur de référence permettant de déterminer le statut diabétique d'un individu.

diabète **non connu**) [70]. 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) [70].
Enfin, 43 % sont natifs de Mayotte et 55 % des Comores (respectivement 37 % et 57 % pour le diabète **non connu**) [70].

Tableau 68 : Prévalence du diabète connu et non connu (dépisté) à Mayotte selon l'âge et selon deux méthodologies différentes, en 2008 et 2019

		2008* [61]			2019** [70]		
		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* [61], *Enquête Unono Wa Maoré de 2019* [70]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

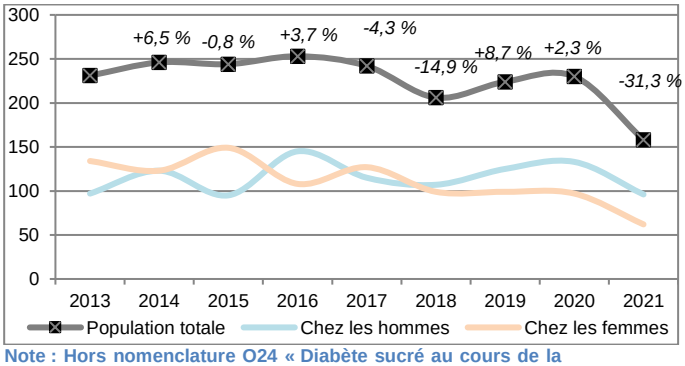
Motifs de séjour hospitalier

Le nombre de motifs de séjour au CHM associés au diabète était de 231 en 2013. **Stable** sur la période 2014 à 2016, il **diminue** de -23 % en 2018. Jusqu'en 2020, il **croît** de +12 %. En 2021, on constate **158 séjours**, soit une nouvelle diminution de -46 % (*Figure 222*).

Sur la période 2019 à 2021, dans 61 % des cas il s'agit d'hommes (39 % de femmes), le diabète représente 2,8 séjours sur 1 000. En Métropole, ce taux est de 5,4 pour 1 000.

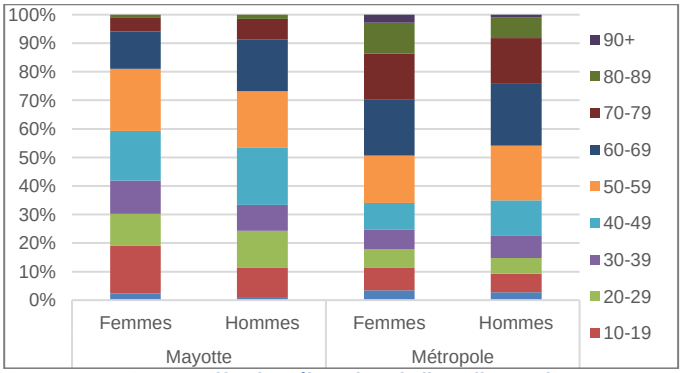
Sur les **612** séjours liés au « diabète » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **53 % (chez les hommes) à 59 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 50 ans** (*Figure 223*).

Figure 222 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés au diabète chez les hommes et les femmes de 2013 à 2021



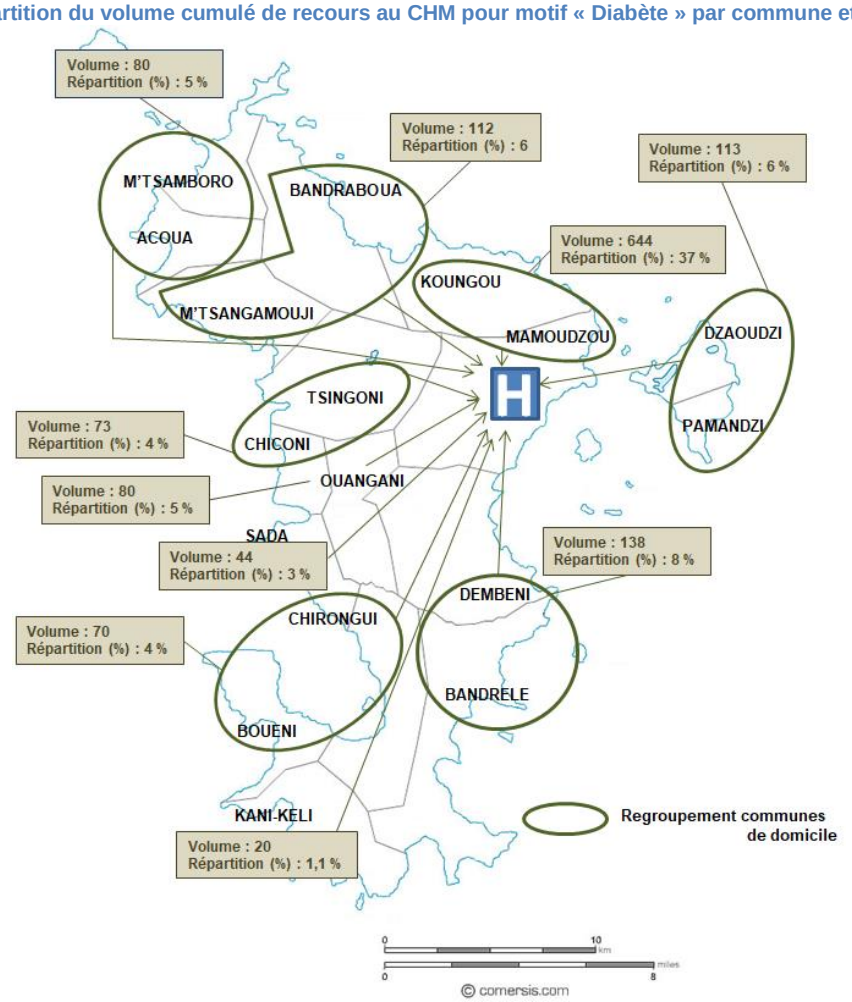
Note : Hors nomenclature O24 « Diabète sucré au cours de la grossesse ».
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 223 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés au « diabète » entre 2019 et 2021



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

Figure 224 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « Diabète » par commune et de 2014 à 2021



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2021 des volumes associés au « Diabète ». La somme des pourcentages donne 79 % auquel il faut rajouter 21 % de communes non renseignées.
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Prises en charge

Sur la période 2017 à 2019, **le diabète** représente **15 %** des motifs de prise en charge renseignés (35 %) des assurés sociaux[259]. Le taux brut était de 39 diabétiques pour 1 000 habitants en 2013 et a **augmenté de +10 points** en 2019 (49 ‰).
En 2019, le taux standardisé [260] est de **103,5 diabétiques pour 1 000 habitants**.

[259] Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans [41] [45], et trois habitants sur cinq en 2019 [43].
[260] 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.

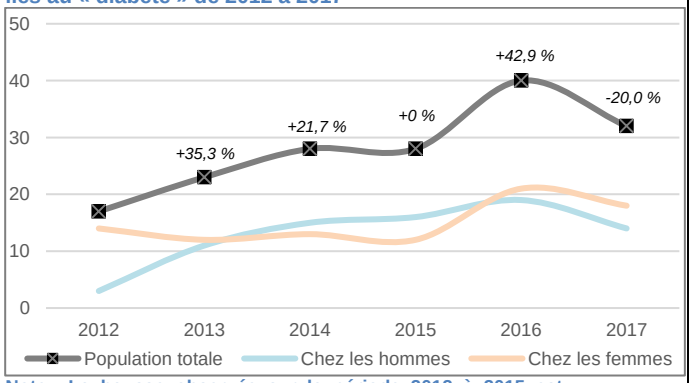
Mortalité

Le « **diabète** » représentent **5 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (4 % chez les hommes et 5 % chez les femmes), soit 168 décès cumulés (78 hommes – 46 % – et 90 femmes – 54 % –) et, en moyenne, **28 décès par an**.

En moyenne sur la période de 2015 à 2017, **100 décès** domiciliés liés au « diabète sucré », ont pu être observés (**autant chez les hommes que chez les femmes**).

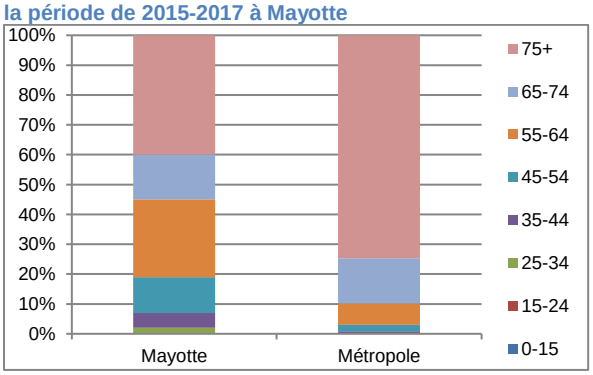
A structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurt 3,3 fois plus** du diabète sucré que les métropolitains et les **habitantes de Mayotte 4,4 fois plus** que les métropolitaines, respectivement 2,3 et 5,5 fois plus sur la période 2012 à 2014 [86].

Figure 225 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés au « diabète » de 2012 à 2017



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

Figure 226 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés au « diabète » sur la période de 2015-2017 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés au « diabète », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 69 : Détail des causes de décès domiciliés liées au « diabète » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Diabète sucré de type 1	4	8	9	18
Diabète sucré de type 2	10	20	13	27
Diabète sucré de malnutrition	0	0	0	0
Autres diabètes sucrés précisés	0	0	0	0
Diabète sucré, sans précision	37	73	27	55
Somme 2015 à 2017	**51**	**100**	**49**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés au « diabète », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Centre de dialyse

Mayotte dispose d'un **centre assurant une activité d'autodialyse assistée**, **de centre d'hémodialyse et de dialyse médicalisée** géré par la société Maydia (établissements de santé privés). Ce centre peut accueillir jusqu'à **72 patients** (*Tableau 70*).
Par ailleurs, une unité d'autodialyse gérée par Maydia a été ouverte en 2015 à M'Ramadoudou.

Tableau 70 : Equipements et activité en dialyse à Mayotte de 2013 à 2021

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Autodialyse	**Nombre de postes utilisés**	19	19		30		16	16	20	22
	Nombre de patients pris en charge	48		33	22	30	23	17	33	30
	Nombre de séances dans l'année	5 364	2 856	9 188	2 903	3 165	2 986	3 177	4 280	4 885
Hémodialyse en centre	**Nombre de postes utilisés**		16	16	14	19	19	19	12	19
	Nombre de patients pris en charge		77	84	56	58	49	75	105	62
	Nombre de séances dans l'année		6 921	4 821	8 226	8 321	7 533	8 024	8 749	9 300
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	**Nombre de postes utilisés**				16	35	35	35	38	37
	Nombre de patients pris en charge				47	60	84	50	111	142
	Nombre de séances dans l'année				5 732	8 789	11 619	7 962	15 810	17 352

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

7 – Maladies de l'appareil circulatoire

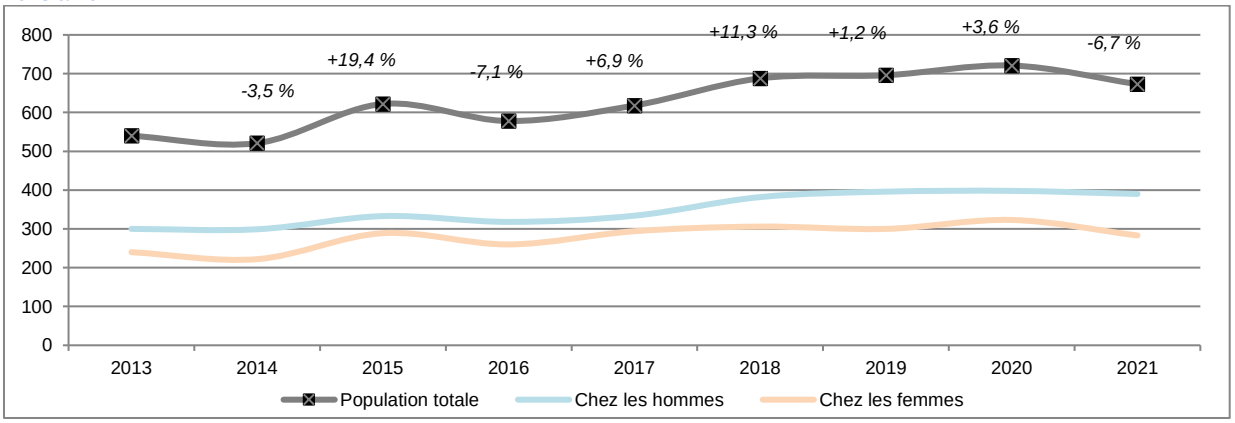
a) Définition

Les maladies de l'appareil circulatoire sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est notamment le cas de l'hypertension artérielle, des cardiopathies ischémiques, des cardiopathies valvulaires, de l'insuffisance cardiaque, des troubles du rythme cardiaque fréquemment associés à ces pathologies et des maladies vasculaires cérébrales. Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes, ...) sont également fréquentes, mais en général de moindre gravité, à l'exception de l'embolie pulmonaire.

b) Motifs de séjour hospitalier

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les « maladies de l'appareil circulatoire » concernent **6 % des motifs de séjour au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », sans distinction femme et homme. En Métropole, cette part est de 12 %.
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **9,1 jours**, et le **taux de recours standardisé est 2,4 fois inférieur** à la Métropole.

Figure 227 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » de 2013 à 2021

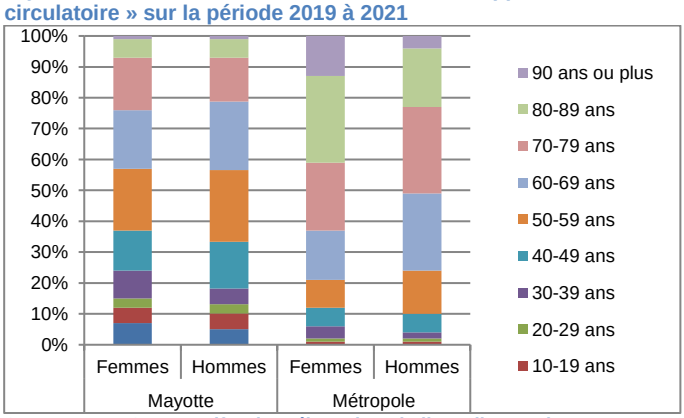


Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Les « maladies de l'appareil circulatoire » représentent **24 % des évacuations sanitaires de 2020** (25 % en 2019 et 22 % en 2018).

Sur les **2 090** séjours liés aux « maladies de l'appareil circulatoire » et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **56 % (chez les hommes) à 57 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 60 ans ou plus** (*Figure 228*).

Figure 228 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » sur la période 2019 à 2021



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

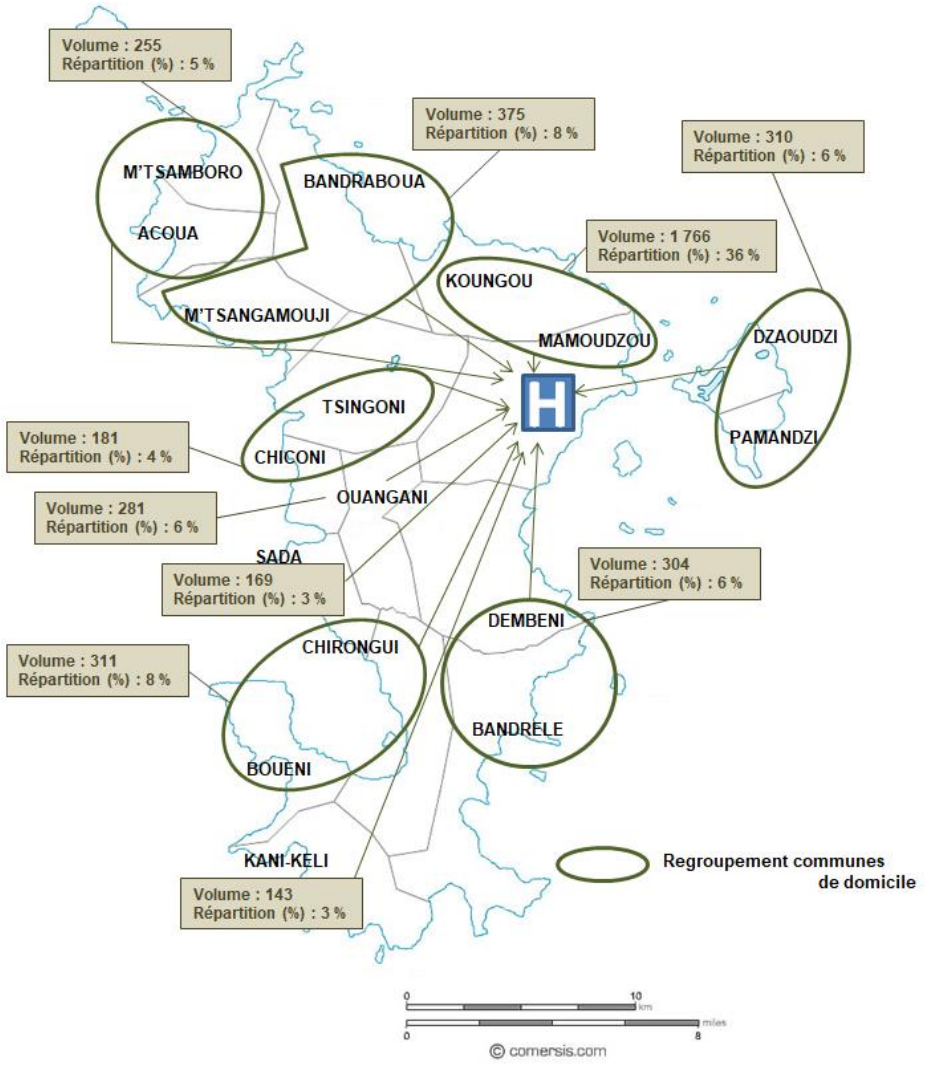
Sur la période de 2019 à 2021, les « **maladies cérébrovasculaires** » représentent les principaux motifs de séjour associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » chez les femmes et les hommes (41 %). Elles sont suivies des « **maladies hypertensives** » (8 %) et des « **affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire** » (7 %) chez les femmes. Pour les hommes, ce sont les « **cardiopathies ischémiques** » (10 %) et les « **maladies hypertensives** » (7 %) (*Tableau 71*).

Tableau 71 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies de l'appareil circulatoire » chez les femmes et les hommes moyenné sur la période de 2019 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Rhumatisme articulaire aigu	8	7	3	2
Cardiopathies rhumatismales chroniques	11	8	4	2
Maladies hypertensives	23	27	8	7
Cardiopathies ischémiques	15	40	5	10
Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire	21	20	7	5
Autres formes de cardiopathies	82	104	27	26
Maladies cérébrovasculaires	124	160	41	41
Maladies des artères, artérioles et capillaires	6	9	2	2
Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs	11	11	4	3
Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire	2	8	1	2
Total	**303**	**394**	**100**	**100**

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

Figure 229 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « maladies de l'appareil circulatoire » par commune de 2014 à 2021



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2021 des volumes associés aux « maladies de l'appareil circulatoire ». La somme des pourcentages donne 84 % auquel il faut rajouter 16 % de communes non renseignées.
Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

c) Prises en charge[261]

Sur la période de 2017 à 2019, **les maladies cardio-neurovasculaires** concernent **3 %** des prises en charge, les traitements du risque vasculaire hors pathologies 13 % et avec ou hors[262] 24 % des motifs renseignés (35 %) chez les assurés sociaux. Depuis 2013, le taux des **maladies cardio-neurovasculaires croît** : 16,7 ‰ en 2013 contre 24,6 en 2019 (+7,9 points). Les traitements du risque vasculaire (hors pathologie) ont, quant à eux, augmenté de +20,3 points sur ces huit années, +44,7 pour les traitements du risque vasculaire avec ou hors pathologie.
En 2019, Les pathologies associées et présentant les taux de prise en charge standardisés les plus forts sont : les « **séquelles d'accident vasculaire cérébral** », les « **insuffisances cardiaques chroniques** » et les « **troubles du rythme ou de la conduction cardiaque** » (*Tableau 72*).

Tableau 72 : Taux pour 1 000 habitants des maladies cardio-neurovasculaires de 2012 à 2019 à Mayotte et en France entière

	Mayotte								France entière
Pathologie (‰ habitants)	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2019 – Taux standardisé***
Syndrome coronaire aigu	0,32	0,35	0,36	0,33	0,33	0,36	0,35	0,46	0,7	
Maladie coronaire chronique	1,65	1,74	1,66	1,84	2,16	1,91	2 ,02	2,08	4,3	
Accident vasculaire cérébral aigu	0,79	0,74	0,77	0,70	1,02	0,93	1,32	1,28	3,4	
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	1,79	2,25	2,14	2,29	2,59	2,25	2,71	2,93	**6**	
Insuffisance cardiaque aiguë	0,37	0,39	0,51	0,60	0,71	0,63	0,75	0,65	2,1	
Insuffisance cardiaque chronique	1,19	1,43	1,25	1,29	1,79	1,73	1,91	1,98	**4,8**	
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	0,24	0,37	0,37	0,34	0,57	0,45	0,45	0,44	1,1	
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	1,48	1,84	1,77	1,95	2,30	1,99	2,00	2,06	**4,7**	
Maladie valvulaire	0,95	1,09	0,83	0,89	0,92	0,84	0,98	0,93	1,5	
Embolie pulmonaire aiguë	0,11	0,04	0,11	0,19	0,10	0,20	0,17	0,23	0,4	
Autres affections cardiovasculaires	0,06	0,08	0,05	0,11	0,16	0,15	0,12	0,16	0,1	
Total brut	8,95	10,32	9,82	10,53	12,65	11,44	12,63	10,5	24,6	75,0
Total standardisé	16,7	18,72	19,07	19,02	21,82	21,41	22,59			
Total standardisé traitements du risque vasculaire (hors pathologie)	78,77	78,76	80,89	85,05	95,87	88,61	94,41		99,1	126,3
Total standardisé traitements du risque vasculaire (avec/hors pathologie)	145,65	153,37	156,68	164,82	187,92	177,08	184,87		190,3	207,5

Note : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [51], trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [41] [45], et trois habitants sur cinq en 2019 [43].
***** **Taux standardisé sur l'âge et le sexe.**
Champ : Assurés sociaux
Source : Assurance maladie

d) Pathologies déclarées

En taux brut, **1,7 %** des habitants de 15 ans ou plus déclare avoir été atteint d'un « **infarctus du myocarde** » (taux standardisé deux fois supérieur à la Métropole), **7 %** pour les « **maladies coronariennes** » (cinq fois supérieur à la Métropole), **12 %** d' « **HTA** » (1,4 fois supérieur[263]) et **0,7 %** avoir fait un « **AVC** » (deux fois supérieur) [44].

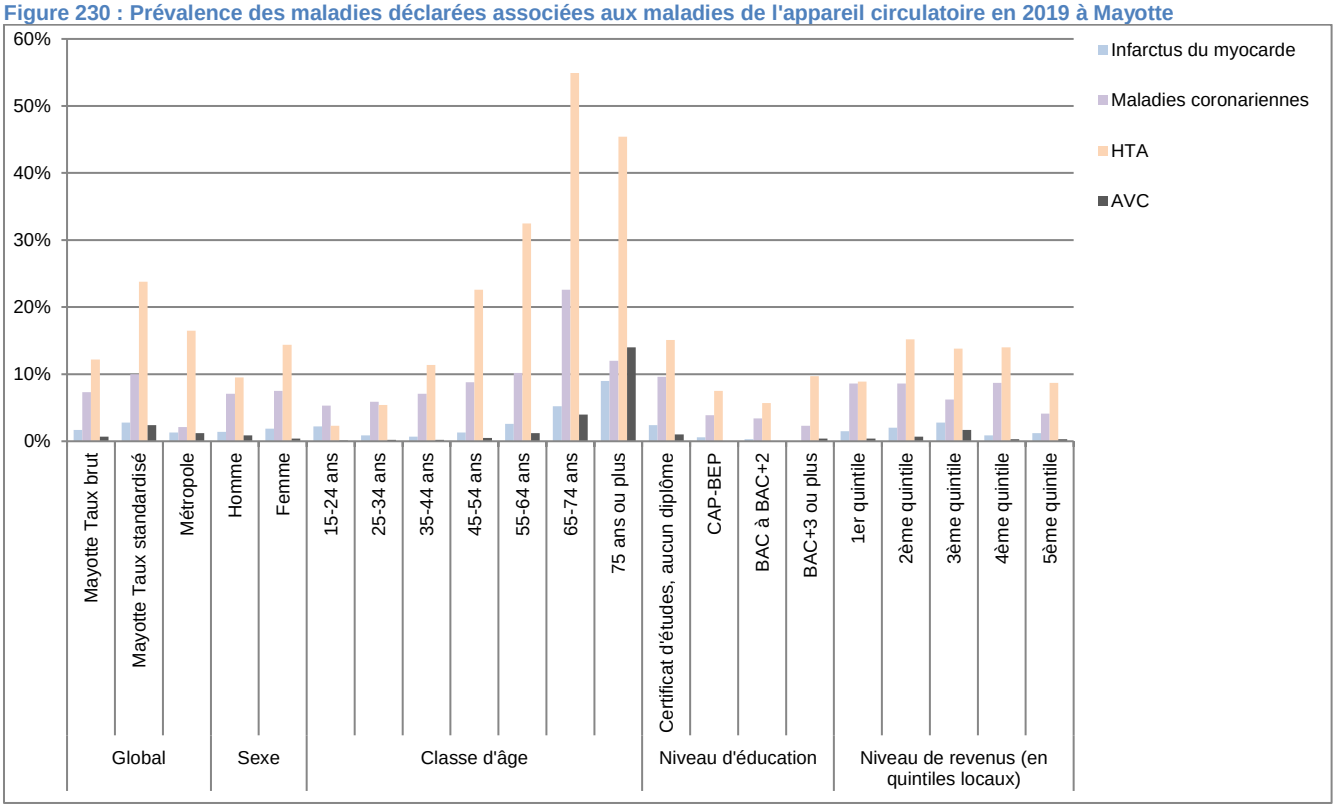
---

[261] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.
[262] 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.
[263] Après standardisation vis-à-vis de la Métropole, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte, et la Guadeloupe, est le second territoire déclarant le plus souvent un statut d'HTA, derrière la Guyane (26 %), à un niveau proche de la Martinique (23 %) et au-dessus de La Réunion (20 %) et la Métropole [43].

Globalement, **les femmes déclarent plus souvent ces quatre pathologies que les hommes** : deux fois plus pour l' « infarctus du myocarde », un point de plus pour les « maladies coronariennes » et quatre points de plus pour l' « HTA » [44]. C'est pour les « **AVC** » que **les hommes sont plus fréquents** : deux fois plus [44].

Les déclarations augmentent fortement avec l'âge : multipliées par neuf pour l' **« infarctus du myocarde** », 1 à 2 % chez les 15-34 ans contre 9 % chez les 75 ans ou plus ; multipliées par **quatre** pour les « **maladies coronariennes** », 5 à 7 % chez les 15-44 ans contre 23 % chez les 65-74 ans ; par **vingt** pour l' « **HTA** », 2 % chez les 15-24 ans contre 45 % à 55 % chez les 65 ans ou plus ; et pour l' « **AVC** » les déclarations passent de 0,1 % chez les 15-24 ans à 14 % chez les 75 ans ou plus [44] (*Figure 230*).

Figure 230 : Prévalence des maladies déclarées associées aux maladies de l'appareil circulatoire en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

e) Hypertension artérielle

En 2019, **la prévalence de l'HTA est de 38 %** chez les 18-69 ans (**3 % pour celle de grade 3**) [69]. Comparativement avec **2008** et sur la classe d'âge des 30-69 ans, **la prévalence de l'HTA a augmenté de +4 points** (44 % [61] contre 48 % en 2019) [69]. De plus, en 2019, ce taux était similaire entre les hommes et les femmes de 30-69 ans [69] tandis qu'en 2008 il était plus élevé chez les hommes : 50 % contre 37 % [61].

En 2019, la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge, passant de **19 % chez les 18-29 ans** (dont 0,1 % de grade 3) à **83 % chez les 60-69 ans** (dont 12 % de grade 3) [69].
Parmi les hypertendus, la moitié connait son diagnostic d'HTA [69] (un tiers chez les 30-69 ans en 2008 [61]). **Les femmes ont plus souvent connaissance de leur statut que les hommes** : 56 % contre 38 % [69] (*Tableau 73*).

Six habitants sur dix déclarent avoir mesuré leur pression artérielle il y a moins d'un an [44] (*Figure 231*).

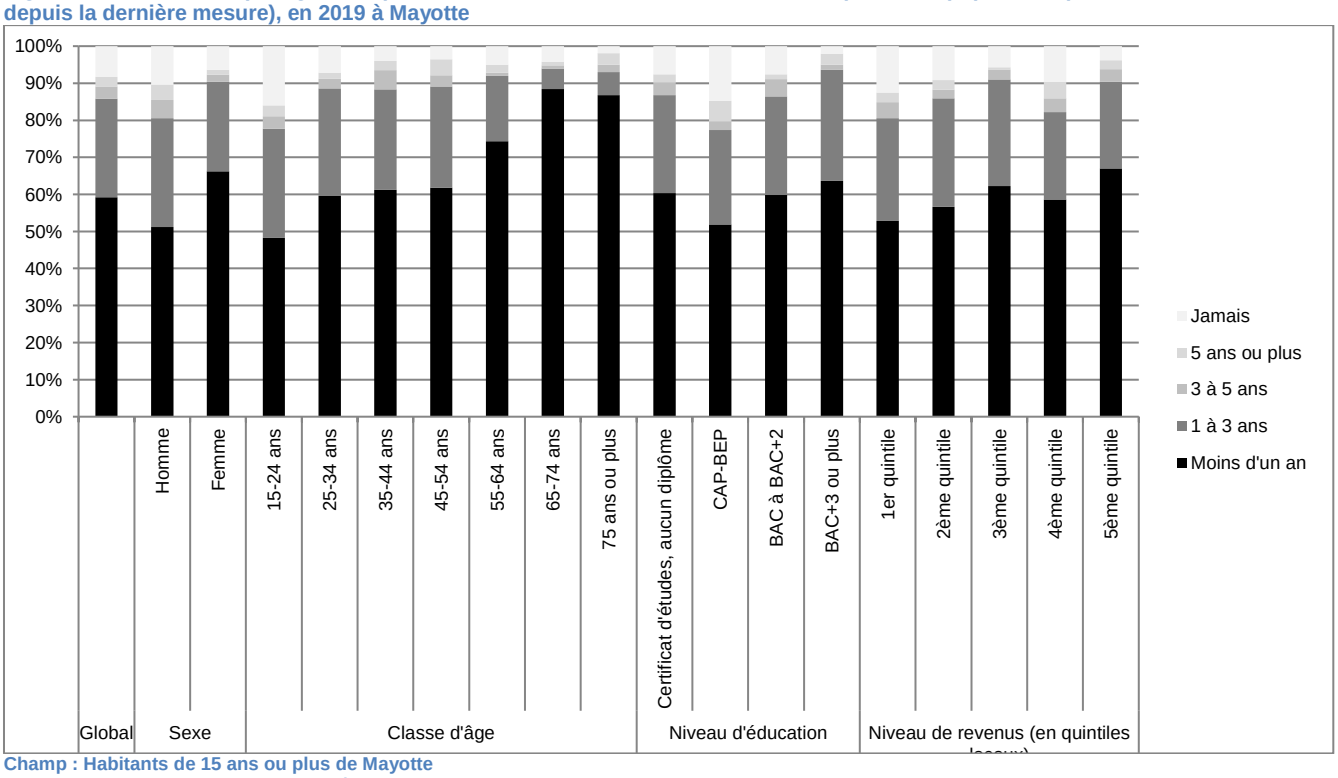
Tableau 73 : Mesures de la pression artérielle et prévalences de l'hypertension artérielle, connaissance, traitement et contrôle, en 2019 à Mayotte

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Hommes	Femmes	Population totale
Mesure de la pression artérielle								
PAS (mmHg)	118,9	123,3	132	139,1	149,1	130,6	123,7	126,8
PAD (mmHg)	76,5	81,4	86,5	87,6	88,1	82	81,8	81,8
Pression pulsée (mmHg) (PAS-PAD)	42,4	42	45,5	51,5	61	48,7	41,9	45
HTA systolique isolée (%) (PAS≥140 et PAD<90)	3%	5%	4%	13%	32%	9%	5%	7%
Classification des pressions artérielles et grade de l'HTA (%)								
Optimale (≤120/80)	48	34	18	9	5	23	38	31
Normal (120-129/80-84)	25	26	22	19	14	27	20	23
Normale haute (130-139/85-89)	15	16	17	19	12	18	14	16
Hypertension grade 1 (140-459/90-99)	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[264]	19	32	52	65	83	39	38	38
Proportion d'THA connue[265]	45	43	43	59	57	38	56	48
Proportion d'HTA avec activité physique pour diminuer la pression artérielle[266]	26	35	56	71	46	61	42	49
Proportion d'HTA traitée pharmacologiquement[267]	10	21	49	68	79	50	43	45
Proportion d'HTA contrôlée[268]	42	53	29	26	27	29	31	30

Champ : Habitants de 18-69 ans de Mayotte
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [69]

Les individus présentant une HTA déclare plus souvent un diabète : 13 % contre 4 % pour ceux non touché par l'HTA [69]. Ils sont également **plus souvent en surpoids ou situation d'obésité** : 75 % contre 53 % [69].
On dénote cependant l'absence de lien avec le statut tabagique et la consommation d'alcool [69].

Figure 231 : Taux de dépistage de la pression artérielle en fonction des différents profils de population (durée écoulée 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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

[264] 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 [61]. Toutes classes d'âge confondues, 50 % chez les hommes et 37 % chez les femmes [61].
[265] Proportion de personnes déclarant être hypertendues, parmi l'ensemble des personnes hypertendues.
[266] Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.
[267] Proportion de personnes déclarant prendre un traitement pour diminuer leur pression artérielle, parmi l'ensemble des personnes déclarant être hypertendues.
[268] 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.

f) Mortalité

Les « **maladies de l'appareil circulatoire** » représentent **22 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (identique chez les hommes et chez les femmes), soit 794 décès cumulés (425 hommes – 54 % – et 369 femmes – 46 % –) et, en moyenne, **132 décès par an**.

Les « maladies de l'appareil circulatoire » représentent la **première cause de mortalité** à Mayotte (**un décès domicilié sur quatre**) sur la période de 2015 à 2017 aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

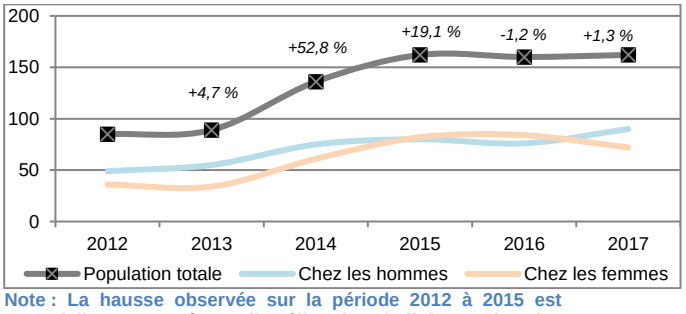
A structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte** meurent **1,2 fois plus** de ces pathologies que les métropolitains et les **habitantes de Mayotte 3 fois plus** que les métropolitaines, respectivement 1,3 et 1,5 fois plus sur la période 2012 à 2014 [86].

En moyenne sur la période de 2015 à 2017, **161 décès** domiciliés liés aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » ont pu être observés (**autant d'hommes que de femmes**). Ces décès concernent majoritairement des individus de **55 ans ou plus** (**respectivement 78 % chez les femmes et 81 % chez les hommes**) (*Figure 233*).

Sur la période de 2015 à 2017, **chez les femmes** et **les hommes**, respectivement 238 et 246 décès domiciliés cumulés sont liés aux « maladies de l'appareil circulatoire ».

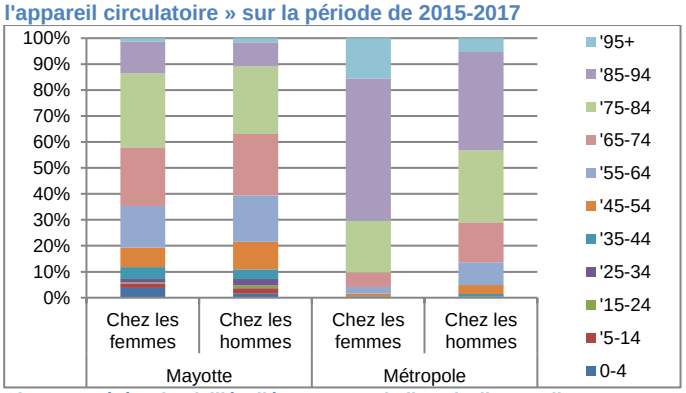
Ce sont les « **maladies vasculaires cérébrales** » (40 % chez les femmes et 39 % chez les hommes) suivies, dans les mêmes proportions, des « **maladies hypertensives** » (16 % et 15 %) qui ressortent le plus (*Tableau 74*).

Figure 232 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « maladies de l'appareil circulatoire » entre 2012 et 2017



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

Figure 233 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les décès domiciliés à Mayotte associés aux « maladies de l'appareil circulatoire » sur la période de 2015-2017



Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil circulatoire », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 74 : Détail des causes de décès domiciliés à Mayotte liées aux « maladies de l'appareil circulatoire » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Cardiopathies	17	7	29	12
Autres cardiopathies (hors insuffisance cardiaque)	38	16	37	15
Maladies vasculaires cérébrales	95	40	95	39
Maladies hypertensives	39	16	38	15
Insuffisance cardiaque	26	11	25	10
Autres maladies de l'appareil circulatoire	23	10	22	9
Somme 2015 à 2017	**238**	**100**	**246**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies de l'appareil circulatoire », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

8 – Cancers

Entre 2013 et 2021, **le nombre total de séjours avec traitement de chimiothérapie a augmenté de +35 % et celui du nombre de séances de +37 %**. A contrario, le nombre de patients atteints d'un cancer et ayant eu un traitement par chimiothérapie a diminué sur cette période de -15 % (*Tableau 75*).

Tableau 75 : Activité de chimiothérapie à Mayotte de 2013 à 2021

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
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
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
Nombre de patients atteints de cancer ayant eu un traitement par chimiothérapie dans l'année	107	115	79	73	87	85	100	108	91

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

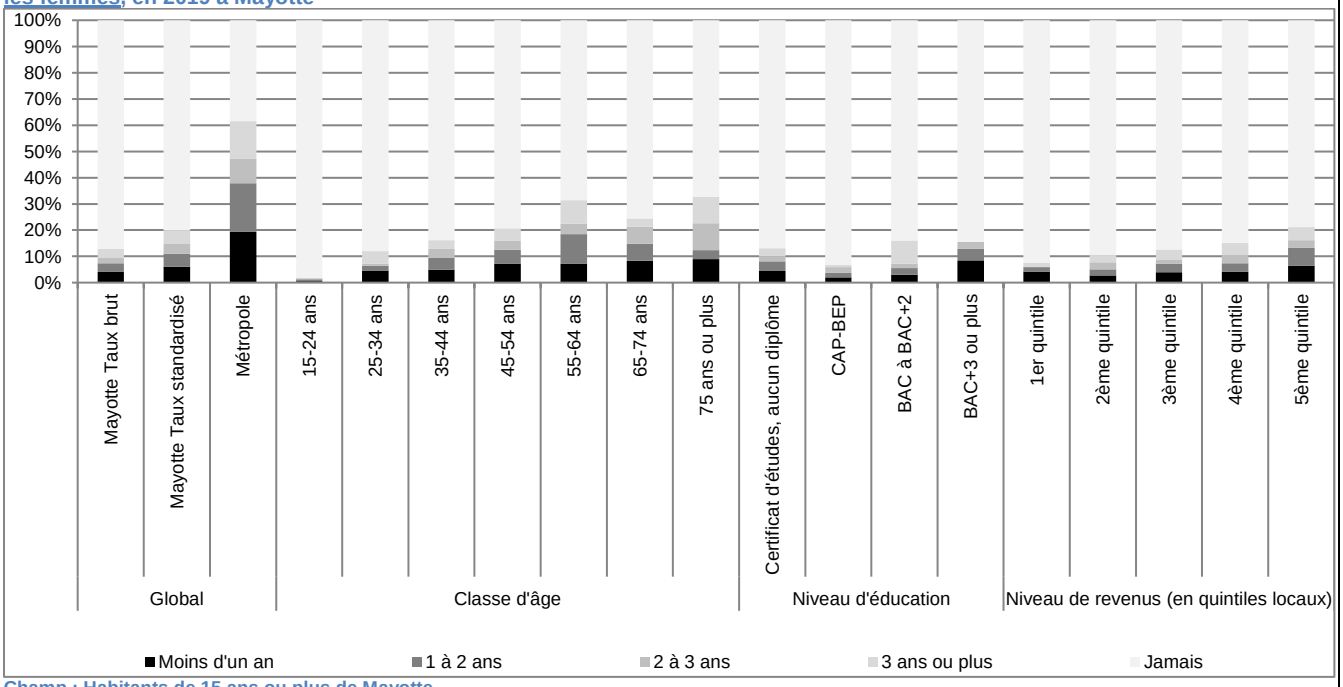
a) Dépistages

A Mayotte, **quatre femmes de 15 ans ou plus sur cinq n'ont jamais réalisé de mammographie pour le dépistage du cancer du sein** [44]. A **structure de population équivalente**, les femmes de Mayotte sont **trois fois plus concernées que celles de Métropole** [44].
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 % [44] (*Figure 234*).

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 Métropole à **structure de population équivalente** [44].
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 [44] (*Figure 235*).

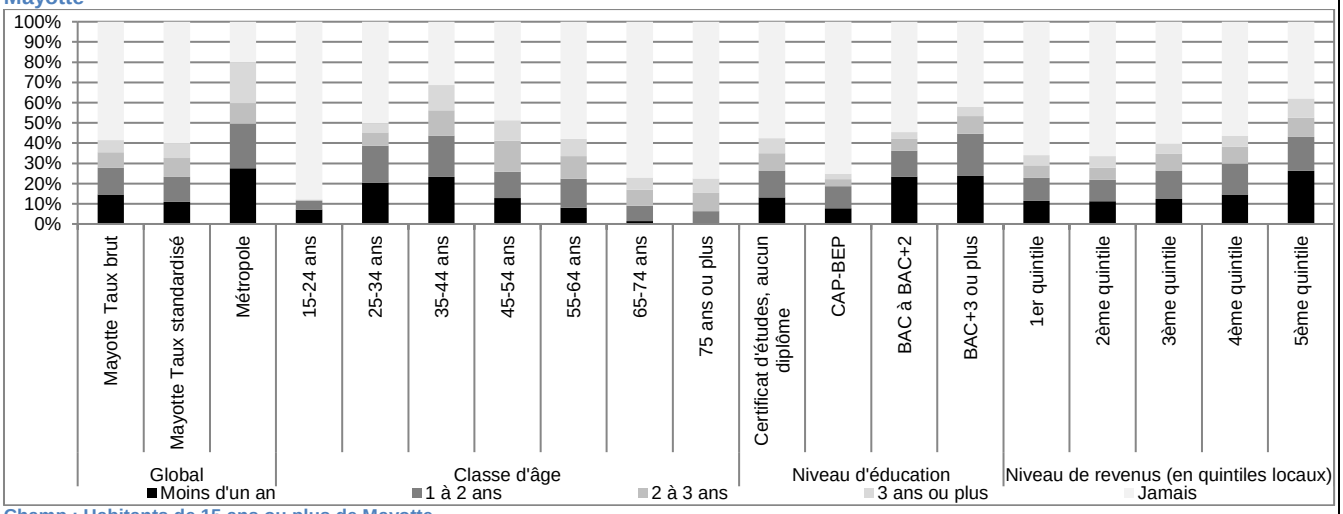
Pour le dépistage du **cancer colorectale** chez les hommes et les femmes, ils sont, dans des proportions similaires, **peu concernés** : 94-95 %, ce qui est **20 points de plus au-dessus** des Métropolitains (72 %) [44] (*Figure 236*).

Figure 234 : Durée écoulée depuis la réalisation de la dernière mammographie de dépistage du cancer du sein parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



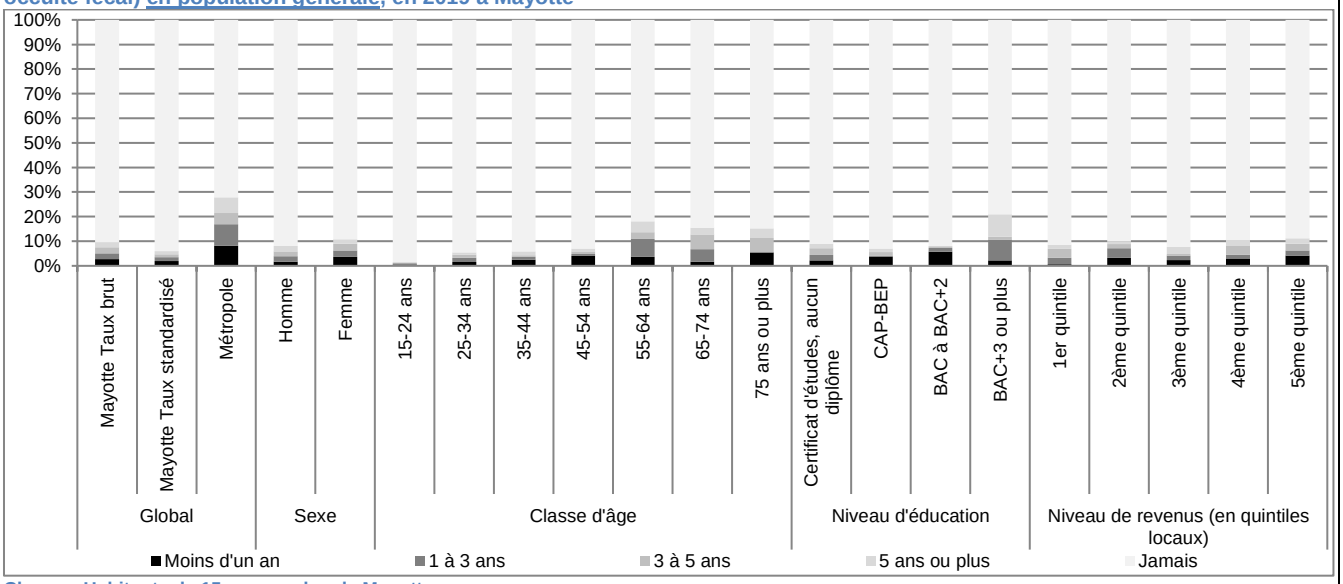
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 235 : Durée écoulée 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* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Figure 236 : Durée écoulée depuis le dernier dépistage du cancer colorectal (par test de détection de saignement occulte fécal) en population générale, en 2019 à Mayotte



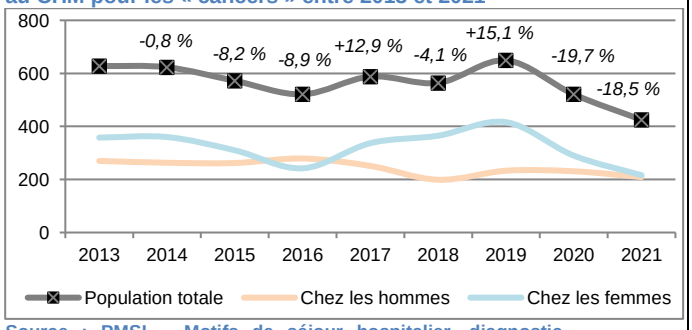
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

b) Motifs de séjour hospitalier

A Mayotte, sur la période de 2019 à 2021, les « tumeurs » représentent **un motif de séjour sur vingt au CHM** hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « Codes d'utilisation particuliers ». **4 % chez les femmes** et **3 % chez les hommes**. En Métropole, cette part est de 10 %.

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **10,5 jours,** et le **taux de recours standardisé est 4,0 fois inférieur** à la Métropole.

Figure 237 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « cancers » entre 2013 et 2021

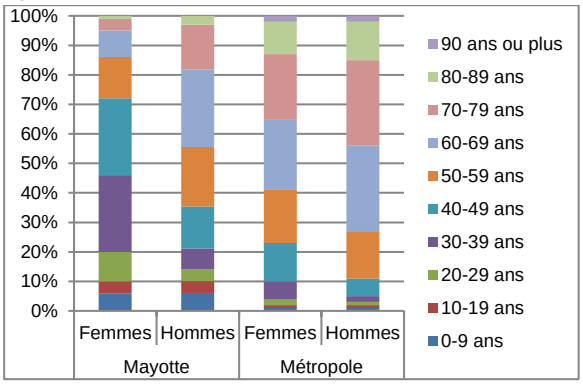


Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Sur les **1 595** séjours liés aux tumeurs et cumulés sur la période de 2019 à 2021, **46 %** des **femmes** concernées ont **moins de 40 ans**, **21 % chez les hommes** (*Figure 238*).

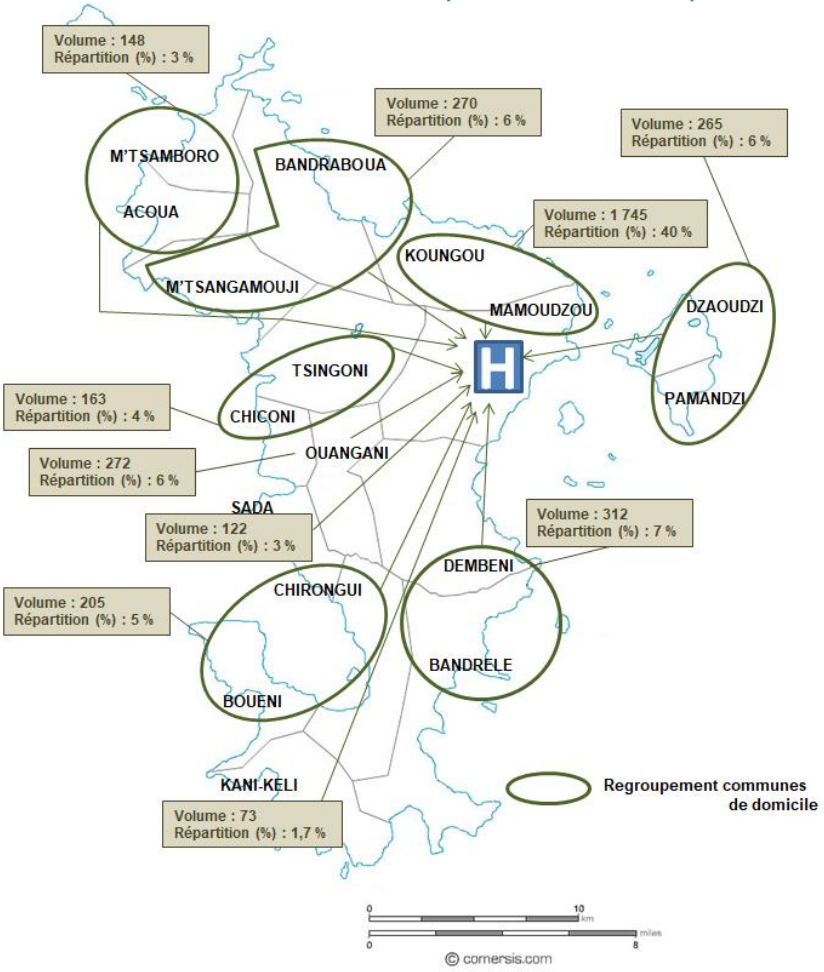
Les « tumeurs » représentent **19 % des évacuations sanitaires de 2020** (14 % en 2019 et 17 % en 2018).

Figure 238 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés aux « cancers » entre 2019 et 2021



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

Figure 239 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « Tumeurs » par commune de 2014 à 2021



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2021 des volumes associés aux « tumeurs ». La somme des pourcentages donne 81 % auquel il faut rajouter 19 % de communes non renseignées.
Source : PMSI
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur la période de 2019 à 2021, les « **tumeurs bénignes** » représentent 33 % des motifs liés aux cancers chez les hommes et 45 % chez les femmes.

Chez les **femmes**, viennent ensuite les « **tumeurs malignes du sein et des organes génitaux de la femme** » qui en représentent 20 %, et les « **tumeurs malignes des organes digestifs** » chez les **hommes**, 15 % (*Tableau 76*).

Tableau 76 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « cancers » chez les femmes et les hommes de 2019 à 2021

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Tumeurs malignes, lèvre, cavité buccale et pharynx	4	5	1,3	2
Tumeurs malignes, organes digestifs	16	34	5	**15**
Tumeurs malignes, organes respiratoires et intrathoraciques	6	15	2	7
Tumeurs malignes, os et cartilage articulaire	2	4	0,7	1,8
Tumeurs malignes, peau	1	5	0,3	2
Tissu mésothélial et tissus mous	3	6	1	3
Tumeurs malignes, seins, organes génitaux de la femme	62	0	**20**	0
Tumeurs malignes, organes génitaux masculins	0	27	0	12
Tumeurs malignes, voies urinaires	2	6	0,7	3
Tumeurs malignes, œil, cerveau et autres parties du système nerveux central	5	5	1,6	2
Thyroïde et autres glandes endocrines	4	1	1,3	0,4
Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	7	4	2	1,8
Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives, des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés	13	32	4	**14**
Tumeurs in situ	35	0	**11**	0
Tumeurs bénignes	137	73	**45**	**33**
Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	10	7	3	3
Total	**307**	**224**	**100**	**100**

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

c) Prises en charge[269]

Sur la période de 2017 à 2019, **les cancers** concernent **2 %** des motifs renseignés (35 %) chez les assurés sociaux. Depuis 2013, le taux standardisé associé aux **cancers reste stable** : 12,6 ‰ en 2013 contre 12,5 ‰ en 2019 (-0,1 point).
En 2019, Les pathologies associées et présentant les taux de prise en charge standardisés les plus forts sont : le « **cancer de la prostate** » et le « **cancer du sein de la femme** » (*Tableau 77*).

Tableau 77 : Prévalence standardisée des cancers actifs et sous surveillance (SS) de 2012 à 2019 à Mayotte et en France entière

	Mayotte																		France entière
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2019 – Taux standardisé**		
Cancer… (‰ habitants)	**Actif**	**SS***	**Actif**	**SS**	**Actif**	**SS**	**Actif**	**SS**	**Actif**	**SS**	**Actif**	**SS**	**Actif**	**SS**	**Actif**	**SS**	**Actif**	**SS**	
… du sein de la femme	0,4	0,35	0,46	0,37	0,55	0,29	0,54	0,41	0,61	0,48	0,48	0,37	0,58	0,34	0,53	0,34	1,8	**1,1**	
… colorectal	0,25	0,09	0,2	0,11	0,13	0,12	0,2	0,13	0,24	0,22	0,15	0,17	0,13	0,16	0,11	0,09	0,3	0,3	
… du poumon	0,1	0,04	0,1	0,02	0,13	0,05	0,12	0,03	0,06	0,06	0,12	0,05	0,11	0,06	0,16	0,02	0,2	0,1	
… de la prostate	0,92	0,32	0,83	0,31	0,89	0,33	0,9	0,37	1,17	0,37	0,98	0,31	0,87	0,33	0,82	0,41	**5,4**	1	
Autres cancers	2,35	1,42	2,32	1,45	2,11	1,48	2,28	1,53	2,52	1,92	2,08	1,69	2,42	1,86	2,48	1,68	4	2,6	
Total brut	4,02	2,22	3,91	2,26	3,81	2,27	4,04	2,47	4,6	3,05	3,81	2,59	4,11	2,75	4,10	2,54	12,5		48,7
Total standardisé	12,62		12,16		11,41		11,99		12,51		12,01		12,19						

Note : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [51], trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [41] [45], et trois habitants sur cinq en 2019 [43]. * Sous surveillance, ** Taux standardisé sur l'âge et le sexe
Champ : Assurés sociaux
Source : Assurance maladie

[269] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

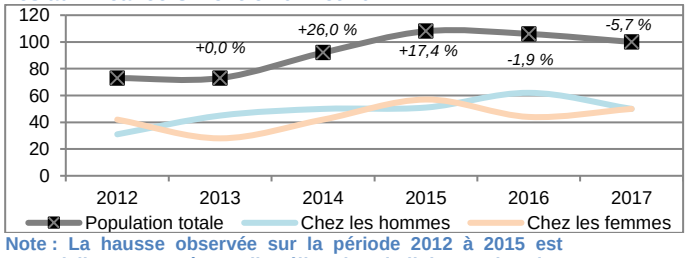
d) Mortalité

Les « **cancers** » représentent **15 % des décès** sur la période 2012 à 2017 (15 % chez les hommes et 16 % chez les femmes), soit 552 décès cumulés (289 hommes – 52 % – et 263 femmes – 48 % –) et, en moyenne, **92 décès par an**.

Les « tumeurs » représentent la **seconde cause de mortalité** à Mayotte (**15 % des décès domiciliés**) sur la période de 2015 à 2017 aussi bien chez les femmes que chez les hommes.
Cependant, **à structure de population équivalente**, **les habitants de Mayotte meurent 1,6 fois moins** de ces pathologies que les métropolitains et **les habitantes de Mayotte 1,3 fois moins** que les métropolitaines, respectivement 1,8 et 1,5 fois plus sur la période 2012 à 2014 [86].

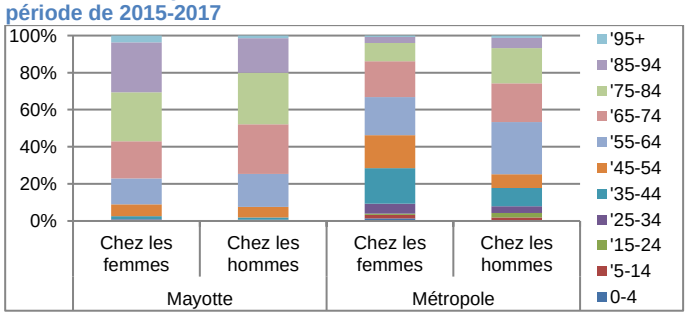
En moyenne sur la période de 2015 à 2017, **105 décès** domiciliés liés aux « **cancers** » ont pu être observés (**autant d'hommes que de femmes**). Chez les femmes, **deux décès sur cinq liés à un « cancer » concerne un individu de moins de 65 ans**, tandis que chez **les hommes**, il s'agit de **la moitié** (*Figure 241*).

Figure 240 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « cancers » entre 2012 et 2017



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

Figure 241 : 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 2015-2017



Champ : Décès domiciliés liés aux « cancers », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Pour la période de 2015 à 2017, chez les **femmes**, sur les 151 décès domiciliés cumulés et liés aux cancers, ce sont les « **cancers du sein** » (23 %) qui ressortent en premier suivis des « **cancers de l'utérus** » (17 %). Chez les **hommes**, sur les 163 décès, ce sont les « **cancers de la prostate** » (22 %) qui ressortent en premier suivis des « **cancers de la trachée, des bronches et du poumon** » (11 %) (*Tableau 78*).

Tableau 78 : Détail des causes de décès domiciliés à Mayotte liées aux « cancers » chez les femmes et les hommes sur la période de 2015 à 2017

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	3	2	1	0,6
Cancer de l'œsophage	1	0,7	2	1,2
Cancer de l'estomac	4	3	10	6
Cancer du côlon-rectum	9	6	4	3
Cancer du foie et des voies biliaires intra-hépatiques	6	4	16	10
Cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires extra-hépatiques	1	0,7	2	1,2
Cancer du pancréas	5	3	4	3
Cancer du larynx	0	0	1	0,6
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	9	6	18	11
Cancer de la plèvre	0	0	0	0
Mélanome malin de la peau	0	0	3	1,8
Cancer du sein	34	23	1	0,6
Cancer de l'utérus	25	17	0	0
Cancer de l'ovaire	2	1,3	0	0
Cancer de l'os, cartilage articulaire	1	0,7	2	1,2
Cancer de la prostate	0	0	35	22
Cancer du rein	0	0	2	1,2
Cancer de la vessie	2	1,3	1	0,6
Cancer du système nerveux central	4	3	4	3
Cancer de la thyroïde	2	1,3	0	0
Lymphome malin non hodgkinien	5	5	5	3
Myélome multiple et maladies immunoprolifératives malignes	2	1,3	7	4
Leucémie	7	5	6	4
Autres cancers	14	9	25	15
Tumeurs in situ	0	0	0	0
Tumeurs bénignes	2	1,3	2	1,2
Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	13	9	12	7
Somme 2015 à 2017	**151**	**100**	**163**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés aux « cancers », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Chapitre 3. Classes d'âge

1 – 0 à 4 ans

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.

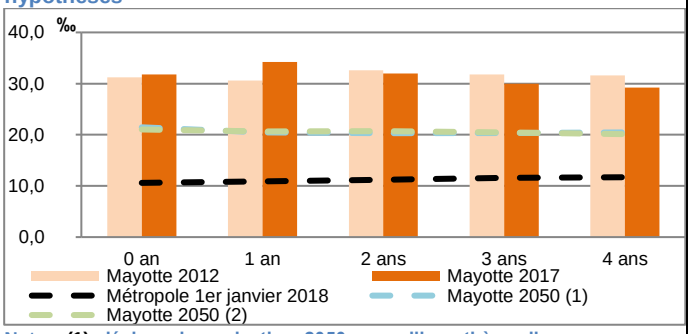
a) Caractéristiques

► ***Naissances :*** Le nombre de naissances domiciliés était de **7 306 en 2014** et a augmenté de +45 % en **2021** pour atteindre les **10 610** naissances [28]. En 2018, on dénote **11 % de prématurés** (7,7 % en Métropole) et **13 %** avec un poids à la naissance **inférieur à 2 500 grammes** (8 % en Métropole) [73].

► ***Part :*** Les 0-4 ans représentaient **16 % de la population** en 2017 [5] (également en 2012 [2], *la moitié de la population a moins de 18 ans*), soit 40 305 enfants de cette classe d'âge présents sur le territoire.
Au 1er janvier 2023, on peut estimer que le volume de 0-4 ans sur le territoire serait compris entre **48 700 et 51 320 enfants** (48 756 selon les estimations actualisées de l'Insee [3]).

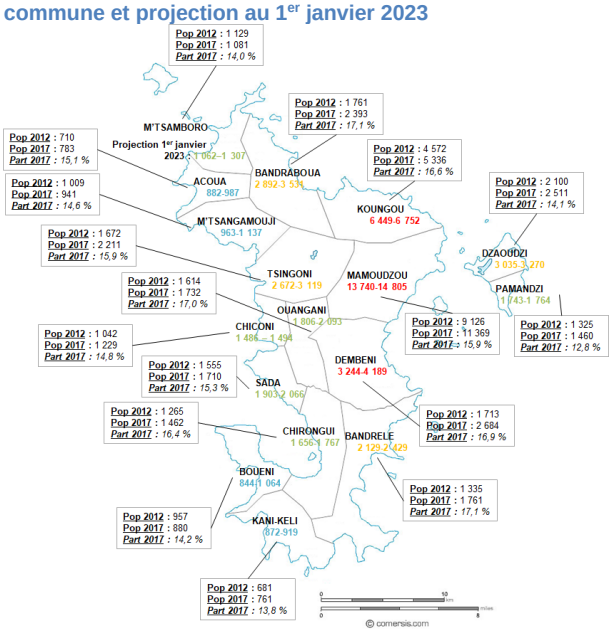
A horizon 2050, et quel que soit les hypothèses de projection sélectionnées, **la part d'enfants de 0-4 ans** diminuerait d'un tiers et se porterait à **10 %** de la population [4] (*Figure 242*).

Figure 242 : Pyramide des âges des 0 à 4 ans de Mayotte de 2012, 2017 et projection 2050 selon deux hypothèses



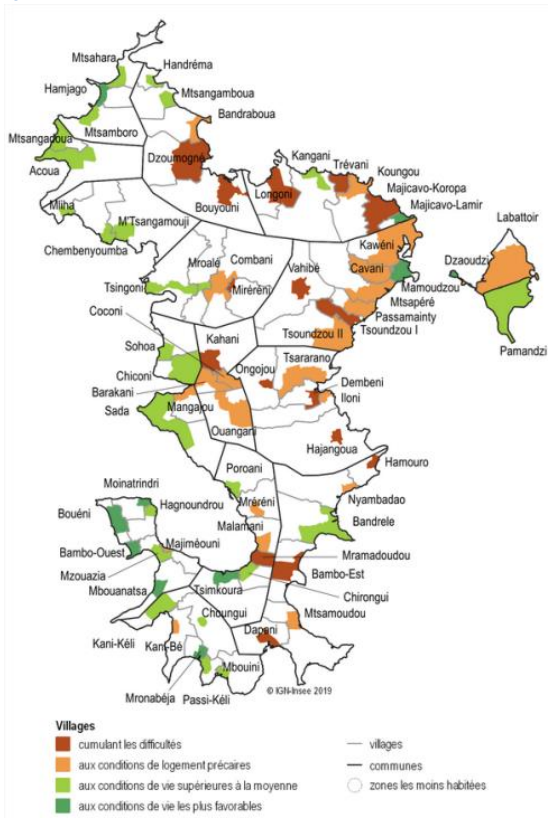
Note : (1) désigne la projection 2050 sous l'hypothèse d'un solde migratoire nul et (2) sous celle d'un déficit migratoire.
Champ : Habitants de 0 à 4 ans de Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [5], *projection de population* [4]

Figure 243 : Nombre d'enfants de 0-4 ans par commune et projection au 1er janvier 2023



Note de lecture : 15,9 % de la population de Mamoudzou avaient entre 0 et 4 ans en 2017.
Méthode : La borne inférieure est calculée depuis la répartition des classes d'âge de 2017 par commune appliquée à l'estimation fournie au 1er janvier 2023 de la population totale. La borne supérieure est calculée après application du taux d'accroissement par commune de 2012-2017 puis de la répartition des classes d'âge en 2017 par commune.
Source : Insee, *recensements de la population de 2012 et 2017*
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

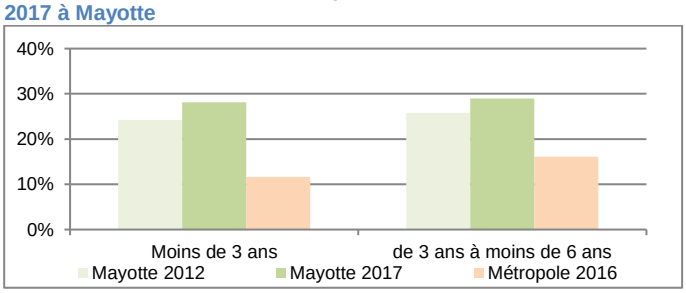
Figure 244 : Classification des villages de Mayotte en 2017



Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [20]

► ***Structure familiale :*** En 2017, **trois enfants de 0-5 ans sur dix vivent dans une famille monoparentale** [34], soit quatre points de plus qu'en 2012 [2]. Comparé à la **Métropole, c'est deux fois plus** [34] (*Figure 245*).
En croisant avec l'**emploi**, 5 % vivent dans une famille **monoparentale** dont le parent a un emploi (4 % en 2012), 23 % sans emploi (21 %), 13 % un **couple** aux deux parents en emploi (13 %), 23 % un seul des deux (30 %) et 35 % aucun (32 %) [24].

Figure 245 : Part des enfants de 0-5 ans à charge qui vivent dans des familles monoparentales en 2012 et 2017 à Mayotte



Source : Insee, *recensements de la population de 2012 et de 2017* [2] [5]

► ***Mineurs isolés :*** En 2017, environ **5 400 enfants mineurs** vivent dans un logement sans leurs parents [34]. Autant de filles que de garçons sont concernées [34].
La moitié d'entre eux n'est pas inscrite dans un établissement scolaire alors que **39 % ont moins de 6 ans** [34]. Près de la moitié (44 %) est de nationalité française [34].

► ***Scolarisation :*** En 2017, **36 % des enfants de 3 ans** n'étaient **pas encore scolarisés**, cette part chutant à **16 % pour les 4 ans** [24].

Sur ces deux classes d'âge confondues, cela représente 26 % de ces enfants (19 % en 2012, *16 % chez les 2 à 18 ans*) [24] (*Tableau 79*).

Tableau 79 : Part des enfants de Mayotte de 0-4 ans non scolarisés en 2012 et 2017

	0	1 an	2 ans	3 ans	4 ans
% de non scolarisés en 2012				29	8
% de non scolarisés en 2017			78	36	16

Lecture : Chez les enfants de 3 ans, en 2017, 36 % ne sont pas scolarisés.
Champ : Enfants de 0-4 ans de Mayotte
Source : Insee, *recensements de la population de 2012 et de 2017* [24]

b) Périnatalité

► ***Santé des nouveau-nés à la naissance :*** En 2016, 5 % des nouveau-nés présentent une anomalie congénitale et **8 % ont un Apgar[270] inférieur à 8**, **deux fois plus qu'en Métropole** [33] (*Tableau 80*).

Tableau 80 : Santé des nouveau-nés de Mayotte à la naissance en 2016

	%	Mayotte	Métropole
Etat du nouveau-né à la naissance	**Vivant**	99	99
	Mort-né	0,9	0,6
	IMG	0,1	0,4
Anomalie congénitale	**Oui**	5	
	Non	95	
Apgar à 5 minutes	**<5**	1	0,4
	5-6	0,9	0,8
	7-8	6	3
	9-10	92	96
pH au cordon	**<7,00**	5	0,6
	7 à 7,15	13	9
	>7,15	82	91

Source: ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [33]

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) [113]. Chez les **0 à 3 ans**, la mesure du périmètre branchial permettait d'estimer que **3 %** d'entre eux présentaient une **malnutrition modérée**[271] et **5 % une malnutrition sévère**[272] [113].

Parmi les enfants âgés de **3 à 5 ans**, la **maigreur** était l'indicateur qui présentait la prévalence la plus élevée : **7 %** (contre 9 % en 2006), alors que le **retard de croissance** staturale en concernait **5 %** (contre 7 % en 2006) [113]. Lorsque les enfants étaient sous-nutris, il s'agissait souvent de **sous-nutrition modérée** [113]. Cependant, 2 % présentaient une maigreur sévère [113].

[270] Le score d'Apgar est une évaluation de la vitalité d'un nouveau-né reposant sur la simple observation au moment de sa naissance dont la valeur est essentiellement pronostique de la morbidité et de la mortalité néonatale.
[271] Périmètre brachial compris entre 11,5 et 12,5.
[272] Périmètre brachial inférieur à 11,5.

► ***Mortalité :*** Sur la période de 2012 à 2021, en moyenne **43 enfants de moins de 28 jours** sont décédés et **29 de 28 jours à moins d'un an**. En termes d'indicateurs standardisés en 2019 :

- **3,4 nourrissons sur 1 000 décèdent avant une semaine** (2,8 nourrissons en 2016 [72]) ;
- **5,1 entre une semaine et un an** (7,3 en 2016 [72]).

Le taux de décès des moins d'un an (*2,9 décès pour 1 000 habitants sur l'ensemble de la population*) est alors **trois plus élevé qu'en métropole**.
Le taux d'enfants mort-nés au CHM ou dans les maternités périphériques était de 16,3 pour 1 000 naissances en 2015. Depuis, il a diminué à **12,7 pour 1 000 naissances en 2018** (*Tableau 81*).

Tableau 81 : Nombre d'enfants de Mayotte mort-nés au CHM et taux de 2012 à 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre d'enfants mort-nés	101	95	111	147	145	129	120
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances)	15,0	14,3	15,1	16,3	15,2	13,3	12,7

Source : PMSI
Exploitation : ARS Mayotte - Services Etudes et Statistiques

c) Nutrition-Santé

En 2019, **94 % des enfants de 0-3 ans avaient été initiés à l'allaitement** [113], stable par rapport à 2006 où ce taux était chez les 0-4 ans de 95 % [111].
En 2006, chez les moins d'un an, 92 % étaient toujours en cours d'allaitement, tandis que chez les 1 à 4 ans, 81 % ne l'étaient plus [111]. La **durée médiane d'allaitement** était de 15 mois en 2006 et **est passée à 12 mois en 2019** [113]. La **consommation de lait infantile** depuis la naissance a **augmenté entre 2006 et 2019**, passant de deux tiers des moins d'un an, et principalement moins d'un mois après la naissance [111], à **quatre enfant sur cinq en 2019** [113] (*Tableau 82*).

Tableau 82 : Allaitement et diversification chez les enfants âgés de 0-4 vivant à Mayotte selon la classe d'âge en 2006

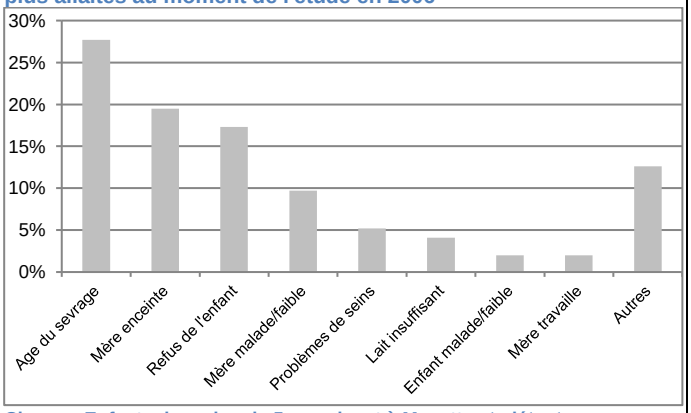
		<1 an	1-4 ans	Ensemble
Allaitement depuis la naissance (%)	**Oui…**	98	95	95
	… dont en cours	92	14	32
	… dont achevé	6	81	64
	Non	2	6	5
Durée moyenne d'allaitement (mois)				16
Durée médiane d'allaitement (mois)				17
Délai de la mise au sein après la naissance (%)	**<1 heure**	44		
	1-24 heure	31		
	≥24 heures	22		
	Ne se souvient plus	3		
Colostrum durant les 3 premiers jours après la naissance (%)	**Oui**	91		
	Non	9		
Consommation de lait infantile (lait artificiel pour bébé) depuis la naissance (%)	**Oui**	65		
	… dont introduction <1 mois après la naissance	52		
	… dont introduction entre 1 et 11 mois après la naissance	14		
	Non	35		

Note : La durée d'allaitement concerne les enfants l'ayant achevé au moment de l'étude. Le délai de la mise au sein après la naissance concerne les enfants allaités de moins d'un an.
Champ : Enfants âgés de 0-4 ans habitant à Mayotte
Source : InVS, *enquête Nutrimay de 2006* [111]

En 2006, les trois principaux motifs d'arrêt de l'allaitement maternel chez les enfants de 0-4 ans sont : **l'âge du sevrage** (28 %), **la mère enceinte** (20 %) et **le refus de l'enfant** (17 %) [111].

Dans un cas sur dix, il s'agit de la mère qui est malade [111] (*Figure 246*).

Figure 246 : Motifs d'arrêt de l'allaitement maternel chez les enfants de 0-4 ans vivant à Mayotte et n'étant plus allaités au moment de l'étude en 2006

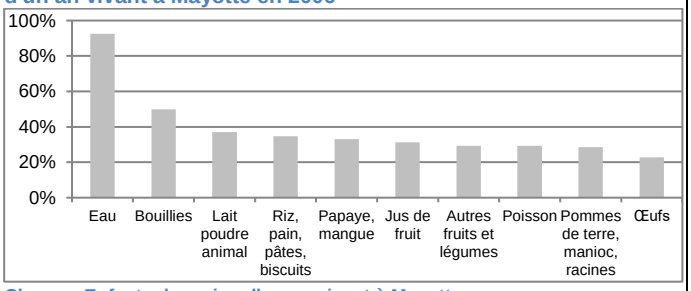


Champ : Enfants de moins de 5 ans vivant à Mayotte et n'étant plus allaité
Source : InVS, *enquête Nutrimay de 2006* [111]

En termes d'habitudes nutritionnelles chez les moins d'un an, en 2006, les aliments les plus prisés régulièrement (en dehors de l'eau) sont : les **bouillies** (50 %), le **lait en poudre animal** (37 %) et le **riz**, **pain**, **pâtes** et **biscuits** (35 %) [111].

Parmi eux, **7 % n'avaient pas accès à une alimentation régulière en eau** [111] (*Figure 247*).

Figure 247 : Aliments régulièrement consommés depuis la naissance par les enfants âgés de moins d'un an vivant à Mayotte en 2006



Champ : Enfants de moins d'un an vivant à Mayotte
Source : InVS, *enquête Nutrimay 2006* [111]

d) Vaccination

En 2019, **huit enfants de 24-59 mois sur dix sont à jour pour 10 ou plus vaccins**, et 1,3 % pour aucun [94].
Par rapport à 2010, le taux de couverture vaccinale augmente pour cette classe d'âge, **+9 points** pour le **DTP** et la **Coqueluche**, **+4 points** pour **l'HiB** et **+2 points** pour le **ROR** [95] [94].
A contrario, il a régressé de **-4 points** pour **l'Hépatite B** et **-2 points** pour le **BCG** [95] [94] (*Tableau 83*).

Tableau 83 : Taux (%) de couverture vaccinale des enfants de 24-59 mois pour les différents antigènes en 2010 et 2019, à Mayotte

Taux de couverture vaccinale	2010	2019
DTP	79	88
Coqueluche	78	87
HiB	78	82
Hépatite B	93	89
ROR	67	69
BCG	91	89
Pneumocoque		70
Méningocoque		8

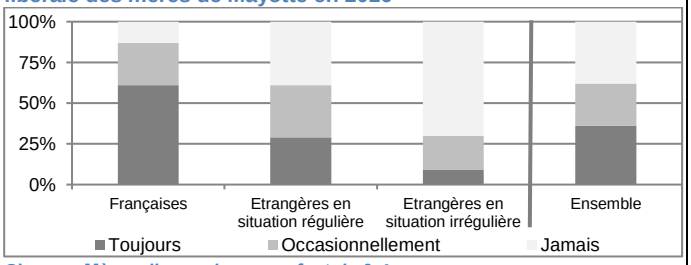
Champ : Enfants de 24-59 mois
Source : InVS-SpF-ARS Mayotte, *enquête Couverture Vaccinale de 2010 et de 2019* [95] [94]

e) Accès aux soins

► ***Recours à l'activité libérale :***

Pour les soins de leurs enfants en 2016, **la médecine libérale apparaît comme l'option la plus fréquente de la majorité des mères Françaises** à 61 %, contre 29 % des étrangères titulaires d'un titre de séjour et seulement 9 % de celles en situation administrative irrégulière [45] (*Figure 248*).

Figure 248 : Fréquence de recours à la médecine libérale des mères de Mayotte en 2016

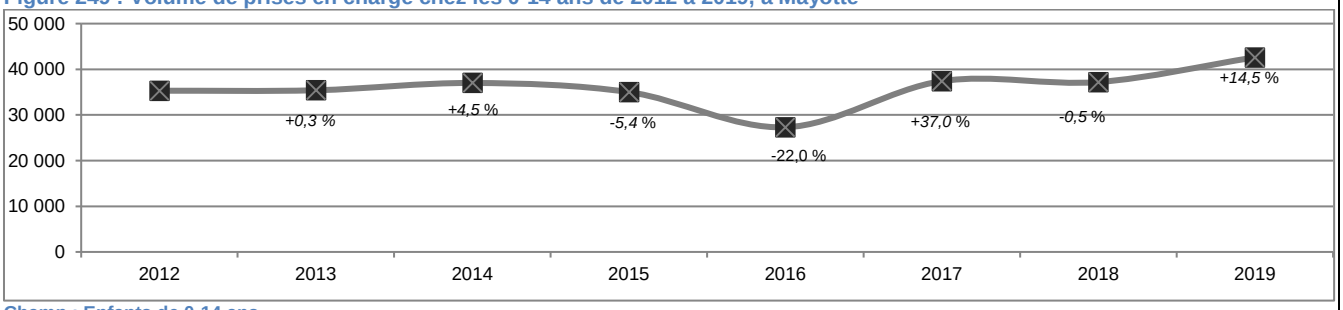


Champ : Mères d'au moins un enfant de 0-4 ans
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [45]

Sur la période 2017 à 2019, les 0-14 ans représentent **36 %** des prises en charge[273] attribuées, soit un **volume moyen de 39 067** par an (*60 % ont moins de 35 ans*) (*Figure 246*).

[273] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

Figure 249 : Volume de prises en charge chez les 0-14 ans de 2012 à 2019, à Mayotte



Champ : Enfants de 0-14 ans
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Recours aux centres de consultations et permanences de soins :***
Pour les soins de leurs enfants en 2016, **les mères étrangères représentent la part la plus importante à recourir systématiquement aux centres de consultations ou de référence** : 68 % pour celles sans titre de séjour et 53 % chez celles qui en ont un, contre 31 % des Françaises [45] (*Figure 250*).

Sur la période 2020 à 2022, les 0-4 ans représentent **17 %** des passages **aux centres de consultations** (*45 % ont moins de 25 ans*) et **25 % aux permanences de soins** (*56 % ont moins de 25 ans*), soient des volumes respectifs de **42 299** et **13 935 passages par an**. En 2022, le taux de recours aux centres de consultations est de 0,89[274] par enfant (*0,81*) de cette classe d'âge, 0,34 aux permanences de soins (*0,20*).

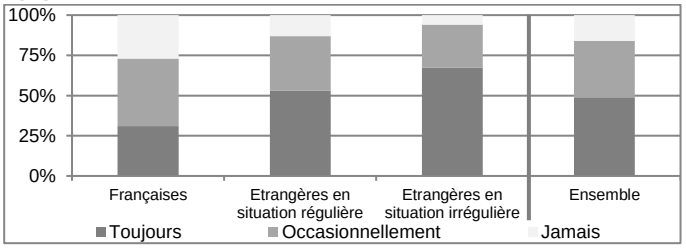
► ***Recours au centre hospitalier :***
En 2016, le recours systématique à **l'hôpital pour l'enfant est beaucoup plus rare**, quelle que soit la situation administrative des mères : 15 % déclarent privilégier ce type d'offre de soins [45] (*Figure 251*).

Sur 2019-2021, en moyenne **12 689 séjours par an** impliquant des 0-4 ans ont eu lieu, soit **28 %** des séjours sur cette période (*la moitié a moins de 28 ans*) (*Figure 252*). En 2021, le taux de recours au CHM est de 0,27 par enfant de cette classe d'âge (*0,15*).

Les enfants de **moins d'un an** représentent **8 % des Evasan** de 2021, et les **1 à 5 an(s)** : **11 %**, parts stables sur la période 2019-2020. En 2021, le taux de recours aux Evasan est de 0,011 par enfant de moins d'un an et de 0,004 par enfant de 1 à 5 an(s) (*0,005*).

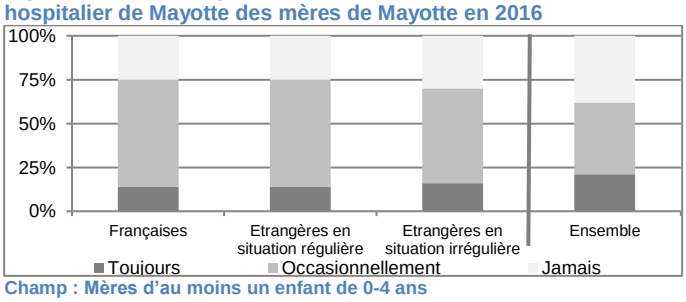
[274] Déterminé par nombre de séjours d'enfants de 0-4 ans sur nombre d'enfants de 0-4 ans à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

Figure 250 : Fréquence de recours aux centres de consultations et de référence des mères de Mayotte en 2016



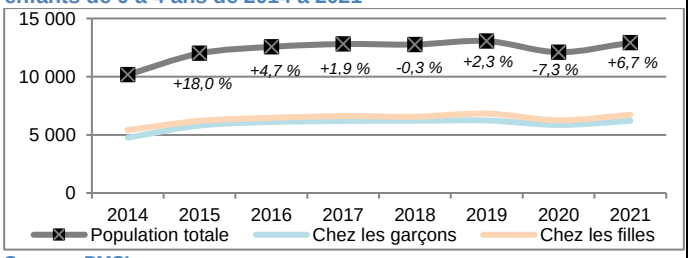
Champ : Mères d'au moins un enfant de 0-4 ans
Source : ARS Mayotte, Ined, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [45]

Figure 251 : Fréquence de recours au centre hospitalier de Mayotte des mères de Mayotte en 2016



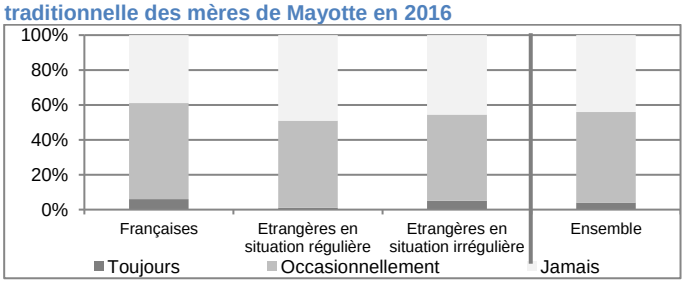
Champ : Mères d'au moins un enfant de 0-4 ans
Source : ARS Mayotte, Ined, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [45]

Figure 252 : Nombre de séjours au CHM pour les enfants de 0 à 4 ans de 2014 à 2021



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

Figure 253 : Fréquence de recours à la médecine traditionnelle des mères de Mayotte en 2016



Champ : Mères d'au moins un enfant de 0-4 ans
Source : ARS Mayotte, Ined, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [45]

► ***Recours à la médecine traditionnelle***[275] ***:***
En 2016, le recours systématique à **la médecine traditionnelle pour l'enfant est beaucoup plus rare**, quelle que soit la situation administrative des mères : 4 % déclarent privilégier ce type d'offre de soins [45] (*Figure 253*).

► ***Recours aux PMI :***
Le nombre de consultations d'**enfants 0-6 ans** dans les PMI a fortement remonté en 2021 comparé à 2020, **10 708 consultations supplémentaires** (+43 %, près de 35 000 en 2021), soit un taux de recours de 0,54 par enfant de cette classe d'âge[276] [52].

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 [52]. Sur une **période de 10 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 [52].
Ces variations restent inexpliquées sauf en 2020 en raison de l'épidémie de Covid-19 qui a entrainé la fermeture partielle de nombreuses PMI et des temps de travail très réduits [52].

► ***Couverture maladie :***
En 2016, une estimation de 32 500 enfants dépourvus de la PUMa[277] peut être réalisée [45].
C'est donc potentiellement 10 000 enfants de 0-4 ans qui auraient été concernés[278], soit 27 % des 0-4 ans (*27 % chez les 18-79 ans*).

f) Principales pathologies

► ***Motifs de séjours hospitaliers :***
Sur la période 2019 à 2021, la **durée moyenne de séjour** des 0-4 ans est de **4,8 jours** (*5,1 sur l'ensemble des classes d'âge*).

Les motifs sont principalement catalogués en « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé[279] » pour 71 % (*46 %*), 54 % en Métropole.

Si l'on s'affranchit de cette nomenclature et de celle des « codes d'utilisation particulière » (0,04 %, *0,7 %*, 0,14 % en Métropole), on observe alors que le premier motif de séjours pour les 0-4 ans est lié aux « **maladies de l'appareil respiratoire** » (27 %, *14 % sur l'ensemble des classes d'âge*, 25 % en Métropole).

Elles sont suivies de « **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » (24 %, *8 % sur l'ensemble des classes d'âge*, 21 % en Métropole) et à « **certaines maladies infectieuses et parasitaires** » (10 %, *6 %*, 8 % en Métropole) (*Tableau 84*).

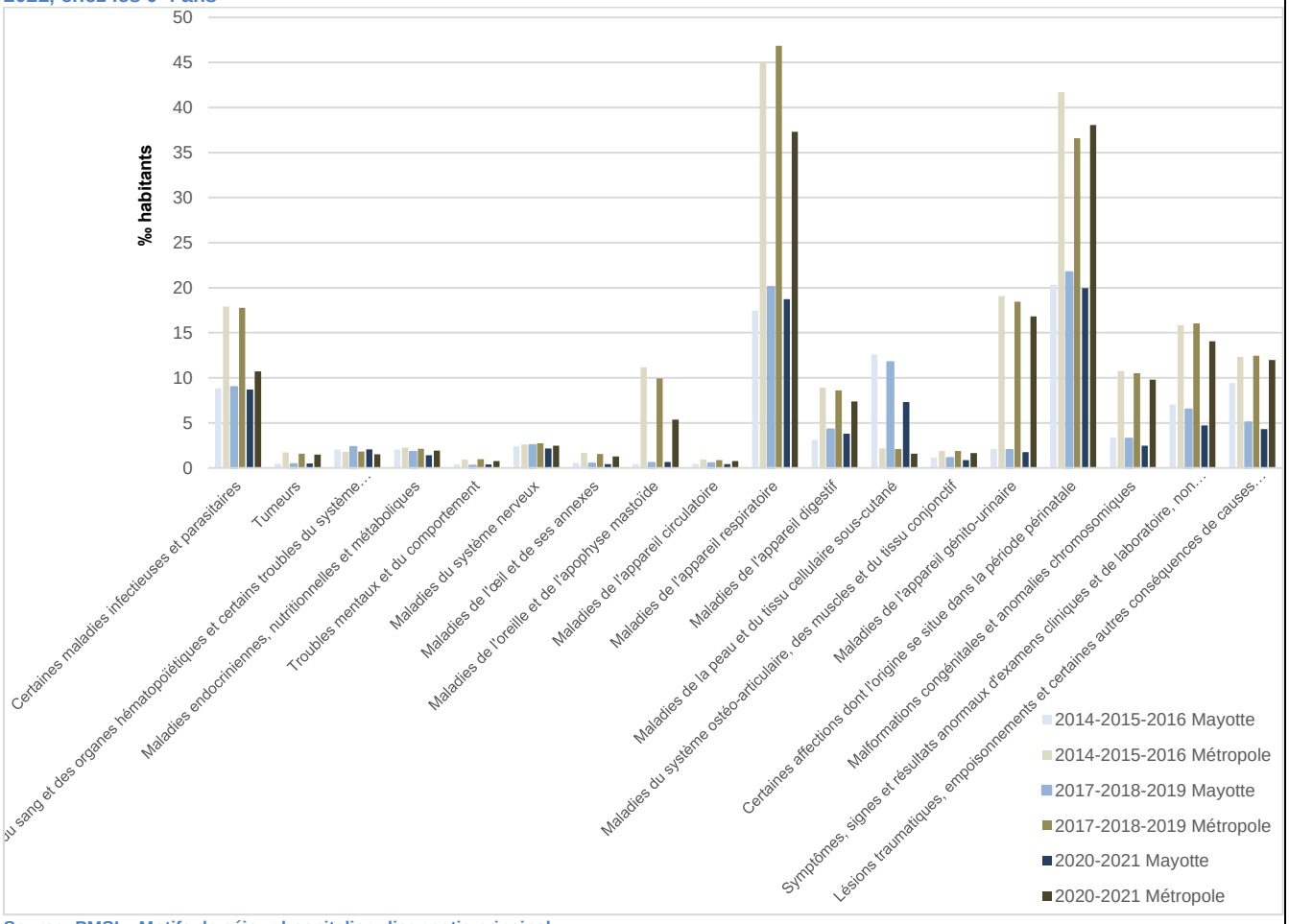
[275] La médecine traditionnelle à Mayotte renvoie à des pratiques multiples héritées de savoir-faire non conceptualisés basés sur les traditions orales ou des écrits religieux. Le "fundi" (le maître) y joue le rôle de médiateur essentiel entre l'affection et le malade. En effet, les habitants de Mayotte 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" (medium d'esprit) qui soignent selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux djinns.
[276] Déterminé par nombre de consultations des enfants de 0-6 ans sur nombre d'enfants de 0-6 ans à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2022 à Mayotte. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même enfant.
[277] Depuis 2016, la Sécurité sociale est devenue la PUMa.
[278] En supposant que pour cette sous-population de Mayotte la répartition par classe d'âge est la même que pour la population totale, on peut observer que les 0-4 ans représentent 32 % des moins de 18 ans. En appliquant cette part aux 32 500 enfants estimés, on obtient l'indicateur présenté.
[279] 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 autant 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 ».

Tableau 84 : Motifs de consultation au CHM chez les 0-4 ans entre 2017 et 2021

CIM10	Mayotte						Métropole
	Taux de Variation** 2017-2019 (%)	Taux de variation** 2019-2021 (%)	Effectif 2021	Durée moyenne de séjour 2019-2021 (En jours)	Répartition 2019-2020-2021	Répartition sans *	Répartition 2019-2020-2021
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	+7,4	+0,8	391	3,6	3	10,3	7,6
Maladies de l'appareil respiratoire	-1,9	+12,2	1 019	4,5	7,9	26,8	25,1
Maladies de l'appareil digestif	-9,1	-0,6	160	4,5	1,2	4,2	4,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	+3,3	-25,1	295	6,0	2,3	7,8	0,8
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-14,7	-20,9	25	9,6	0,2	0,7	0,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	+7,1	-7,7	80	5,4	0,6	2,1	10,3
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	+6,7	-3,6	926	19,3	7,2	24,3	21,1
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	-1,8	-4,2	122	10,0	0,9	3,2	5,6
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	+4,3	-17,5	204	3,1	1,6	5,4	8,3
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-11,5	-0,3	183	4,7	1,4	4,8	6,3
Tumeurs	+11,8	+26,5	32	3,8	0,2	0,8	0,8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé *	+0,2	+0,7	9 107	3,4	70,5		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	+6,2	-6,3	93	4,8	0,7	2,4	0,9
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	+24,6	-19	59	9,4	0,5	1,6	1,2
Troubles mentaux et du comportement	+109,8	+0	22	6,8	0,2	0,6	0,5
Maladies du système nerveux	+11	-11,3	92	9,2	0,7	2,4	1,4
Maladies de l'œil et de ses annexes	-23	+27,5	26	3,1	0,2	0,7	0,7
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	+54,9	+5,4	40	3,6	0,3	1,1	3,2
Maladies de l'appareil circulatoire	+70,6	-17,1	22	12,7	0,2	0,6	0,4
Total	**+1,0**	**-0,6**	**12 898**	**4,8**	**100**	**100**	**100**

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » (N = 13 en 2021, 3 en 2020 et 0 en 2019) n'est pas considérée dans ces analyses.
** Taux de variation annuel moyen.
Champ : Enfants de 0-4 ans
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation: ARS Mayotte, Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 254 : Taux de recours brut[280] au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2021, chez les 0-4 ans



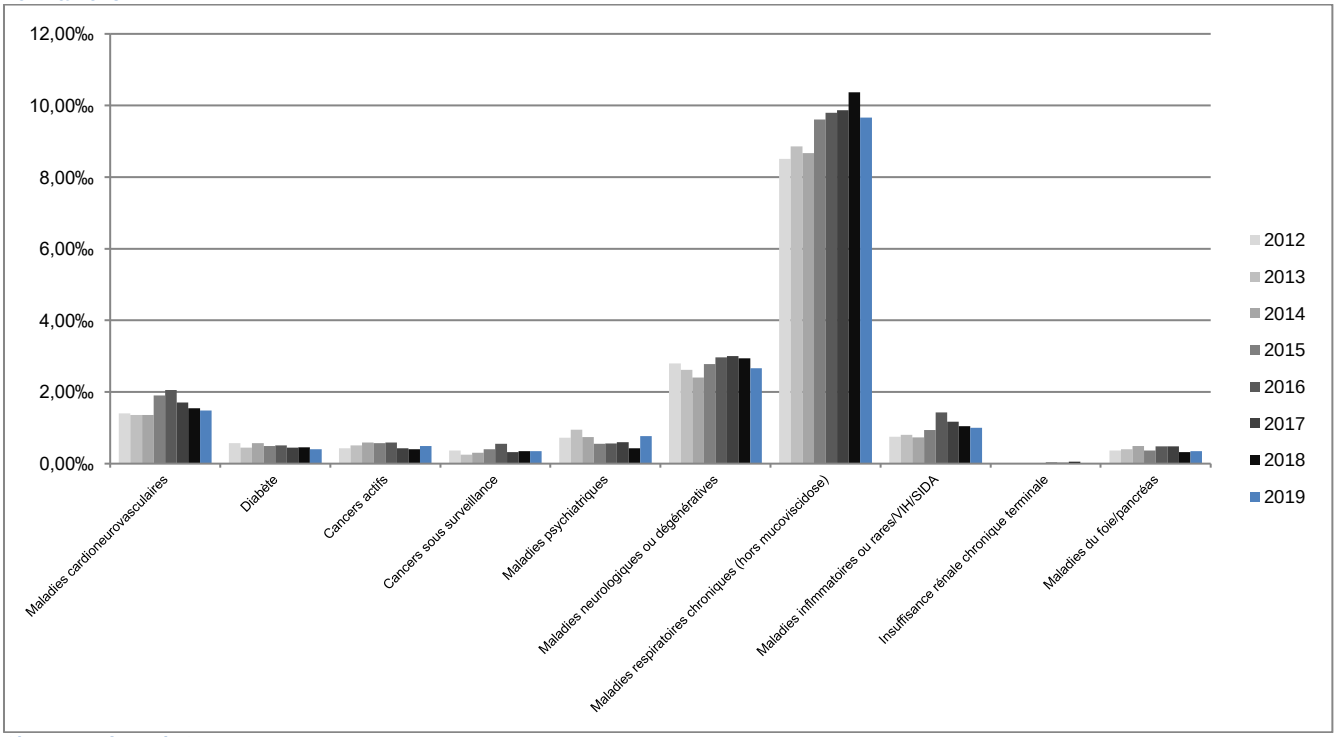
Source: PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

[280] Ces indicateurs sont basés sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prennent pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► ***Prises en charge***[281] *:* Les **pathologies respiratoires** représentent les principaux motifs de prises en charge chez les enfants de 0-14 ans, 9,7 pour 1 000 en 2019 (8,5 en 2012, +1,2 point, et *28,5 sur l'ensemble des affiliés*).
Elles sont suivies des **maladies neurologiques ou dégénératives**, 2,7 pour 1 000 (2,8 en 2012, -0,1 point, *et 5,9 sur l'ensemble des affiliés*) et des **maladies cardio-neurovasculaires**, 1,5 pour 1 000 (1,4 en 2012, +0,1 point, *et 24,6 sur l'ensemble des affiliés*) (*Figure 252*).

Les « autres types de prises en charge » ont un taux de 22,9 pour 1 000 enfants de 0-14 ans en 2019 (*184,8 sur l'ensemble des affiliés*), et ont augmenté de près de +6 points par rapport à 2012. Elles ont notamment progressé de 2013 à 2016 (29,7 pour 1 000) puis ont diminué jusqu'en 2019.

Figure 255 : Taux de prises en charge des différentes pathologies pour 1 000 enfants de 0-14 ans assurés à Mayotte de 2012 à 2019



Champ : Enfants de 0-14 ans
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

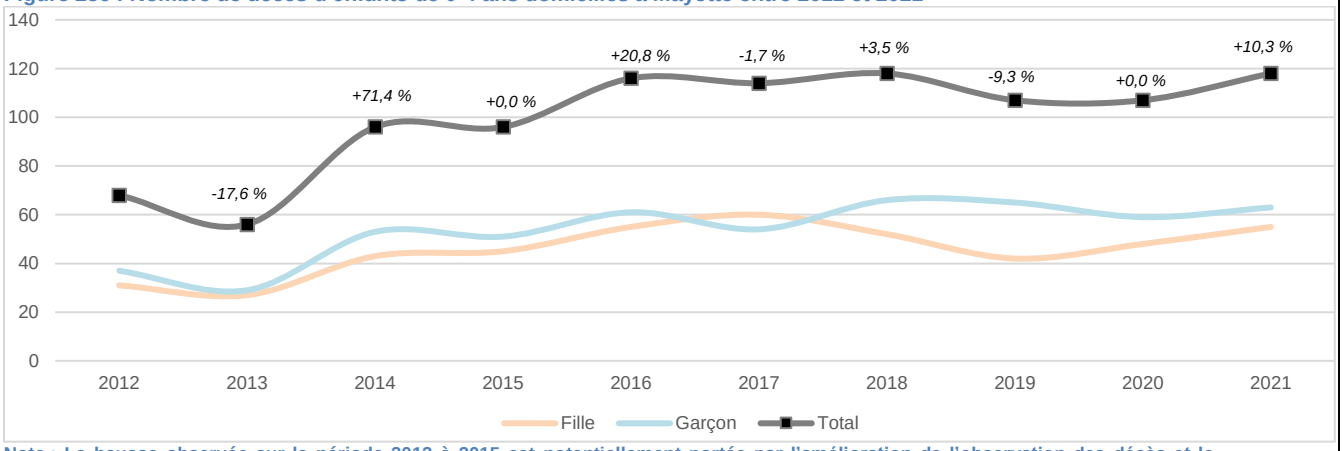
g) Principales causes de décès

Sur la période de 2015 à 2017, en moyenne **110 décès par an** d'enfants de 0-4 ans ont été observés, soit **16 %** des décès sur cette période (0,5 % en Métropole) (*Tableau 85*).

La principale cause de décès chez les 0-4 ans est associée à « **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » (26 %, *4 % sur l'ensemble des classes d'âge*), suivies des « **malformations congénitales et anomalies chromosomiques** » (24 %, *4 % sur l'ensemble des classes d'âge*) et des « **causes externes de blessure et d'empoisonnement** » (6 %, *7 % sur l'ensemble des classes d'âge*).
A noter que chez les 0-4 ans, la part de décès classés « Symptômes et états morbides mal définis » est de **20 %** (*24 % sur l'ensemble des classes d'âge)*.

[281] 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 d'une maladie grave, 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. Ex. : maladie de Paget, les ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère.
Les **ALD 32** ou ALD « polypathologies » 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. Ex. : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels.

Figure 256 : Nombre de décès d'enfants de 0-4 ans domiciliés à Mayotte entre 2012 et 2021



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 : Enfants de 0-4 ans domiciliés à Mayotte et décédés
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 85 : Moyenne par an et part de décès de 0-4 ans domiciliés à Mayotte par cause sur la période de 2015 à 2017

	Mayotte		Métropole	
Cause détaillée	**Nombre**	**Part (%)**	**Nombre**	**Part (%)**
Maladies infectieuses et parasitaires	5	5	67	2
Tumeurs	1	0,9	87	3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1	0,9	21	0,7
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	4	4	81	3
Troubles mentaux et du comportement	0	0	1	0
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6	5	125	4
Maladie de l'appareil circulatoire	4	4	61	2
Maladies de l'appareil respiratoire	6	5	40	1,3
Maladies de l'appareil digestif	1	0,9	31	1,0
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	1	0
Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	0	0	2	0,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	0	5	0,2
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	28	**25**	1 443	**47**
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	26	**24**	551	**18**
Symptômes et états morbides mal définis	22	**20**	359	**12**
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	6	5	180	6
Maladies de l'œil et de ses annexes	0	0	1	0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0	0	1	0
Toutes causes confondues	**110**	**100**	**3 057**	**100**

Champ : Enfants de 0-4 ans domiciliés à Mayotte et décédés, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

2 – 5 à 14 ans

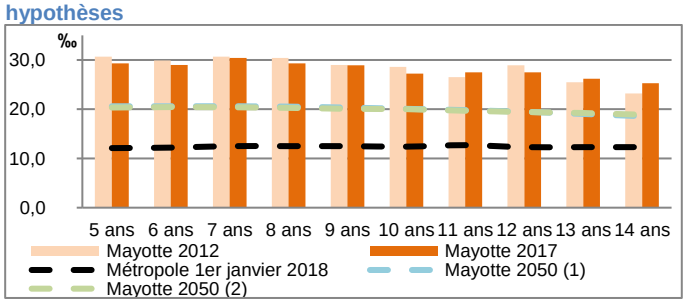
Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.

a) Caractéristiques

► ***Part :*** Les 5-14 ans représentaient **28 % de la population** en 2017 [5] (également en 2012 [2], *la moitié de la population a moins de 18 ans*), soit 71 951 enfants de cette classe d'âge présents sur le territoire.
Au 1er janvier 2023, on peut estimer que le volume de 5-14 ans serait compris entre **86 950 et 91 500 enfants** (86 962 selon les estimations actualisées de l'Insee [3]).

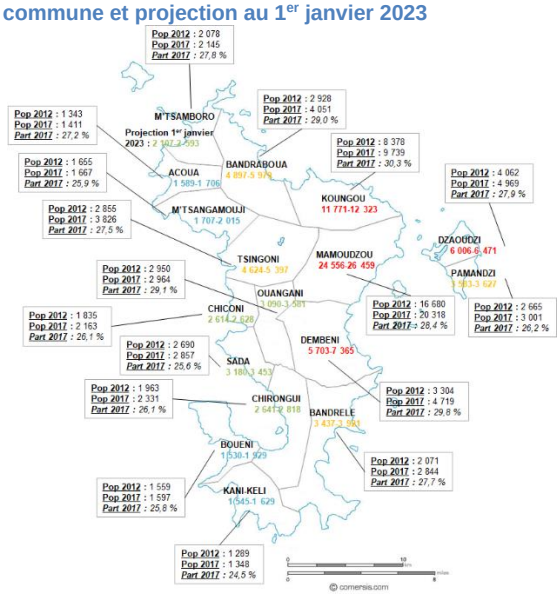
A horizon 2050, et quel que soit les hypothèses de projection sélectionnées, **la part d'enfants de 5-14 ans** diminuerait d'un peu moins du tiers et se porterait à **20 %** de la population [4] (*Figure 257*).

Figure 257 : Pyramide des âges des 5 à 14 ans de Mayotte de 2012, 2017 et projection 2050 selon deux hypothèses



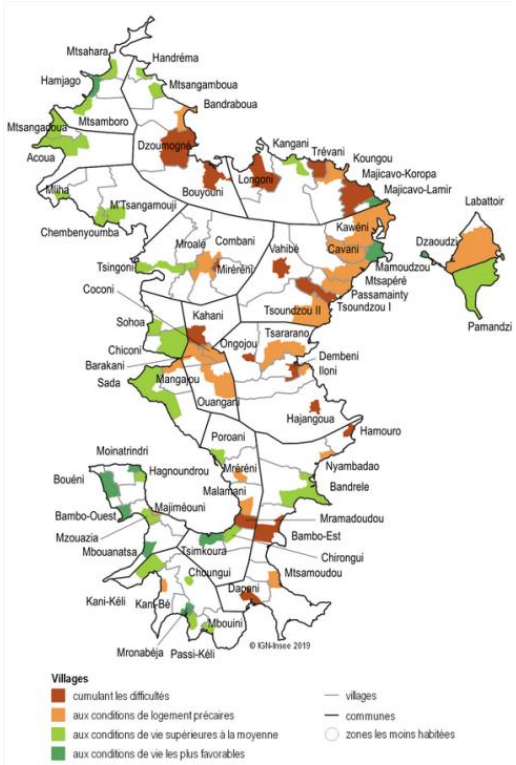
Note : (1) désigne la projection 2050 sous l'hypothèse d'un solde migratoire nul et (2) sous celle d'un déficit migratoire.
Champ : Habitants de 5 à 14 ans Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [5], *projection de population* [4]

Figure 258 : Nombre d'enfants de 5-14 ans par commune et projection au 1er janvier 2023



Note de lecture : 28,4 % de la population de Mamoudzou avaient entre 5 et 14 ans en 2017.
Méthode : La borne inférieure est calculée depuis la répartition des classes d'âge de 2017 par commune appliquée à l'estimation fournie au 1er janvier 2022 de la population totale. La borne supérieure est calculée après application du taux d'accroissement par commune de 2017 puis de la répartition des classes d'âge en 2017 par commune.
Source : Insee, *recensements de la population de 2012 et 2017*
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

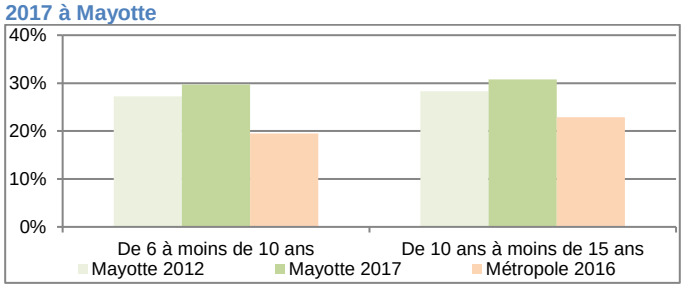
Figure 259 : Classification des villages de Mayotte en 2017



Source : Insee, *recensement de la population* de 2017 [20]

► ***Structure familiale :***
En 2017, **trois enfants de 6-14 ans sur dix vivent dans une famille monoparentale** [34], soit deux points de plus qu'en 2012 [2]. Un enfant sur cinq est concerné en Métropole [34] (*Figure 255*).
En croisant avec l'**emploi**, 7 % vivent dans une famille **monoparentale** dont le parent a un emploi (6 % en 2012), 24 % sans emploi (23 %), 13 % un **couple** aux deux parents en emploi (12 %), 22 % un seul des deux (27 %) et 34 % aucun (33 %) [24].

Figure 260 : Part des enfants de 6-14 ans à charge vivant dans des familles monoparentales en 2012 et 2017 à Mayotte



Source : Insee, *recensements de la population de 2012 et de 2017* [2] [5]

► ***Mineurs isolés :*** À Mayotte en 2017, environ **5 400 enfants mineurs** vivent dans un logement, mais **sans leurs parents** [34]. Autant de filles que de garçons sont concernées [34]. La moitié d'entre eux n'est pas inscrite dans un établissement scolaire alors que **61 % ont entre 6 et 16 ans** [34]. Près de la moitié (44 %) est de nationalité française [34].

► ***Scolarisation :*** En 2017, le taux d'enfants **non scolarisés est de 11 %** chez les 5 ans**, soit 7 points de plus qu'en 2012** [24]. Il chute ensuite à **6 % chez les 9 ans**, demeurant supérieur de 4 points à 2012, pour finalement ré-augmenter à **9 % chez les 14 ans** (+3 points par rapport à 2012) (*16 % chez les 2 à 18 ans*) [24] (*Tableau 86*).

Tableau 86 : Part des enfants de 5-14 ans de Mayotte non scolarisés en 2012 et 2017

	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans
% de non scolarisés en 2012	4	2	2	2	2	2	2	3	4	6
% de non scolarisés en 2017	11	9	7	7	6	6	6	6	7	9

Lecture : Chez les enfants de 5 ans, en 2017, 11 % ne sont pas scolarisés.
Champ : Enfants de 5-14 ans de Mayotte
Source : Insee, *recensements de la population de 2012 et 2017* [24]

► ***Mortalité :*** En 2019, chez les **5-19 ans**, le taux de décès est de **0,3 pour 1 000 enfants** (0,4 en 2016 [72]) de cette classe d'âge (*2,9 décès pour 1 000 habitants sur l'ensemble de la population*). Chez les **filles**, il est de **0,8 pour 1 000** (0,2 en 2016 [72]) et de **0,3** pour 1 000 chez les **garçons** (0,5 en 2016 [72]). Comparé à la **Métropole**, **le taux global est trois fois supérieur**.

► ***Consommation d'alcool, de tabac et de drogue :*** **2 %** des enfants de 10-12 ans[282] ont déjà connu une consommation d'**alcool** (59 % en Métropole) et **2 %** de **cigarettes** (9 % en Métropole) [50]. Concernant la consommation de **chimique**[283] : **quatre sur mille** en déclarent une, et parmi les autres 2 % s'en sont vus proposer [50].

► ***Grossesses et recours à l'IVG :*** En 2013, 54 filles de 5-14 ans sont venues au CHM pour « **grossesses, accouchements et puerpéralité** »[284]. Ce nombre a augmenté en 2016 à 101 cas puis a diminué pour en atteindre **68 en 2021** (*Tableau 87*). Sur la période 2019 à 2021, Il s'agit exclusivement d'adolescentes de **11 à 14 ans**, soit 0,6 % de l'ensemble des classes d'âge.
L'âge le plus représenté parmi les 11-14 ans est celui des **14 ans** (**deux tiers**). Un quart ont 13 ans.

Tableau 87 : Nombre de grossesses chez les filles de 5-14 ans et ayant recours au CHM de 2013 à 2021

Venu au CHM pour motifs :	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
« Grossesses, accouchements et puerpéralité »	54	85	78	101	93	76	81	70	68

Champ : Enfants de 5-14 ans
Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

En 2016, **0,7 % chez les filles de moins de 15 ans** [33] et **1,5 % chez les hommes** de 18-79 ans déclaraient avoir eu leur **premier enfant avant 15 ans** (0,8 % pour les natifs de Mayotte contre 2,4 % pour les natifs de l'étranger) [37]. En 2018, **le taux de mères mineures de moins de 15 ans** est de : **0,4 %** contre aucune en Métropole [73]**.**
Sur l'ensemble des 1 683 IVG relevées en 2018, la part des **10-14 ans représentait 2 %** (1,7 % en 2017 et 2 % en 2016) [73].

b) Nutrition-Santé

En 2019, **10 %** des enfants de 10-12 ans sont en situation d'**insuffisance pondérale** (contre 4 % en Métropole) et le **surpoids (et obésité)** en concerne une **part similaire** (22 % en Métropole) [50]. Ces taux sont proches de ceux de 2006 : 10 % chez les 11-14 ans pour l'insuffisance pondérale et 13 %

[282] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[283] Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [108]. Selon le rapport de l'OFDT, un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [108]. 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 [108]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [108].
[284] Cette nomenclature se décline au travers de huit principales catégories : Grossesse se terminant par un avortement - Œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité - Autres pathologies maternelles principalement liées à la grossesse - Autres pathologies maternelles principalement liées 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.

pour le surpoids [111]. De manière plus générale et concernant le **surpoids**, la part est similaire chez les 5-14 ans : 12 % (*44 % chez les 15 ans ou plus*) [113].

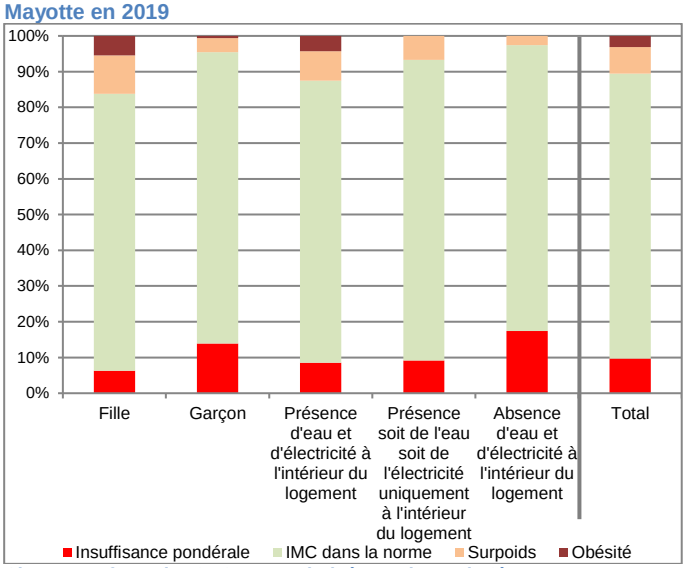
L'obésité représente 3 % des enfants de 10-12 ans de Mayotte (1,6 % chez les 11-14 ans en 2006 [111] et 3 % chez les 5-14 ans en 2019, *28 % chez les 15 ans ou plus* [113]) (*Figure 261*) et est équivalent au taux observé en Métropole : 4 % [50].

La part en **insuffisance pondérale** est plus importante chez les **garçons** que chez les filles : 14 % contre 6 % (cet effet ne se retrouve pas sur la population agrégée des 5-14 ans : 21 % chez les filles et 22 % chez les garçons [113]) ; tandis que pour le **surpoids** la situation est inversée : 16 % chez les **filles** (14 % chez celles de 5-14 ans, *64 % de celles de 15 ans ou plus* [113]) et 5 % chez les garçons [50] (9 % chez ceux de 5-14 ans, *44 % de celles de 15 ans ou plus* [113]) (*Figure 261*).
La précarité a un fort impact sur le taux d'insuffisance pondérale [50]. Ainsi, elle est deux fois plus présente chez les enfants dépourvus d'eau et d'électricité : 17 % contre 9 % [50]. Tandis que pour le surpoids, ce sont les enfants ayant les deux qui sont quatre fois plus concernés : 12 % contre 3 % [50] (*Figure 261*).

Trois enfants de 10-12 ans[285] **sur dix** déclarent prendre **trois repas par jour de manière quotidienne** [112]. Ils sont la moitié pour la prise de deux repas, parmi eux trois sur dix en consomment un troisième de manière irrégulière [112]. Concernant la prise d'un seul repas régulièrement : un sur cinq, les trois quart déclarent alors manger au moins l'un des deux autres repas de manière irrégulière [112] (*Figure 262*).
Un enfant sur cinquante est concerné par un rythme alimentaire particulièrement irrégulier, n'en déclarant la prise d'aucun de manière quotidienne [112] (*Figure 262*).

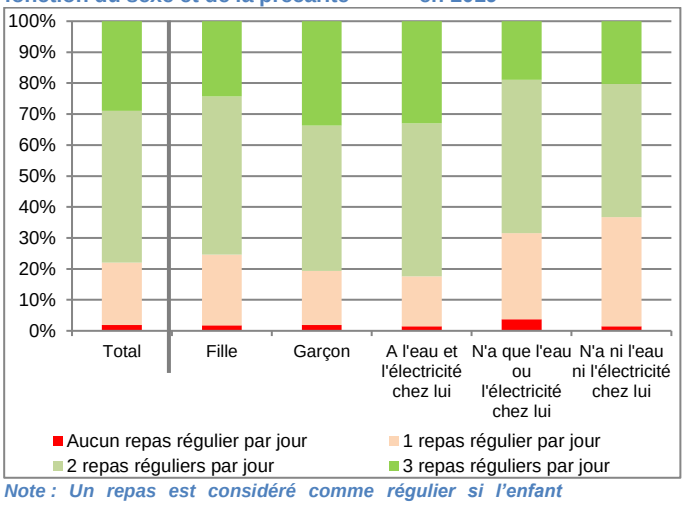
Les garçons déclarent plus souvent la prise de trois repas que les filles : 34 % contre 24 % [112].
La précarité a un retentissement important sur le nombre de repas consommés régulièrement : 82 % en prennent au moins deux pour les moins précaires contre 63 % pour les plus précaires[286] [112] (*Figure 262*).

Figure 261 : Répartition des différentes catégories d'Indice de masse corporelle chez les 10-12 ans de Mayotte en 2019



Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte – *Enquête Santé des jeunes de 2019* [50]

Figure 262 : Nombre de repas par jour pris régulièrement chez les 10-12 ans de Mayotte en fonction du sexe et de la précarité[287] [288] **en 2019**



Note : Un repas est considéré comme régulier si l'enfant déclare le prendre « tous les jours »
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte – *Enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

[285] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[286] La moyenne de prise chez les moins précaires est de 2,3 portions de repas par jour (2,0 pour le quantile à 25 %), 2,1 pour ceux n'ayant que l'eau ou l'électricité, 2,0 pour les plus précaires (1,5 pour le quantile à 25 % de ces deux derniers profils d'enfants) [112].

[287] Le matin, 47 % des filles déclarent manger régulièrement et 59 % chez les garçons [112]. 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 [112]. 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 [112].
[288] 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 repas par jour [112]. Ils sont également deux fois plus nombreux à se retrouver en surpoids (10 %) par rapport aux enfants prenant trois repas par jour (5 %) [112]. Les enfants prenant trois repas par jour ont la plus forte proportion de corpulence dans la norme [112].

En 2019, **un enfant** de 10-12 ans[289] **sur deux** déclare consommer des légumes plusieurs fois dans la semaine ou tous les jours (15 % tous les jours contre 36 % chez les enfants de CM2 en Métropole) et **sept sur dix** pour **les fruits**[290] [50].

Six enfants sur dix déclarent une telle consommation pour les **boissons sucrées et sucreries** (dont 22 % tous les jours contre 20 % en Métropole)[291] [50].

Ils sont 97 % a déclaré une consommation de féculents plusieurs fois dans la semaine ou tous les jours, 80 % pour les viandes hors poulet, 50 % pour les poissons[292] et 64 % pour les laitages[293] [50] (*Tableau 88*).

Tableau 88 : Fréquence de consommations des différents aliments en fonction du sexe chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019

		Chez les filles	Chez les arçons	10-12 ans
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 [112]*

c) Vaccination

En 2019, **un tiers des enfants de 7-11 ans sont à jour pour 10 ou plus vaccins** [94]**,** et ce taux chute à **un sur cinq chez ceux de 10-12 ans** [50]**.** Respectivement 7 % et 10 % pour aucun [94].

Par rapport à 2010, chez les enfants de 7-11 ans, le taux de couverture vaccinale augmente en 2019 uniquement pour le ROR : **+36 points** [95] [94].

Il a ainsi régressé de **-24 points** pour le **DTP**, **-40 points** pour **la coqueluche**, **-13 points** pour **l'HiB**, **-6 points** pour **l'hépatite B** et **-14 points** pour le **BCG** [95] [94] (*Tableau 89*).

Tableau 89 : Taux de couverture vaccinale à 7-11 et 10-12 ans à Mayotte en 2010 et 2019

	7-11 ans	10-12 ans	
Taux de couverture vaccinale (%)	**2010**	**2019**	
DTP	69	45	75, dont 23 % devant faire la nouvelle injection à 11-13 ans
Coqueluche	80	40	54, dont 17 % devant faire la nouvelle injection à 11-13 ans
HiB	82	59	19
Hépatite B	91	85	77
ROR	49	85	80
BCG	93	79	79
Pneumocoque		51	9
Méningocoque		4	2

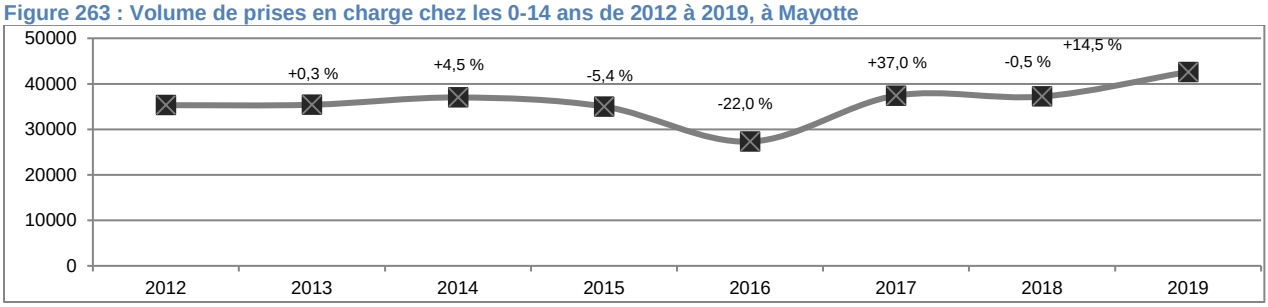
***Champ :** Enfants de 7-11 en population générale et de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème*
***Source :** ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, Enquête santé des jeunes de 2019 [50], InVS-SpF-ARS Mayotte, enquête Couverture Vaccinale de 2010 et de 2019 [95] [94]*

[289] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[290] En 2006, 9 % des 5-10 ans et 8 % des 11-14 ans déclaraient la consommation d'au moins 5 portions par jour de fruits et légumes [111].
[291] En 2006, 12 % des 5-10 ans et 16 % des 11-14 ans déclaraient la consommation de plus de 12,5 % de l'Apport énergétique sans alcool (AESA) en glucides simples issus des produits sucrés [111].
[292] En 2006, 41 % des 5-10 ans et 39 % des 11-14 ans déclaraient la consommation d'au moins deux portions par jour de viandes, volailles, produits de la pêche et œufs [111].
[293] En 2006, 55 % des 5-10 ans et 46 % des 11-14 ans déclaraient la consommation d'au moins 2,5 portions par jour de lait et produits laitiers [111].

d) Accès aux soins

► ***Recours à l'activité libérale :*** Sur la période 2017 à 2019, les 0-14 ans représentent **36 %** des prises en charge[294] attribuées, soit un **volume moyen de 39 067** par an (*60 % ont moins de 35 ans*) (*Figure 263*).
En 2019, **6 %** des enfants de 10-12 ans[295] citaient le **médecin libéral** comme lieu de recours aux soins [50].

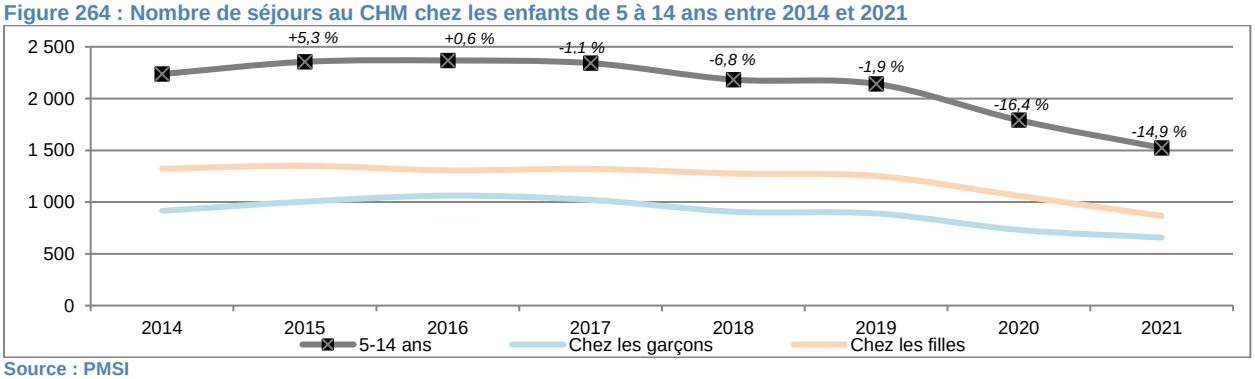
Figure 263 : Volume de prises en charge chez les 0-14 ans de 2012 à 2019, à Mayotte



Champ : Enfants de 0-14 ans
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Recours au centre hospitalier :*** Sur la période de 2019 à 2021, en moyenne **1 819 séjours par an impliquant des 5-14 ans** ont eu lieu, soit **4 %** des séjours observés sur cette période (*la moitié a moins de 28 ans*) (*Figure 264*). En 2021, le taux de recours au CHM est de 0,02 par enfant de cette classe d'âge[296] (*0,15*).
En 2019, **42 %** des enfants de 10-12 ans citaient le **Centre hospitalier et ses services périphériques** comme lieu de recours aux soins [50].

Figure 264 : Nombre de séjours au CHM chez les enfants de 5 à 14 ans entre 2014 et 2021



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

[294] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.
[295] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[296] Déterminé par nombre de séjours d'enfants de 5-14 ans sur nombre d'enfants de 5-14 ans à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2022. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

En 2021, les 6-15 ans représentent **10 % des Evasan**, part stable sur la période 2019-2020. En 2021, le taux de recours aux Evasan est de 0,002 par enfant cette classe d'âge[297] (*0,005*).

► ***Recours aux centres de consultations et permanences de soins :*** Sur la période 2020 à 2022, les 5-14 ans représentent **13 %** des passages **aux centres de consultations** (*45 % ont moins de 25 ans*) et **15 % aux permanences de soins** (*56 % ont moins de 25 ans*), soient des volumes respectifs de **36 384** et **8 569 passages par an**. En 2022, le taux de recours aux centres de consultations est de 0,43 par enfant (*0,81*) de cette classe d'âge[298], 0,11 aux permanences de soins (*0,20*).
En 2019, **22 %** des enfants de 10-12 ans[299] citaient les **centres de consultations** comme lieu de recours aux soins [50].

► ***Recours aux autres lieux :*** En 2019, L'**automédication** représente **8 %** des modes de recours cités par les enfants de 10-12 ans et la consultation du **foundi** : **2 %** [50]. L'infirmier de l'**établissement scolaire** est cité dans **21 %** des cas [50].

► ***Renoncement aux soins :*** En 2019, **deux enfants** de 10-12 ans **sur cinq** n'auraient pas recours systématiquement à des soins lorsqu'ils tombent très malade ou se blessent gravement [50]. Le taux de renoncement est de **24 % chez ceux n'ayant ni eau ni électricité à l'intérieur du logement** et **17 % pour ceux ayant les deux** [50] (*au cours des 12 derniers mois, en 2016, 12 % des habitants de 18-79 ans déclarent avoir renoncé à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants et, en 2019, 45 % des 15 ans ou plus déclarent avoir renoncé ou reporté des soins pour eux-mêmes*).

► ***Couverture maladie :*** En 2016, une estimation de 32 500 enfants dépourvus de la PUMa[300] peut être réalisée [45]. C'est donc potentiellement 18 500 enfants de 5-14 ans qui auraient été concernés[301], soit 27 % des 5-14 ans (*27 % chez les 18-79 ans*).

e) Dépistages infirmiers en classe de 6ème

► ***Dépistage visuel :*** En 2019, **un enfant de** 10-12 ans **sur dix porte des lunettes** ou des lentilles correctrices, même occasionnellement (32 % en Métropole) [50]. Les dépistages visuels des infirmiers scolaires montrent que sept enfants de 10-12 ans sur dix ont 10/10 aux deux yeux et **un sur dix ne portant pas de lunettes a une acuité visuelle inférieure à 7** (6 % en Métropole), taux comparable à celui des enfants scolarisés en établissement d'éducation prioritaire en Métropole [50]. Par ailleurs, **la correction visuelle dont dispose l'enfant n'était plus toujours adaptée** au moment de l'enquête puisque trois enfants sur dix équipés ont également une mauvaise acuité visuelle en les portant [50].

► ***Dépistage auditif :*** En 2019, **14 %** des dépistages chez les 10-12 ans révélaient une **anomalie** [50]. Les enfants qui déclarent passer du temps devant un écran sont plus sujets aux troubles auditifs et plus le nombre d'appareils déclarés et utilisés augmente, plus la part d'anomalies auditives aussi : 5 % à ceux n'en ayant aucun, 10 % pour ceux en ayant un seul et 26 % chez ceux en ayant quatre [50].

► ***Dépistage bucco-dentaire :*** En 2019, l'examen bucco-dentaire mené par les infirmiers de l'éducation nationale chez les 10-12 ans met en exergue que **trois enfants sur dix ont au moins une carie visible** [50]. Cette part est équivalente à celle de Métropole, et c'est sur la définition de la carie que les différences sont à soulever[302] [50]. **16 % des enfants ont au moins une dent absente** [50].

f) Accidents de la vie courante

Chez les 10-12 ans, **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 [50]. Quelle que soit l'année où l'évènement a eu lieu, dans **un cas sur trois** l'accident déclaré a entraîné **une hospitalisation** d'au moins un jour [50].

---

[297] Déterminé par nombre de séjours d'enfants de 6-15 ans sur nombre d'enfants de 6-15 ans à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2022. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.
[298] Déterminé par nombre de séjours d'enfants de 5-14 ans sur nombre d'enfants de 5-14 ans à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.
[299] Enfants scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[300] Depuis 2016, la Sécurité sociale est devenue la PUMa.
[301] En supposant que pour cette sous-population de Mayotte la répartition par classe d'âge est la même que pour la population totale, on peut observer que les 5-14 ans représentent 56,4 % des moins de 18 ans. En appliquant cette part aux 32 500 enfants estimés, on obtient l'indicateur présenté.
[302] Les caries observées la plupart du temps sont concernées par un délabrement de la dent avec émail, dentine et parfois pulpe touchée [50].

Il s'agit le plus souvent d'accidents ayant lieu **à domicile** (42 %) et **dans la rue** (34 %) [50]. Les accidents **à l'école** ne représentent qu'**un cas sur dix** [50]. **Un accident sur trois** est lié à une **chute** et **un sur dix à une brûlure** [50]. Les collisions et les coupures ressortent dans des proportions équivalentes (8 %) [50].
Dans **7 %** des situations, l'accident est arrivé suite à une **agression** et dans 1 % à une bagarre [50].

g) Santé mentale

Neuf enfants de 10-12 ans[303] **sur dix s'estiment en bonne santé**, 90 % chez les garçons et 85 % chez les filles [104]. **Logiquement dépendant de la présence de problème(s) de santé** dépisté(s)[304] par les infirmièr(e)s de l'Education Nationale : 3 % s'estiment en mauvaise santé chez ceux sans et 26 % pour au moins quatre dépistés. Ce sont toutefois **les filles** qui **sont les plus affectées** : +33 points (pour l'estimation d'une mauvaise santé) contre +15 points pour les garçons [104].

La **mauvaise qualité des nuitées**[305] 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 [104]. Ces problèmes de sommeil peuvent s'identifier par l'**absence du repas du soir**, ils sont alors trois fois plus concernés, et par une **literie précaire** avec un enfant sur dix dormant sur un matelas posé sur le sol ou directement sur le sol (sans matelas) [104]. Un quart des enfants met en moyenne 40 minutes à deux heures pour aller de son domicile à l'école, écourtant fortement la durée de leur nuitée [104].

Les problèmes de concentration interpellent : la moitié (55 %) en déclare [104]. Un enfant sur dix se sent mal chez lui ou à l'école, renforcé par un dialogue pas forcément systématique entre l'enfant et ses parents [104].

11 à 12 % des enfants déclarent avoir ressenti « en permanence ou souvent » de la **tristesse** et de la **colère**, la **moitié** de l'**apaisement** et de la **joie** au cours des trois derniers jours [104]. 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) [104]. **Les enfants déclarant la consommation d'une substance psychoactive sont alors plus fréquemment en colère** : 27 % contre 12 % chez ceux n'en consommant pas [104]. 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 % [104].

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 %) [104]. A contrario, **un quart a ressenti les quatre émotions proposées** (colère, heure, triste et calme), sans distinction du sexe cette fois-ci [104].

En cumulant les différents indicateurs disponibles, il ressort qu'**un enfant sur dix connait au moins cinq problèmes liés au bien-être** [104]. Le Sud et la Petite-Terre sont les deux régions regroupant le plus d'enfants en situation de mal-être [104].

h) Principales pathologies

► ***Motifs de séjours hospitaliers :*** Sur la période 2019 à 2021, la **durée moyenne de séjour** des 5-14 ans est de **5,5 jours** (*5,1 sur l'ensemble des classes d'âge*).

Le premier motif de séjours pour les 5-14 ans est lié aux « **facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé** » (17 %, *46 % sur l'ensemble des classes d'âge*, 30 % en Métropole)[306], suivis des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines conséquences**

[303] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [24].
[304] 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 %) [104].
[305] 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 [104]. 11 % ont dormi moins de 8 heures [104].
[306] La nomenclature des « codes d'utilisation particulière » représente 0,3 % des motifs de séjour chez les 5-14 ans (*0,7 %*, 0,09 % en Métropole).

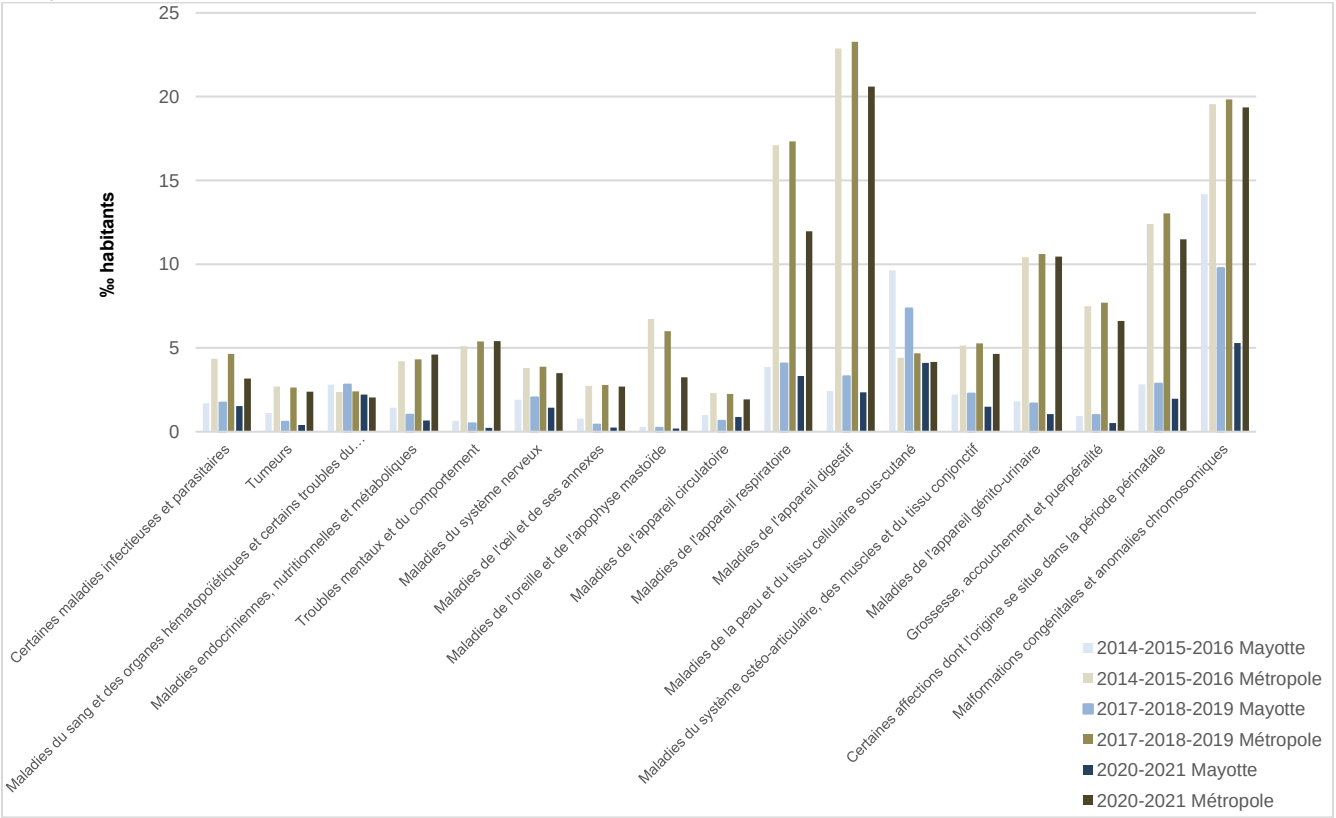
de causes externes » (15 %, *3 %*[307], 11 % en Métropole), et des « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (13 %, *3 %*, 2 % en Métropole) (*Tableau 90*).

Tableau 90 : Motifs de consultation au CHM chez les 5-14 ans entre 2017 et 2021

CIM10	Mayotte						Métropole
	Taux de Variation*** 2017-2019 %)	Taux de variation*** 2019-2021 (%)	Effectif 2021	Durée moyenne de séjour 2019-2021 (En jours)	Répartition 2019-2020-2021	Répartition sans * et **	Répartition 2019-2020-2021
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	+38,6	-19,8	63	5,5	4,1	5,3	2,8
Maladies de l'appareil respiratoire	-6	-3,2	148	3,4	9,7	12,4	9,5
Maladies de l'appareil digestif	+10,1	-19	101	5,8	6,6	8,4	17,5
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-10	-24,8	159	5,4	10,4	13,3	3,4
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-16,1	-18,4	54	13,1	3,5	4,5	3,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	+5,8	-26,1	41	5,0	2,7	3,4	9,5
Grossesse, accouchement et puerpéralité *	-6,7	-8,4	68	4,6	4,5		
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	+23,1	-20	32	4,4	2,1	2,7	5,9
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	-9	-13,9	89	2,6	5,8	7,4	9,6
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-7,3	-23,6	222	4,4	14,6	18,6	16,3
Tumeurs	-32,7	+10	23	4,3	1,5	1,9	2
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé **	+7,6	-15,1	260	3,6	17,1		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	-16,8	+3,5	106	4,3	7	8,9	1,7
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	-33,9	-3,6	26	12,1	1,7	2,2	3,9
Troubles mentaux et du comportement	+12,8	-43,3	9	2,9	0,6	0,8	4,6
Maladies du système nerveux	-0,6	-16,2	59	8,3	3,9	4,9	2,8
Maladies de l'œil et de ses annexes	-26,1	+4,1	13	4,2	0,9	1,1	2,4
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	+0	-9,5	9	7,7	0,6	0,8	2,5
Maladies de l'appareil circulatoire	-27,6	+31,4	38	11,3	2,5	3,2	1,6
Total	-4,4	-15,7	**1 520**	**5,5**	**100**	**100**	**100**

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » (N = 4 en 2021, 10 en 2020 et 0 en 2019) n'est pas considérée dans ces analyses. * Taux de variation annuel moyen.**
Champ : Enfants de 5-14 ans
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 265 : Taux de recours brut[308] au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2021, chez les 5-14 ans



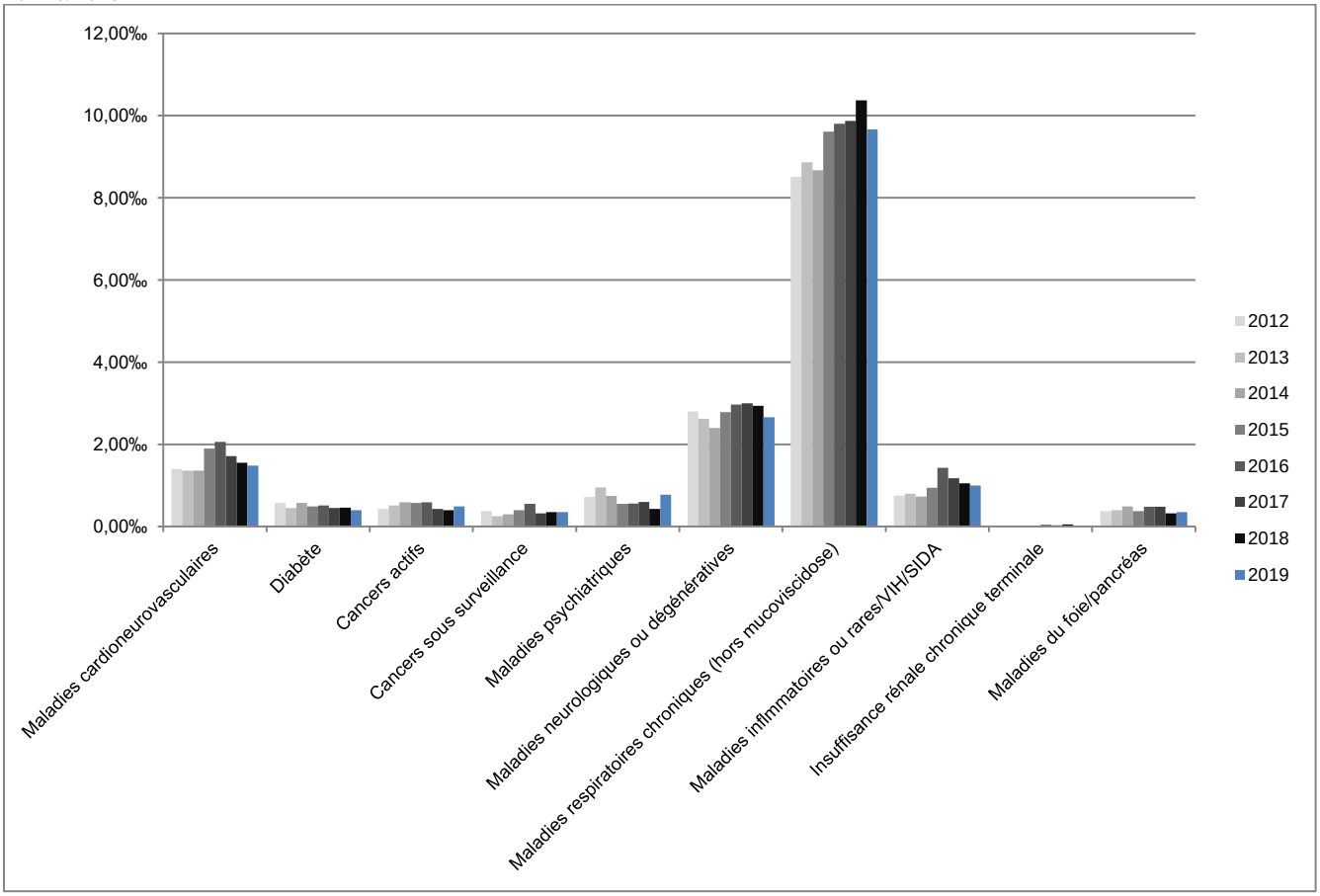
Source: PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

[307] En incluant toutes les nomenclatures.
[308] Ces indicateurs sont basés sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prennent pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► ***Prises en charge***[309] ***:*** Les **pathologies respiratoires** représentent les principaux motifs de prises en charge : 9,7 pour 1 000 enfants de 0-14 ans en 2019 (8,5 en 2012, +1,2 point, et *28,5 sur l'ensemble des affiliés*). Elles sont suivies des **maladies neurologiques ou dégénératives** : 2,7 pour 1 000 (2,8 en 2012, -0,1 point, et *5,9 sur l'ensemble des affiliés*) et des **maladies cardio-neurovasculaires** : 1,5 pour 1 000 (1,4 en 2012, +0,1 point, et *24,6 sur l'ensemble des affiliés*) (*Figure 266*).

Les « autres types de prises en charge » ont un taux de 22,9 pour 1 000 enfants de 0-14 ans en 2019 (*184,8 sur l'ensemble des affiliés)*, et ont augmenté de près de +6 points par rapport à 2012. Elles ont notamment progressé de 2013 à 2016 (29,7 pour 1 000) puis ont diminué jusqu'en 2019.

Figure 266 : Taux de prises en charge des différentes pathologies pour 1 000 enfants de 0-14 ans assurés à Mayotte de 2012 à 2019



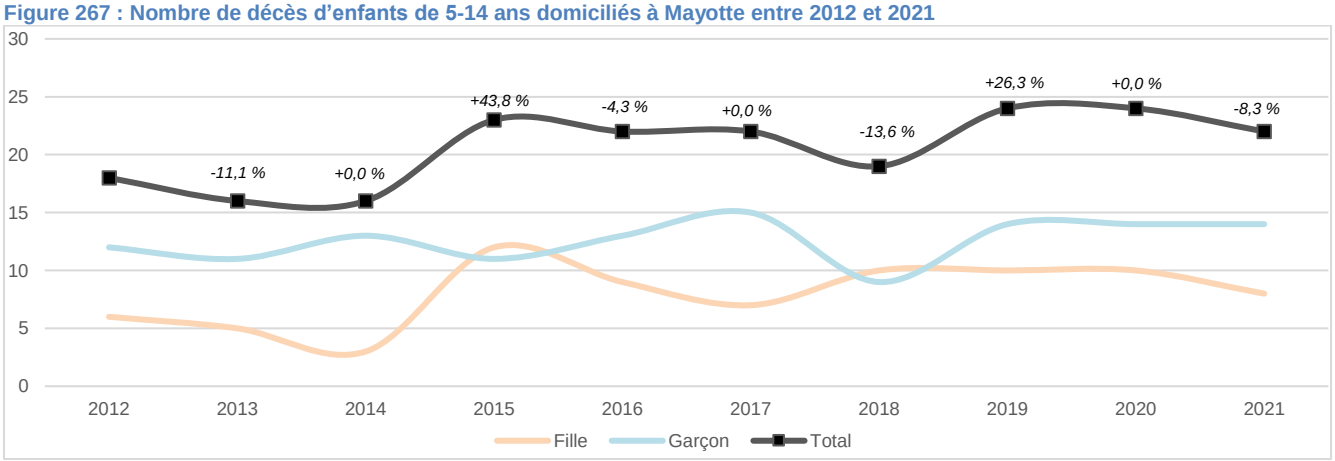
Champ : Enfants de 0-14 ans
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

i) Principales causes de décès

Sur la période de 2015 à 2017, en moyenne **22 décès/an** d'enfant de 5-14 ans ont été observés en moyenne par année, soit **3 %** des décès sur cette période (0,1 % en Métropole). **Environ un quart concerne une « cause externe de blessure et d'empoisonnement »** (*7 % sur l'ensemble des classes d'âge*).
A noter que chez les 5-14 ans, la part de décès classés « Symptômes et états morbides mal définis » est de **15 %** (*24 % sur l'ensemble des classes d'âge)*.

[309] 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 d'une maladie grave, 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. Ex. : maladie de Paget, les ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère.
Les **ALD 32** ou ALD « polypathologies » 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. Ex. : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels.

Figure 267 : Nombre de décès d'enfants de 5-14 ans domiciliés à Mayotte entre 2012 et 2021



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 : Enfants de 5-14 ans domiciliés à Mayotte et décédés
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 91 : Moyenne par an et part de décès de 5-14 ans domiciliés à Mayotte par cause sur la période de 2015 à 2017

	Mayotte		Métropole	
Cause détaillée	**Nombre**	**Part (%)**	**Nombre**	**Part (%)**
Maladies infectieuses et parasitaires	0	0	12	1,9
Tumeurs	2	10	177	**28**
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1	5	14	2
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	0	0	29	5
Troubles mentaux et du comportement	0	0	2	0,3
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3	**14**	52	8
Maladie de l'appareil circulatoire	3	**14**	33	5
Maladies de l'appareil respiratoire	1	5	23	4
Maladies de l'appareil digestif	0	0	8	1,3
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	1	0,2
Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	0	0	4	0,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	0	1	0,2
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0	0	0	0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	10	41	7
Symptômes et états morbides mal définis	4	**19**	60	**10**
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	5	**24**	169	**27**
Maladies de l'œil et de ses annexes	0	0	0	0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0	0	0	0
Toutes causes confondues	**21**	**100**	**626**	**100**

Champ : Enfants de 5-14 ans domiciliés à Mayotte et décédés, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

3 – 15 à 24 ans

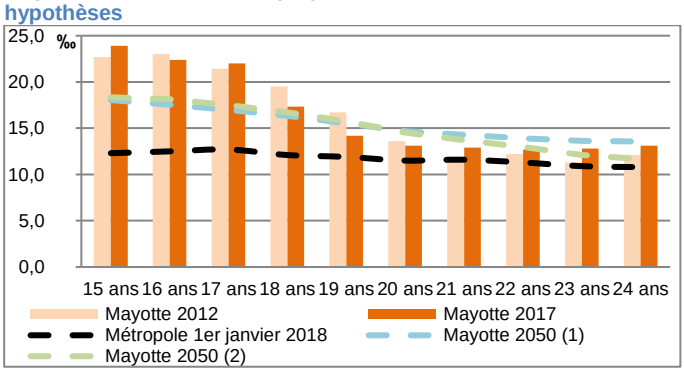
Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.

a) Caractéristiques

► ***Part :*** Les 15-24 ans représentaient **16 % de la population** en 2017 [5] (également en 2012 [2], *la moitié de la population a moins de 18 ans*), soit 42 167 jeunes de cette classe d'âge présents sur le territoire.
Au 1er janvier 2023, on peut estimer que le volume de 15-24 ans serait compris entre **50 960 et 53 740 jeunes** (50 965 selon les estimations actualisées de l'Insee [3]).

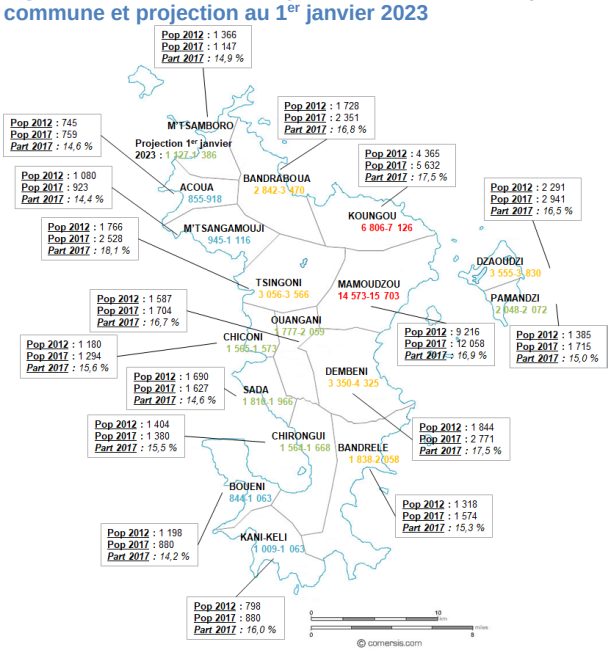
A horizon 2050, et quel que soit les hypothèses de projection sélectionnées, **la part d'enfants de 15-24 ans** resterait proche de celle de 2017 : **15 %** de la population [4] (*Figure 268*).

Figure 268 : Pyramide des âges des 15 à 24 ans de Mayotte de 2012, 2017 et projection 2050 selon deux hypothèses



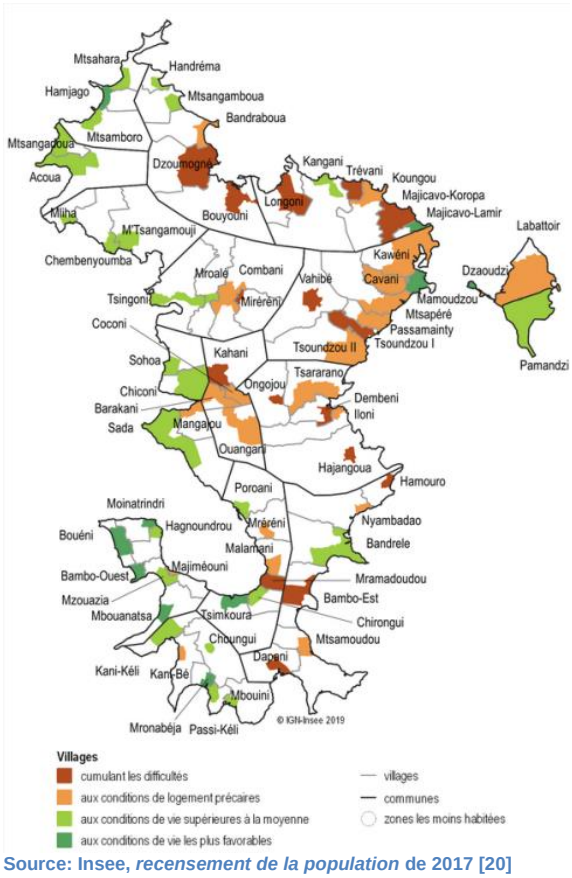
Note : (1) désigne la projection 2050 sous l'hypothèse d'un solde migratoire nul et (2) sous celle d'un déficit migratoire.
Champ : Habitants de 5 à 14 ans Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [5], *projection de population* [4]

Figure 269 : Nombre de jeunes de 15-24 ans par commune et projection au 1er janvier 2023



Note de lecture : 16,9 % de la population de Mamoudzou avaient entre 15 et 24 ans en 2017.
Méthode : La borne inférieure est calculée depuis la répartition des classes d'âge de 2017 par commune appliquée à l'estimation fournie au 1er janvier 2022 de la population totale. La borne supérieure est calculée après application du taux d'accroissement par commune de 2017 puis de la répartition des classes d'âge en 2017 par commune.
Source: Insee, *recensements de la population de 2012 et 2017*
Exploitation: ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 270 : Classification des villages de Mayotte en 2017



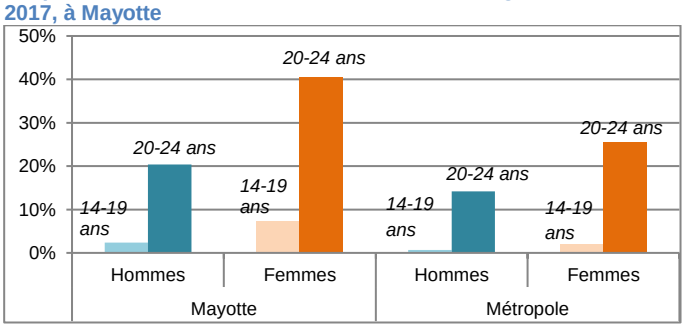
Source: Insee, *recensement de la population* de 2017 [20]

► ***Lieu de naissance et titre de séjour :*** En 2016, **La moitié des habitants de 18-24 ans est native de Mayotte** (*45 % chez les 18-79 ans*) [8]. Un peu plus du tiers (35 %, *30 %)* d'Anjouan et un sur dix (12 %, *12 %*) de Grandes Comores ou de Mohéli [8].
Chez les étrangers de 18-24 ans non natifs de Mayotte, **74 % se trouvent en situation administrative irrégulière** (*la moitié chez les 18-79 ans*) [8].

► ***Structure familiale :***
En 2017, **un jeune sur trois de 15-17 ans vit dans une famille monoparentale** (*un quart des enfants ne vivent qu'avec leur mère*) [34], soit trois points de plus qu'en 2012 [2]. Tandis qu'en Métropole, un enfant sur quatre est concerné [34].

Sur la tranche d'âge des 14-19 ans, **2 % des hommes se déclarent en couple** et **7 % chez les femmes** [35]. Dès 20-24 ans, les parts augmentent fortement avec **20 % d'hommes et 40 % de femmes** (*la moitié des 14 ans ou plus vivent en couple*) [35] (*Figure 271*).

Figure 271 : Part des personnes de 14 à 24 ans en couple en fonction du sexe et de la classe d'âge en 2017, à Mayotte



Source : Insee, *Recensement de la population de 2017* [35]

► ***Scolarisation et diplôme :***
En 2017, **11 % des adolescents de 15 ans n'étaient pas encore scolarisés**, cette part **double** pour les 16 ans et augmente encore chez **les 17 ans** à **24 %** (*16 % chez les 2 à 18 ans*) [24] (*Tableau 92*).

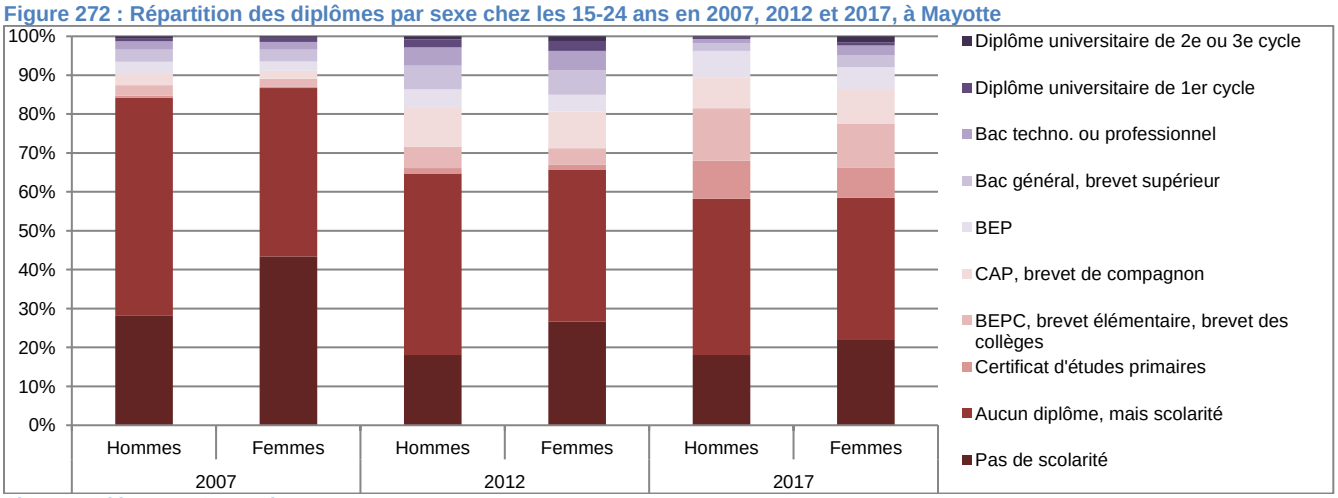
Tableau 92 : Part des enfants de 15-17 ans non scolarisés en 2012 et 2017 à Mayotte

	15	16	17
% de non scolarisés en 2012	9	15	25
% de non scolarisés en 2017	11	16	24

Lecture : Chez les jeunes de 15 ans, en 2017, 11 % ne sont pas scolarisés.
Champ : Enfants de 15-17 ans de Mayotte
Source : Insee, *recensements de la population de 2012 et 2017* [24]

En 2017, **22 % des femmes de 15-24 ans n'ont pas eu accès à la scolarisation**, ce taux **diminue de moitié** par rapport à 2007 (43 %) [24]. Chez les **hommes**, un effet similaire est observé mais beaucoup plus nuancé : **18 % en 2017** contre 28 % en 2007, **-10 points** [24].
Jeunes femmes et jeunes hommes sont alors **42 % à disposer d'un diplôme en 2017 contre 13-16 % en 2007** [24]. Si on constatait une hausse des jeunes disposant d'un **diplôme supérieur au bac** entre 2012 et 2007 (3-4 % contre 1,3-1,5 %), **2017 se démarque par une situation moins avantageuse** avec 0,7 % des hommes de 15-24 ans et 2 % des femmes du même âge dans cette situation [24]. C'est en réalité pour l'**obtention d'un BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges que la situation s'est fortement améliorée**, les jeunes sont alors 11-14 % à en avoir obtenu un en 2017 contre 2-3 % en 2007 [24] *(Figure 272)*.

Figure 272 : Répartition des diplômes par sexe chez les 15-24 ans en 2007, 2012 et 2017, à Mayotte



Champ : Habitants 15-24 ans de Mayotte
Source : Insee, *recensements de la population* [24]

► ***Compétences à l'écrit et à l'oral :*** En 2012, **deux femmes et hommes sur cinq de 16-19 ans sont en grande difficulté à l'écrit** (*respectivement 63 % et 53 % chez les 16-64 ans*) [25]. C'est chez les **20-29 ans** que l'on observe une différence importante : **60 % des femmes contre 52 % des hommes** [25].
En fonction du type de compétence et chez les individus qui sont ou ont été scolarisés, 48 % des 16-24 ans sont en grande difficulté lorsqu'il s'agit d'exercices de calcul (*43 %*), 35 % pour la compréhension orale (*38 %*) et 44 % pour l'écrit (*42 %*) [25].

► ***Emploi :*** Au second trimestre **2021, 14 % des 15-29 ans sont en emploi** (*32 % chez les 15-64 ans*), soit un niveau équivalent à 2019 et 2017 [16]**.** En 2018 comme en 2003, **39 % des jeunes ne sont ni en emploi ni en formation**, soit trois fois plus qu'en Métropole (13 %) [23]. **63 %** des jeunes **nés à l'étranger** sont dans cette situation, contre **22 % des jeunes nés à Mayotte** et **11 % de ceux en Métropole** [23].

► ***Habitat :*** En 2013, **27 % des moins de 30 ans sont locataires de leur maison** (*24 % sur l'ensemble des ménages*) contre 69 % en Métropole hors Île-de-France [38]. Il sont alors **29 %** à être **logé gratuitement** (*18* %) [38]. A contrario, **10 %** se déclarent **propriétaires** de leur logement et du terrain qui lui est associé et **33 %** uniquement du logement (*respectivement 35 % et 21 %*) [38].
79 % des moins de 30 ans vivent dans un ménage surpeuplé (*40 %*) et **55 %** (*42 %*) veulent (dont 33 % pour cette situation, *23 %*) ou sont contraints de **quitter leur logement** (dont 22 %, *19 %*) [38].

► ***Migration :*** En 2016, chez les natifs de Mayotte de 18-24 ans et y résidant, 45 % ont fait un court séjour hors de Mayotte de moins de 6 mois (*50 % chez les 18-79 ans*), 8 % pour un long séjour en Métropole (*18 %*), 9 % à La Réunion (5 %, *8 %*) ou ailleurs (4 %, *3 %*) [8].
Seulement un tiers reste sur le territoire (37 % de natifs sédentaires, *21 % chez les 18-79 ans*) [8].

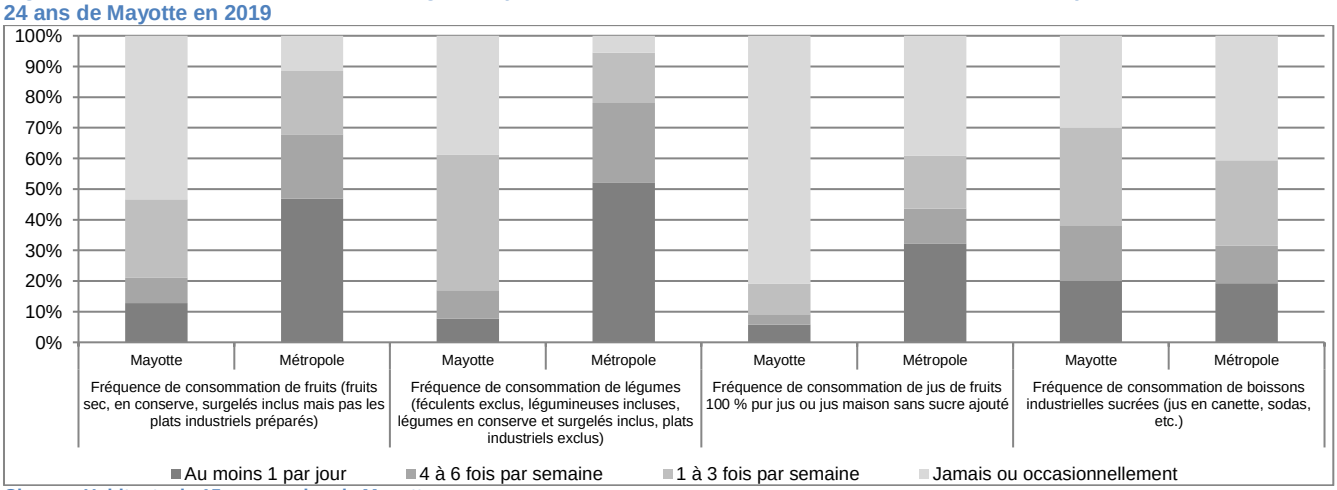
► ***Aides :*** **17 % des femmes** de 18-24 déclarent apporter une aide financière à un proche, **19 % chez les hommes** (*34 % chez les 18-79 ans*) [8]. Inversement, elles sont 24 % à recevoir ce type d'aide et 23 % chez les hommes [8].
Au sujet des aides non financières, **53 % des femmes déclarent en apporter une**, **49 % chez les hommes** (*deux sur cinq chez les 18-79 ans*) [8]. 30 % des femmes de 18-24 ans en reçoivent une, 21 % pour les hommes [8].

► ***Mortalité :*** En 2019, le taux de décès est de **0,3 pour 1 000 jeunes** (*2,9 sur la population total*, et 0,4 en 2016 [72]) de **5 à 19 ans**. Chez les **filles**, il est de **0,8 pour 1 000** (0,2 en 2016 [72]) et de 0,3 pour 1 000 chez les garçons (0,5 en 2016 [72]). Comparé à la **Métropole**, **le taux global est trois fois supérieur**.
Chez les 20-39 ans, **le taux est multiplié par 4** : 1,4 pour 1 000 hommes (1,5 en 2016 [72]) et 1,0 pour 1 000 femmes (0,5 en 2016 [72]), et est **deux fois supérieur à la Métropole**.

b) Nutrition-Santé

► ***Nutrition :*** En 2019, seulement **1,8 % des jeunes de 15-24 ans à Mayotte déclare respecter les recommandations françaises** en termes de consommation de **fruits et de légumes**[310] (*3 % chez les 15 ans ou plus*), contre 13 % en Métropole [44].
Ils sont alors 15 % à consommer 1 à 4 portion(s) (51 % en Métropole, *18 %*) et **83 % aucune** (36 % en Métropole, *79 %*) [44] (*Figure 273*).

Figure 273 : Consommations de fruits, légumes, jus de fruits et boissons industrielles sucrées chez les jeunes de 15-24 ans de Mayotte en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[310] Au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour.

► ***Indice de masse corporelle :*** En 2019, **8 % des hommes** de 18-29 ans sont en situation d'**obésité**, **25 % chez les femmes** du même âge (*respectivement 14 % et 39 % chez les 15-69 ans*) [113]. En comparant avec celles de 15-29 ans en 2006, il semble que ce taux ait augmenté nettement : 21 % chez les 15-24 ans en 2021 [63], 25 % chez les 18-29 ans en 2019 [113] contre 15 % chez les 15-29 ans en 2006 [111].

Concernant **l'obésité de grade 3**, 0,7 % des hommes sont concernés en 2021, et les **femmes trois fois plus** [63] (*Tableau 93*).

Tableau 93 : Indices de masse corporelle des 15-29 ans de Mayotte en 2006 (chez les femmes), 2019 et 2021

		2006 (15-29 ans) [111]	2019 (18-29 ans) [113]		2021 (18-24 ans) [63]	
		Fem.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.
IMC moyen (kg/m²)		24				
Corpulence (%)	Maigreur	8	11	8	9	13
	Normale	55	39	62	45	63
	Surpoids	22	26	23	25	15
	Obésité…	15	25	8	21	9
	… dont Grade 1	14			13	5
	… dont Grade 2	3			5	3
	… dont Grade 3	0,8			2	0,7

Champ : Habitants de 15-29 ans de Mayotte
Source : InVS, *enquête Nutrimay de 2006* [111], SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [113], ARS Mayotte-CNRS, *enquête MayCov de 2021* [63]

► ***Activité physique et sédentarité :*** **68 %** des 15-24 ans **ne pratiquent pas ou peu d'activité physique**[311] (*36 % chez les 15 ans ou plus*), contre 56 % en Métropole [44]. Parmi les autres, 29 % en pratique à un effort modéré (*27 %*, et 34 % en Métropole) et **4 % important** (*9 %*, et 11 % en Métropole) [44].
A Mayotte, les 15-24 ans passent alors **en moyenne 371 minutes par jour assis ou allongés sans dormir** (*364 minutes chez les 15 ans ou plus*, et 404 en Métropole), pour un **taux d'excès de comportement sédentaire de 39 %** (*37 %*, 51 % et en Métropole) [44].

6 % des 15-24 ans de Mayotte sont en conformité avec les recommandations de l'OMS relatives à l'activité physique[312] (*3 % chez les 15 ans ou plus*), contre 20 % en Métropole [44]. Plus particulièrement, **77 %** des jeunes déclarent une activité liée à de la « **marche** » au moins 1 jour par semaine (*70 %*) contre 87 % en Métropole, **9 %** pour la pratique du **vélo** sur cette fréquence (*5 %*) contre 18 % en Métropole, **38 %** pour une **activité sportive**[313] (*21 %*) contre 66 % en Métropole, **11 %** pour du **renforcement musculaire** (*7 %*), contre 41 % en Métropole [44].

c) Addictions

► ***Consommation de tabac***[314] ***:*** En 2019, **16 % des 15-24 ans se déclarent fumeur quotidien** (9 % pour cette fréquence uniquement, *11 % chez les 15 ans ou plus*) **ou occasionnel** (7 % pour cette fréquence uniquement, *5 %*) [44]. Ce qui reste **inférieur de 10 points** à la Métropole : 26 %, dont 17 % quotidiennement [44].
Ils sont **1,4 % des fumeurs à déclarer la consommation de plus de 20 cigarettes par jour** (*1,8 % chez les 15 ans ou plus*), contre 2 % en Métropole[315] [44].

Parmi les non-fumeurs ou occasionnels, **5 % se déclarent anciens fumeurs quotidiens pendant un an au moins** (*6 % chez les 15 ans ou plus*), nettement plus faible qu'en Métropole : 31 % [44]. Les jeunes de Mayotte concernés sont alors 91 % à déclarer une **ancienne consommation importante** pendant un à cinq an(s) (contre 79 % en Métropole), et à l'extrême opposé, **aucun pendant dix ans ou plus** (contre 1,5 % en Métropole) [44].

► ***Consommation d'alcool***[316] ***:*** En 2019, **5 %** des jeunes **hommes** de **15-17 ans**[317] et **25 %** de ceux de **18-29 ans** déclarent avoir **consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois** (*24 % chez les*

[311] Intensité de l'activité physique dans son activité principale (qu'elle soit liée au travail ou non). L'activité principale regroupe les choses à faire au quotidien, qu'elles soient rémunérées ou non : l'activité professionnelle, l'entretien de la maison, s'occuper de la famille, étudier ou se former, etc. [44].
[312] Au moins 150 minutes de sport par semaine et renforcement musculaire deux fois par semaine [44].
[313] Excluant l'activité physique pour se déplacer [44].
[314] Concernant le vapotage : 0,8 % des 15-24 ans déclare vapoter quotidiennement (*1,5 % chez les 15 ans ou plus*, et 2 % en Métropole), 4 % occasionnellement (*3 %*, et 6 % en Métropole), et 5 % être ancien vapoteur (*4 %*, et 14 % en Métropole) [44].
[315] Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour reste similaire entre Mayotte et la Métropole : 10,1 contre 10, et *12 chez les 15 ans ou plus* [44].
[316] Selon les enquêtes ponctuelles recensées par l'ORS OI/Mayotte : en 2003, 10 % des 13-26 ans buvaient de l'alcool (un tiers chez les 20-26 ans), sept fois plus chez les garçons (22 % contre 3 %) et principalement de la bière [105]. Si ces consommations restaient occasionnelles (festivités), les cas ponctuelles avaient une fréquence importante [105]. En 2005, la moyenne d'âge d'expérimentation de l'alcool était de 15 ans, 67 % avaient alors expérimenté l'ivresse [105].
[317] Ils ont alors 11 % à déclarer une expérimentation de l'alcool à un moment de leur vie (*42 % chez les hommes de 18 ans ou plus*), 4 % chez les filles (*12 %*) [106].

hommes de 18-69 ans) [106]. Chez les **femmes**, ces consommations sont nettement plus faibles : respectivement **2 % et 6 %** (*5 %*) [106].

► ***Consommation de bangué***[318] ***:*** En 2019, **2 %** des jeunes **hommes** de **15-17 ans** déclarent avoir **déjà consommé du bangué**, soit **deux fois plus** que les jeunes **femmes** (1 %) [106]. Cet écart s'agrandit encore plus chez les **18-29 ans**, où les **hommes sont 5 %** (*3 % de ceux de 18-69 ans*) **et les femmes 1 %** (*0 % à 1 % de celles de 18-69 ans*)[319] [106].

► ***Consommation de chimique***[320] ***:*** En 2019, **1 %** des jeunes **hommes** de **15-17 ans** déclarent avoir **déjà consommé de la chimique**, **cinq fois plus** que les jeunes **femmes** (0,2 %) [106]. Cet écart s'agrandit chez les **18-29 ans**, où les **hommes sont 4 %** (*1 à 4 % de ceux de 18-69 ans*) alors que pour **les femmes peu ou prou sont retrouvées** (*moins de 0,2 % de celles de 18-69 ans*)[321] [106].

d) Santé mentale

Que ce soit chez les 15-19 ans ou les 20-24 ans en 2019, les syndromes dépressifs les plus souvent cités sont les mêmes : **troubles de l'appétit** (respectivement 26 % et 23 %, *18 % chez les 15 ans ou plus*) et **troubles du sommeil** (25 % et 22 %, *22 % chez les 15 ans ou plus*) [44] (*Tableau 94*).

Plus généralement, **49 % des 15-24 ans sont en situation d'EDM** (*41 %*) contre 39 % des jeunes Métropolitains [44]. Parmi les jeunes de Mayotte, **14 % sont classés en EDM modéré** (*10 %*) contre 8 % en Métropole, **4 % modérément grave** (*3 %*) contre 2 %, et **1,1 % en grave** (*1 %)* contre 0,7 % en Métropole [44].

Tableau 94 : Prévalence des syndromes de la dépression (la moitié des jours pendant les 15 derniers) chez les 15 à 24 ans en 2019 à Mayotte

%	Troubles du sommeil	Fatigue et manque d'énergie	Troubles de l'appétit	Tristesse	Manque d'intérêt	Mauvaise estime de soi	Problèmes de concentration	Envie de se faire du mal	Lenteur ou agitation
15 à 19 ans	25	23	26	16	18	17	15	6	9
20 à 24 ans	22	18	23	23	15	21	12	6	12

Note : Chez les 15-19 ans de Mayotte, 25 % déclarent des troubles du sommeil.
Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2019, **3 %** des 15-24 ans déclarent avoir **consulté** un professionnel de la Santé mentale[322] **dans l'année** (*2 % chez les 15 ans ou plus*), soit deux fois moins qu'en Métropole : 7 % [44].
Ils sont alors **7 % à avoir renoncé à un besoin en Santé mentale** (*12 % chez les 15 ans ou plus*), taux similaire à la Métropole (8 %) [44].

e) Santé sexuelle

► ***Fécondité :*** En 2016, **le taux de fécondité chez les femmes de 20 ans est de 0,44 enfants** (*5,2 chez les 15-49 ans*) [8].
Il augmente par la suite à **0,5** et se **stabilise** pour les femmes de **21 à 25 ans** [8].
Chez les **natives de Mayotte** et de 22 à 24 ans, **le taux diminue presque de moitié** (autour de 0,3) [8] (*Tableau 95*).

[318] Cannabis.
[319] Selon les enquêtes ponctuelles recensées par l'ORS OI/Mayotte : en 2005, la consommation de bangué concernait deux jeunes lycéens sur trois, principalement des hommes [105]. Parmi eux, les trois quarts déclarent continuer à en consommer [105]. L'âge moyen d'expérimentation était de 15 ans [105]. En 2015, 96 % des jeunes de 10-22 ans déclarent avoir été exposés à au moins un produit psychoactif (licite ou illicite) sans distinction entre les sexes, le bangué concernant un jeune sur deux [105].
[320] Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [108]. Selon le rapport de l'OFDT, un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [108]. 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 [108]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [108].
[321] Selon les enquêtes ponctuelles recensées par l'ORS OI/Mayotte : en 2005, la consommation de bangué concernait deux jeunes lycéens sur trois, principalement des hommes [105]. Parmi eux, les trois quarts déclarent continuer à en consommer [105]. L'âge moyen d'expérimentation était de 15 ans [105]. En 2015, 96 % des jeunes de 10-22 ans déclarent avoir été exposés à au moins un produit psychoactif (licite ou illicite) sans distinction entre les sexes, le bangué concernant un jeune sur deux [105].
[322] Psychologue, psychothérapeute ou psychiatre.

Tableau 95 : Nombre moyen d'enfants eu en fonction des générations chez les 20-24 ans en 2016, à Mayotte

Age	Année de naissance de la femme (génération)	Avant 20 ans – Ensemble des femmes	Avant 20 ans – Femmes nées à Mayotte
24	**1990**	0,52	0,30
23	**1991**	0,51	0,26
22	**1992**	0,51	0,29
21	**1993**	0,50	
20	**1994**	0,44	

Champ : Personnes de 18 à 79 ans résidant à Mayotte
Source: Ined-Insee, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [8]

► ***Grossesses et recours à l'IVG :***

Chez les jeunes de 15-24 ans, **13 % des « grossesses, accouchement et puerpéralité » concernent une mineure de 15-17 ans** (*Tableau 96*).

Tableau 96 : Répartition du nombre de séjours au CHM pour "Grossesses, accouchement et puerpéralité" entre 2019 et 2021

Age	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Part (%)	2	4	7	9	11	12	13	13	14	15

Champ : Jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu recours au CHM pour motif « Grossesses, accouchement et puerpéralité »
Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation: ARS Mayotte, Service Etudes et Statistiques – automate E.L.L.O.R.A.

En 2013, **2 996 filles** de 15-24 ans sont venues au CHM pour « **grossesses, accouchements et puerpéralité** »[323]. Ce nombre a augmenté jusqu'en 2016 (4 113) pour rebaisser à 3 820 séjours en 2021.
En moyenne, 3 892 cas séjours sont observés par année sur les trois dernières, soit **33 %** de l'ensemble des classes d'âge (*Tableau 97*).

Tableau 97 : Nombre de grossesses chez les filles de 15-24 ans et ayant recours au CHM de 2013 à 2021

Venu au CHM pour motifs :	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
« Grossesses, accouchements et puerpéralité »	2 996	3 062	3 880	4 113	4 351	4 136	3 921	3 936	3 820

Champ : Jeunes femmes de 15-24 ans
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte, Service Etudes et Statistiques – automate E.L.L.O.R.A.

En 2018, le **taux de mères mineurs** est de **5 % chez les 15-17 ans** contre 2 % en Métropole [73].
Sur l'ensemble des 1 683 IVG relevés en 2018, la part des **15-17 ans était de 9 %** et celle des **18-24 ans de 33 %** [73].

► ***Contraception :*** En 2016, **66 %** des 18-24 ans **ont recours à la contraception** (*56 % chez les 18-44 ans*), sans distinction en fonction du lieu de naissance [37].
Le motif principal en justifiant la non-utilisation est la **faible fréquence des rapports sexuels** (70 %*, 45 % chez les 18-44 ans*) suivie d'une volonté propre à **ne pas vouloir en utiliser un** (11 %*, 20 % chez les 18-44 ans*) et enfin le désir d'un enfant (10 %*, 18 % chez les 18-44 ans*) (*Tableau 98*).

Tableau 98 : Motifs cités (%) pour lesquelles les femmes de 18-24 ans de Mayotte ne prennent pas de contraceptif en 2016

Peu/pas de relations sexuelles	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	Coût cher	Autre
70	11	10	1	0	2	0	0	0

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. La somme ne fait pas 100 %.
Champ : Femmes de 18-24 ans n'ayant pas recours à un contraceptif
Source : ARS Mayotte-Ined, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [37]

Le contraceptif le plus prisé pour cette classe d'âge demeure la **pilule** (52 %, *64 % chez les 18-44 ans*) suivie de **l'implant** (40 %, *27 % chez les 18-44 ans*) et du **préservatif masculin** (7 %, *4 %*) [37].

7 % des femmes de 18-24 ans ont recours à une méthode à fort taux d'échec (*6 %*) [37] (*Tableau 99*).

[323] Cette nomenclature se décline au travers de huit principales catégories : 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 liées à la grossesse - Autre pathologie maternelle principalement liées 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 classés ailleurs.

Tableau 99 : Contraceptifs utilisés et cités (%) par les femmes de 18-24 ans de Mayotte en 2016

	Pilule	52
	Implant	40
	Stérilet/DIU	5
	Préservatif masculin	7
	Injection	0
Méthode à fort taux d'échec	**Retrait**	5
	Analyse du cycle	0
	Abstinence périodique	1
	Méthodes naturelles	0
	Diaphragme, cape cervicale	0,8
	Au moins une des méthodes citées	7

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. La somme ne fait pas 100 %.
Champ : Femmes de 18-24 ans ayant recours à un contraceptif
Source : ARS Mayotte-Ined, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [37]

► ***Perception de la parentalité :***
En 2016, Les 18-24 ans déclarent un intérêt à faire beaucoup d'enfants principalement motivé par **le soutien dans la vieillesse** (55 %, *59 % chez les 18-44 ans*), **l'aide dans le travail** (42 %, *40 %*) et la **solidarité des grandes familles** (35 %, *39 %*) [37] (*Tableau 100*).

Tableau 100 : Motifs cités (%) par les habitants de 18-24 ans comme avantages « à avoir beaucoup d'enfants » en 2016 à Mayotte

Soutien dans la vieillesse	55
Aide dans le travail	42
Solidarité des grandes familles	35
Aucun	18
Fierté, affirmation de soi	25
Obligations religieuses/sociales	7
Allocations familiales	6
Epanouissement, affection	0,8
Autre	0,5

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. La somme ne fait pas 100 %.
Champ : Habitants de 18-24 ans de Mayotte
Source : ARS Mayotte-Ined, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [37]

Concernant les désavantages, c'est **l'aspect financier** qui est cité le plus souvent (64 %, *70 % chez les 18-44 ans*), suivi de **l'inquiétude sur l'avenir** (52 %, *55 %*) et des **problèmes d'éducation et de discipline** (46 %, *55 %*) [37] (*Tableau 101*).

Tableau 101 : Motifs cités (%) par les habitants de 18-24 ans comme désavantages « à avoir beaucoup d'enfants » en 2016 à Mayotte

Coût/frais financier	64
Inquiétude sur l'avenir	52
Problèmes d'éducation et de discipline	46
Contraintes pour les parents	12
Aucun	9
Problème dans le couple	7
Autre	0

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. La somme ne fait pas 100 %.
Champ : Habitants de 18-24 ans de Mayotte
Source : ARS Mayotte-Ined, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [37]

► ***Prévalences :*** En 2019, **la prévalence de l'infection en cours par l'hépatite B** (VHB) est de **0,5 % chez les 15-17 ans** et de **2,6 % chez les 18-29 ans** (*3 % chez les 15-69 ans*) [59]. Respectivement, 5 % et 15 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*), 39 % et 37 % pour une immunisation par la vaccination (*28 %*) [59].
Les infections par l'**hépatite C** et **Delta** demeurent faibles sur le territoire et cette classe d'âge ne semble pas ou prou concernée (*respectivement 0,2 % et 0,7 % chez les 15-69 ans*) [59].
Concernant le **Chlamydia trachomatis**[324], **6 %** des 15-19 ans et **14 %** des 20-29 ans ont été infectés (*9 % chez les 15-69 ans*) [62]. Et pour le **Trichomonas vaginalis**[325], **1,2 %** chez les 15-19 ans et **9 %** chez les 20-29 ans l'ont été également (*8 %*) [62].

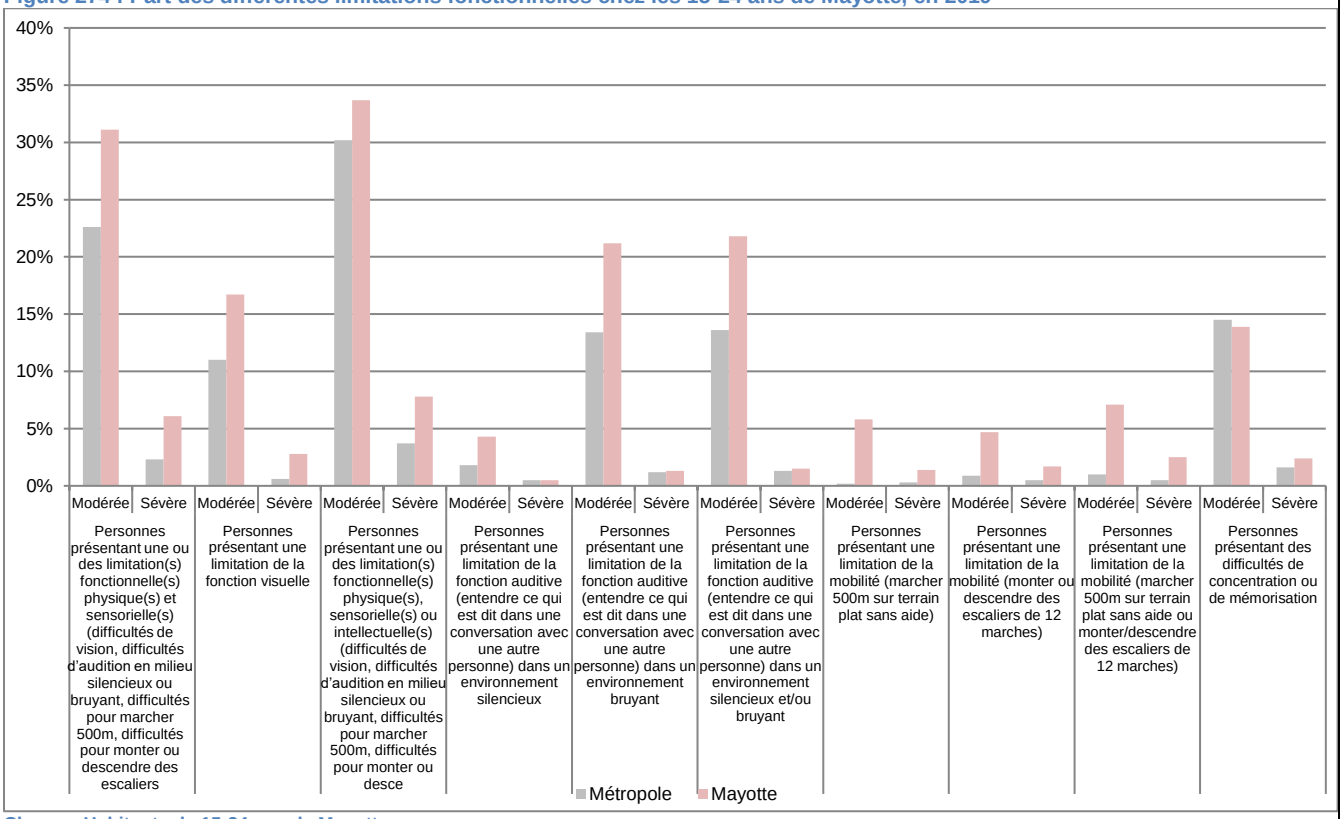
f) Handicap

De manière générale, **31 %** des jeunes de 15-24 ans à Mayotte déclarent une **limitation fonctionnelle physique et sensorielle** (*35 % chez les 15 ans ou plus*), dont **6 % comme sévère** (*12 %*) ; taux nettement supérieur à la Métropole : 25 % [44].

[324] L'infection à Chlamydia ne provoque aucun symptôme dans 60 à 70 % des cas, elle est dite, dans ce cas, « 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.
[325] 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, démangeaisons, au niveau de la vulve et du vagin ; des douleurs lors de la miction (action d'uriner).

A Mayotte, les jeunes sont **20 %** à être concerné par une **limitation de la fonction visuelle** (*26 %*), près de deux fois plus qu'en Métropole (12 %) ; et **23 %** par une **limitation de la fonction auditive** (*25 %*, 15 % en Métropole) [44].
10 % se disent présenter une **limitation de la mobilité** (*20 %*), contre 1,5 % en Métropole [44].
Enfin, quel que soit le territoire, **16 %** déclarent des **difficultés de concentration ou de mémorisation** (*24 %*) [44] (*Figure 274*).

Figure 274 : Part des différentes limitations fonctionnelles chez les 15-24 ans de Mayotte, en 2019

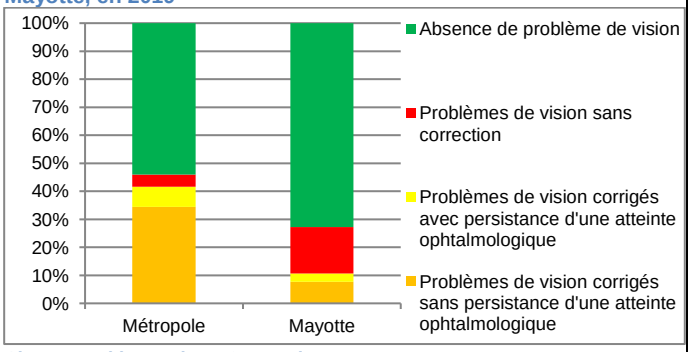


Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

27 % des jeunes de Mayotte présentent un problème de vision (*37 % chez les 15 ans ou plus*), c'est deux fois moins que leurs homologues Métropolitains (46 %) [44].

Parmi eux, **17 % n'ont pas bénéficié d'une correction visuelle** et **3 %** en sont équipés sans que cela ne puisse régler la **persistance d'une atteinte ophtalmologique** [44] (*Figure 275*).

Figure 275 : Prévalence de pathologies ophtalmiques et d'utilisation d'aides visuelles chez les 15-24 ans de Mayotte, en 2019

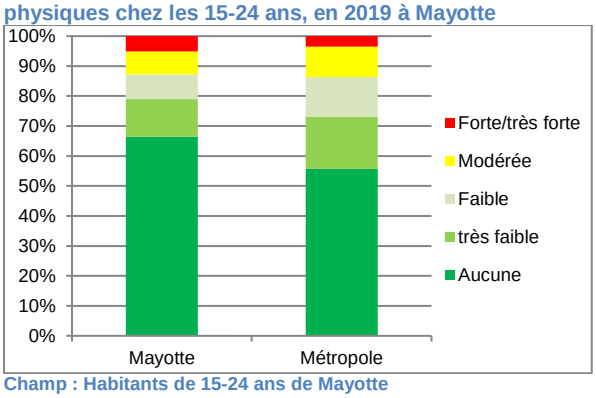


Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2019, **deux tiers des jeunes de 15-24 ans** à Mayotte déclarent **ne pas ressentir de douleur physique**, ce qui reste meilleur qu'en Métropole, +11 points [44]. Cependant, ils déclarent, **dans une fréquence équivalente**, **un niveau de sévérité fort voire très fort** : 5 % contre 4 % en Métropole [44] (*Figure 276*).

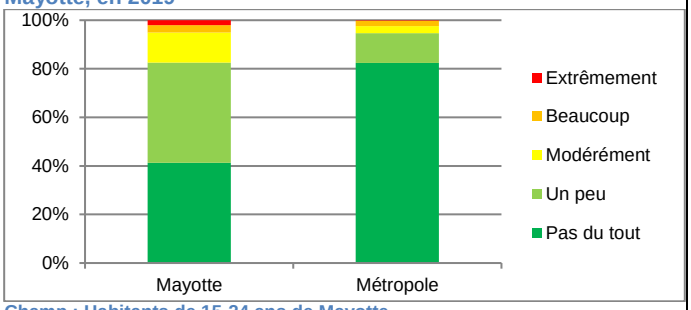
En termes d'intensité ressentie à l'issue de leurs douleurs physiques, les jeunes sont alors **plus fréquents** sur le territoire à déclarer une limitation de **niveau modéré**, **fort ou extrême** : 18 % contre 5 % [44] (*Figure 277*).

Figure 276 : Niveaux de sévérité des douleurs physiques chez les 15-24 ans, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 277 : Intensité, au cours du mois précédent, de la limitation issue des douleurs physiques dans la vie professionnelle et quotidienne chez les 15-24 ans de Mayotte, en 2019



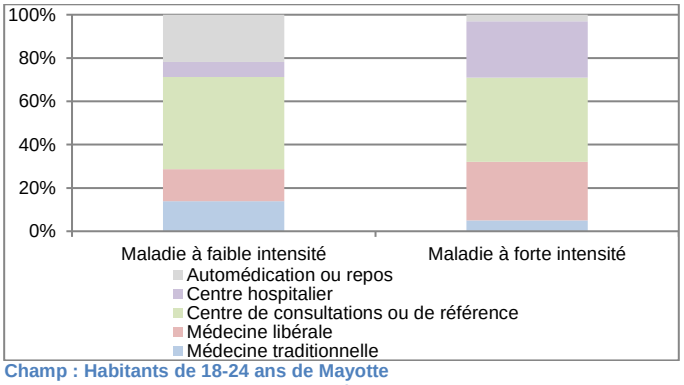
Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

g) Accès aux soins

► ***Recours aux différentes offres de soins :***
En 2016, pour une maladie d'intensité « **faible** », les 18-24 ans vont principalement déclarer aller aux **centres de consultations ou centres de référence** (43 %, *un sur trois chez les 18-79 ans*) puis avoir recours à **l'automédication/repos** (22 %, *17 %*) [45].

Pour une maladie plus « **grave** », le recours aux **centres de consultations ou centres de référence** reste toujours le premier choix (39 %, *30-39 % chez les 18-79 ans*) mais c'est alors soit la **médecine libérale** (27 %, *40-45 %*) soit le **centre hospitalier de Mayotte** qui deviennent le second type de recours (26 %, *un sur cinq*) [45] (*Figure 278*).

Figure 278 : Type de recours aux soins chez les 18-24 ans de Mayotte en fonction de la gravité estimée de la maladie en 2016



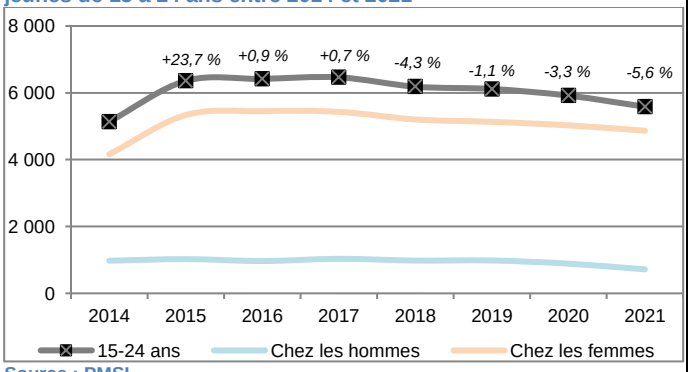
Champ : Habitants de 18-24 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [45]

► ***Recours aux centres de consultations et permanences de soins :***
Sur la période 2020 à 2022, les 15-24 ans représentent **13 %** des passages aux **centres de consultations** (61 % de femmes et 39 % d'hommes) (*45 % ont moins de 25 ans*) et **15 % aux permanences de soins** (sans distinction en fonction du sexe) (*56 % ont moins de 25 ans*), soient des volumes respectifs de **34 829** et **8 207 passages par an**.
En 2022, le taux de recours (déterminé par nombre de séjours de jeunes de 15-24 ans sur nombre de jeunes de 15-24 ans à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2023, cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu) aux centres de consultations est de 0,62 par jeunes (*0,81*) de cette classe d'âge, 0,18 aux permanences de soins (*0,20*).

► ***Recours au centre hospitalier :***
Sur la période de 2019 à 2021, en moyenne **5 873 séjours par an impliquant des 15-24 ans** ont eu lieu, soit **13 %** des séjours observés sur cette période (*la moitié a moins de 28 ans*).
Il s'agit **plus souvent de jeunes femmes** que de jeunes hommes (85 % et 15 %).
En 2021, le taux de recours au CHM est de 0,11 par jeune de cette classe d'âge (*0,15*).

En 2021, les 16-25 ans représentent **8 % des Evasan**, part stable sur la période 2019-2020. Sur cette année, le taux de recours est de 0,006 par jeune (*0,005*).

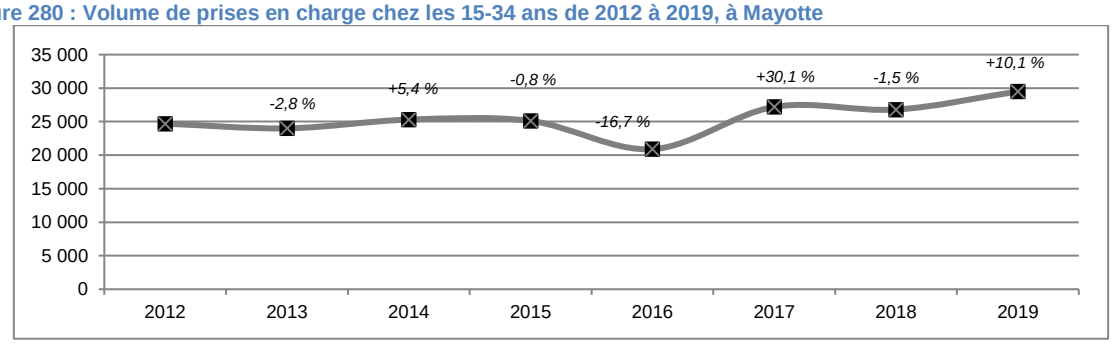
Figure 279 : Nombre de séjours au CHM pour les jeunes de 15 à 24 ans entre 2014 et 2021



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

► ***Recours à l'offre libérale :*** Sur la période 2017 à 2019, les 15-34 ans représentent **26 %** des prises en charge attribuées, soit un **volume moyen de 27 833** par an[326] (*60 % ont moins de 35 ans*) (*Figure 280*).

Figure 280 : Volume de prises en charge chez les 15-34 ans de 2012 à 2019, à Mayotte



Champ : Habitants de 15-34 ans
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Recours à la médecine traditionnelle***[327] ***:*** En 2016, **Quel que soit l'estimation perçue de la maladie**, **5 % des 18-24 ans** déclarent avoir recours à la médecine traditionnelle en première intention (*3 % chez les 18 ans ou plus*) [53].
Lorsque cette dernière est jugée de **faible intensité**, ils sont alors **13 %** (*15-17 %*) [53]. Pour une estimation plus **grave**, la part diminue à **5 %** (*3-4 %*) [53].

► ***Taux de consultations :*** En 2019, **8 %** des 15-24 ans déclarent avoir réalisé **une hospitalisation complète au moins une fois dans l'année**[328] (*9 % chez les 15 ans ou plus*), contre 6 % en Métropole [44].
Ils déclarent alors une moyenne de 7,1 nuits et 1,9 jour en hospitalisation (*respectivement 9,3 et 3,5 chez les 15 ans ou plus*), soit un **nombre de nuitées deux fois supérieur** à leurs homologues métropolitains : 3,8, et de **journées proches** : 1,5 [44].
15 % des 15-24 ans **n'ont jamais eu recours à un médecin généraliste** (*11 % chez les 15 ans ou plus*), représentant une **part bien supérieure** à celle des Métropolitains : 0,2 %. Les jeunes de Mayotte sont alors **51 % à déclarer en avoir consulté un il y a moins d'un an**[329] (*60 % chez les 15*

[326] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.
[327] 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 "fundi" (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" (medium d'esprit) qui soignent selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux djinns.
[328] 6 % pour une hospitalisation de jour *(7 % chez les 15 ans ou plus)*, contre 19 % en Métropole [44].
[329] Pour la consultation d'un médecin spécialiste : 66 % des 15-24 ans n'y ont jamais recours, 16 % il y a moins d'un an (*respectivement 55 % et 20 % chez les 15 ans ou plus*), contre 27 % et 36 % chez les jeunes Métropolitains [44]. 1,4 % déclarent au moins deux consultations dans les 4 dernières semaines (*1,2 % chez les 15 ans ou plus*), contre 4 % en Métropole [44].

ans ou plus), contre 81 % en Métropole [44]. En termes de nombre de consultations dans les quatre dernières semaines : **1,4 % en déclare trois ou plus** (*1,8 % chez les 15 ans ou plus*), similaire à la Métropole : 1,3 % [44].

52 % des 15-24 ans déclarent n'être **jamais allés chez le dentiste ou l'orthodontiste**, et 22 % il y a moins d'un an (*respectivement 46 % et 22 % chez les 15 ans ou plus*) [44]. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux de Métropole, ne concernant que 1,8 % des individus de cette classe d'âge n'ayant jamais eu recours à cette offre de soins et 62 % pour moins d'un an [44].

1,7 % des jeunes déclare avoir **consulté un professionnel de la rééducation dans l'année**[330] (*6 % chez les 15 ans ou plus*), fortement inférieur à ceux de Métropole : 24 % [44]. Enfin, concernant l'utilisation des **services de soins ou d'aide à domicile** en raison d'un problème de santé dans l'année : **1,2 %** est concerné à Mayotte (*3 % chez les 15 ans ou plus*), 3 % en Métropole [44].

► ***Dépistages :***
Chez les 15-24 ans, la part de **femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie pour le dépistage du cancer du sein** est **proche** avec celle de la Métropole : 98 % (*87 % chez les femmes de 15 ans ou plus*) contre 96 % [44]. Contrairement au **dépistage du cancer du col de l'utérus** (*59 % chez les femmes de 15 ans ou plus*), qui est **supérieur de +13 points** à la Métropole [44].

Aussi bien chez les hommes que les femmes, les **dépistages**, **non réalisés**, du **cancer colorectal** et celui de la **coloscopie** sont **proches** de la Métropole : respectivement 99 % et 99,6 % à Mayotte (*94 % et 97 % chez les 15 ans ou plus*) contre 98 % en Métropole pour les deux [44].

Concernant la mesure de la **pression artérielle**, **16 %** des jeunes de Mayotte n'ont **jamais réalisé** ce dépistage (*8 % chez les 15 ans ou plus*), soit **deux fois plus** qu'en Métropole : 7 % [44].

Constat similaire et dans des proportions bien plus importantes pour la mesure des **anomalies lipidiques** : 74 % (*50 % chez les 15 ans ou plus*) contre 52 % en Métropole (+22 points), et 66 % (*39 %*) contre 44 % pour la mesure de la **glycémie** (+22 points) [44] (*Tableau 102*).

Tableau 102 : Durées écoulées des différents principaux dépistages chez les 15-24 ans de Mayotte en 2019

		Moins d'un an	Seuil 1 *	Seuil 2 *	Seuil 3 *	Jamais
Mammographie pour le dépistage du cancer du sein parmi les femmes	Mayotte	0,5 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %	98 %
	Métropole	1 %	1,6 %	0,7 %	1 %	96 %
Dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes	Mayotte	7 %	4 %	0,5 %	0,3 %	88 %
	Métropole	13 %	9 %	3 %	1 %	75 %
Dépistage du cancer colorectal	Mayotte	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	99 %
	Métropole	0,9 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %	98 %
Coloscopie	Mayotte	0,3 %	0,2 %	0 %	0 %	99,6 %
	Métropole	0,6 %	0,9 %	0,3 %	0,2 %	98 %
Pression artérielle	Mayotte	48 %	29 %	3 %	3 %	16 %
	Métropole	65 %	24 %	3 %	2 %	7 %
Anomalies lipidiques	Mayotte	10 %	13 %	1,6 %	0,9 %	74 %
	Métropole	22 %	19 %	4 %	3 %	52 %
Glycémie	Mayotte	15 %	16 %	1,7 %	2 %	66 %
	Métropole	26 %	20 %	5 %	5 %	44 %

Note : * en fonction du type de dépistage, les seuils présentés varient. Concernant la mammographie, le dépistage du cancer du col de l'utérus et celui du cancer colorectal, le seuil 1 correspondant à une durée comprise entre un et deux an(s), le seuil 2 entre deux et trois ans et le seuil 3 à trois ans ou plus. Concernant la coloscopie, respectivement un à cinq an(s), cinq à dix ans et dix ans ou plus. Pour la pression artérielle, les anomalies lipidiques et la glycémie, respectivement un à trois an(s), trois à cinq ans et cinq ans ou plus.
Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Consommation médicamenteuses :*** **11 %** des jeunes de Mayotte déclarent avoir **consommé des médicaments prescrits par un médecin dans les deux dernières semaines** (*22 % chez les 15 ans ou plus*), **deux fois moins** qu'en Métropole : 25 % [44].
Ils sont alors **22 % à avoir renoncé à un besoin en médicaments prescrits** (*20 % chez les 15 ans ou plus*), taux nettement plus important qu'en Métropole (1,9 %) [44].

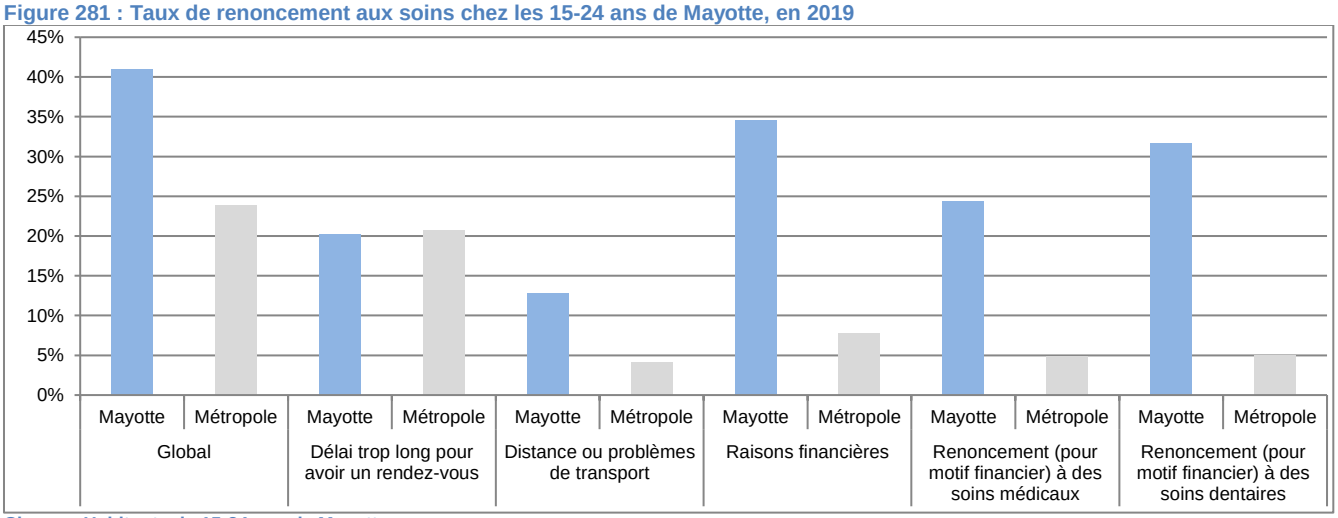
Concernant la consommation de médicaments **non prescrits**, 35 % sont concernés à Mayotte (*34 % chez les 15 ans ou plus*) contre 34 % en Métropole, soit **une part similaire** [44].

[330] Kinésithérapeute ou physiothérapeute.

► ***Renoncement aux soins :*** En 2019, **41 %** des jeunes de Mayotte déclarent avoir eu besoin de soins au cours des 12 derniers mois mais n'y ont pas eu recours[331] (*38 % chez les 15 ans ou plus*), près du **double de ceux de Métropole** : 24 % [44].

Pour cette classe d'âge, le principal motif de renoncement est la **raison financière** : 35 % (*31 % chez les 15 ans ou plus*[332]), **neuf fois plus souvent** citée que par les Métropolitains (4 %) [44] (*Figure 281*).

Figure 281 : Taux de renoncement aux soins chez les 15-24 ans de Mayotte, en 2019



Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Couverture maladie :*** En 2019, **52 %** des jeunes de 15-24 ans déclarent être **affiliés à la PUMa**[333] **sociale**, sans distinction en fonction du sexe (*63 % chez les 15 ans ou plus*) [44].
En 2016, ils étaient seulement **58 % des 18-24 ans à être couverts** (*73 % chez les 18-79*) dont la quasi-totalité des nationaux (natifs de Mayotte ou d'un autre département) alors que chez les étrangers le taux d'affiliation correspond à la situation administrative [41]. Ainsi, **25 % des habitants de nationalité étrangère et âgés de 18-24 ans sont affiliés à la sécurité sociale pour 26 % ayant un titre de séjour** [41].
Concernant l'adhésion à une **mutuelle**, **2 %** des 18-24 ans y souscrivent (*un sur dix chez les 18-79 ans*) [41].

► ***Prévention***[334] ***:*** En 2016, **85 %** des 18-24 ans déclaraient que les **messages de prévention dispensés par l'ARS sont clairs** (*87 % des 18 ans ou plus*). Parmi ces individus, **12 % disent ne pas les suivre** (*7 % chez les 18 ans ou plus*).

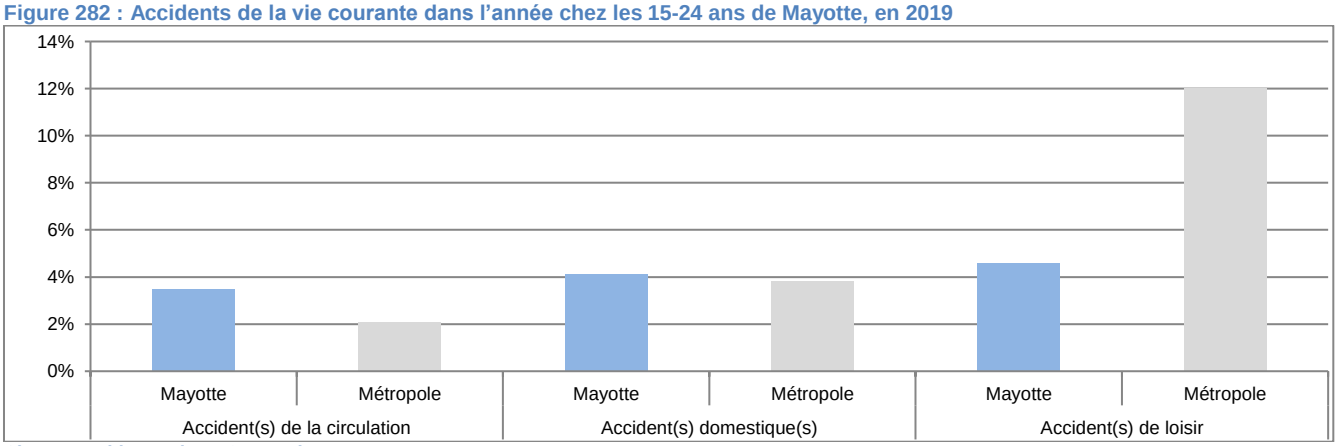
h) Accidents de la vie courante

En 2019, **4 %** des 15-24 ans à Mayotte déclarent avoir connu un **accident de la circulation dans l'année** (*3 % chez les 15 ans ou plus*), part **équivalente** à celle des jeunes de Métropole (3 %) [44].

Concernant le cumul entre **accident(s) domestique(s) et/ou de loisir**, ils sont **8 %** à être concernés (*7 % chez les 15 ans ou plus*), **deux fois plus faible** qu'en Métropole : 15 % [44] (*Figure 282*).

[331] En 2016 et chez les femmes de 18-24 ans, le taux de renoncement aux soins pour elles-mêmes, leur conjoint ou l'un de leur(s) enfant(s) est de 16 % (*12 % chez celles de 18-79 ans*) associé à un facteur de risque 1,6 fois plus élevé par rapport aux 45-59 ans [45]. Chez les hommes, 14 % (*11 %*) et 1,3 fois plus élevé [45]. Le premier motif de renoncement aux soins cité est l'aspect financier (52 %, *52 %*), suivi du renoncement délibéré (41 %, *33 %*) et la situation administrative de l'individu (8 %, *9 %*) [45].
[332] *Chez les 15 ans ou plus : 19 % pour un délai trop long, 12 % pour la distance ou problèmes de transport, 25 % pour des soins médicaux et dentaires* [44].
[333] Depuis 2016, la Sécurité sociale est devenue la PUMa.
[334] Lors de la période 2020-2021, le territoire a été touché par deux premières vagues de Covid-19 [56]. L'ARS de Mayotte, en lien avec la préfecture, s'est alors servie de cinq vecteurs de communication différents afin d'informer les habitants sur les gestes anti-Covid-19 à appliquer [56]. 81 % des jeunes de 15-24 ans ont déclaré, en 2021, avoir vu et appliqué les messages de prévention dispensés par la télévision (*81 % chez les 15 ans ou plus*), 56 % pour ceux par la radio (*62 %*), 73 % pour internet (*60 %*), 78 % pour les affiches (*72 %*) et 40 % pour les médiateurs en Santé (*45 %*) [56].

Figure 282 : Accidents de la vie courante dans l'année chez les 15-24 ans de Mayotte, en 2019



Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

i) Principales pathologies

► **Indicateurs de morbidité déclarés :**
En 2019, **5 % des 15-24 ans** se déclarent en **mauvaise** (4 %) voire **très mauvaises santé** (0,9 %) (*11 % chez les 15 ans ou plus*) [49]. **Les femmes trois fois plus souvent que les hommes** : 7 % contre 2 % [44]. En 2016 et pour les 18-24 ans, 20 % déclaraient leur santé comme « altérée[335] » (*30 % chez les 18-79 ans*), **principalement les hommes natifs de l'étranger** : 37 % contre 11 % pour les natifs de Mayotte, 17 % pour les femmes natives de Mayotte et 20 % pour celles de l'étranger [41].

Concernant les déclarations de **problèmes de santé chronique** ou durable, en 2019, **11 % des 15-24 ans déclarent être concernés**, 9 % chez les hommes et 13 % chez les femmes (*25 % chez les 15 ans ou plus*) [44]. En 2016, **les femmes** (5 % pour les natives de Mayotte et 7 % pour celles de l'étranger) sont bien **plus touchées que les hommes** (respectivement 2 % et 0,7 %) [41].
Parmi les individus de 18-24 ans se déclarant dans cette situation, **43 % n'auraient pas trouvé de réponse adaptée à leur(s) problème(s) de santé** à Mayotte [41].

Enfin, en 2019, **7 %** des jeunes déclarent des **limitations d'activité** depuis au moins 6 mois (*16 % chez les 15 ans ou plus*), dont **1,7 % fortement** (*5 %*) [44]. Les femmes deux fois plus que les hommes : 9 % contre 5 % [44]. En 2016, on observe **30 % chez les hommes natifs de l'étranger** concernés, alors que ceux natifs de Mayotte sont 2 %. **Une tendance similaire est observée chez les femmes** mais nettement plus atténuée : 9 % pour les natives de l'étranger et 6 % pour celles de Mayotte [41].

► ***Motifs de séjour hospitalier :***
Sur la période 2019 à 2021, la **durée moyenne de séjour** des 15-24 ans est de **4,2 jours** (*5,1 sur l'ensemble des classes d'âge*).

Chez les **femmes de 15-24 ans**, le premier motif de séjours hors « grossesses, accouchements et puerpéralités » (79 %, *43 % chez les femmes en général*, contre 24 % en Métropole), « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (11 %, *38 %*, contre 18 % en Métropole) et « Codes d'utilisation particulière » (0,11 %, *0,019 %*, 0,3 % en Métropole) est lié aux « **maladies de l'appareil génito-urinaire** » (16 %, *8 %*, contre 8 % en Métropole).
Suivies des « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (14 %, *10 %*, contre 5 % en Métropole) puis des « **maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire** » (11 %, *5 %*, contre 1,2 % en Métropole) (*Tableau 103*).

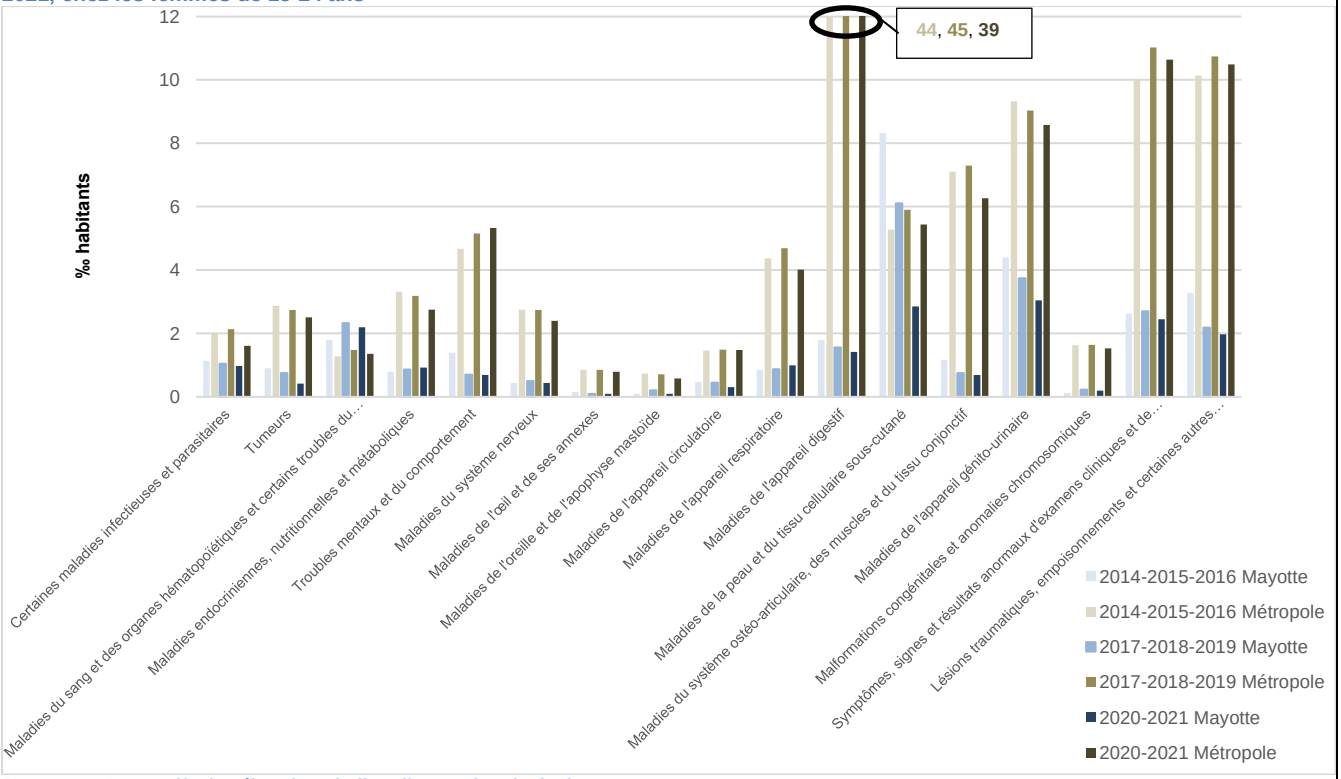
[335] C'est-à-dire, estimer sa santé soit très mauvaise, mauvaise ou « moyenne » [41].

Tableau 103 : Motifs de consultation au CHM chez les femmes de 15-24 ans entre 2017 et 2021

CIM10	Mayotte						Métropole
	Taux de Variation*** 2017-2019 (%)	Taux de variation*** 2019-2021 (%)	Effectif 2021	Durée moyenne de séjour 2019-2021 (En jours)	Répartition 2019-2020-2021	Répartition sans * et **	Répartition 2019-2020-2021
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	+11,4	-19,7	20	5,8	0,4	4	1,5
Maladies de l'appareil respiratoire	+14,6	+15,5	28	3,4	0,6	5,6	3,7
Maladies de l'appareil digestif	-8,7	-4,4	32	5,2	0,7	6,4	37,3
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-13	-27,1	68	5,8	1,4	13,5	4,9
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	+5,7	-8,2	16	8,1	0,3	3,2	5,8
Maladies de l'appareil génito-urinaire	-5,1	-5,1	81	2,4	1,7	16,1	8
Grossesse, accouchement et puerpéralité *	-5,1	-1,3	3 820	4,1	78,5		
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	+6,9	-20,9	5	2,9	0,1	1	1,5
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	+20,6	-3,8	74	2,7	1,5	14,7	9,9
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	+8,9	-5	46	6,9	0,9	9,1	10,1
Tumeurs	+2,7	-31,2	9	6,1	0,2	1,8	2,3
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé **	+14,1	-5,1	544	3,2	11,2		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	+13,3	-5,2	53	3,7	1,1	10,5	1,2
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	+4,7	-4,4	21	11,0	0,4	4,2	2,7
Troubles mentaux et du comportement	-10,6	+11,8	20	3,6	0,4	4	5,3
Maladies du système nerveux	-38,8	+41,4	12	5,9	0,2	2,4	2,1
Maladies de l'œil et de ses annexes	-29,3	+41,4	4	3,3	0,1	0,8	0,8
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	+32,3	-46,5	2	3,3	0	0,4	0,6
Maladies de l'appareil circulatoire	-3,9	-8,7	10	9,3	0,2	2	1,4
Total	**-2,8**	**-2,6**	**4 865**	**4,1**	**100**	**100**	**100**

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » (N = 2 en 2021, 14 en 2020 et 0 en 2019) n'est pas considérée dans ces analyses. *** Taux de variation annuel moyen.
Champ : Femmes de 15-24 ans
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte, Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 283 : Taux de recours brut[336] au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2021, chez les femmes de 15-24 ans



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

Chez les **hommes de 15-24 ans**, le premier motif de séjours hors « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (9 %, *38 % chez les hommes en général*, contre 23 % en Métropole) et « Codes d'utilisation particulière » (0,4 %, *0,018 %*, 0,3 % en Métropole) est lié aux « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (32 %, *14 %*, contre 21 % en Métropole).

[336] Ces indicateurs sont basés sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prennent pas en compte le recours multiple d'un même individu.

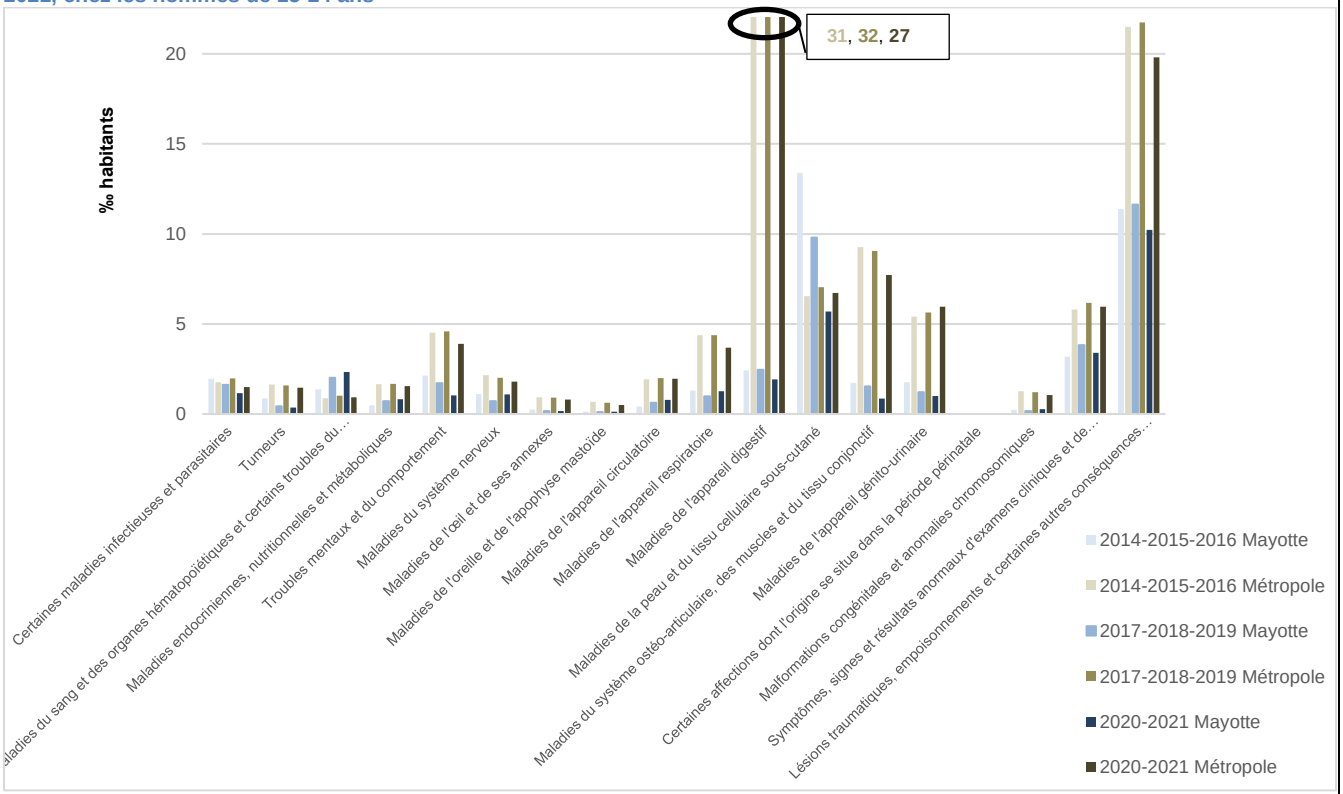
A l'instar des jeunes femmes, cette nomenclature est suivie des « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (19 %, *10 %*, contre 7 % en Métropole) et des « **Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire** » (9 %, *4 %*, contre 1 % en Métropole) (*Tableau 104*).

Tableau 104 : Motifs de consultation au CHM chez les hommes de 15-24 ans entre 2017 et 2021

CIM10	Mayotte						Métropole
	Taux de Variation** 2017-2019 (%)	Taux de variation** 2019-2021 (%)	Effectif 2021	Durée moyenne de séjour 2019-2021 (En jours)	Répartition 2019-2020-2021	Répartition sans *	Répartition 2019-2020-2021
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	+6,1	-13,9	20	12,1	2,8	3,1	1,6
Maladies de l'appareil respiratoire	-2,8	+30,6	29	4,1	4	4,4	3,9
Maladies de l'appareil digestif	+4,2	-8,2	43	5,0	6	6,6	29,9
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-14,1	-24,5	101	7,2	14,1	15,4	7,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-14,2	-40,2	10	10,0	1,4	1,5	8,2
Maladies de l'appareil génito-urinaire	+9,5	-1,7	29	6,3	4	4,4	6,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	-22,5	-18,4	2	3,9	0,3	0,3	1,2
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	+21,8	-18,6	61	2,0	8,5	9,3	6,3
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	+5	-8,9	206	4,8	28,7	31,5	21
Tumeurs	+41,4	-23,6	7	11,5	1	1,1	1,5
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé *	-19,1	-36,6	64	3,6	8,9		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	+34,2	+15,5	60	4,4	8,4	9,2	1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	+22,5	-2,8	17	8,4	2,4	2,6	1,6
Troubles mentaux et du comportement	+6,3	-13,8	26	1,8	3,6	4	4,1
Maladies du système nerveux	+21,1	-2,3	21	9,2	2,9	3,2	1,9
Maladies de l'œil et de ses annexes	-22,5	+0	3	4,1	0,4	0,5	0,9
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	+22,5	-100	0	11,0	0	0	0,5
Maladies de l'appareil circulatoire	+18,3	+6,9	16	8,3	2,2	2,4	2,2
Total	**-2,4**	**-14,6**	**715**	**5,4**	**100**	**100**	**100**

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » (N = 3 en 2021, 7 en 2020 et 0 en 2019) n'est pas considérée dans ces analyses. ** Taux de variation annuel moyen.
Champ : Hommes de 15-24 ans
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte, Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Figure 284 : Taux de recours brut[337] au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2021, chez les hommes de 15-24 ans

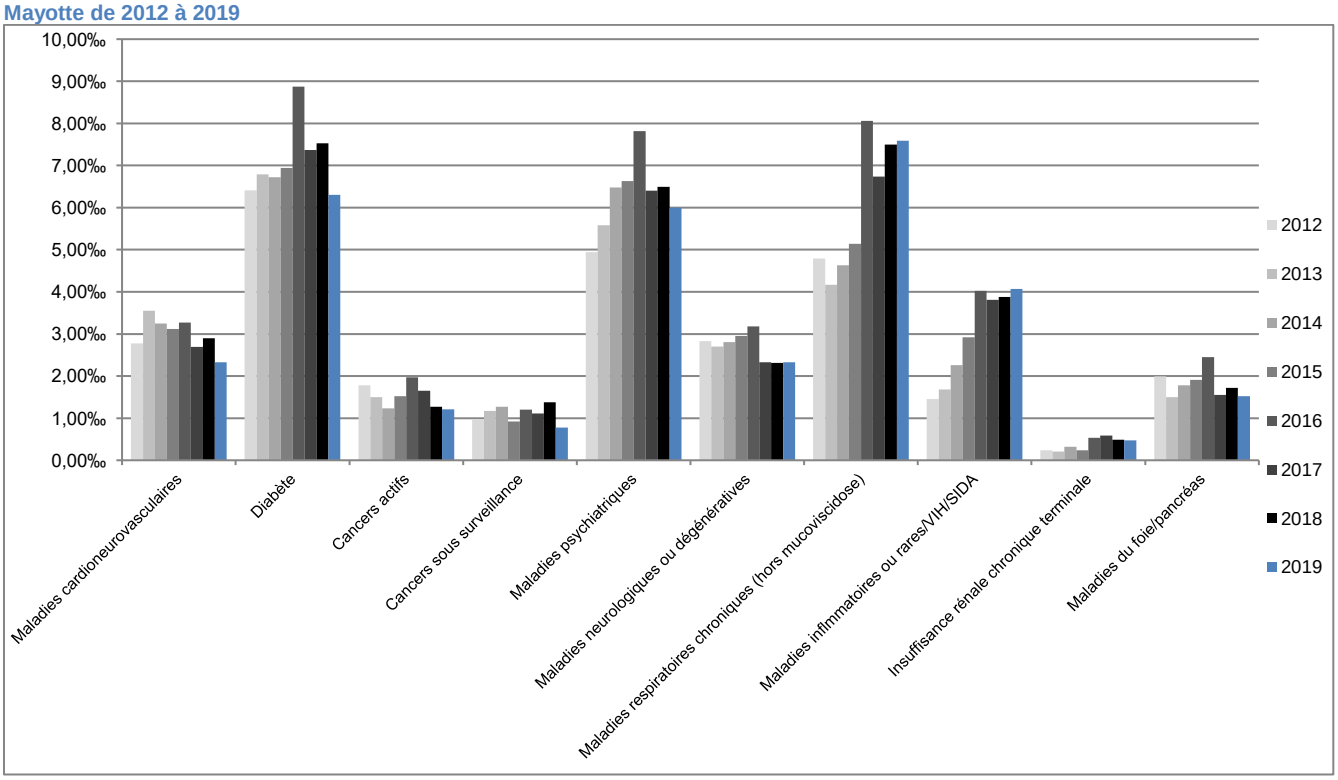


Source: PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

[337] Ces indicateurs sont basés sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prennent pas en compte le recours multiple d'un même individu.

►***Prises en charge :*** Les **maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)** représentent le principal motif de prises en charge : 7,6 pour 1 000 jeunes adultes de 15-34 ans en 2019 (4,8 en 2012, +2,9 points, et *28,5 sur l'ensemble des affiliés*), suivies du **diabète** : 6,3 (6,4 en 2012, -0,1 point, et *103,5 sur l'ensemble des affiliés*) et des **maladies psychiatriques** : 6,0 pour 1 000 (4,9 en 2012, +1,1 point, et *3,8 sur l'ensemble des affiliés*) (*Figure 285*).
Les « autres types de prises en charge » ont un taux de 208,9 pour 1 000 adultes de 15-34 ans en 2019 (*184,8 sur l'ensemble des affiliés)*, et ont augmenté de +20 points par rapport à 2012. Elles ont notamment progressé de 2013 à 2016 (249,8 pour 1 000) puis ont oscillé entre 210,9 et 223,0 jusqu'en 2019.

Figure 285 : Taux des prises en charge des différentes pathologies pour 1 000 jeunes adultes de 15-34 ans assurés à Mayotte de 2012 à 2019



Champ : Jeunes adultes de 15-34 ans
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

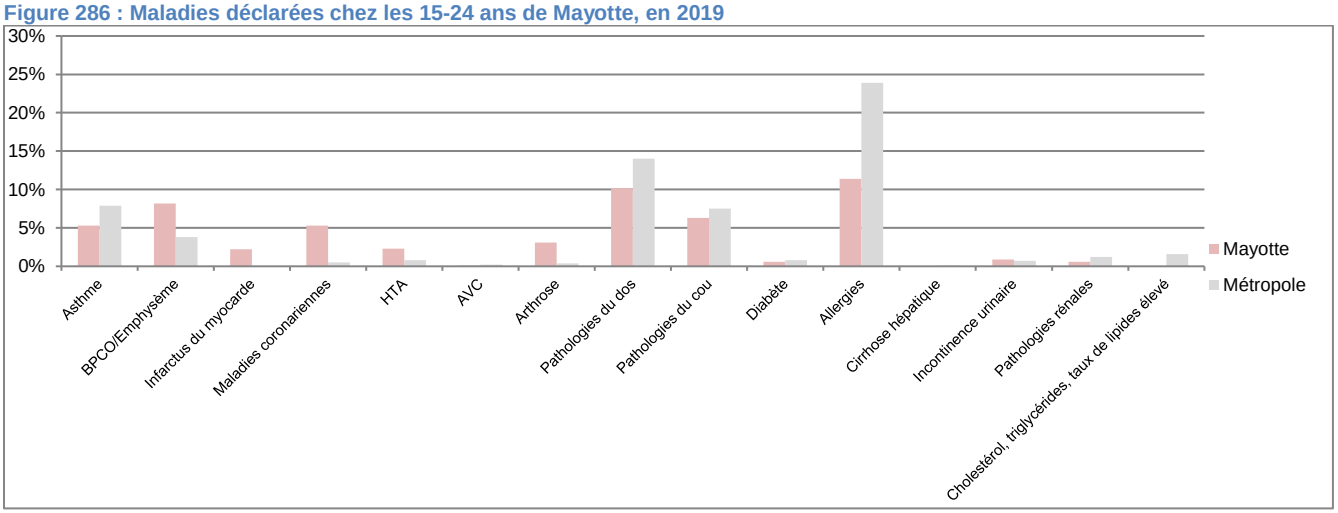
► ***Diabète :*** En 2019, la prévalence du **diabète connu** est de **0,8 %** chez les 18-29 ans (*7,3 % chez les 18-69 ans*), **0,3 %** pour le **non connu** (soit une prévalence globale de 1 %, *5 % chez les 18-69 ans pour une prévalence globale de 12 %*) et 5 % pour le prédiabète[338] [70].

► ***Hypertension artérielle :*** En 2019, la **prévalence** de l'HTA est de **19 %** chez les 18-29 ans (*38 % chez les 18-69 ans*). Parmi eux, 45 % ont connaissance de leur statut (*48 % chez les 18-69 ans*), 10 % suivent un traitement pharmacologique et 42 % sont contrôlés[339] [69].

► **Autres maladies déclarées**[340] **:** En 2019, les prévalences déclarées des différentes pathologies sont les plus importantes pour les **allergies**, 11 % (*11 % chez les 15 ans ou plus*) contre 24 % en Métropole, les **pathologies du dos**, 10 % (*22 %*) contre 14 % et les **BCPO/emphysème**, 8 % (*9 %*) contre 4 % [44] (*Figure 286*).

[338] Le prédiabète est constaté quand la glycémie d'une personne est plus élevée que la normale, mais pas assez pour un diagnostic de diabète de type 2. Le prédiabète est identique à l'intolérance au glucose (IG) ou à l'hyperglycémie modérée à jeun (HMJ). Certaines personnes atteintes de prédiabète pourraient avoir besoin de prendre des médicaments pour maîtriser leur glycémie.
[339] 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.
[340] *Concernant le référentiel Métropole pour les autres pathologies présentées : 5 % chez les 15 ans ou plus déclarent être atteints par l'asthme, 1,7 % pour l'infarctus du myocarde, 12 % pour l'HTA, 0,7 % pour l'AVC, 9 % pur l'arthrose, 9 % pour les pathologies du cou, 6 % pour le diabète, 0,3 % pour la cirrhose hépatique, 1,7 % pour l'incontinence urinaire, 1,2 % pour les pathologies rénales et 3 % pour le cholestérol, triglycérides, taux de lipides élevé dans le sang* [44].

Figure 286 : Maladies déclarées chez les 15-24 ans de Mayotte, en 2019

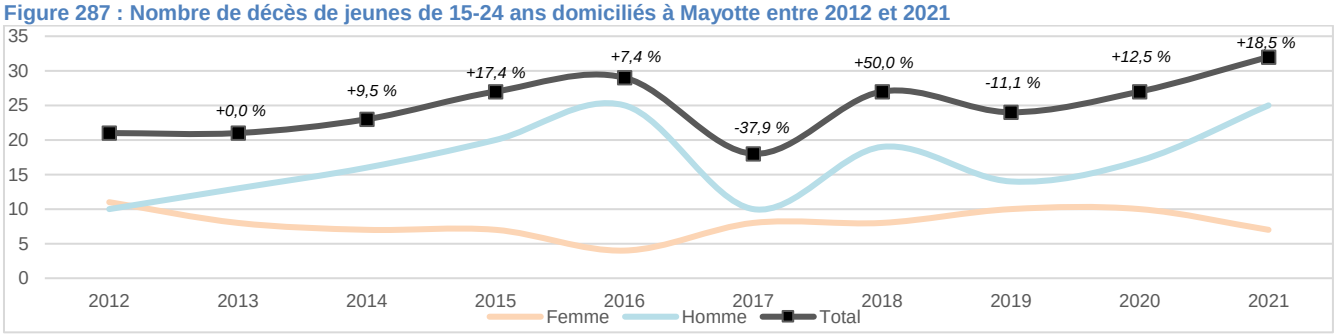


Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

j) Principales causes de décès

Sur la période de 2015 à 2017, en moyenne **24 décès** de jeunes de 15-24 ans ont été observés par année, soit **3 %** des décès sur cette période (0,4 % en métropole). Un sur cinq concerne une « **cause externe de blessure et d'empoisonnement** » (*7 % sur l'ensemble des classes d'âge*).
A noter que chez les 15-24 ans, la part de décès classés « Symptômes et états morbides mal définis » est de 33 % (*24 % sur l'ensemble des classes d'âge*).

Figure 287 : Nombre de décès de jeunes de 15-24 ans domiciliés à Mayotte entre 2012 et 2021



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 : Jeunes de 15-24 ans domiciliés à Mayotte et décédés
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 105 : Moyenne par an et part de décès de 15-24 ans domiciliés à Mayotte par cause sur la période de 2015 à 2017

	Mayotte		Métropole	
Cause détaillée	**Nombre**	**Part (%)**	**Nombre**	**Part (%)**
Maladies infectieuses et parasitaires	1	4	29	1,3
Tumeurs	2	9	269	12
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	16	0,7
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	1	4	1	0
Troubles mentaux et du comportement	0	0	20	0,9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3	13	111	5
Maladie de l'appareil circulatoire	1	4	89	4
Maladies de l'appareil respiratoire	0	0	35	1,5
Maladies de l'appareil digestif	1	4	19	0,8
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0	2	0,1
Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	0	0	7	0,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	0	2	0,1
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0	0	0	0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1	4	43	1,9
Symptômes et états morbides mal définis	8	35	322	14
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	5	22	1 335	58
Maladies de l'œil et de ses annexes	0	0	0	0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0	0	0	0
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0	3	0,1
Toutes causes confondues	**24**	**100**	**2 303**	**100**

Champ : Jeunes de 15-24 ans domiciliés à Mayotte et décédés, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

4 – 65 ans ou plus

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.

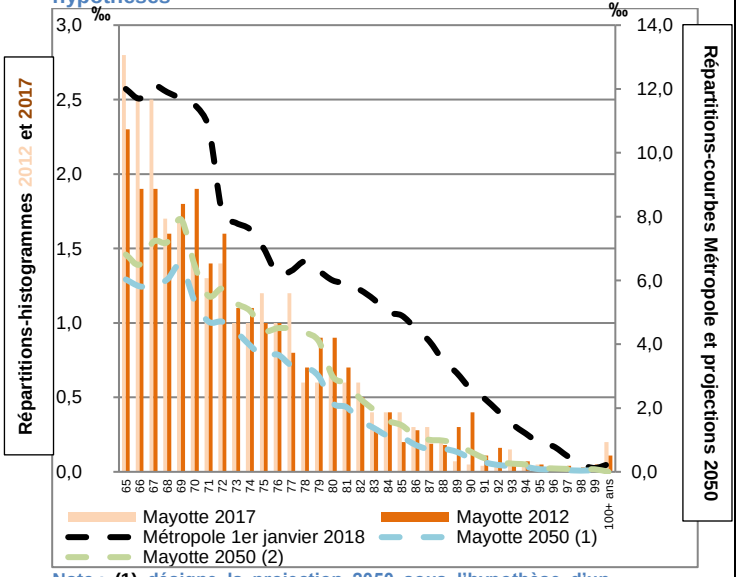
a) Caractéristiques

► ***Part :*** Les 65 ans ou plus représentaient **3 % de la population** en 2017 (dont **0,9 % de 75 ans ou plus**, *la moitié de la population a moins de 18 ans*) [5] ainsi qu'en 2012 [2], soit 6 859 personnes âgées de cette classe d'âge présentes sur le territoire.

Au 1er janvier 2023, on peut estimer que le volume de 65 ans serait compris entre **8 290 et 8 460** (5 457 pour les 65-74 ans et **2 782 pour les 75 ans ou plus** selon les estimations actualisées de l'Insee [3]).

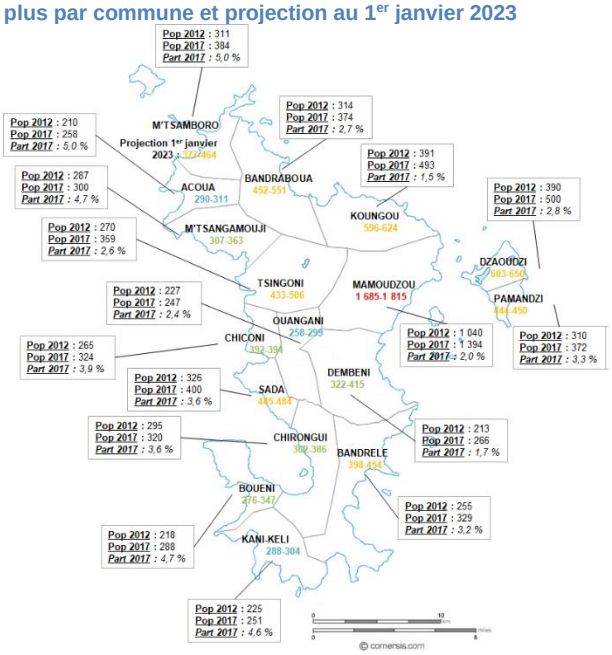
A horizon 2050, et en fonction des hypothèses de projection sélectionnées, **la part de personnes âgées de 65 ans ou plus** triplerait voire quadruplerait par rapport à celle de 2017 : **8 à 10 %** de la population, **dont 3 à 4 % de 75 ans ou plus** [4] (*Figure 288*).

Figure 288 : Pyramide des âges des 65 ans ou plus de Mayotte de 2012, 2017 et projection 2050 selon deux hypothèses



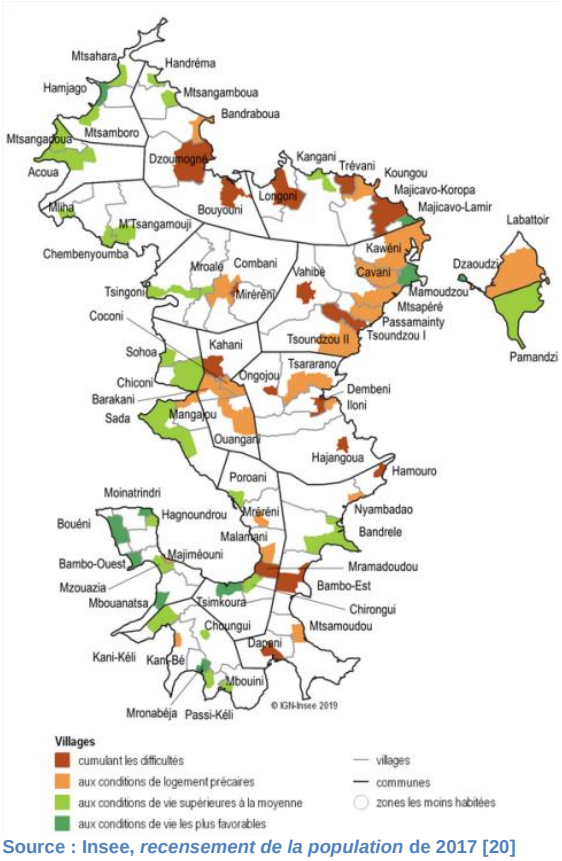
Note : (1) désigne la projection 2050 sous l'hypothèse d'un solde migratoire nul et (2) sous celle d'un déficit migratoire.
Champ : Habitants de 5 à 14 ans Mayotte
Source : Insee, *recensement de la population de 2017* [5], *projection de population* [4]

Figure 289 : Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus par commune et projection au 1er janvier 2023



Note de lecture : 2 % de la population de Mamoudzou avaient 65 ans ou plus en 2017.
Méthode : La borne inférieure est calculée depuis la répartition des classes d'âge de 2017 par commune appliquée à l'estimation fournie au 1er janvier 2022 de la population totale. La borne supérieure est calculée après application du taux d'accroissement par commune de 2017 puis de la répartition des classes d'âge en 2017 par commune.
Source : Insee, *recensements de la population* de 2012 et 2017
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

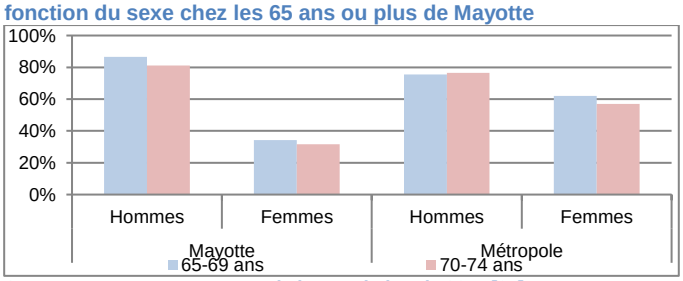
Figure 290 : Classification des villages de Mayotte en 2017



Source : Insee, *recensement de la population* de 2017 [20]

► ***Structure familiale :*** **chez les hommes de 65 ans ou plus**, la part d'individus déclarant être en couple est de **81 % à 87 %** en fonction de l'âge, et chez les **femmes**, elle est de **31 % à 34 %** (*la moitié des 14 ans ou plus vivent en couple*) [35] (*Figure 291*).

Figure 291 : Part des personnes en couple en 2017 en fonction du sexe chez les 65 ans ou plus de Mayotte



Source : Insee, *Recensement de la population de 2017* [35]

► ***Habitat :*** En 2013, **12 % des 65 ans ou plus sont locataires de leur maison** (*24 % sur l'ensemble des ménages*) contre 22 % en Métropole hors Île-de-France [38]. Il sont alors **30 %** à être **logé gratuitement** (*18 %*) [38]. A contrario, **59 %** se déclarent **propriétaires** de leur logement et du terrain qui lui est associé et **13 %** uniquement du logement (*respectivement 35 % et 21 %*) [38]. **41 % des moins de 30 ans vivent dans un ménage surpeuplé** (*40 %*) et **32 %** (*42 %*) veulent (dont 18 %, *23 %*) ou sont contraints de **quitter leur logement** (dont 14 %, *19 %*) [38].

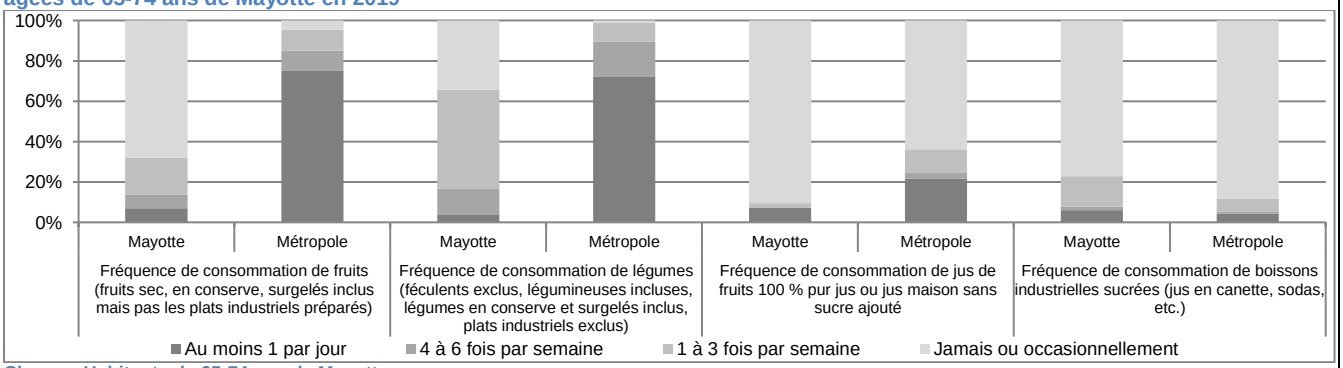
► ***Aides :*** Chez les 65-79 ans, 8 % des femmes apportent une aide financière à un proche, 9 % chez les hommes (*34 % chez les 18-79 ans*) [8]. A contrario, **la part de femmes recevant une aide est de 51 %** et **34 % chez les hommes** [8].
Au niveau des aides non financières, 38 % des femmes apportent une aide et 29 % chez les hommes (*deux sur cinq chez les 18-79 ans*) [8]. **79 % des femmes déclarent recevoir une aide non financière, 49 % chez les hommes** [8].

► ***Mortalité :*** En 2019, le **taux de décès des 60-74 ans** est de **20,1 pour 1 000 personnes âgées** de cette classe d'âge (*2,9 sur la population total*, 23,1 en 2016 [72]). **Taux similaire** pour les hommes et pour les femmes. Comparé à la métropole, **ce taux est deux fois supérieur**.
Chez les **75 ans ou plus ans**, **le taux est multiplié par quatre :** 88,6 chez les hommes (91,9 en 2016 [72]) et 82,5 chez les femmes (79,9 en 2016 [72]).
En Métropole, le taux global est de 67,6 décès pour 1 000 individus de 75 ans ou plus.

b) Nutrition-Santé

► ***Nutrition :*** En 2019, seulement **1,2 % des personnes âgées de 65-74 ans** (aucun chez les 75 ans ou plus) **à Mayotte déclare respecter les recommandations françaises** en termes de consommation de **fruits et de légumes**[341] (*3 % chez les 15 ans ou plus*), contre 26 % en Métropole (pour les deux classes d'âge) [44] (*Figures 292 & 293*).
Ils sont alors 8 % chez les 65-74 ans (*Figure 292*) et 17 % chez les 75 ans ou plus (*Figure 293*) à consommer une à quatre portion(s) de fruits et de légumes par jour (60 et 65 % en Métropole, *18 % chez les 15 ans ou plus*) et, respectivement, **91 % et 83 % aucune** (14 % et 9 % en Métropole, *79 %*) [44].

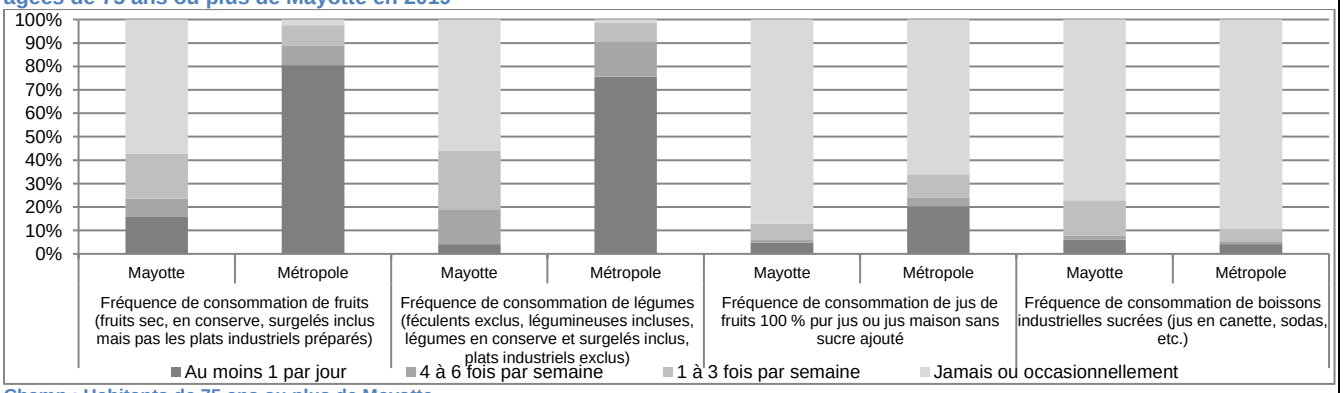
Figure 292 : Consommations de fruits, légumes, jus de fruits et boissons industrielles sucrées chez les personnes âgées de 65-74 ans de Mayotte en 2019



Champ : Habitants de 65-74 ans de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[341] Au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour.

Figure 293 : Consommations de fruits, légumes, jus de fruits et boissons industrielles sucrées chez les personnes âgées de 75 ans ou plus de Mayotte en 2019



Champ : Habitants de 75 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Activité physique et sédentarité :*** **85 %** des **65-74 ans** et **97 %** des **75 ans ou plus ne pratiquent pas ou peu d'activité physique**[342] (*36 % chez les 15 ans ou plus*), contre 34 % et 47 % en Métropole [44]. Parmi les autres, 12 % des 65-74 ans et 1,7 % des 75 ans ou plus en pratique à un effort modéré (*27 %*, 61 % et 49 % en Métropole), **4 % et 1,7 % à un effort important** (*9 %*, 6 % et 4 % en Métropole) [44].

A Mayotte, les 65 ans ou plus passent alors **en moyenne 518 à 632 minutes par jour assis ou allongés sans dormir** (*364 minutes chez les 15 ans ou plus*, et 282 à 338 en Métropole), pour un **taux d'excès de comportement sédentaire de 62 % chez les 65-74 ans** et **73 % chez les 75 ans ou plus** (*37 %*, 17 % et 27 % en Métropole) [44].

Aucun des 65 ans ou plus de Mayotte n'est en conformité avec les recommandations de l'OMS relatives à l'activité physique[343] (*3 % chez les 15 ans ou plus*), contre 6 % et 3 % en Métropole [44]. Plus particulièrement, **47 %** des personnes âgées de 65-74 ans et **24 %** des 75 ans ou plus déclarent une activité liée à de la « **marche** » au moins un jour par semaine (*70 %*), contre 86 % et 74 % en Métropole.
Respectivement **4 % et 1,8 %** pour la pratique du **vélo** sur cette fréquence (*5 %*), contre 13 % et 8 % en Métropole ; **5 % des 65-74 ans et aucun 75 ans ou plus** pour une **activité sportive**[344] (*21 %*), contre 38 % et 21 % en Métropole ; **et aucun des 65 ans ou plus** pour du **renforcement musculaire** (*7 % chez les 15 ans ou plus*), contre 15 % et 9 % en Métropole [44].

► ***Indice de masse corporelle :*** En 2021, **22 % des hommes** de 65 ans ou plus sont en situation d'**obésité**, **48 % chez les femmes** du même âge[345] (*respectivement 15 % et 41 % chez les 18 ans ou plus*) [63].
Concernant l'**insuffisance pondérale**, 1,2 % des femmes âgées est concernée et 2 % chez les hommes âgés (*respectivement 2 % et 5 % chez les 18 ans ou plus*) [63].

c) Addictions

► ***Consommation de tabac :*** En 2019, **5 % des 65-74 ans** et **1,7 % des 75 ans ou plus se déclarent fumeur**[346] **quotidien**[347] (9 %, *11 % chez les 15 ans ou plus*), ce qui reste deux fois **inférieur** à la Métropole : 9 % et 3 %[348] [44].

[342] Intensité de l'activité physique dans son activité principale (qu'elle soit liée au travail ou non) [44]. L'activité principale regroupe les choses à faire au quotidien, qu'elles soient rémunérées ou non : l'activité professionnelle, l'entretien de la maison, s'occuper de la famille, étudier ou se former, etc. [44].
[343] Au moins 150 minutes de sport par semaine et renforcement musculaire deux fois par semaine [44].
[344] Excluant l'activité physique pour se déplacer [44].
[345] Chez les femmes : 21 % pour l'obésité de classe 1, 17 % de classe 2 et 10 % de classe 3. Respectivement, chez les hommes : 15 %, 6 % et 0,5 % (*Chez les femmes de 18 ans ou plus, respectivement : 22 %, 12 % et 7 %. Chez les hommes de 18 ans ou plus, respectivement : 11 %, 4 % et 1,1 %*) [63].
[346] Concernant le vapotage : 0,8 % des 65 ans ou plus déclare vapoter quotidiennement (*1,5 % chez les 15 ans ou plus*, et 2 % en Métropole), part identique pour les occasionnellement (*3 %*, et 6 % en Métropole), et aucun n'est un ancien vapoteur (*4 %*, et 14 % en Métropole) [44].

Parmi les non-fumeurs, **6 % des 65-74 ans et 12 % des 75 ans ou plus se déclarent comme anciens fumeurs quotidiens pendant un an au moins** (*6 % chez les 15 ans ou plus*), nettement plus faible qu'en Métropole : 38 % et 26 % [44]. Les personnes âgées de Mayotte concernées sont alors 19 % à déclarer une **ancienne consommation importante** pendant un à cinq an(s) (contre 7 à 10 % en Métropole), et à l'extrême opposé, **19 % chez les 65-74 ans et la totalité des 75 ans ou plus pendant dix ans ou plus** (contre 81 à 85 % en Métropole) [44].

► ***Consommation d'alcool :*** En 2019, **19 %** des **hommes** de **50-69 ans**[349] déclarent avoir **consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois** (*24 % chez les hommes de 18-69 ans*) [106]. Chez les **femmes de cette classe d'âge**, cette consommation est nettement plus faible : **6 %** (*5 %*) [106].

► ***Consommation de bangué***[350] ***:*** En 2019, **1 %** des **hommes** de **50-69 ans** déclarent avoir **déjà consommé du bangué** (*3 % de ceux de 18-69 ans*), aucune chez les **femmes de cette classe d'âge** (*0 à 1 % de celles de 18-69 ans*) [106].

► ***Consommation de chimique***[351] ***:*** En 2019, **1 %** des **hommes** de **50-69 ans** déclarent avoir **déjà consommé de la chimique** (*1 à 4 % de ceux de 18-69 ans*), aucune chez les **femmes de cette classe d'âge** (*moins de 0,2 % de celles de 18-69 ans*) [106].

d) Santé mentale

► ***Santé mentale :*** Chez les 65 ans ou plus, le syndrome dépressif le plus souvent cité est celui lié à la **fatigue** et au **manque d'énergie** (33 %, *22 % chez les 15 ans ou plus*) suivi des **troubles du sommeil** (25 %, *22 % chez les 15 ans ou plus*) [44].
Concernant les autres mesures : les troubles de la tristesse ressortent pour 21 % (17 %, *chez les 15 ans ou plus*) des personnes âgées, 19 % pour le manque d'intérêt (*15 %*), 17 % pour les troubles de l'appétit (*18 %*), 13 % pour les problèmes de concentration (*11 %*), 13 % pour la lenteur ou l'agitation (*9 %*), 8 % pour la mauvaise estime de soi (*12 %*) et 5 % pour l'envie de se faire du mal (*5 %*) [44].

Plus généralement, **38 % des 65-74 ans et 53 % des 75 ans ou plus sont en situation d'EDM** (*41 % chez les 15 ans ou plus)* contre 29 % et 37 % des personnes âgées métropolitaines [44].
Parmi les individus de Mayotte, respectivement, **9 % et 14 % sont en EDM modéré** (*10 %)*, contre 6 % et 9 % en Métropole ; **1,1 % et 12 % modérément grave** (*3 %)*, contre 2 % et 3 % ; et **2 % et 6 % en grave** (*1 %)*, contre 1 % et 0,9 % en Métropole [44].

En 2019, **aucun des 65 ans ou plus** ne déclare avoir **consulté** un professionnel de la Santé mentale[352] **dans l'année** (*2 % chez les 15 ans ou plus*), alors qu'en Métropole, ils sont 2 à 4 % à y avoir réalisé au moins une consultation [44].
Toutefois, à Mayotte, **cette absence de recours à un professionnel de la Santé mentale est à corréler à l'absence de renoncement déclaré à ce type d'offre** (contre 3 % chez les 65 ans ou plus en Métropole, *12 % chez les 15 ans ou plus à Mayotte*) [44].

e) Handicap

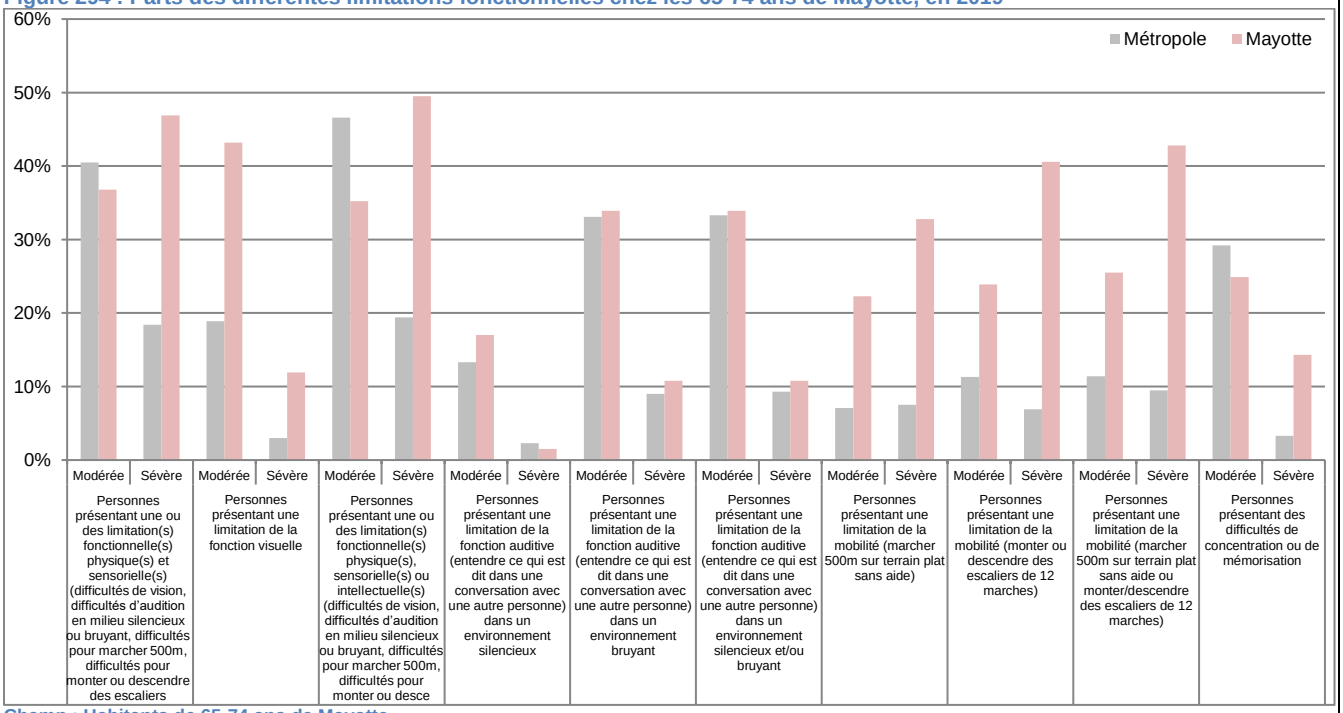
De manière générale en 2019, **84 %** des personnes âgées de **65-74 ans** et **95 %** des **75 ans ou plus** à Mayotte déclarent une **limitation fonctionnelle physique et sensorielle** (*37 % chez les 15 ans ou plus*), dont, respectivement, **47 % et 81 % comme sévère** (*12 %*) [44]. Ces parts sont nettement supérieures à la Métropole : 59 % et 80 % [44].

---

[347] Aucune des personnes de 65 ans ou plus ne se déclare fumeur occasionnel (*5 % chez les 15 ans ou plus*) et la totalité consomme moins de 20 cigarettes par jour (*6 % chez les 15 ans ou plus et 1,8 % pour plus de 20*), contre 2 à 6 %, et 0,4 à 1,9 % pour plus de 20 cigarettes par jour en Métropole [44].
[348] Respectivement 11 % et 4 % si l'on inclut les fumeurs occasionnels [44].
[349] Ils ont alors 11 % à déclarer une expérimentation de l'alcool à un moment de leur vie (*42 % chez les hommes de 18 ans ou plus*), 4 % chez les filles (*12 %*).
[350] Cannabis.
[351] Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [108]. Selon le rapport de l'OFDT, un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [108]. 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 [108]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [108].
[352] Psychologue, psychothérapeute ou psychiatre.

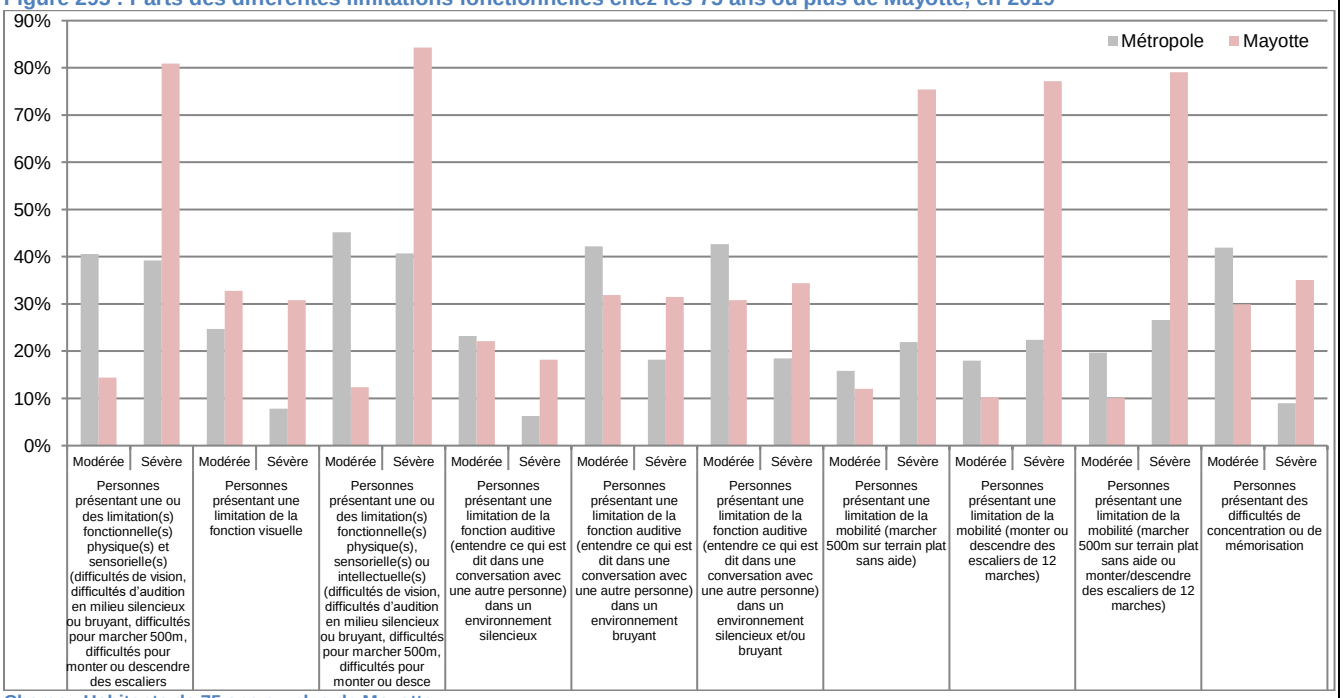
A Mayotte, **55 % des 65-74 ans** et **64 % des 75 ans ou plus** sont concernés par une **limitation de la fonction visuelle** (*26 % chez les 15 ans ou plus*), près de deux à trois fois plus qu'en Métropole (22 % et 37 %) ; et **45 % et 65 %** par une **limitation de la fonction auditive** (*25 %*), contre 43 % et 61 % en Métropole [44].
68 % des individus de 65-74 ans et **89 % de ceux de 75 ans ou plus** se disent présenter une **limitation de la mobilité** (*20 %*), respectivement 21 % et 46 % en Métropole [44].
Enfin, **39 % des 65-74 ans** et **65 % des 75 ans ou plus** déclarent des **difficultés de concentration ou de mémorisation** (*24 %*), 32 % et 51 % en Métropole [44] (*Figures 294 & 295*).

Figure 294 : Parts des différentes limitations fonctionnelles chez les 65-74 ans de Mayotte, en 2019



Champ : Habitants de 65-74 ans de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 295 : Parts des différentes limitations fonctionnelles chez les 75 ans ou plus de Mayotte, en 2019

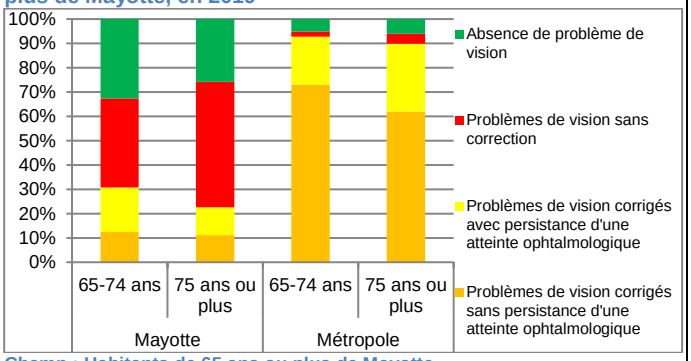


Champ : Habitants de 75 ans ou plus de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

67 % des 65-74 ans et **74 % des 75 ans ou plus de Mayotte présentent un problème de vision** (*37 % chez les 15 ans ou plus*), parts nettement inférieures à celle de leurs homologues Métropolitains (94-95 %) [44].

Parmi eux, respectivement, **37 % et 48 % n'ont pas bénéficiés d'une correction visuelle** et **18 % et 12 %** en sont équipés sans que cela ne puisse régler la **persistance d'une atteinte ophtalmologique** (*Figure 296*) [44].

Figure 296 : Prévalence des pathologies ophtalmiques et d'utilisation d'aides visuelles chez les 65 ans ou plus de Mayotte, en 2019

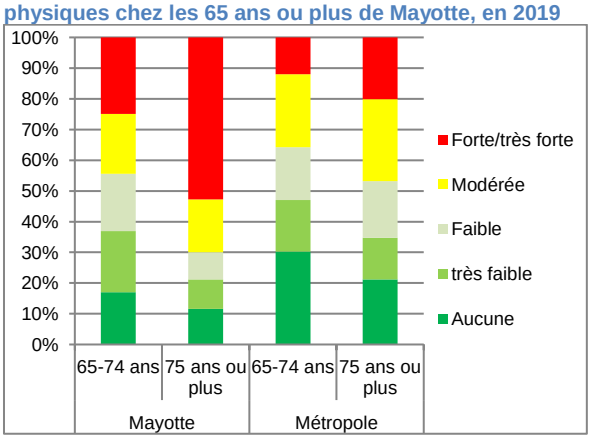


Champ : Habitants de 65 ans ou plus de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2019, **17 % des 65-74 ans** et **12 % des 75 ans ou plus** à Mayotte déclarent **ne pas ressentir de douleur physique**, ce qui reste nettement inférieur à la Métropole : respectivement +13 et +9 points [44].
Ils sont alors **25 % chez les 65-74 ans** et **53 % chez les 75 ans ou plus à déclarer un niveau de sévérité très fort**, contre 12 % et 20 % en Métropole [44] (*Figure 297*).

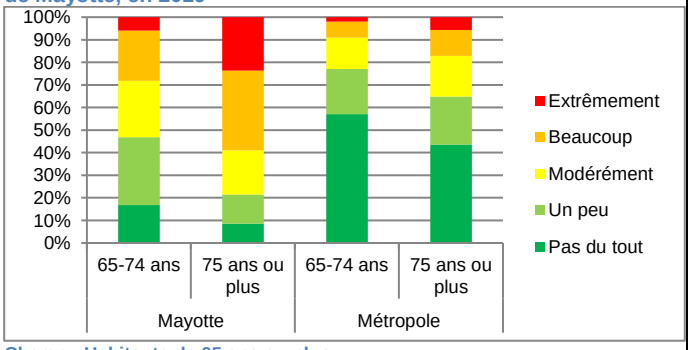
En termes d'intensité ressentie, ils sont **plus fréquents** sur le territoire à déclarer un **niveau modéré, fort ou extrême** : 53 % contre 23 % en Métropole chez les 65-74 ans, et 79 % contre 36 % chez les 75 ans ou plus [44] (*Figure 289*).

Figure 297 : Niveaux de sévérité des douleurs physiques chez les 65 ans ou plus de Mayotte, en 2019



Champ : Habitants de 65 ans ou plus
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 298 : Intensité, au cours du mois précédent, de la limitation issue des douleurs physiques dans la vie professionnelle et quotidienne chez les 65 ans ou plus de Mayotte, en 2019

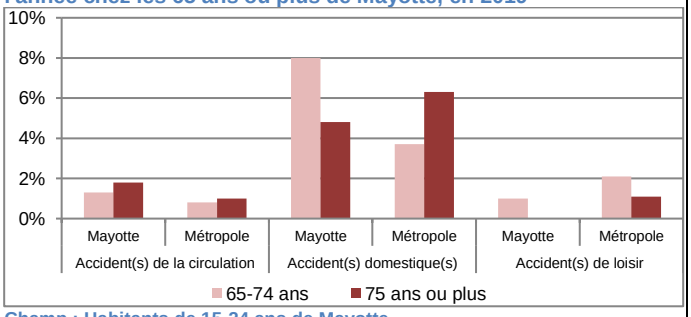


Champ : Habitants de 65 ans ou plus
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

f) Accidents de la vie courante

1,3 % des **65-74 ans** et **1,8 %** des **75 ans ou plus** à Mayotte déclarent avoir connu un **accident de la circulation dans l'année** (*3 % chez les 15 ans ou plus*) [44]. Ces parts sont **plus hautes** que celles des personnes âgées métropolitaines (0,8 %, 1 %) [44].
Concernant le cumul entre **accident(s) domestique(s) et/ou de loisir**, ils sont **9 % et 5 %** à les déclarer (*7 % chez les 15 ans ou plus*), demeurant par rapport à la Métropole **plus important** pour les 65 ans ou plus (6 %) et **moins** pour les 75 ans ou plus : 7 % [44] (*Figure 299*).

Figure 299 : Accident(s) de la vie courante dans l'année chez les 65 ans ou plus de Mayotte, en 2019



Champ : Habitants de 15-24 ans de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

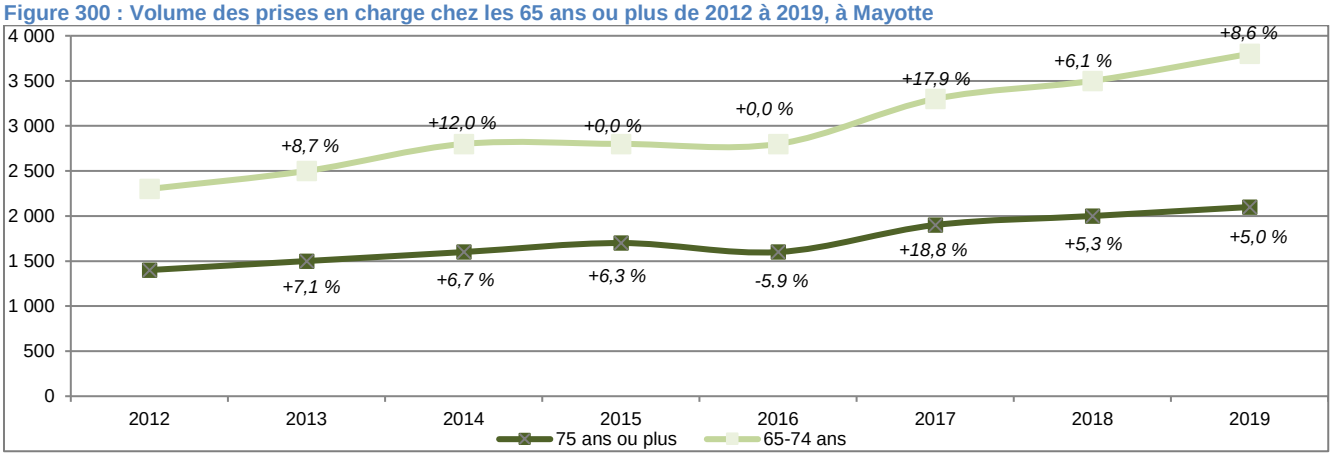
g) Accès aux soins

► ***Recours aux différentes offres de soins :***
Pour une maladie d'intensité « **faible** », les 60 ans ou plus vont principalement déclarer aller à la **médecine libérale** (37 %, *un sur quatre chez les 18-79 ans*) puis avoir recours aux **centres de consultations et centres de référence** (27 %, *un sur trois chez les 18-79 ans*) [45].

Pour une maladie plus « **grave** », les modes de recours restent inchangés : 45 % pour la **médecine libérale** (*40-45 % chez les 18-79 ans*) et 29 % pour les **centres de consultations et centres de référence** (*un sur trois chez les 18-79 ans*) [45].

► ***Recours à la médecine libérale :***
Sur la période 2016 à 2019, les **65-74 ans** représentent **3 %** des prises en charge[353] attribuées et les **75 ans ou plus 2 %** (*60 % ont moins de 35 ans*). Soit un **volume moyen total de 5 033** par an (*Figure 300*).

Figure 300 : Volume des prises en charge chez les 65 ans ou plus de 2012 à 2019, à Mayotte

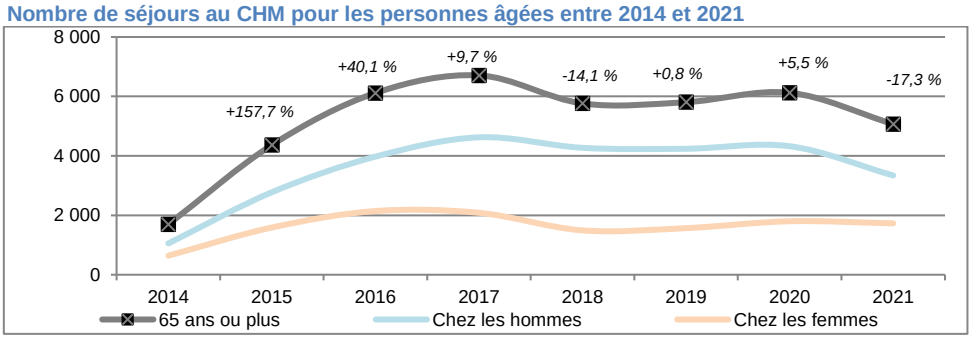


Champ : Adultes de 65 ans ou plus
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Recours au centre hospitalier :***
Sur la période de 2019 à 2021, en moyenne **5 666 séjours par an impliquant des 65 ans ou plus** ont eu lieu, soit **12 %** des séjours observés sur cette période (*la moitié a moins de 28 ans*). Il s'agit **plus souvent d'hommes** que de femmes (66 % contre 34 %).
En 2021, le taux de recours au CHM est de 0,64 par personne âgée de cette classe d'âge[354] (*0,15*).
En 2021, les 60 ans ou plus représentent **19 % des Evasan**, stable sur la période 2019-2020. Sur cette année, le taux de recours est de 0,033 par personne âgée (*0,005*).

[353] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.
[354] Déterminé par nombre de séjours de personnes âgées de 65 ans ou plus sur nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2022. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

Figure 301 : Nombre de séjours au CHM pour les personnes âgées entre 2014 et 2021



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

► ***Recours aux centres de consultations et permanences de soins :***
Sur la période 2020 à 2022, les 65 ans ou plus représentent **6 %** des passages aux **centres de consultations** (à part égale femmes-hommes) (*45 % ont moins de 25 ans*) et **5 % aux permanences de soins** (sans distinction en fonction du sexe) (*56 % ont moins de 25 ans*), soient des volumes respectifs de **13 949** et **2 941 passages par an**.
En 2022, le taux de recours[355] aux centres de consultations est de 1,75 par personnes âgées (*0,81*) de cette classe d'âge, 0,38 aux permanences de soins (*0,20*).

► ***Recours à la médecine traditionnelle***[356] ***:*** En 2016, **Quel que soit l'estimation perçue de la maladie**, **6 % des 60 ans ou plus** déclarent avoir recours à la médecine traditionnelle en première intention (*3 % chez les 18 ans ou plus*) [53].
Lorsque cette dernière est jugée de **faible intensité**, ils sont alors **23 %** (*15-17 %*) [53]. Pour une estimation plus **grave**, la part diminue à **8 %** (*3-4 %*) [53].

► ***Taux de consultations :***
En 2019, **16 %** des **65-74 ans** et **24 %** des **75 ans ou plus** déclarent **une hospitalisation complète au moins une fois dans l'année**[357] (*9 % chez les 15 ans ou plus*), contre 15 % et 21 % en Métropole [44]. Ils déclarent alors une moyenne de 7,2 et 9,7 nuits ainsi que 20,0 et 2,1 jours en hospitalisation (*respectivement 9,3 et 3,5 chez les 15 ans ou plus*), soit un **nombre de nuitées inférieur** à leurs homologues métropolitains : 12,2 et 17,7 ; et de **journées similaires** pour les 75 ans ou plus : 3,2 (identique chez les 65-74 ans) [44].

3 % des **65-74 ans** et **9 %** des **75 ans ou plus n'ont jamais eu recours à un médecin généraliste** (*11 % chez les 15 ans ou plus*), représentant un **taux bien supérieur** à celui des métropolitains : 0,6 % et 0,5 %. Les personnes âgées de Mayotte sont alors **77-81 % à déclarer en avoir consulté un il y a moins d'un an**[358] (*60 % chez les 15 ans ou plus*), contre 92-96 % en Métropole [44].
En termes de nombre de consultations dans les quatre dernières semaines : **8 % des 65-74 ans et 6 % des 75 ans ou plus en déclarent au moins 3** (*1,8 % chez les 15 ans ou plus*), ce qui représente un taux bien supérieur à la Métropole : respectivement 1,7 % et 4 % [44].

34 % des **65-74 ans** et **42 %** des **75 ans ou plus** déclarent n'être **jamais allés chez le dentiste ou l'orthodontiste**, et respectivement 23 % et 25 % il y a moins d'un an (*46 % et 22 % chez les 15 ans ou plus*) [44]. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux de Métropole, ne concernant que 0,8 % et

[355] Déterminé par nombre de séjours de personnes âgées de 65 ans ou plus sur nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus à l'échelle du département et estimé au 1er janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.
[356] 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 "fundi" (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" (medium d'esprit) qui soignent selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux djinns.
[357] 10-12 % pour une hospitalisation de jour *(7 % chez les 15 ans ou plus)*, contre 21-22 % en Métropole [44].
[358] Pour la consultation d'un médecin spécialiste : 34 % des 65-75 ans et 40 % des 75 ans ou plus n'y ont jamais eu recours, 32-36 % il y a moins d'un an (*respectivement 55 % et 20 % chez les 15 ans ou plus*), contre 5-7 % et 58 % chez les personnes âgées métropolitaines [44]. 6-8 % déclarent au moins trois consultations dans les 4 dernières semaines (*1,2 % chez les 15 ans ou plus*), contre 1,7 à 4 % en Métropole [44].

1,1 % des individus de cette classe d'âge n'ayant jamais eu recours à cette offre de soins et 56 % et 50 % pour moins d'un an [44].

Les personnes âgées sont **11 %** chez les **65-74 ans** et **28 % chez les 75 ans ou plus** à déclarer avoir **consulté un professionnel de la rééducation dans l'année**[359] (*6 % chez les 15 ans ou plus*), inférieur à ceux de Métropole : 30-31 % [44].

Enfin, concernant le recours aux **services de soins ou d'aide à domicile** en raison d'un problème de santé dans l'année : **15 %** chez les **65-74 ans** et **40 %** chez les **75 ans ou plus** sont concernés à Mayotte (*3 % chez les 15 ans ou plus*), 8 % et 24 % en Métropole [44].

► ***Dépistages :***
Chez les femmes de 65 ans ou plus, les parts respectives **n'ayant jamais réalisé de mammographie pour le dépistage du cancer du sein** sont de 8-9 % (*87 % chez les femmes de 15 ans ou plus*) contre 34 % et 13 % en Métropole en fonction des deux classes d'âge [44].
Les taux pour le **dépistage du cancer du col de l'utérus** sont encore plus faibles : 1,5 % chez les 65-74 ans et nul chez les 75 ans ou plus (*59 % chez les femmes de 15 ans ou plus*), contre 15 % et 5 % en Métropole [44].

Aussi bien chez les hommes que les femmes, les **dépistages du cancer colorectal** et celui par **coloscopie** sont **proches** de la Métropole : 85-89 % pour les deux chez les 65 ou plus à Mayotte (*94 % et 97 % chez les 15 ans ou plus*) contre 38-50 %, pour le premier, et 54-55 %, pour le second, en Métropole [44].

Concernant la mesure de la **pression artérielle**, **4 %** des **65-74 ans** et **1,9 %** des **75 ans ou plus** de Mayotte n'en ont **jamais réalisé** (*8 % chez les 15 ans ou plus*), soit **huit et trois fois plus** qu'en Métropole : 0,5-0,7 % [44]. **Constat similaire** et dans des proportions bien plus importantes pour la mesure des **anomalies lipidiques** : 20 % et 16 % (*50 % chez les 15 ans ou plus*) contre 1,9-2 %. Enfin, pour la mesure de la **glycémie**, 10-12 % des 65 ans ou plus n'en ont jamais réalisé (*39 %*) contre 1,7-2 % en Métropole [44] (*Tableau 106*).

Tableau 106 : Durées écoulées des différents principaux dépistages chez les 65 ans ou plus de Mayotte en 2019

			Moins d'un an	Seuil 1 *	Seuil 2 *	Seuil 3 *	Jamais
Mammographie pour le dépistage du cancer du sein parmi les femmes	Mayotte	65-74 ans	8 %	6 %	7 %	3 %	76 %
		75 ans ou plus	9 %	3 %	10 %	10 %	67 %
	Métropole	65-74 ans	34 %	37 %	13 %	12 %	4 %
		75 ans ou plus	13 %	13 %	14 %	50 %	10 %
Dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes	Mayotte	65-74 ans	1,5 %	8 %	8 %	6 %	77 %
		75 ans ou plus	0 %	6 %	9 %	7 %	78%
	Métropole	65-74 ans	15 %	20 %	14 %	39 %	12 %
		75 ans ou plus	5 %	6 %	7 %	55 %	28 %
Dépistage du cancer colorectal	Mayotte	65-74 ans	1,7 %	5 %	6 %	3 %	85 %
		75 ans ou plus	6 %	0 %	6 %	4 %	85 %
	Métropole	65-74 ans	18 %	23 %	11 %	10 %	38 %
		75 ans ou plus	7 %	10 %	10 %	23 %	50 %
Coloscopie	Mayotte	65-74 ans	4 %	4 %	4 %	0 %	89 %
		75 ans ou plus	3 %	5 %	3 %	5 %	85 %
	Métropole	65-74 ans	7 %	23 %	9 %	6 %	55 %
		75 ans ou plus	6 %	20 %	12 %	8 %	54 %
Pression artérielle	Mayotte	65-74 ans	88 %	6 %	0,8 %	1 %	4 %
		75 ans ou plus	87 %	6 %	2 %	3 %	1,9 %
	Métropole	65-74 ans	91 %	6 %	0,9 %	1,3 %	0,7 %
		75 ans ou plus	95 %	3 %	0,2 %	0,6 %	0,5 %
Anomalies lipidiques	Mayotte	65-74 ans	56 %	21 %	1 %	2 %	20 %
		75 ans ou plus	61 %	17 %	0 %	6 %	16 %
	Métropole	65-74 ans	78 %	16 %	1,7 %	3 %	1,9 %
		75 ans ou plus	82 %	14 %	1 %	0,8 %	2 %
Glycémie	Mayotte	65-74 ans	71 %	14 %	1,1 %	3 %	12 %
		75 ans ou plus	69 %	16 %	1,4 %	4 %	10 %
	Métropole	65-74 ans	79 %	15%	1,9 %	2 %	2 %
		75 ans ou plus	84 %	13 %	0,5 %	0,7 %	1,7 %

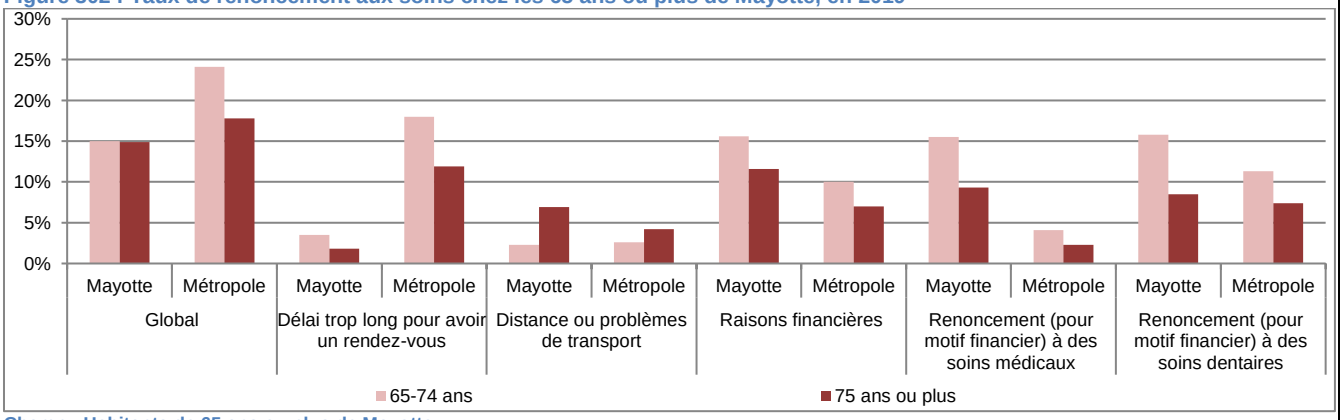
Champ : Habitants de 65 ans ou plus de Mayotte
Note : * en fonction du type de dépistage, les seuils présentés varient. Concernant la mammographie, le dépistage du cancer du col de l'utérus et celui du cancer colorectal, le seuil 1 correspondant à une durée comprise entre un et deux an(s), le seuil 2 entre deux et trois ans et le seuil 3 à trois ans ou plus. Concernant la coloscopie, respectivement un à cinq an(s), cinq à dix ans et dix ans ou plus. Pour la pression artérielle, les anomalies lipidiques et la glycémie, respectivement un à trois an(s), trois à cinq ans et cinq ans ou plus.
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[359] Kinésithérapeute ou physiothérapeute.

► ***Consommation médicamenteuses :*** **58-60 %** des personnes âgées de 65 ans ou plus à Mayotte déclarent avoir **consommé des médicaments prescrits par un médecin dans les deux dernières semaines** (*22 % chez les 15 ans ou plus*), soit près de -20 à -30 points de moins qu'en Métropole : 78 % chez les 65-74 ans et 90 % chez les 75 ans ou plus [44]. Ils sont alors **9-10 % à avoir renoncé à un besoin en médicaments prescrits** (*20 % chez les 15 ans ou plus*), taux nettement plus important qu'en Métropole (1,3-2 %) [44].
Concernant la consommation de médicaments **non prescrits**, 20-21 % sont concernés à Mayotte (*34 % chez les 15 ans ou plus*), **similaire** à la Métropole (18-22 %) [44].

► ***Renoncement aux soins :*** En 2019, **15 %** des personnes âgées de **65 ans ou plus** de Mayotte déclarent avoir eu besoin de soins mais n'y ont pas eu recours au cours des 12 derniers mois[360] (*38 % chez les 15 ans ou plus*), inférieur à la **Métropole** : 24 % chez les 65-74 ans et 17 % chez les 75 ans ou plus [44].
Que ce soit chez les 65-74 ans ou les 75 ans ou plus, le principal motif de renoncement est la **raison financière** : 16 % et 12 % (*31 % chez les 15 ans ou plus*[361]) [44] (*Figure 302*).

Figure 302 : Taux de renoncement aux soins chez les 65 ans ou plus de Mayotte, en 2019



Champ : Habitants de 65 ans ou plus de Mayotte
Source : Insee-Drees, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► ***Couverture maladie :*** En 2019, **92 %** des personnes âgées de 65 ans ou plus déclarent être **affiliées à la PUMa**[362] (*63 % chez les 15 ans ou plus*), un peu plus les femmes que les hommes : 94 % contre 90 % [44].
En 2016, ils étaient **93 % des 60 ans ou plus à être couverts** (*73 % chez les 18-79*). Les habitants de nationalité française le sont intégralement pour cette classe d'âge contrairement aux étrangers : **52 %** ont la sécurité sociale pour **62 % ayant un titre de séjour** [41].

► ***Prévention***[363] ***:*** En 2016, **quatre individus sur cinq** de 60 ans ou plus déclarent que les **messages de prévention dispensés par l'ARS sont clairs** (*87 % chez les 18 ans ou plus*).
Parmi ces individus, **11 % disent ne pas les suivre** (*7 % chez les 18 ans ou plus*).

h) Principales pathologies

► ***Indicateurs de morbidité déclarée :***
En 2019, **47 % des 65 ans ou plus se déclarent en mauvaise santé**, dont 13 % en très mauvaise (*11 % chez les 15 ans ou plus*) [49]. En 2016, **les natifs de Mayotte de 60 ans ou plus déclarent**

[360] En 2016 et chez les femmes de 60 ans ou plus, le taux de renoncement aux soins pour elles-mêmes, leur conjoint ou l'un de leur(s) enfant(s) est de 9 % (*12 % chez celles de 18-79 ans*) associé à un facteur de risque 1,3 fois moins élevé par rapport aux 45-59 ans. Chez les hommes, 11 % (*11 %*) et 1,4 fois moins élevé [45]. Le premier motif cité est un renoncement délibéré (52 %, *33 %*), suivi de l'aspect financier (37 %, *52 %*) et du manque de temps (8 %, *9 %*) [45].
[361] *Chez les 15 ans ou plus : 19 % pour un délai trop long, 12 % pour la distance ou problèmes de transport, 25 % pour des soins médicaux et dentaires.*
[362] Depuis 2016, la Sécurité sociale est devenue la PUMa.
[363] Lors de la période 2020-2021, le territoire a été touché par deux premières vagues de Covid-19 [56]. L'ARS de Mayotte, en lien avec la préfecture, s'est alors servie de cinq vecteurs de communication différents afin d'informer les habitants sur les gestes anti-Covid-19 à appliquer [56]. 74-76 % des personnes âgées de 65 ans ou plus ont déclaré, en 2021, avoir vu et appliqué les messages de prévention dispensés par la télévision (*81 % chez les 15 ans ou plus*), 63-70 % pour ceux par la radio (*62 %*), 18-20 % pour internet (*60 %*), 42-49 % pour les affiches (*72 %*) et 47-48 % pour les médiateurs en Santé (*45 %*) [56].

plus souvent un état de santé « altéré[364] **»** : 70 %, **que les natifs de l'étranger :** 55 %, (*30 % chez les hommes et femmes de 18-79 ans*) [41]. Chez les femmes : 80 % contre 72 % [41].

Concernant les déclarations de **problèmes de santé chronique** ou durable, en 2019, **64 % des 65-74 ans** et **58 % des 75 ans ou plus disent être concernés** (*25 % chez les 15 ans ou plus*) : 57 % chez les hommes de 65 ans ou plus et 66 % chez les femmes [44].
En 2016, les **femmes natives de Mayotte** de 60 ans ou plus **étaient les plus fréquentes** (58 % contre 27 % chez celles de l'étranger) [41]. Tandis que **chez les hommes**, quel que soit le lieu de naissance, les **parts sont semblables** (44 % pour les natifs de Mayotte et 46 % pour ceux de l'étranger) [41].
A noter que chez les individus de 60 ans ou plus, **un sur quatre déclare ne pas avoir trouvé de solution** en lien avec son problème de santé, plus les hommes que les femmes (29 % contre 22 %) [41].

Enfin, en 2019, **55 %** des **65-74 ans** et **70 %** des **75 ans ou plus** déclarent des **limitations d'activité** depuis au moins 6 mois (*16 % chez les 15 ans ou plus*), dont **21 % et 49 % fortement** (*5 %*), et sans distinction entre hommes et femmes [44].
En 2016 et en fonction du lieu de naissance, les parts d'individus de 60 ans ou plus déclarant des **limitations d'activité** depuis au moins 6 mois sont particulièrement fortes. Ainsi, **36 % des hommes** de 60 ans ou plus et natifs de Mayotte se déclarent concernés et près de **deux fois plus pour ceux natifs de l'étranger** (59 %) [41]. Effet similaire chez les femmes, où les **natives de Mayotte sont 41 % contre 66 %** de celles de l'étranger [41].

► ***Motifs de séjour hospitalier :*** Sur la période 2019 à 2021, la **durée moyenne de séjour** des 65 ans ou plus est de **9,3 jours** (*5,1 sur l'ensemble des classes d'âge*). 74 % des motifs de séjours sont catalogués en « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé[365] » (*48 % en général*), contre 49 % en Métropole.
Chez les **femmes de 65 ans ou plus**, le premier motif de séjours, hors « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « Codes d'utilisation particulière » (3 %, *0,019 %*, 0,8 % en Métropole), est lié aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » (23 %, *6 % chez les femmes en général*, contre 15 % en Métropole). Suivies des « **maladies respiratoires** » (13 %, *6 % chez les femmes en général*, contre 5 % en Métropole) et des « **tumeurs** » (8 %, *4 % chez les femmes en général*, contre 10 % en Métropole) (*Tableau 107*).

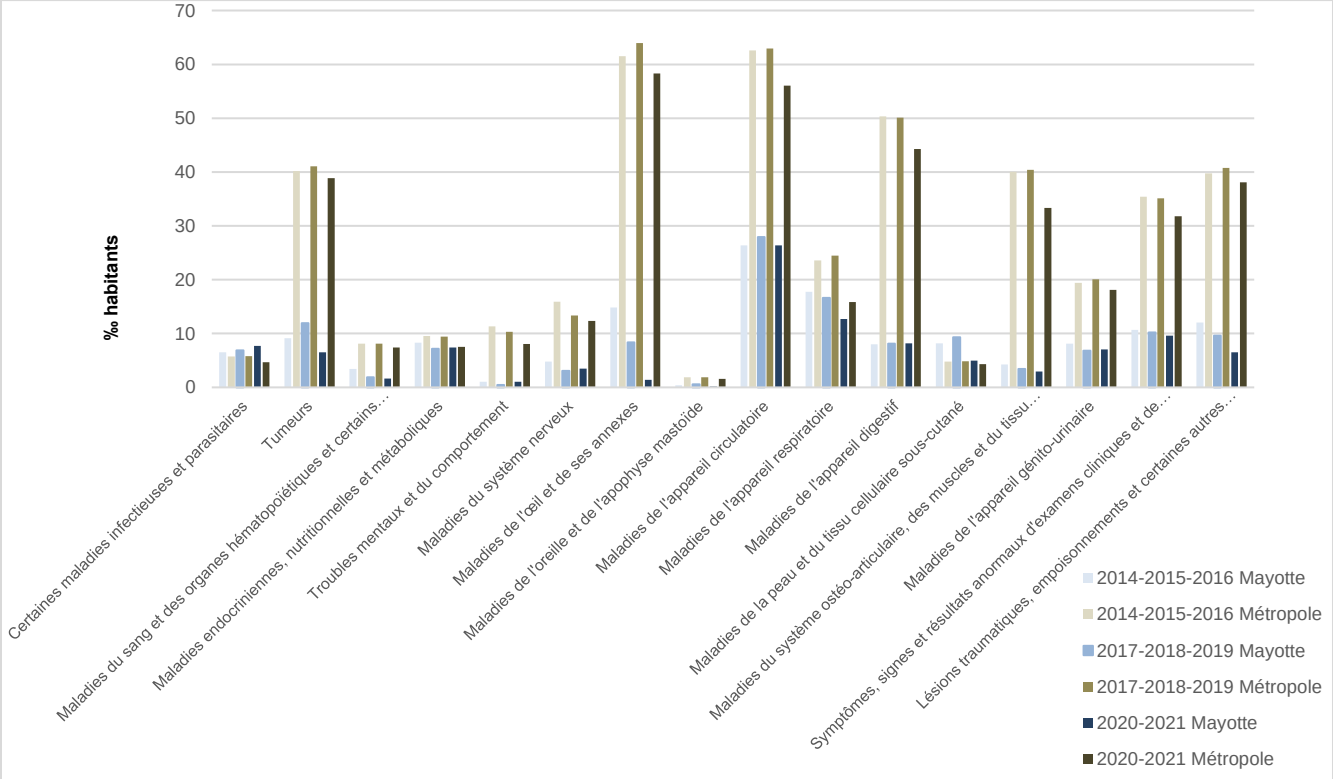
Tableau 107 : Motifs de consultation au CHM chez les femmes de 65 ans ou plus de 2017 à 2021

CIM10	Mayotte						Métropole
	Taux de Variation*** 2017-2019 (%)	Taux de variation*** 2019-2021 (%)	Effectif 2021	Durée moyenne de séjour 2019-2021 (En jours)	Répartition 2019-2020-2021	Répartition sans *	Répartition 2019-2020 -2021
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	-17,6	-20,5	12	8,2	1,6	5,8	1,3
Maladies de l'appareil respiratoire	+23,6	-16,9	56	8,1	3,7	12,9	4,7
Maladies de l'appareil digestif	+1,6	-3,1	31	7,0	2,1	7,1	11,6
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	+46,8	-35,9	23	20,8	1,9	6,6	1,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-3,2	-10,6	12	12,9	0,8	2,8	9,0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	+5,2	+0	31	7,2	1,7	6,0	4,7
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	+21,8	-10,3	37	4,6	2,5	8,6	8,3
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-5,7	-15,2	23	12,0	1,8	6,1	9,8
Tumeurs	+10,3	-38,8	21	12,3	2,3	7,7	10,0
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé *	-19,9	+8,8	1 212	4,0	71,0		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	-20,9	+18,3	7	7,6	0,4	1,3	1,9
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	+3,3	-6,5	28	8,5	1,9	6,5	2,0
Troubles mentaux et du comportement	+22,5	+41,4	6	10,4	0,2	0,8	2,2
Maladies du système nerveux	-15,5	+18,3	14	5,8	0,8	2,7	3,1
Maladies de l'œil et de ses annexes	-28,4	-22,5	12	8,0	0,6	2,1	15,2
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	+41,4	-50	1	6,8	0,1	0,4	0,4
Maladies de l'appareil circulatoire	+2	-3	95	8,5	6,6	22,6	14,7
Total	**-13,3**	**+5,0**	**1 621**	**8,7**	**100**	**100**	**100**

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » (N = 101 en 2021, 42 en 2020 et 0 en 2019) n'est pas considérée dans ces analyses. * Taux de variation annuel moyen.**
Champ : Femmes de 65 ans ou plus
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte, Service Etudes et Statistiques

[364] C'est-à-dire, estimer sa santé soit très mauvaise, mauvaise ou « moyenne » [41].
[365] 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 autant 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 ».

Figure 303 : Taux de recours brut[366] au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2021, chez les femmes de 65 ans ou plus



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

Chez les **hommes de 65 ans ou plus**, le premier motif de séjours, hors « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « Codes d'utilisation particulière » (2 %, *0,018 %*, 0,8 % en Métropole), est lié aux « **maladies de l'appareil circulatoire** » (18 %, *6 % chez les hommes en général*, contre 20 % en Métropole). Suivies des « **tumeurs** » (11 %, *4 % chez les hommes en général*, contre 14 % en Métropole) et des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (10 %, *7 % chez les hommes en général*, contre 6 % en Métropole) (*Tableau 108*).

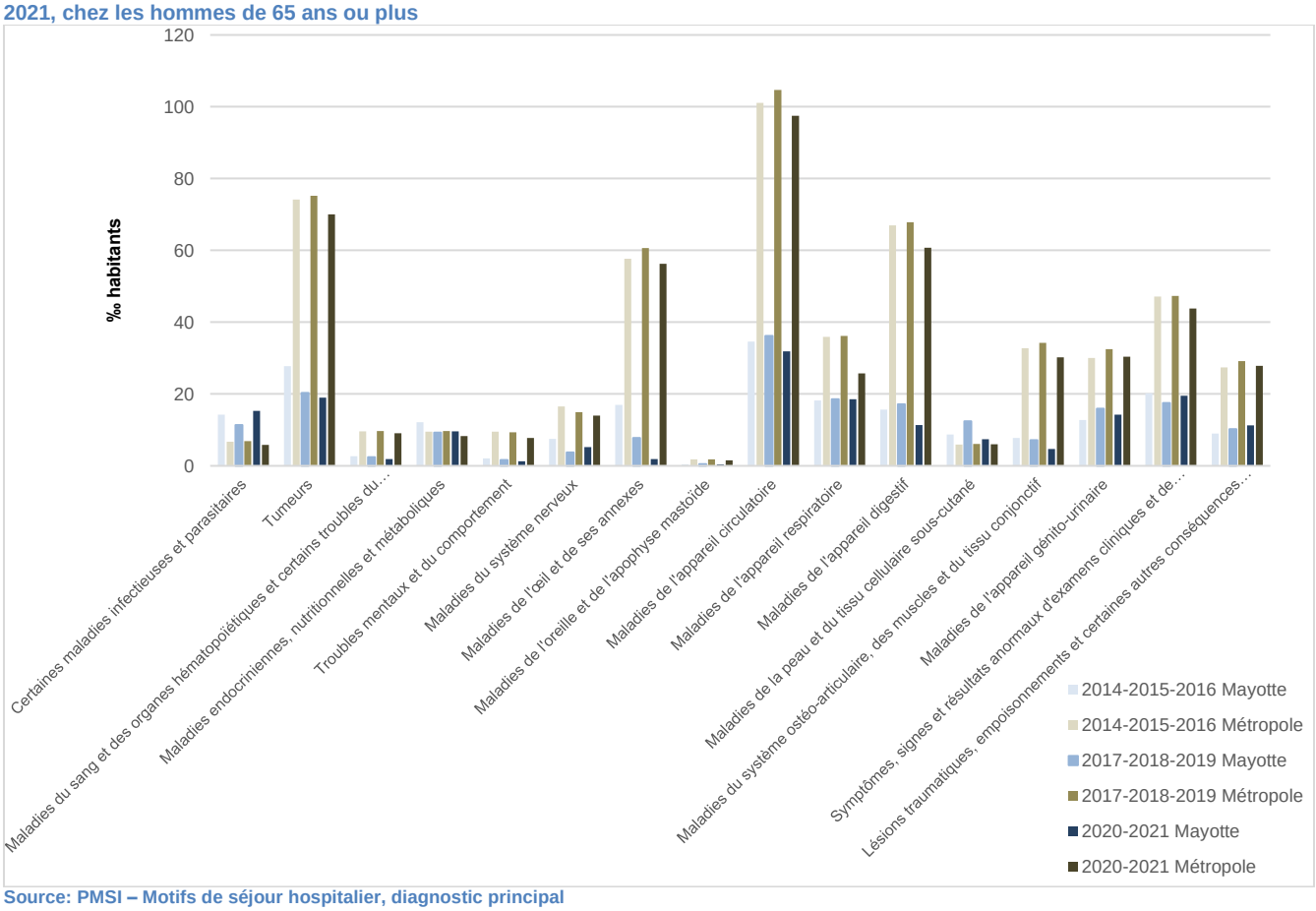
Tableau 108 : Motifs de consultation au CHM chez les hommes de 65 ans ou plus de 2017 à 2021

CIM10	Mayotte						Métropole
	Taux de Variation** 2017-2019 (%)	Taux de variation** 2019-2021 (%)	Effectif 2021	Durée moyenne de séjour 2019-2021 (En jours)	Répartition 2019-2020-2021	Répartition sans *	Répartition 2019-2020-2021
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	+10,8	-3,6	40	10,6	1,4	7,6	1,2
Maladies de l'appareil respiratoire	+2,9	+4,7	79	7,7	1,9	10,1	5,7
Maladies de l'appareil digestif	+15,5	-32,7	38	8,5	1,5	7,7	12,3
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	+12,3	-33	26	16,2	1,0	5,4	1,2
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-12	+2,1	25	11,6	0,5	2,8	6,2
Maladies de l'appareil génito-urinaire	+50,4	-26,7	51	10,0	1,8	9,5	6,1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	-1,5	+0	66	5,8	1,9	10,2	8,8
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-1,4	+15,5	48	9,5	1,1	5,9	5,5
Tumeurs	-0,6	-8,6	66	14,3	2,0	10,6	14,0
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé *	-6,4	-13,9	2 555	5,0	81,2		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	+47,2	-21,6	8	7,9	0,2	1,2	1,8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	+6,9	-16,3	28	9,9	1,0	5,4	1,7
Troubles mentaux et du comportement	+9,5	-18,4	4	10,9	0,1	0,7	1,6
Maladies du système nerveux	-6,9	+41,4	26	9,6	0,5	2,5	2,8
Maladies de l'œil et de ses annexes	-27,5	-27,6	11	1,5	0,3	1,7	11,3
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-29,3	-100	0	4,3	0,04	0,2	0,3
Maladies de l'appareil circulatoire	+8,5	-6,3	123	9,0	3,5	18,2	19,5
Total	**-4,3**	**-11,2**	**3 194**	**9,6**	**100**	**100**	**100**

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » (N = 140 en 2021, 95 en 2020 et 0 en 2019) n'est pas considérée dans ces analyses. ** Taux de variation annuel moyen.
Champ : Hommes de 65 ans ou plus
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte, Service Etudes et Statistiques

[366] Ces indicateurs sont basés sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prennent pas en compte le recours multiple d'un même individu.

Figure 304 : Taux de recours brut[367] au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2021, chez les hommes de 65 ans ou plus



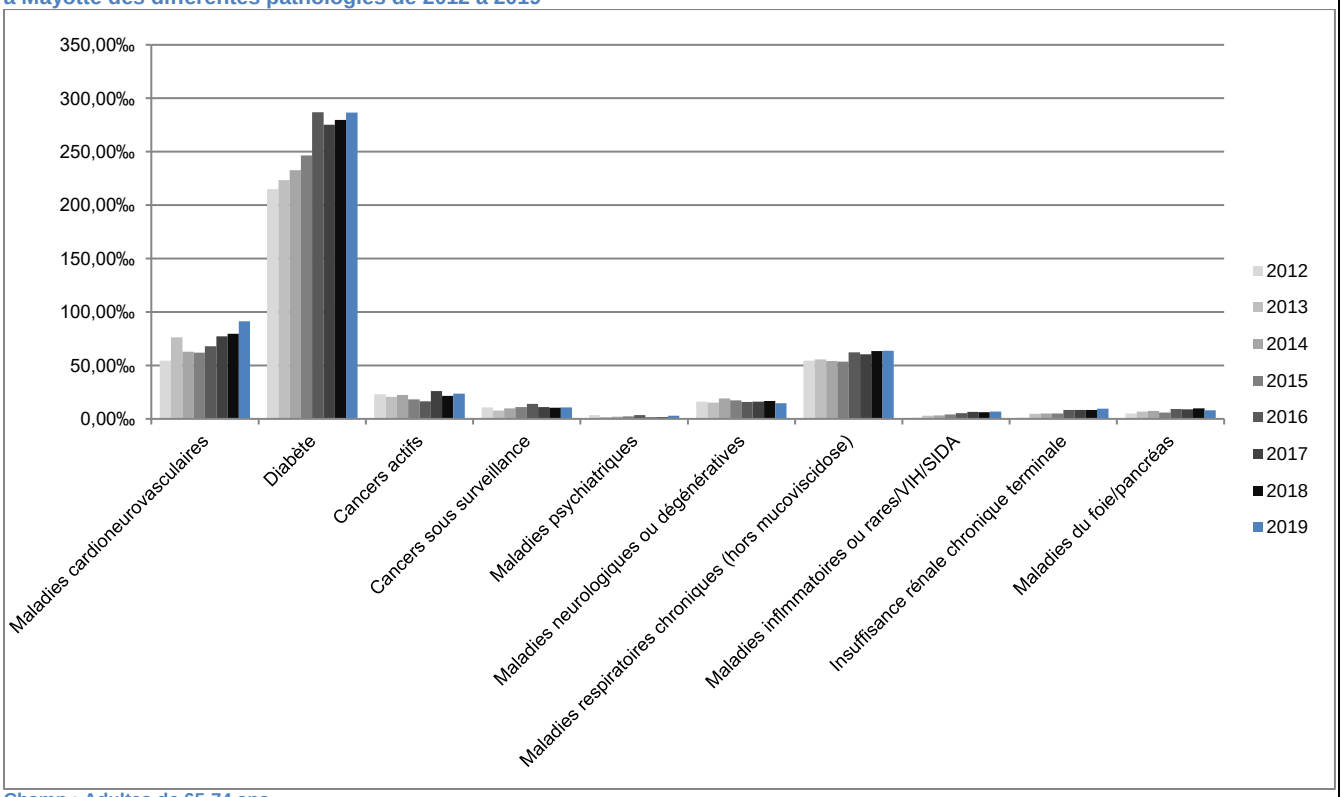
Source: PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

► **Prises en charge**[368] ***:*** Le **diabète** représente le principal motif de prises en charge chez les **65-74 ans et les 75 ans ou plus**, respectivement : 286,6 et 234,3 pour 1 000 personnes âgées de la classe d'âge considérée en 2019 (215,1 et 159,8 en 2012, respectivement +71 et +75 points, et *103,5 sur l'ensemble des affiliés*). Il est suivi, pour ces deux classes d'âge, des **maladies cardio-neurovasculaires**, respectivement : 91,4 et 118,8 pour 1 000 (54,3 et 85,9 en 2012, respectivement +37 et +33 points, et *24,6 sur l'ensemble des affiliés*).
Enfin le troisième rang est tenu, pour ces deux classes d'âge, par les **maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)**, respectivement : 63,7 et 82,9 pour 1 000 (54,3 et 69,6 en 2012, respectivement +9 et +13 points, *et 28,5 sur l'ensemble des affiliés*) (*Figures 305 & 306*).

Les « autres types de prises en charge » concernent 1 443,2 pour 1 000 personnes âgées de 65-74 ans en 2019 (*184,8 sur l'ensemble des affiliés*), et ont augmenté de +14 points par rapport à 2012. Concernant les 75 ans ou plus, elles présentent un taux de 1 664,6 pour 1 000, augmentant de +96 points par rapport à 2012.

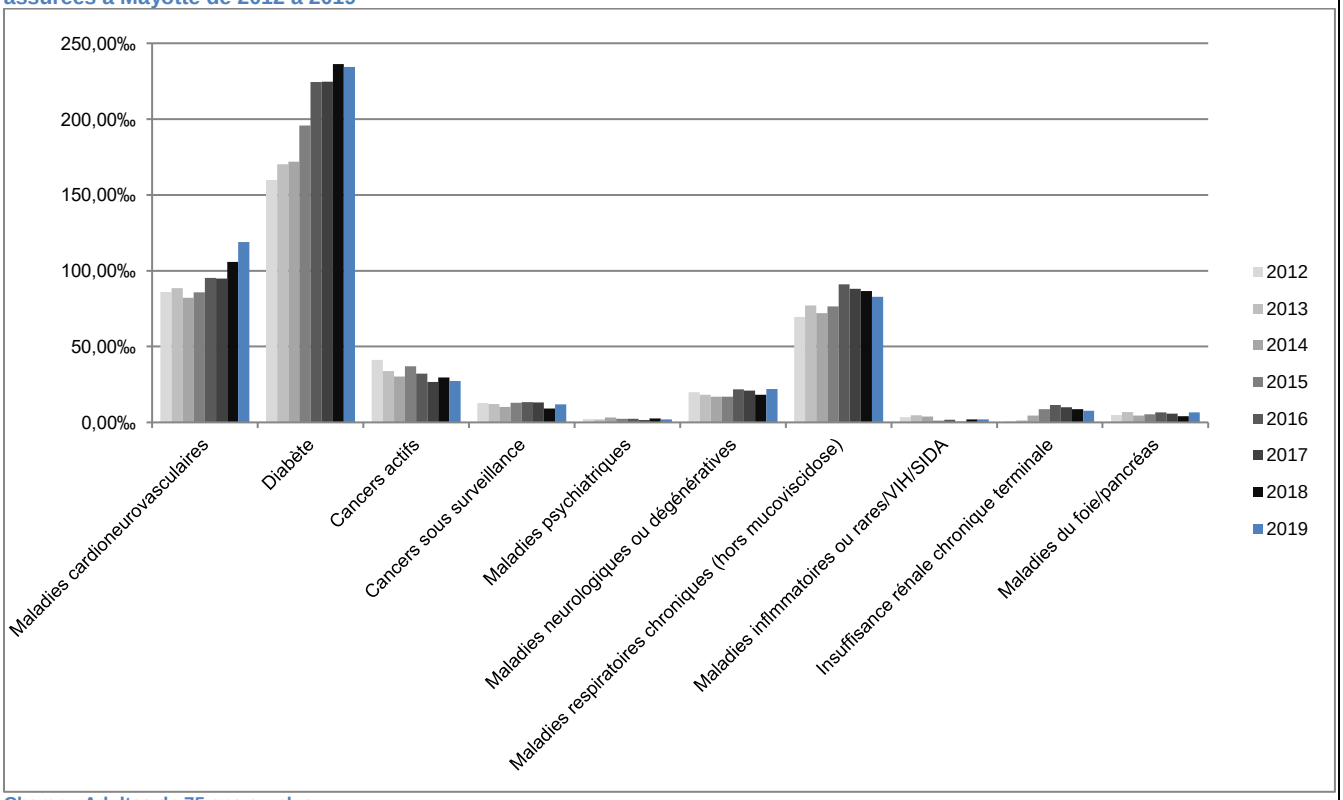
[367] Ces indicateurs sont basés sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prennent pas en compte le recours multiple d'un même individu.
[368] La nomenclature « Autres affections de longue durée » inclut également les ALD 31 et 32.
Les **ALD 31** concernent les patients atteints d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, 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. Ex. : maladie de Paget, les ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère.
Les **ALD 32** ou ALD « polypathologies » 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. Ex. : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire et tremblements essentiels.
[368] 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 Système National des Données de Santé (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.

Figure 305 : Taux des prises en charge des différentes pathologies pour 1 000 personnes âgées de 65-74 ans assurées à Mayotte des différentes pathologies de 2012 à 2019



Champ : Adultes de 65-74 ans
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 306 : Taux de prises en charge des différentes pathologies pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus assurées à Mayotte de 2012 à 2019



Champ : Adultes de 75 ans ou plus
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

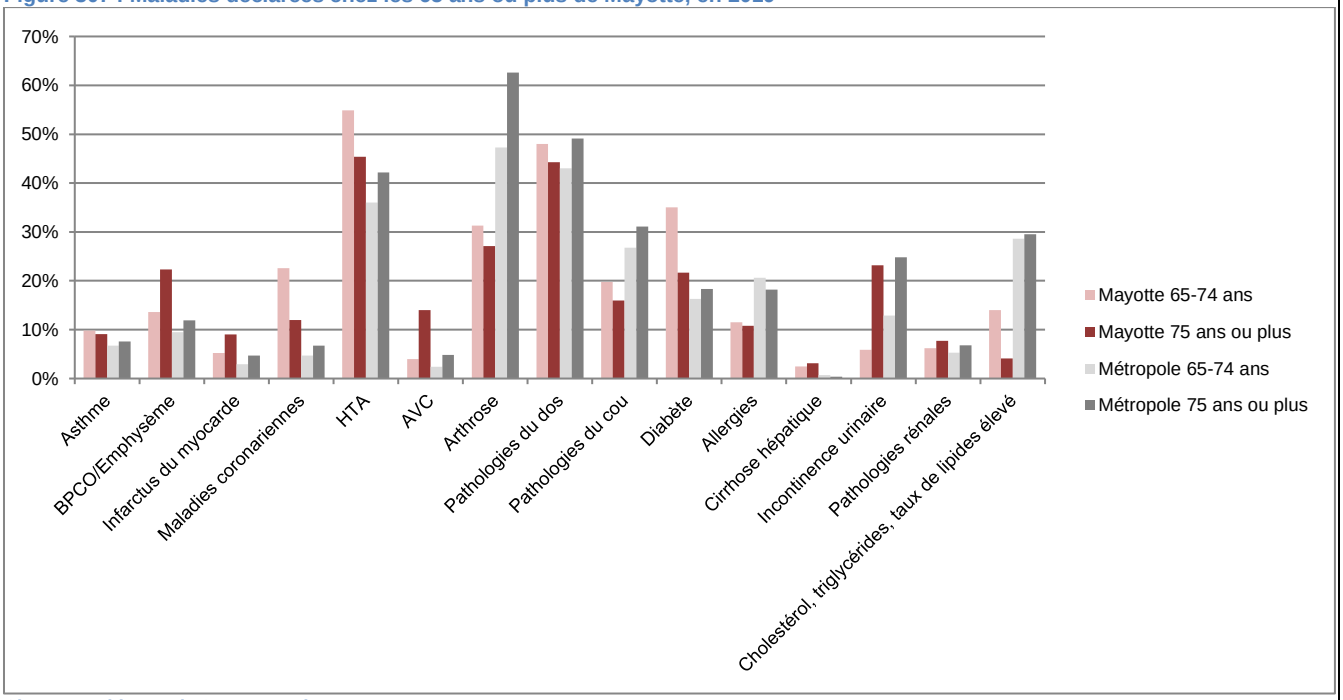
► ***Diabète :*** En 2019, la prévalence du **diabète connu** était de **26 %** chez les **60-69 ans** (*7 % chez les 18-69 ans*), **11 %** pour le **non connu** (soit une prévalence globale de 37 %, *5 % chez les 18-69 ans pour une prévalence globale de 12 %*) et 22 % pour le prédiabète[369] [70].
En 2008 et selon une méthodologie différente[370], la prévalence globale du diabète (connu et non connu) était de : 26 % chez les 60-69 ans, 14 % connu et 12 % non connu (*5 % et 6 % chez les 30-69 ans*) [61].

► ***Hypertension artérielle :*** En 2019, la **prévalence** de l'HTA était de **83 %** chez les 60-69 ans [69] (*38 % chez les 18-69 ans*, et 62 % en 2008 [61]). Parmi eux, 38 % avait connaissance de leur statut (*48 % chez les 18-69 ans*, et 28 % en 2008 [61]), 50 % suivaient un traitement pharmacologique et 29 % était contrôlé[371] [69].

► ***Hépatites B, C et Delta :*** En 2019, **la prévalence de l'infection en cours par l'hépatite B** (VHB) **est de 3 % chez les 50-69 ans** (*3 % chez les 15-69 ans*), 51 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et 11 % pour une immunisation par la vaccination (*28 %*) [59].
Les infections par l'**hépatite C** et **Delta** demeurent faibles sur le territoire et cette classe d'âge ne semble pas ou prou concernée (*respectivement 0,2 % et 0,7 % chez les 15-69 ans*) [59].

► **Autres maladies déclarées :** En 2019, les prévalences déclarées des différentes pathologies sont les plus importantes pour l'**HTA**, 55 % chez les 65-74 ans et 45 % chez les 75 ans ou plus (*12 % chez les 15 ans ou plus*) contre 36 % et 42 % en Métropole, et les **pathologies du dos**, respectivement 48 % et 44 % (*22 % chez les 15 ans ou plus*) contre 43 % et 49 % [44].
En fonction de l'âge, la troisième pathologie qui ressort varie. Il s'agit alors du **diabète** pour les **65-74 ans** : 35 % (*6 % chez les 15 ans ou plus*) contre 16 % en Métropole ; et de l'**arthrose** pour les **75 ans ou plus** : 27 % (*9 %)* contre 63 % en Métropole (*Figure 307*) [44].

Figure 307 : Maladies déclarées chez les 65 ans ou plus de Mayotte, en 2019



Champ : Habitants de 65 ans ou plus
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS 2019* [44]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[369] Le prédiabète est constaté quand la glycémie d'une personne est plus élevée que la normale, mais pas assez pour un diagnostic de diabète de type 2. Le prédiabète est identique à l'intolérance au glucose (IG) ou à l'hyperglycémie modérée à jeun (HMJ). Certaines personnes atteintes de prédiabète pourraient avoir besoin de prendre des médicaments pour maîtriser leur glycémie.
[370] En 2008, la prévalence du diabète était déterminée suite au dosage de l'HbA1c (hémoglobine glyquée) 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 %. En 2019, il s'agissait d'une mesure directe de l'HbA1c. Le statut diabétique était défini si le taux d'HbA1c était supérieur à 6,5 %.
[371] 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.

i) Principales causes de décès

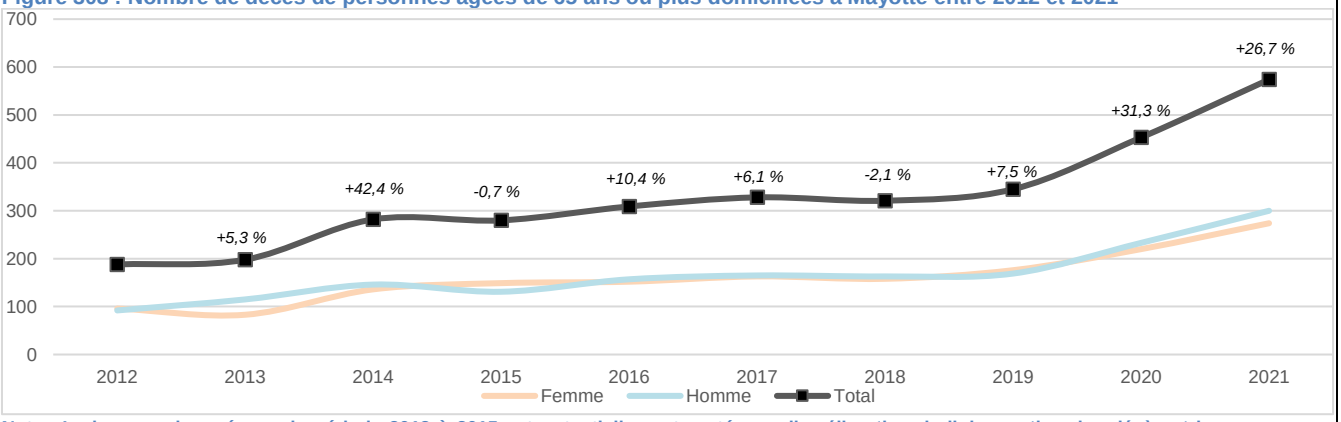
Sur la période de 2015 à 2017, en moyenne **308 décès** d'individus de 65 ans ou plus ont été observés, soit **44 %** des décès sur cette période, 83 % en Métropole.

Chez les **femmes** de 65 ans ou plus, la première cause de décès reste les « **maladies de l'appareil circulatoire** » (31 %, *24 % sur l'ensemble des classes d'âge chez les femmes*), suivies des « **tumeurs** » (13 %, *15 %*) et des « **maladies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles** » (8 %, *7 %*) (*Tableau 109*).

Chez les **hommes**, on retrouve les trois mêmes premières causes que chez les femmes. Ainsi les « **maladies de l'appareil circulatoire** » tiennent également la première place (33 %, *22 % sur l'ensemble des classes d'âge chez les hommes*), suivies des « **tumeurs** » (17 %, *15 %*) et des « **maladies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles** » (7 %, *7 %*) (*Tableau 101*).

A noter que chez les 65 ans ou plus, la part de décès classés « Symptômes et états morbides mal définis » est de **25 %** (*24 % sur l'ensemble des classes d'âge)*.

Figure 308 : Nombre de décès de personnes âgées de 65 ans ou plus domiciliées à Mayotte entre 2012 et 2021



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 : Personnes âgées de 65 ans ou plus domiciliés à Mayotte et décédées
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 109 : Moyenne par an et part de décès de 65 ans ou plus domiciliés à Mayotte par cause sur la période de 2015 à 2017

Cause détaillée	Mayotte		Métropole	
	Part chez les femmes (%)	Part chez les hommes (%)	Part chez les femmes (%)	Part chez les hommes (%)
Maladies infectieuses et parasitaires	3	2	2	2
Tumeurs	13	17	21	31
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	0	0
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	8	7	4	3
Troubles mentaux et du comportement	1	2	6	4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3	3	8	6
Maladie de l'appareil circulatoire	31	33	28	25
Maladies de l'appareil respiratoire	7	6	8	9
Maladies de l'appareil digestif	2	3	4	4
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	1	0	0
Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	0	0	1	1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2	3	2	2
Complications de grossesse, accouchements et puerpéralité	0	0	0	0
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0	0	0	0
Malformations congénitale et anomalies chromosomiques	0	0	0	0
Symptômes et états morbides mal définis	26	21	1	8
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	3	2	5	5
Toutes causes confondues (effectif)	156	152	260 013	225 033

Champs : Décès domiciliés chez les de 65 ans ou plus, causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Chapitre 4. Communes

1. Acoua

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.

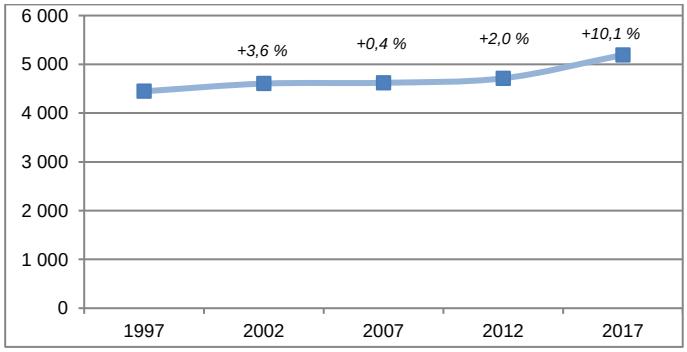
Démographie

La commune d'Acoua est constituée de deux villages : **M'tsangadoua** et **Acoua**.

En 2017, 5 192 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 396 habs/km²**, soit 3 % de la population totale de Mayotte [24]. 79 % de la population de la commune d'Acoua est de nationalité française [24].
Le **taux d'accroissement annuel** est de **+2,0 % par an entre 2012-2017** (+3,0 % de solde naturel et -1,0 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +0,4 % (2002-2007 : +0,1 %, 1997-2002 : +0,7 %) [24].

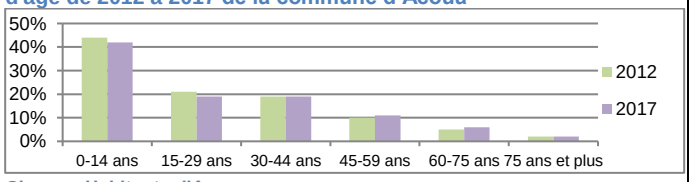


Figure 309 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune d'Acoua



Champ : Habitants d'Acoua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 310 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune d'Acoua



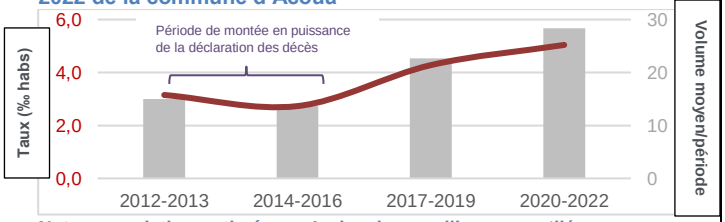
Champ : Habitants d'Acoua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **42 %** de la population d'Acoua (*44 % pour la population totale*) [24].
50 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **8%** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 310*).

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **33,1 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **18 %** des familles sont **monoparentales**, 8 % des couples sans enfant, 56 % des couples avec enfant(s) et **17 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **4,3 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Acoua (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Suite à la crise Covid-19, le taux a augmenté de +18 % : 5,0 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 311*) [116].
1,4 à 3 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune d'Acoua sur la période 2012 (3 %) à 2022 (3 %) [116].

Figure 311 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune d'Acoua



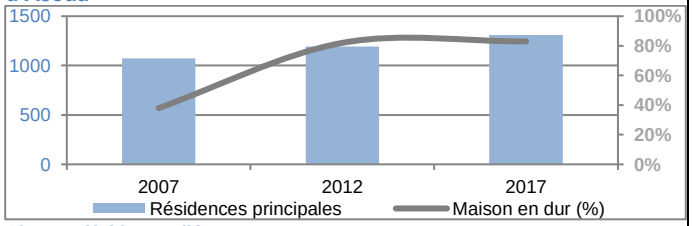
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Acoua
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **1 310 résidences principales** (*Figure 312*) sont présentes dans la commune, soit 2 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,0**) dont **14 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +22 %** [24].

Figure 312 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune d'Acoua



Champ : Habitants d'Acoua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **55 %** des ménages de la commune d'Acoua disposent du **confort de base**, soit une **amélioration de +25 points** par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+12 points** [24] (*Tableau 110*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 110 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune d'Acoua

%	2012	2017	*Mayotte (2017)*
Accès à l'eau	71	83	*71*
Eau dans la cours	18	10	*12*
Chez un parent/tiers	3	2	*5*
BFM	0	1	*5*
Des points d'Eaux		4	*6*
Accès à l'électricité	95	93	*90*
Dispose d'un confort de base	30	55	*41*
Un réfrigérateur	63	75	*71*
Un congélateur	76	79	*72*
Télévision	78	78	*77*
Ordinateur	30	34	*32*
Une connexion internet		30	*28*
Véhicule deux roues		5	*23*
Une voiture	23	32	*28*

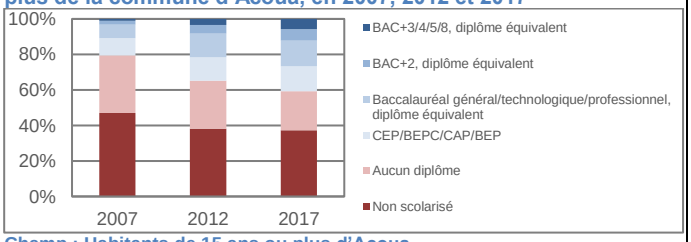
Champ : Habitants d'Acoua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune d'Acoua **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **27 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 11 % et 22 % en 2012 [24] (*Figure 313*).
70 % des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Acoua sont **scolarisés** (-10 points par rapport à 2012, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **96-97 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **84 %** pour les **15-18 ans** (-4 points, *88 %*) [24].
Le taux global de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **13 %** (+5 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 313 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune d'Acoua, en 2007, 2012 et 2017

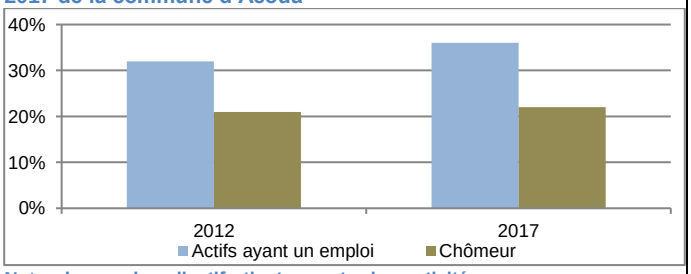


Champ : Habitants de 15 ans ou plus d'Acoua
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **36 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +4 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 314*).

Figure 314 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune d'Acoua



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans d'Acoua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population d'Acoua couverte par le **RSA**[372] est de **7 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,7 %** sur cette période (-0,2 point, *0,5 %*). **0,2 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[373] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **56 % des 65 ans ou plus** (stable, *43 %*) [110] (*Tableau 111*).

Tableau 111 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune d'Acoua

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	147	151
× Part chez les 25 à 59 ans*	8 %	7 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	426	425
× Part en population générale *	8 %	7 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	17	15
× Part chez les 20 à 59 ans*	0,9 %	0,7 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	5***	5***
× Part chez les moins de 20 ans*	0,2 %	0,2 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	916	892
× Part chez les 6-18 ans *	52 %	47 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	5***	5***
× Part en population générale *	0,1 %	0,1 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[374])	152	165
× Part chez les 65 ans ou plus *	56 %	56 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS). * les effectifs présentés ici étant inférieur à 10, ils sont imputés par 5.**
Champ : Habitants d'Acoua
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[372] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[373] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[374] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune d'Acoua, la qualité de l'eau du robinet est très bonne avec une conformité Bactériologique de 95-100 % [74] (*Tableau 112*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 2 plages surveillées (Tsoha et Foumbouni), 1 est de bonne qualité et 1 de qualité excellente [117] (*Tableau 113*).

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 13 % des ménages d'Acoua sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 58 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et **29 % à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 315*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **65 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, **Acoua**, M'tsamboro, Bandraboua ou Koungou déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **87 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99].
A contrario, ils sont **28 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **27 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **85 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].
Enfin, concernant le **brossage des dents**, **36 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 9 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés dans le Nord de l'île déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune d'Acoua présente une **densité « intermédiaire » des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 316*).

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune d'Acoua est munie d'**une PMI** et d'**une pharmacie** [119]. Aucune structure médico-sociale n'est présente dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune d'Acoua est pourvue de **7 infirmiers** soit une densité de 115,5 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 64,5*) [47].

Tableau 112 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune d'Acoua

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	100	100	95-100

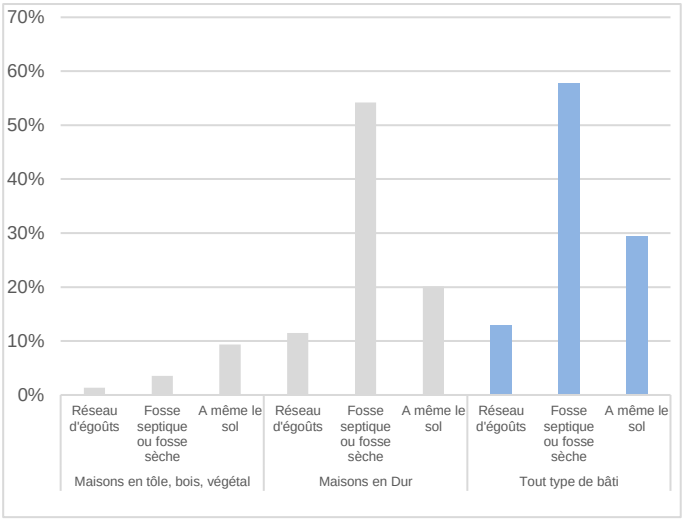
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [74]

Tableau 113 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune d'Acoua

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente			1		1			1
Bonne		1		1				1
Suffisante								
Insuffisante								
Interdite*			2	2	2	2	2	

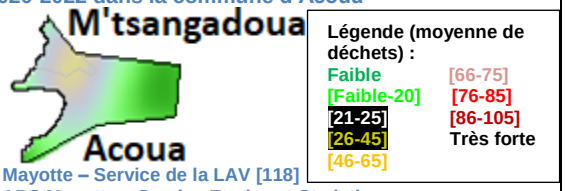
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 315 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune d'Acoua



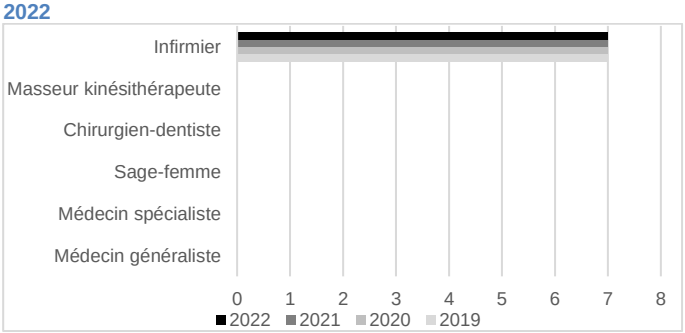
Note de lecture : 1,4 % des maisons d'Acoua sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 13 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages d'Acoua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 316 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune d'Acoua



Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 317 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Acoua et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants d'Acoua
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

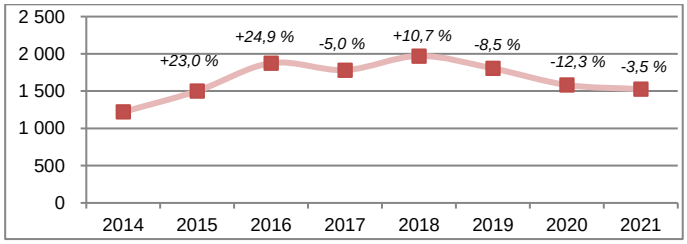
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI M'tsamboro-**Acoua**[375], **1 527 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+25 % par rapport à 2014, *+37 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[376] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,11 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **30 %** (-2 points par rapport à 2014) des consultations, **6 %** pour les **65 ans ou plus** (+1 point) (*Figure 319*) [120].

► **Recours aux centres de consultations :** En 2022, La commune d'Acoua est **dépourvue** de centre de consultations, **les plus proches** se situant dans les communes de Bandraboua, à **Dzoumogné**, **M'tsamboro** et **M'tsangamouji**. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **5 067 consultations par an** d'habitants d'Acoua ont été constatées dans l'un des centres de proximité, soit **1,9 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,87 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **27 %** des consultations des habitants d'Acoua dans l'un des centres (*31 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121]. 61 % des habitants d'Acoua se rendent au centre de consultations de **Dzoumogné**, 21 % à celui de **M'tsamboro** et 7 % pour **M'tsangamouji** et 7 % à **Jacaranda** [121].

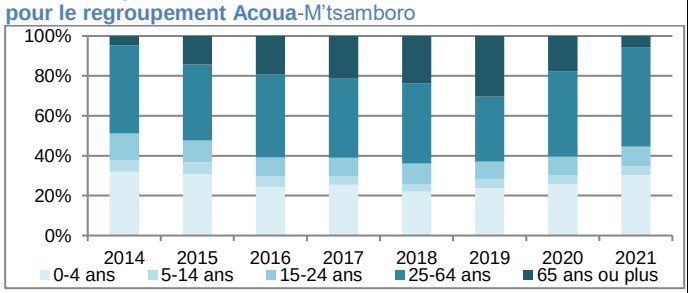
► **Recours aux permanences des soins :** Le centre de référence incluant une permanence des soins le **plus proche** d'Acoua se situe dans la commune de Bandraboua, à **Dzoumogné**. En moyenne sur la période 2020 à 2022, **1 091 consultations par an** concernant des habitants d'Acoua ont été observées, soit **2 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,19 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **39 %** des consultations des habitants d'Acoua dans l'une des permanences (*41 %*) et **11 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121]. 94 % des habitants d'Acoua se rendent à la permanence de soins de **Dzoumogné** et 4 % à celle de **Kahani** (commune de Ouangani) [121].

Figure 318 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Acoua-M'tsamboro



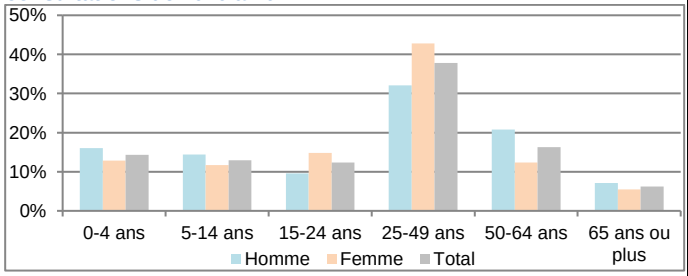
Champ : Habitants d'Acoua et M'tsamboro
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 319 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Acoua-M'tsamboro



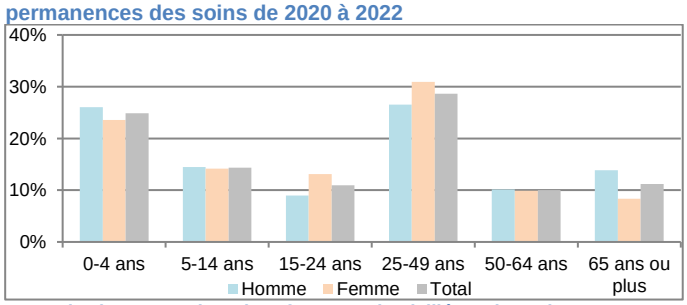
Champ : Habitants d'Acoua et M'tsamboro
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 320 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants d'Acoua ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune d'Acoua et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 43 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants d'Acoua ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 321 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants d'Acoua ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune d'Acoua et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 43 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants d'Acoua ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[375] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons M'tsamboro-Acoua.
[376] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► **Consultations libérales :** La commune d'Acoua présente un taux de **couverture à la PUMa** (ancienne Sécurité sociale) compris entre **75 et 80 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].
Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,40 par habitant** de la commune (*0,51 sur le territoire*) [110]. **0,67 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,52*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **5,9 actes par habitant** de la commune (*6,8*) [110] (*Tableau 114*).
► **Autres types de recours :** En 2021, près de **2 050 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** d'Acoua, soit **8 %** à l'échelle du département, ainsi que près de **2 400 enfants** de 0-6 ans de Mayotte (***7 %***) [52].

Tableau 114 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune d'Acoua

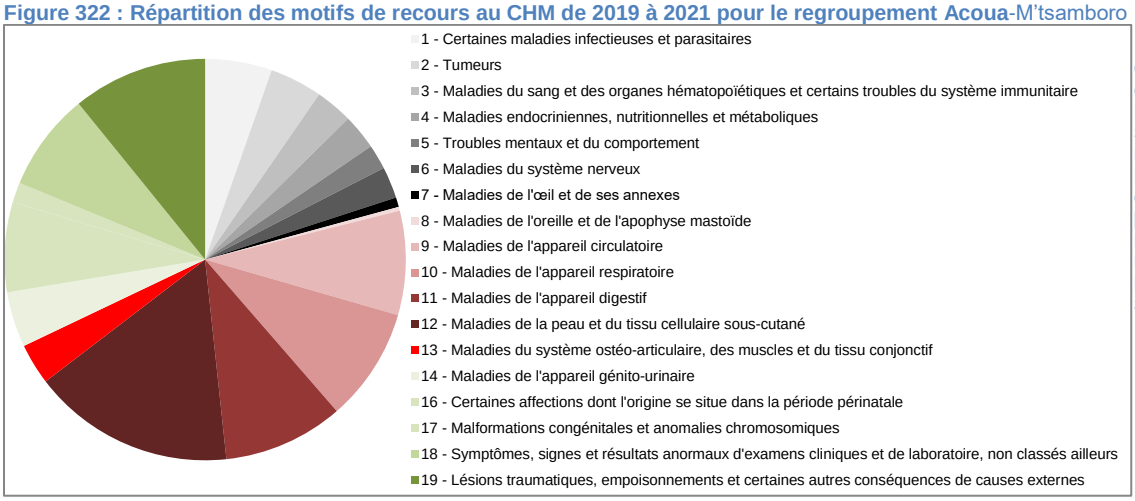
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	2 360	**1,6 %**
x Taux de consultations par habitant	0,4	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	51	**1,9 %**
x Taux de consultations par habitant	0,009	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	940	**2 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,7	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	46	**2 %**
x Taux de consultations par habitant	0,008	0,007
Actes des infirmiers libéraux	35 164	**1,8 %**
x Taux d'actes par habitant	5,9	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	3 922	**3 %**
x Taux d'actes par habitant	0,7	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	41 518	**1,8 %**
x Taux de ventes par habitant	7,0	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune d'Acoua sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017.
Champ : Habitants d'Acoua
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

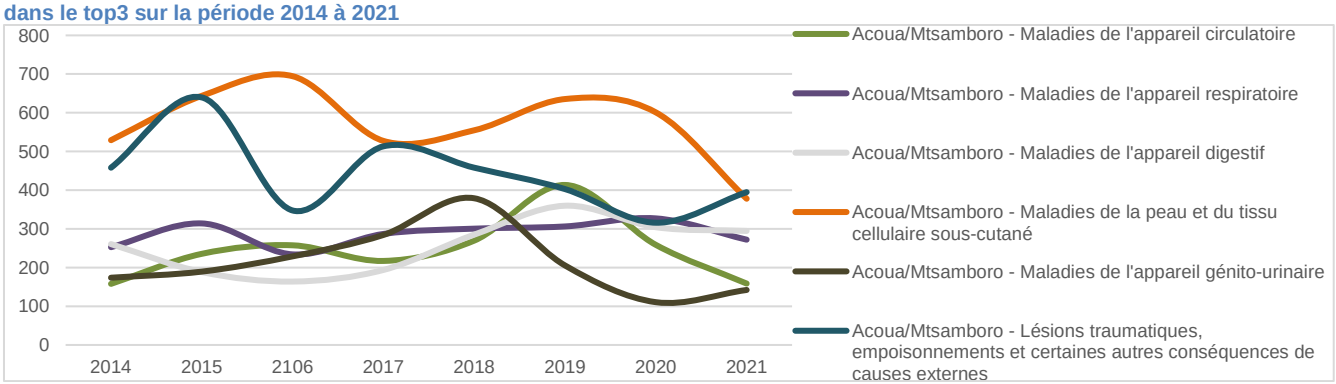
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (25 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (48 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,8 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (16 %, *3 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, *3 %*) et des « **maladies de l'appareil digestif** » (10 %, *1,7 %*) [120] (*Figure 322*).

Figure 322 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Acoua-M'tsamboro



Champ : Habitants d'Acoua et M'tsamboro
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 323 : Taux, pour 100 000 habitants d'Acoua-M'tsamboro, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants d'Acoua et M'tsamboro
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, **Acoua**, M'tsamboro, Bandraboua ou Koungou :
- **41 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **11 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **17 % aucun vaccin à jour** (*16 %*) ;
- **10 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **31 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).

Ils sont 19 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 20 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), **11 % sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 9 % en surpoids (*10 %*) [112].
23 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **0,5 % aucun** (*un sur cinquante*), et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 115*).

Tableau 115 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Nord (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	11
	Norme	80
	Surpoids	9
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	23
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	0,5
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	53
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	11
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	1
	Plusieurs fois par semaine	21
	Tous les jours	77
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	31
	Plusieurs fois par semaine	29
	Tous les jours	40
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	14
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	49
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	44
	Plusieurs fois par semaine	48
	Tous les jours	8
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	39
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	24
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	31
	Tous les jours	28
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	95
	Plusieurs fois par semaine	5
	Tous les jours	0,5
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	22
	<1 heure	32
	2 heures	40
	>3 heures	6

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes d'Acoua, M'tsamboro, M'tsangamouji, Koungou et Bandraboua
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

2 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **8 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **7 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **13 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **56 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **63 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **82 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **12 %** à déclarer **au moins cinq items négatifs**[377] (*10 %*) liés au bien-être, **11 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **5 % des 10-12 ans** du Nord **disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[378] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 10 MDO[379] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 1 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 5,9 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 116 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants d'Acoua

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	<5	0	0	<5
Hépatite A	0	<5	<5	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	0	<5	<5	<5
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	0	<5
TIAC	0	0	0	0

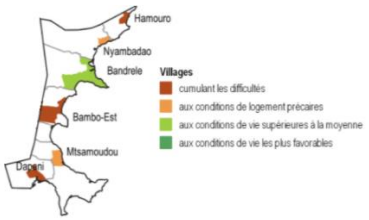
Champ : Habitants domiciliés à Acoua
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **3 %** des 15-69 ans vivant **dans le Nord** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 % à l'échelle du territoire*), 24 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **26 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **12 % des habitants de 30-69 ans du Nord de l'île étaient diabétiques**, 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 9 % ne le savaient pas [61].

[377] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[378] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[379] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

2. Bandrélé

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



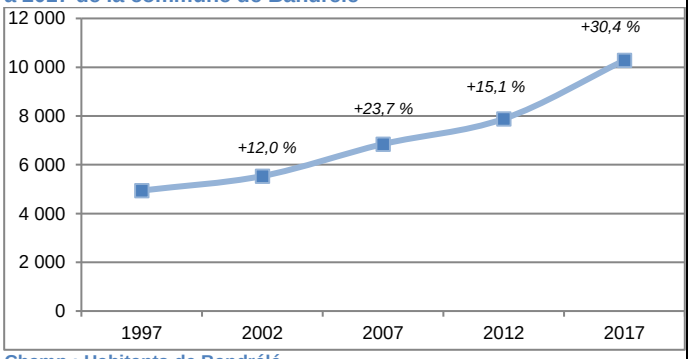
Démographie

La commune de Bandrélé est constituée de six villages : **Hamouro**, **Nymabadao**, **Bambo-Est**, **Dapani**, **Bandrélé** et **M'tsamoudou**.

En 2017, 10 282 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 281 habs/km²**, soit 4 % de la population totale de Mayotte [24]. 57 % de la population de la commune de Bandrélé est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+5,5 % par an entre 2012-2017** (+3,7 % de solde naturel et +1,7 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +2,9 % (2002-2007 : +4,3 %, 1997-2002 : +2,3 %) [24].

Figure 324 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Bandrélé

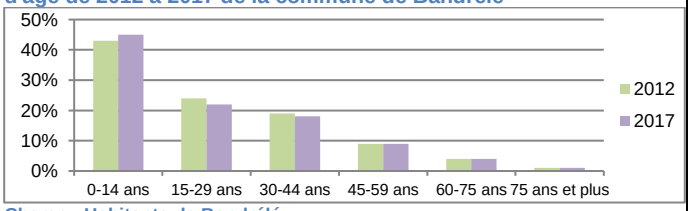


Champ : Habitants de Bandrélé
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **45 %** de la population de Bandrélé (*44 % pour la population totale*) [24].

50 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **5 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 325*).

Figure 325 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Bandrélé



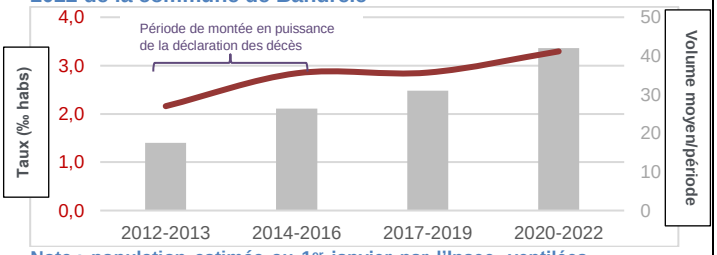
Champ : Habitants de Bandrélé
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **41,5 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **19 %** des familles sont **monoparentales**, 11 % des couples sans enfant, 52 % des couples avec enfant(s) et **18 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,9 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Bandrélé (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Suite à la crise Covid-19, le taux a augmenté de +15 % : 3,3 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 326*) [116].

3 % à 6 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Bandrélé sur la période 2012 (4 %) à 2021 (4 %) [116].

Figure 326 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Bandrélé



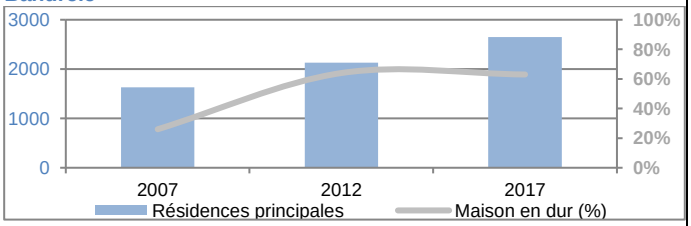
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Bandrélé
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **2 650 résidences principales** (*Figure 327*) sont présentes dans la commune, soit 4 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,9**) dont **38 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +63 %** [24].

Figure 327 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Bandrélé



Champ : Habitants de Bandrélé
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **40 %** des ménages de la commune de Bandrélé disposent du **confort de base**, soit une **amélioration de +8 points** par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+18 points** [24] (*Tableau 117*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 117 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Bandrélé

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	59	77	71
Eau dans la cour	29	13	12
Chez un parent/tiers	7	6	5
BFM	5	2	5
Des points d'Eaux		2	6
Accès à l'électricité	91	87	90
Dispose d'un confort de base	32	40	41
Un réfrigérateur	66	66	71
Un congélateur	66	69	72
Télévision	74	72	77
Ordinateur	27	29	32
Une connexion internet		27	28
Véhicule deux roues		11	23
Voiture	20	26	28

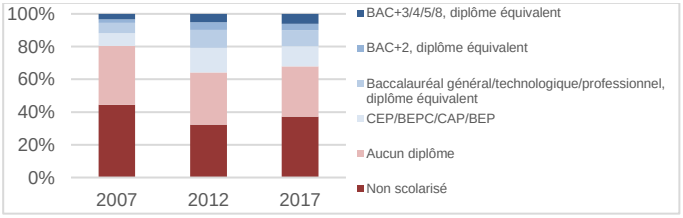
Champ : Habitants de Bandrélé
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Bandrélé **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **20 %** (*23 %*). Il est stable vis-à-vis de 2012 : 21 %, après avoir augmenté en 2007 : 12 % [24] (*Figure 328*).
En 2017, **74 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Bandrélé sont **scolarisés** (-6 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **92-94 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **77 %** pour les **15-18 ans** (-5 points, *88 %*) [24].
Le taux global de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **15 %** (+5 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 328 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Bandrélé, en 2007, 2012 et 2017

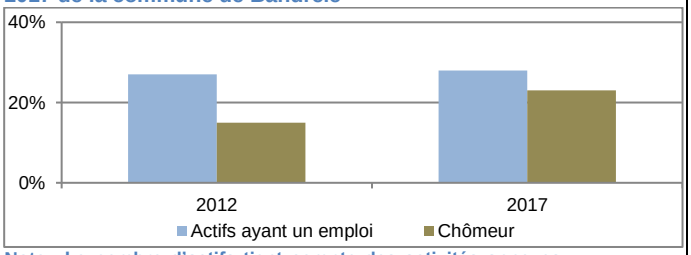


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Bandrélé
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **28 %** *(30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +1 point** par rapport à 2012 [24] (*Figure 329*).

Figure 329 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Bandrélé



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Bandrélé
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Bandrélé couverte par le **RSA**[380] est de **6 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,4 %** sur cette période (-0,1 point, *0,5 %*). **0,2 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[381] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **54 % des 65 ans ou plus** (-3 points, *43 %*) [110] (*Tableau 119*).

Tableau 118 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Bandrélé

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	261	246
× Part chez les 25 à 59 ans*	7 %	6 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	750	694
× Part en population générale *	7 %	6 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	17	16
× Part chez les 20 à 59 ans*	0,5 %	0,4 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	12	10
× Part chez les moins de 20 ans*	0,2 %	0,2 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	1 169	1 152
× Part chez les 6-18 ans *	34 %	31 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	24	24
× Part en population générale *	0,2 %	0,2 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[382])	198	202
× Part chez les 65 ans ou plus *	57 %	54 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
**** allocation de Rentrée scolaire (ARS).**
Champ : Habitants de Bandrélé
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[380] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[381] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[382] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Bandrélé, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 119*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 3 plages surveillées (Sakouli, Musical Plage et Dzona), 2 sont de bonne qualité et 1 de qualité excellente [117] (*Tableau 120*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **69 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, Chirongui, Bouéni, Kani-Kéli ou **Bandrélé** déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **89 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont **27 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **22 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **88 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99]. Enfin, concernant le **brossage des dents**, **48 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 10 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 16 % des ménages de Bandrélé sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 53 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et **30 % à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 330*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Bandrélé présente une **densité forte des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 331*).

Tableau 119 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Bandrélé

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	95-100	100	100

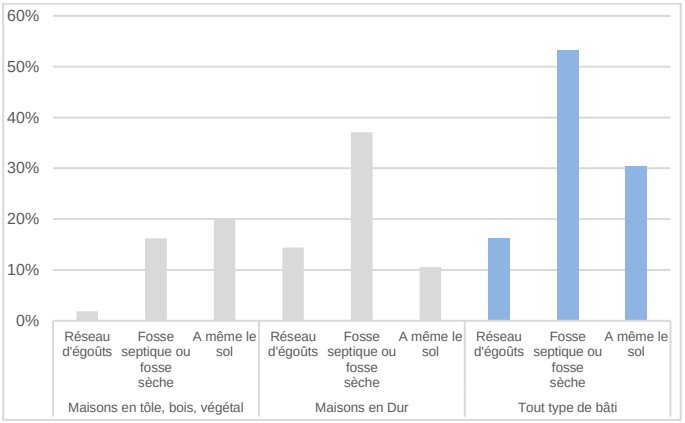
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [74]

Tableau 120 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Bandrélé

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente	2	3	3	2	2	3	2	1
Bonne	1			1	2		1	2
Suffisante								
Insuffisante	1	2	2	2	1			
Interdite*			1	1	1	3	3	

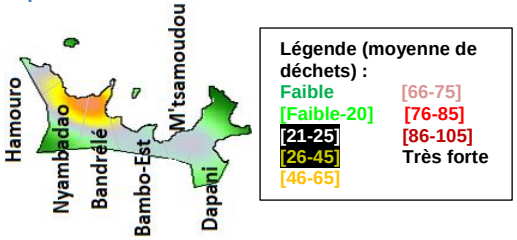
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 330 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Bandrélé



Note de lecture : 1,9 % des maisons de Bandrélé sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 16 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Bandrélé
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 331 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Bandrélé



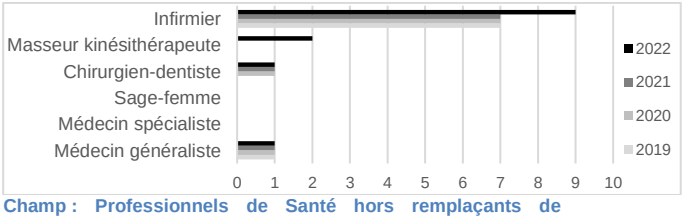
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistique

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge** : En 2023, la commune de Bandrélé est munie de **deux PMI**, d'**une pharmacie**, d'**un centre de consultations** et d'**un centre de santé spécialisé en ophtalmologie** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un IME-Sessad** et un **PCPE** gérés par l'**Apajh** et **un Samsah** géré par l'**Alefpa** sont présents dans la commune [123].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) : En 2022, la commune de Bandrélé est pourvue de **9 infirmiers** soit une densité de 75,0 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 64,5),* **2 masseurs-kinésithérapeutes** soit une densité de 16,7 (*17,4*), **1 médecin généraliste** soit une densité de 8,3 (*9,4*) et **1 chirurgien-dentiste**, soit une densité de 8,3 (*3,7*) [47].

Figure 332 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Bandrélé et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Bandrélé
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

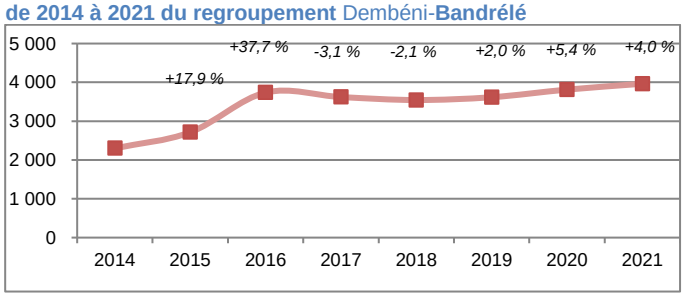
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI Dembéni-**Bandrélé**[383], **3 964 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+72 % par rapport à 2014, *+37 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[384] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,13 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **32 %** (stable par rapport à 2014) des consultations, **13 %** pour les **65 ans ou plus** (+9 points) (*Figure 334*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Bandrélé est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **11 276 consultations par an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Bandrélé soit **4 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,86 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **33 %** des consultations des habitants de Bandrélé dans l'un des centres (*31 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 335*). 75 % des habitants de Bandrélé se rendent au centre de consultations de **M'ramadoudou** (commune de Chirongui), 15 % à celui de leur **commune de domicile** et 4 % à **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) [121].

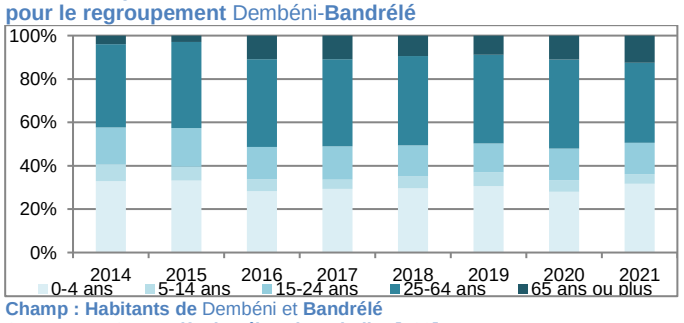
► **Recours aux permanences des soins :** Le centre de référence incluant une permanence des soins le **plus proche** de Bandrélé se situe dans la commune de Chirongui, à **M'ramadoudou**. En moyenne sur la période 2020 à 2022, **3 365 consultations par an** concernant des habitants de Bandrélé ont été observées, soit **6 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,26 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **46 %** des consultations des habitants de Bandrélé dans l'une des permanences (*41 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 336*). 95 % des habitants de Bandrélé se rendent à la permanence de soins de **M'ramadoudou** [121].

Figure 333 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Dembéni-**Bandrélé**



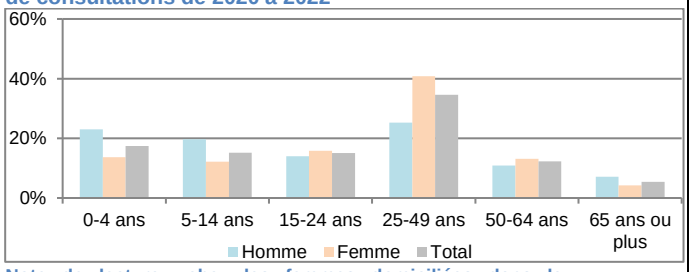
Champ : Habitants de Dembéni et **Bandrélé**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 334 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Dembéni-**Bandrélé**



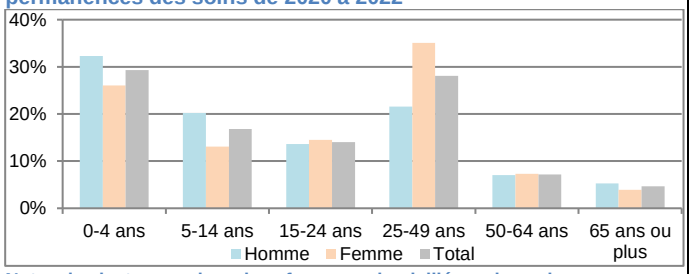
Champ : Habitants de Dembéni et **Bandrélé**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 335 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Bandrélé ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Bandrélé et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 41 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Bandrélé ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 336 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Bandrélé ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Bandrélé et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 35 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Bandrélé ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[383] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Dembéni-Bandrélé.
[384] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► **Consultations en libérales**

La commune de Bandrélé présente un taux de **couverture à la PUMa** (ancienne Sécurité sociale) compris entre **60 et 75 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,5 par habitant** de la commune (*0,5 sur le territoire*) [110]. **0,5 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **8,3 actes par habitant** de la commune (*6,8*) [110] (*Tableau 121*).

► **Autres types de recours :** En 2021, près de **950 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** de Bandrélé, soit **4 %** à l'échelle du département ainsi que près de **700 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **2 %** [52].

Tableau 121 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Bandrélé

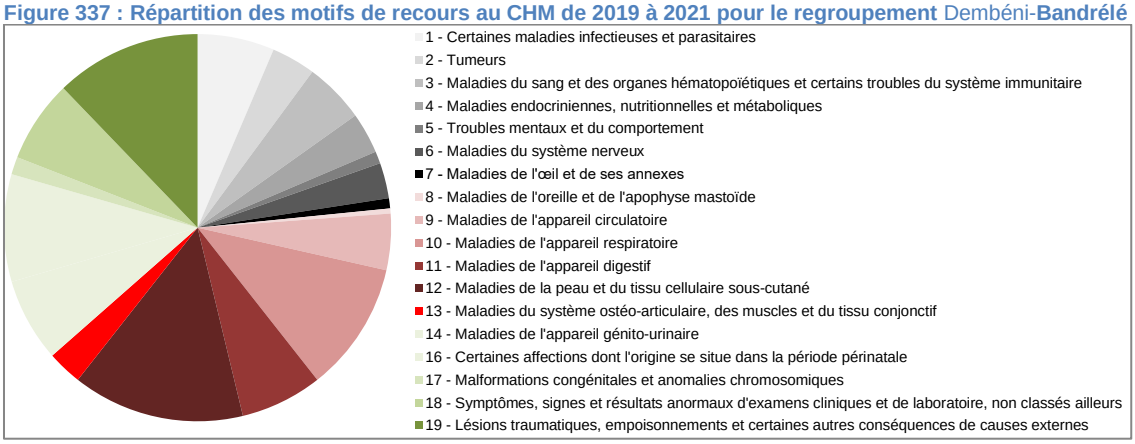
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	5 510	**4 %**
x Taux de consultations par habitant	0,5	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	106	**4 %**
x Taux de consultations par habitant	0,009	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 526	**4 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	59	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,005	0,007
Actes des infirmiers libéraux	97 927	**5 %**
x Taux d'actes par habitant	8,3	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	4 173	**4 %**
x Taux d'actes par habitant	0,4	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	82 157	**4 %**
x Taux de ventes par habitant	7,0	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Bandrélé sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Bandrélé
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

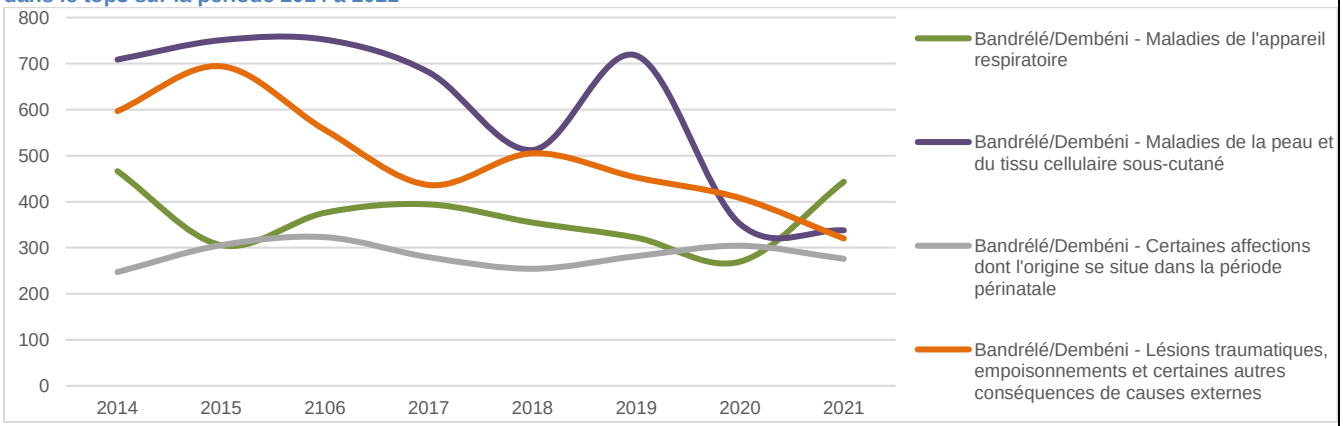
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (27 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (46 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,3 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (14 %, *3 %*), suivies des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (11 %, *4 %*) et de « **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » (9 %, *2 %*) [120] (*Figure 337*).

Figure 337 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Dembéni-**Bandrélé**



Champ : Habitants de Dembéni et **Bandrélé**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 338 : Taux, pour 100 000 habitants de Dembéni-**Bandrélé, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021**



Champ : Habitants de Dembéni et **Bandrélé**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, Chirongui, Bouéni, Kani-Kéli ou **Bandrélé** :
- **40 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **12 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **7 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **2 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **38 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).
Ils sont 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 25 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), **9 % sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 17 % en surpoids (*10 %*) [112].
21 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 18 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 122*).

Tableau 122 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Sud (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	9
	Norme	75
	Surpoids	17
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	21
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	48
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	15
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	0
	Plusieurs fois par semaine	19
	Tous les jours	81
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	19
	Plusieurs fois par semaine	35
	Tous les jours	46
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	17
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	38
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	40
	Plusieurs fois par semaine	40
	Tous les jours	20
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	38
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	26
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	20
	Plusieurs fois par semaine	30
	Tous les jours	50
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	99
	Plusieurs fois par semaine	1
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	18
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	10
	<1 heure	29
	2 heures	54
	>3 heures	8

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Bandrélé, Chirongui, Kani-Kéli, Bouéni et Sada
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

6 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **10 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **3 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **17 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **68 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **56 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **88 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **14 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[385] (*10 %*) liés au bien-être, **20 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **3 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[386] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 71 MDO[387] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 7 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 18,6 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 123 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Bandrélé

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	<5	<5
Hépatite A	0	0	0	0
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	<5	8	7	
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	<5	<5
TIAC	46	0	<5	

Champ : Habitants domiciliés à Bandrélé
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **4 %** des 15-69 ans vivant **dans le Sud** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 % à l'échelle du territoire*), 25 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **36 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **8 % des habitants de 30-69 ans du Sud de l'île étaient diabétiques** (*11 %*), 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 5 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[385] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[386] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[387] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

3. Mamoudzou

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



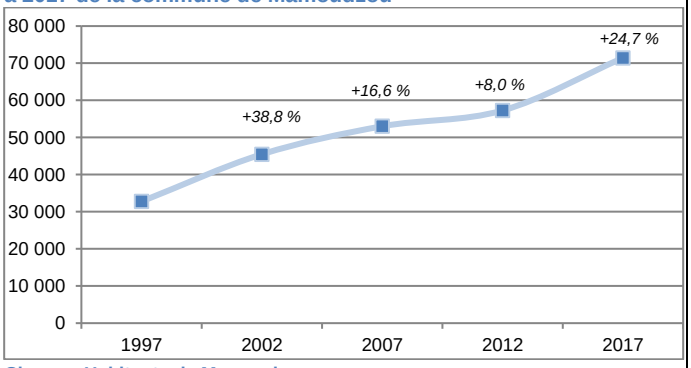
Démographie

La commune de Mamoudzou est constituée de huit villages : **Kawéni**, **Cavani**, **Mamoudzou**, **Vahibé**, **M'tsapéré**, **Passamainty**, **Tsoundzou I** et **Tsoundzou II**.

En 2017, 71 437 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 1 689 habs/km²**, soit 28 % de la population totale de Mayotte [24]. 42 % de la population de la commune de Mamoudzou est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+4,5 % par an entre 2012-2017** (+3,5 % de solde naturel et +0,8 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +1,6 % (2002-2007 : +3,1 %, 1997-2002 : +6,8 %) [24].

Figure 339 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Mamoudzou

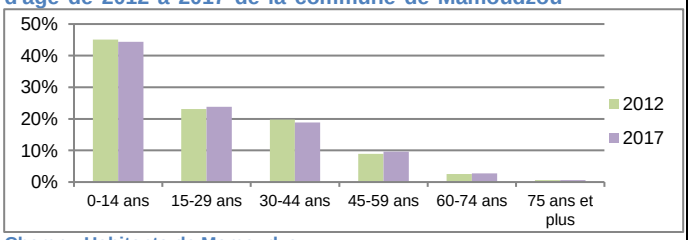


Champ : Habitants de Mamoudzou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **44 %** de la population de Mamoudzou (*44 % pour la population totale*) [24].

52 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **4 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 340*).

Figure 340 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Mamoudzou



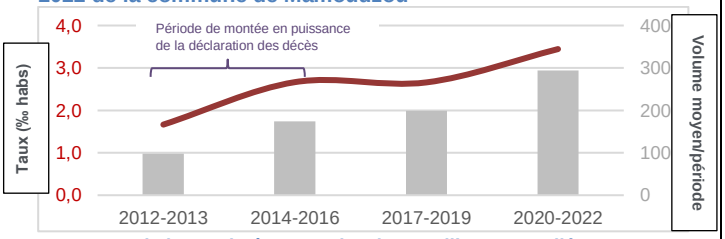
Champ : Habitants de Mamoudzou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **42,3 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **30 %** des familles sont **monoparentales**, 10 % des couples sans enfant, 46 % des couples avec enfant(s) et **15 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,7 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Mamoudzou (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +30 % : 3,4 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 341*) [116].

18 à 29 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Mamoudzou sur la période 2012 (22 %) à 2022 (29 %) [116].

Figure 341 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Mamoudzou



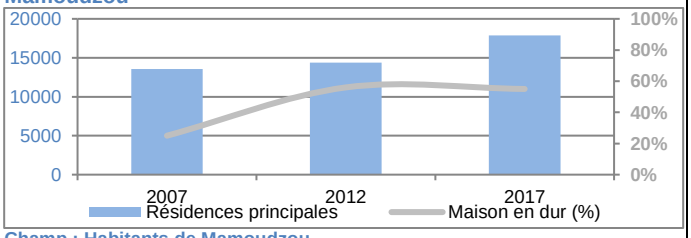
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Mamoudzou
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **17 871 résidences principales** (*Figure 342*) sont présentes dans la commune, soit 28 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,0**) dont **43 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +32 %** [24].

Figure 342 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Mamoudzou



Champ : Habitants de Mamoudzou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **37 %** des ménages de la commune de Mamoudzou disposent du **confort de base**, soit une **amélioration de +1 point** par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+4 points** [24] (*Tableau 124*).

Tableau 124 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Mamoudzou

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	64	68	71
Eau dans la cour	14	11	12
Chez un parent/tiers	10	5	5
BFM	9	8	5
Des points d'Eaux		7	6
Accès à l'électricité	95	93	90
Dispose d'un confort de base	36	37	41
Un réfrigérateur	75	72	71
Un congélateur	66	70	72
Télévision	83	78	77
Ordinateur	31	33	32
Une connexion internet		29	28
Véhicule deux roues		13	23
Voiture	22	25	28

Champ : Habitants de Mamoudzou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

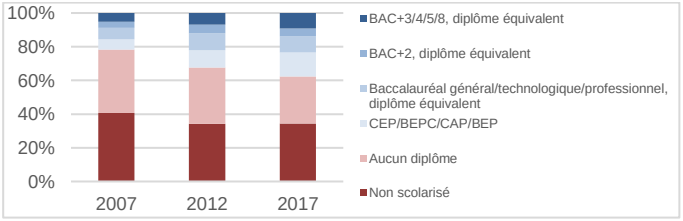
Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. Un logement est considéré comme dépourvu du confort sanitaire de base s'il est privé d'un des trois éléments que sont l'eau courante, une baignoire ou une douche, des WC à l'intérieur.

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Mamoudzou **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **23 %** (*23 %*). Il est stable vis-à-vis de 2012 : 22 %, après avoir augmenté en 2007 : 16 % [24] (*Figure 343*).
En 2017, **59 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Mamoudzou sont **scolarisés** (-4 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **93 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **80 %** pour les **15-18 ans** (-4 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **18 %** (+5 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 343 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Mamoudzou, en 2007, 2012 et 2017

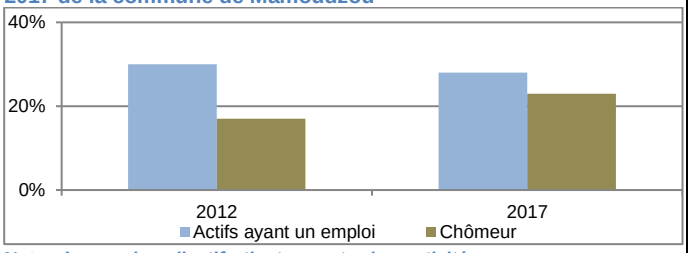


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mamoudzou
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **28 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*). Il a **diminué de -2 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 344*).

Figure 344 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Mamoudzou



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Mamoudzou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Mamoudzou couverte par le **RSA**[388] est de **4 %** (stable avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,5 %** sur cette période (+0,1 point, *0,5 %*). **0,1 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[389] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **25 % des 65 ans ou plus** (-1 point, *43 %*) [110] (*Tableau 125*).

Tableau 125 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Mamoudzou

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	1 128	1 061
× Part chez les 25 à 59 ans*	4 %	4 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	3 113	2 803
× Part en population générale *	4 %	3 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	109	131
× Part chez les 20 à 59 ans*	0,4 %	0,5 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	49	50
× Part chez les moins de 20 ans*	0,1 %	0,1 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	5 704	5 449
× Part chez les 6-18 ans *	23 %	20 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	405	408
× Part en population générale *	0,5 %	0,5 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[390])	385	404
× Part chez les 65 ans ou plus *	26 %	25 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de Mamoudzou
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[388] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[389] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[390] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune, la qualité de l'eau du robinet est très bonne avec une conformité Bactério de 95-100 % [74] (*Tableau 126*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022, la seule plage sous surveillance (Le Pendu) est de bonne qualité [117] (*Tableau 127*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **69 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Mamoudzou déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **97 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **81 % avant de manger** (*78 %*) [99]. A contrario, ils sont alors **20 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **21 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **77 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99]. Enfin, concernant le **brossage des dents**, **39 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 11 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **34 % des enfants** de 10-12 ans déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 16 % des ménages de Mamoudzou sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 53 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et **30 % à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 345*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Bandrélé présente une **densité « intermédiaire » des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 346*).

Tableau 126 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Mamoudzou

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	90-95	90-95	95-100	100	95-100

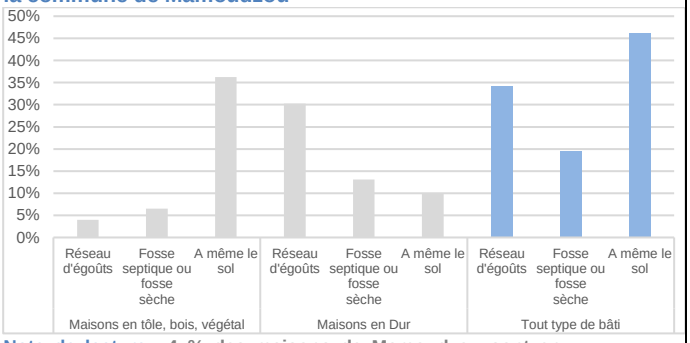
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 127 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Mamoudzou

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente		1						
Bonne			1	1	1	1	1	1
Suffisante	1							
Insuffisante	1	2	1	1	1	1		
Interdite*			1	1	1	1	2	

Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 345 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Mamoudzou



Note de lecture : 4 % des maisons de Mamoudzou sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 34 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Mamoudzou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 346 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Mamoudzou



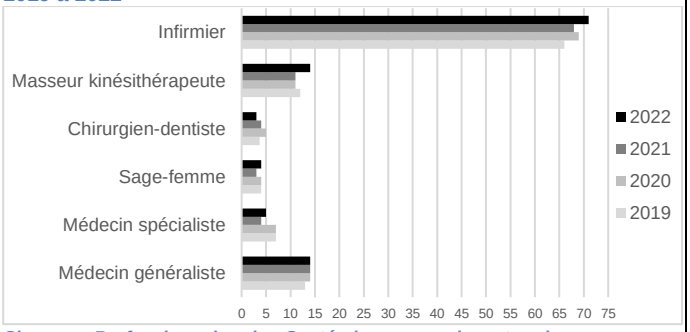
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, **un CH** avec **maternité**, **deux MSP**, **trois centres de dialyse**, **trois PMI**, **huit pharmacies, deux laboratoires d'analyse** et **trois centres de consultations** sont présents [119]. Six collèges avec infirmière scolaire permettant aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. Ainsi qu'**Un Pprap**, **un Sessad**, **un IME**, **un Camsp** gérés par **Mlézi Maoré**, **un Fmapar** par **Fram**, **deux SSIAD** par la **CRF**, **un Mas** et **un EEAP** par OZM, et une **PEA** [123].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune est pourvue de **14 généralistes** soit une densité de 16,8 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 9,4*), **5 spécialistes** soit une densité de 6,0 (*2,0*), **4 sages-femmes** soit 18,2 (*20,8*), **3 chirurgiens-dentistes** soit 3,6 (*3,7*), **14 masseurs-kiné** soit 16,8 (*19,7*), **4 orthophonistes** soit 4,8 (*2,7*), **1 diététicien** soit 1,2 (*0,7*), **71 infirmiers** soit 85,2 (*64,5*), **4 orthoptistes** soit 4,8 (*1,3*), **5 psychologues** soit 6,0 (*2,0*), **1 psychomotricien** soit 1,2 (*1,0*), **4 opticiens-lunetiers** soit 4,8 (*1,7*), **1 pédicure-podologue** soit 1,2 (*0,7*) et **6 ostéopathes**, soit 7,2 (*3,3*) [47].

Figure 347 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Mamoudzou et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Mamoudzou
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

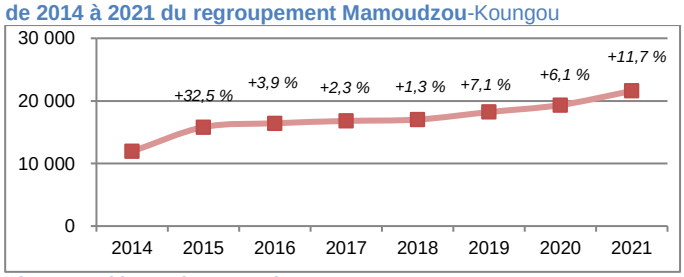
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI **Mamoudzou**-Koungou[391], **12 085 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+81 % avec 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[392] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,17 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **27 %** (-3 points par rapport à 2014) des consultations, **10 %** pour les **65 ans ou plus** (+6 points) (*Figure 349*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Mamoudzou est **pourvue** de plusieurs centres de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **63 736 consultations/an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune soit **25 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,72 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **33 %** des consultations des habitants de Mamoudzou dans l'un des centres (*31 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 350*). 60 % des habitants se rendent au site de **Jacaranda**, 18 % pour **M'tsapéré**, 14 % **Passamainty** (Lieux de la commune de Mamoudzou) et 3 % à Koungou [121].

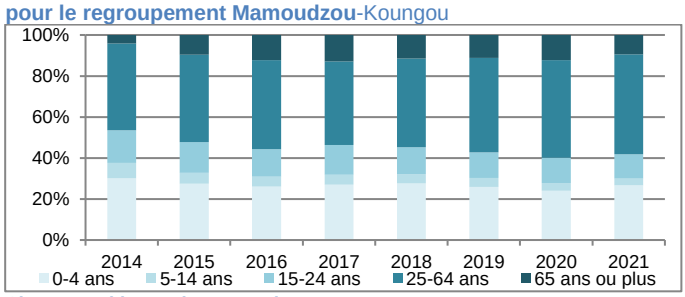
► **Recours aux permanences des soins :** Les centres de référence incluant une permanence des soins les **plus proches** de Mamoudzou se situe dans la commune de Ouangani, à **Kahani**, et dans celle de **Dzaoudzi**. En moyenne sur la période 2020 à 2022, **2 253 consultations par an** concernant des habitants de Mamoudzou ont été observées, soit **4 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,03 par habitant de la commune (*0,20*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **31 %** des consultations des habitants de Mamoudzou dans l'une des permanences (*41 %*) et **3 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 351*). 36 % des habitants de Mamoudzou se rendent à la permanence de soins de **Dzaoudzi**, 24 % à celle de **M'ramadoudou** (commune de Chirongui), 23 % à celle de **Kahani** et 16 % à celle de **Dzoumogné** (Bandraboua) [121].

Figure 348 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Mamoudzou-Koungou



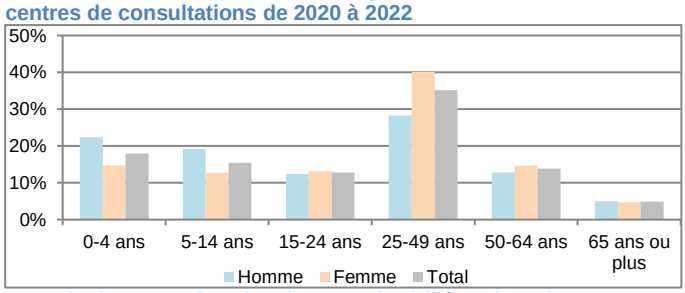
Champ : Habitants de Mamoudzou et Koungou
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 349 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Mamoudzou-Koungou



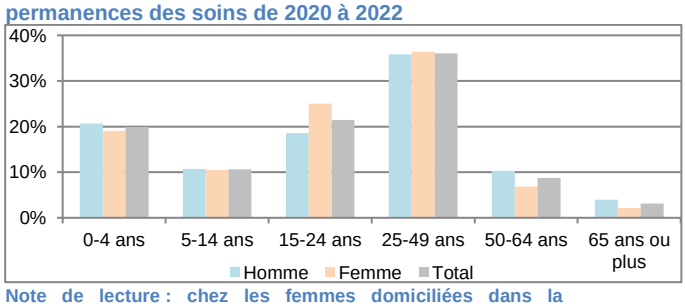
Champ : Habitants de Mamoudzou et Koungou
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 350 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Mamoudzou ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Mamoudzou et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 40 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Mamoudzou ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 351 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Mamoudzou ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Mamoudzou et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 36 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Mamoudzou ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[391] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Mamoudzou-Koungou.
[392] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► **Consultations en libérales** : La commune de Mamoudzou présente un taux de **couverture à PUMa** (ancienne Sécurité sociale) compris entre **75 et 80 %** (*66 %*) en 2020 [110]. Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **généralistes libéraux** est de **0,6 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,4 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers**, **7,4 actes par habitant** de la commune (*6,8*) [110] (*Tableau 128*).

► **Autres types de recours** : En 2021, près de **2 600 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** de **Kawéni**, **1 100** pour **Combani** et **4 750** pour **Passamainty**, soit, respectivement, **10 %**, **4 %** et **18 %** à l'échelle du département [52]. Concernant les **enfants** de 0-6 ans de Mayotte, près de **2 600** se sont rendus à la **PMI** de **Kawéni**, **2 010** à **Combani** et **4 750** pour **Passamainty**, soit, respectivement, **17 %**, **6 %** et **12 %** à l'échelle du territoire [52].

Tableau 128 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Mamoudzou

	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	46 197	**31 %**
x Taux de consultations par habitant	0,6	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	919	**34 %**
x Taux de consultations par habitant	0,01	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	9 112	**23 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,4	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	435	**21 %**
x Taux de consultations par habitant	0,005	0,007
Actes des infirmiers libéraux	604 314	**30 %**
x Taux d'actes par habitant	7,4	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	28 416	**24 %**
x Taux d'actes par habitant	0,3	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	677 583	**29 %**
x Taux de ventes par habitant	8,3	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Mamoudzou sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Mamoudzou
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

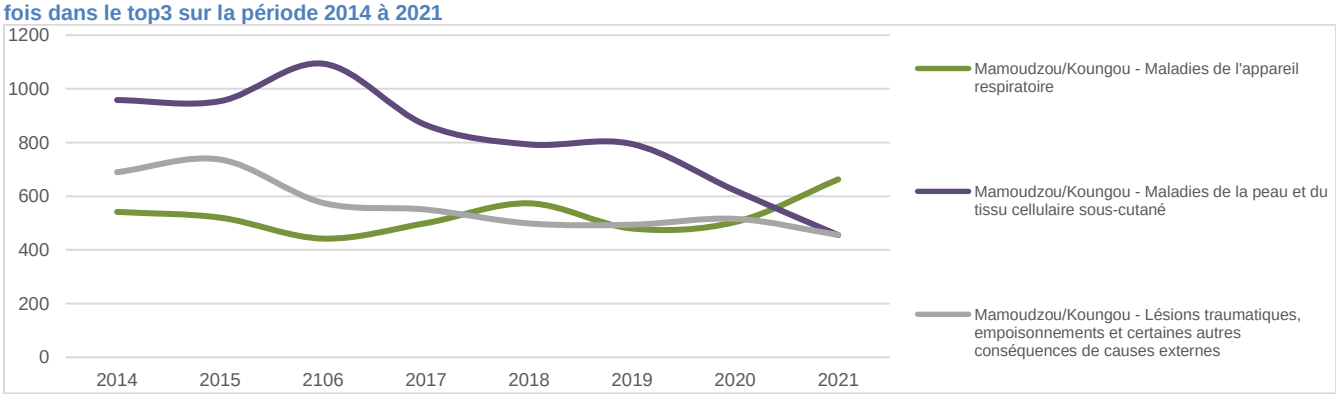
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (23 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (50 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,6 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (12 %, *4 %*), suivies des « **symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs** » (9 %, *9 %*) et de « **certaines maladies infectieuses et parasitaires** » (7 %, *6 %*) [120] (*Figure 352*).

Figure 352 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Mamoudzou-Koungou



Champ : Habitants de Mamoudzou et Koungou
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 353 : Taux, pour 100 000 habitants de Mamoudzou-Koungou, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Mamoudzou et Koungou
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Mamoudzou :
- **34 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **8 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **20 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **25 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **28 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).
Ils sont 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 21 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 11 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 10 % en surpoids (*10 %*) [112].
19 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 7 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 129*).

Tableau 129 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans la commune de Mamoudzou (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	11
	Norme	79
	Surpoids	10
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	19
	2 repas par jour	50
	3 repas par jour	28
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	56
	Plusieurs fois par semaine	33
	Tous les jours	12
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	2
	Plusieurs fois par semaine	23
	Tous les jours	75
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	42
	Plusieurs fois par semaine	39
	Tous les jours	19
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	24
	Plusieurs fois par semaine	32
	Tous les jours	44
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	56
	Plusieurs fois par semaine	31
	Tous les jours	13
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	42
	Plusieurs fois par semaine	35
	Tous les jours	24
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	36
	Plusieurs fois par semaine	39
	Tous les jours	25
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	92
	Plusieurs fois par semaine	5
	Tous les jours	3
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	7
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	22
	<1 heure	36
	2 heures	36
	>3 heures	5

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans la commune de Mamoudzou
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

3 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **8 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **9 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **8 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **54 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **40 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **69 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **8 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[393] (*10 %*) liés au bien-être, **5 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **6 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[394] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 253 MDO[395] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 25 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 9,9 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 130 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Mamoudzou

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	<5	<5	<5	6
Fièvre typhoïde	<5	8	20	
Hépatite A	42	11	9	62
Hépatite B	<5	0	0	<5
Lèpre	<5	0	0	<5
Leptospirose	24	46	47	117
Listériose	<5	<5	<5	<5
Paludisme	<5	<5	13	16
TIAC	<5	10	0	

Champ : Habitants domiciliés à Mamoudzou
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **3 %** des 15-69 ans vivant **dans le secteur Mamoudzou-Dembéni** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 32 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **26 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **5 % des habitants de 30-69 ans de Mamoudzou étaient diabétiques** (*11 %*), 1,6 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 3 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[393] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[394] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[395] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

4. Dzaoudzi

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.

Démographie

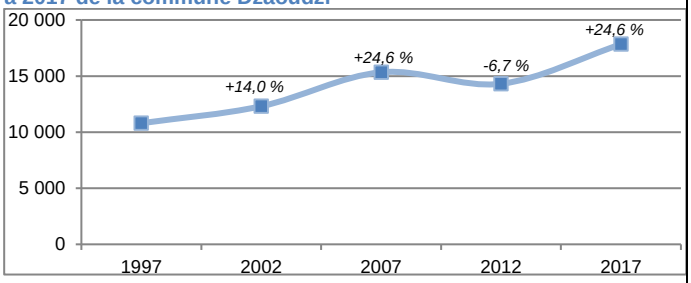
La commune de Dzaoudzi est constituée de deux villages : **Dzaoudzi** et **Labattoir**.

En 2017, 17 831 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 2 266 habs/km²**, soit 7 % de la population totale de Mayotte. 51 % de la population de la commune de Dzaoudzi est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+4,5 % par an entre 2012-2017** (+3,5 % de solde naturel et +1,0 % de solde migratoire apparent), alors qu'il était déficitaire en 2007-2012 : -1,4 % (2002-2007 : +4,5 %, 1997-2002 : +2,7 %) [24].



Figure 354 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune Dzaoudzi

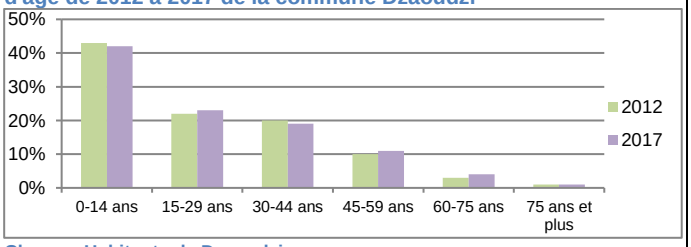


Note : Le village de Dzaoudzi se caractérise par une population vivant très majoritairement en caserne dans les conditions de vie liées à ce type de communauté.
Champ : Habitants de Dzaoudzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **42 %** de la population de Dzaoudzi (*44 % pour la population totale*) [24].

53 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **5 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 355*).

Figure 355 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune Dzaoudzi



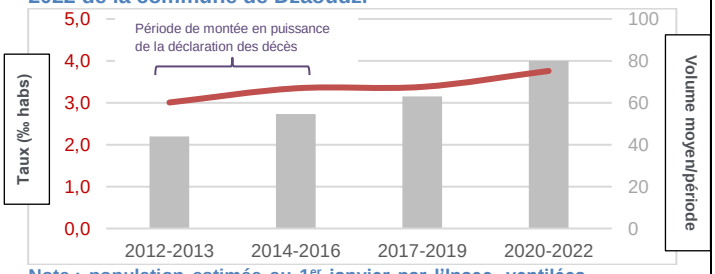
Champ : Habitants de Dzaoudzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **38,0 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **30 %** des familles sont **monoparentales**, 9 % des couples sans enfant, 48 % des couples avec enfant(s) et **12 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **3,4 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Dzaoudzi (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +11 % : 3,8 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 356*) [116].

6 à 12 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Dzaoudzi sur la période 2012 (12 %) à 2022 (7 %) [116].

Figure 356 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Dzaoudzi



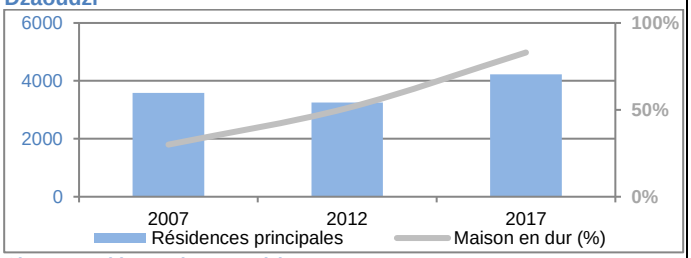
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Dzaoudzi
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **4 230 résidences principales** (*Figure 357*) sont présentes dans la commune, soit 7 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,2**) dont **44 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +18 %** [24].

Figure 357 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune Dzaoudzi



Champ : Habitants de Dzaoudzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **38 %** des ménages de la commune de Dzaoudzi disposent du **confort de base**, soit une **amélioration de +2 points** par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+11 points** [24] (*Tableau 131*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 131 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Dzaoudzi

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	71	82	71
Eau dans la cour	19	17	12
Chez un parent/tiers	6	4	5
BFM	1	2	5
Des points d'Eaux		5	6
Accès à l'électricité	97	93	90
Dispose d'un confort de base	36	38	41
Un réfrigérateur	81	79	71
Un congélateur	78	77	72
Télévision	89	83	77
Ordinateur	37	36	32
Une connexion internet		33	28
Véhicule deux roues		17	23
Voiture	24	24	28

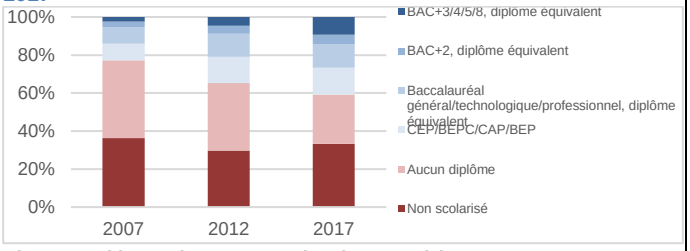
Champ : Habitants de Dzaoudzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Dzaoudzi **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **27 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 8 % et 21 % en 2012 [24] (*Figure 358*).
En 2017, **72 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Dzaoudzi sont **scolarisés** (-6 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **92-93 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **80 %** pour les **15-18 ans** (-5 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **16 %** (+6 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 358 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Dzaoudzi, en 2007, 2012 et 2017

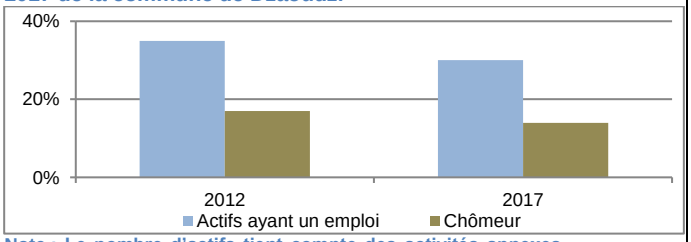


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Dzaoudzi
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **30 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **diminué de -5 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 359*).

Figure 359 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Dzaoudzi



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Dzaoudzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Dzaoudzi couverte par le **RSA**[396] est de **6 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,3 %** sur cette période (stable, *0,5 %*). **0,2 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[397] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **33 % des 65 ans ou plus** (-1 point, *43 %*) [110] (*Tableau 132*).

Tableau 132 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Dzaoudzi

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	469	446
× Part chez les 25 à 59 ans*	7 %	6 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	1 243	1 147
× Part en population générale *	7 %	6 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	23	24
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,3 %	0,3 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	19	19
× Part chez les moins de 20 ans*	0,2 %	0,2 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	2 173	2 056
× Part chez les 6-18 ans *	35 %	30 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	66	66
× Part en population générale *	0,4 %	0,3 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[398])	176	184
× Part chez les 65 ans ou plus *	34 %	33 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
**** allocation de Rentrée scolaire (ARS).**
Champ : Habitants de Dzaoudzi
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[396] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[397] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[398] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Dzaoudzi, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 133*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 4 plages surveillées (Badamiers, Plage des Douanes, le Faré et Moya), 3 sont de bonne qualité et 1 de qualité excellente [117] (*Tableau 134*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **35 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **Dzaoudzi** ou Pamandzi déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **83 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **88 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **32 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **7 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **91 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].

Enfin, concernant le **brossage des dents**, **63 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 1,6 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **16 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 34 % des ménages de Dzaoudzi sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 30 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 46 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 360*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Dzaoudzi présente une **densité forte des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 361*).

Tableau 133 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Dzaoudzi

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	95-100	100	100

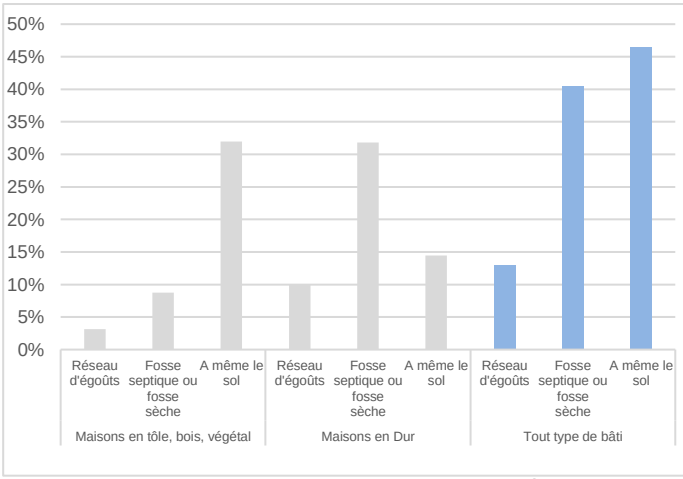
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 134 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Mamoudzou

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente	2	1	2				1	1
Bonne	1	2	1	2	4	4	2	3
Suffisante	1			2			1	
Insuffisante		1	1					
Interdite*								

Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 360 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Dzaoudzi



Note de lecture : 3 % des maisons de Dzaoudzi sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 13 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Dzaoudzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 361 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Dzaoudzi



Légende (moyenne de déchets) :
Faible [66-75]
[Faible-20] [76-85]
[21-25] [86-105]
[26-45] Très forte
[46-65]

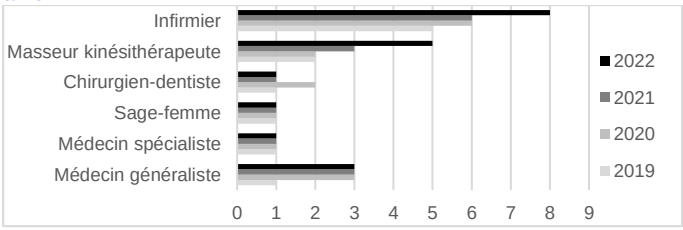
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Dzaoudzi est munie d'**une PMI** et de **deux pharmacies** [119]**.** La présence de deux collèges avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un Sessad** géré par **Mlézi Maoré** et **un Sessad** géré par l'**ADSM** sont présents dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Dzaoudzi est pourvue de **3 médecins généralistes** soit une densité de 14,4 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 9,4*), de **1 médecin spécialiste** soit une densité de 4,8 (*2,0*), **1 sage-femme** soit 18,2 (*20,8*), **1 chirurgien-dentiste** soit 4,8 (*3,7*), **5 masseurs-kinésithérapeutes** soit 24,0 (*17,4*) et **8 infirmiers** soit 38,4 (*64,5*) [47].

Figure 362 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Dzaoudzi et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Dzaoudzi
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

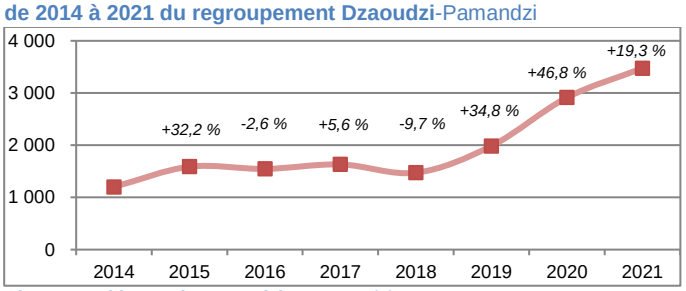
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI **Dzaoudzi**-Pamandzi[399], **3 475 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+189 % avec 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[400] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,08 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **22 %** (-2 points par rapport à 2014) des consultations, **16 %** pour les **65 ans ou plus** (+9 points) (*Figure 364*).

► **Recours aux centres de consultations** : En 2022, La commune d'Acoua est **dépourvue** de centre de consultations, **les plus proches** se situant dans la commune de Mamoudzou, à **Jacaranda**. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **8 898 consultations par an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune soit **4 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,41 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **27 %** des consultations des habitants de Dzaoudzi dans l'un des centres (*31 %*) et **7 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 365*). 55 % des habitants de Dzaoudzi vont dans le centre de consultations de leur **commune de domicile** (fermé depuis 2022), 29 % à celui de **Labattoir** (, commune de Dzaoudzi, fermé depuis 2022) et 9 % à celui de **Jacaranda** [121].

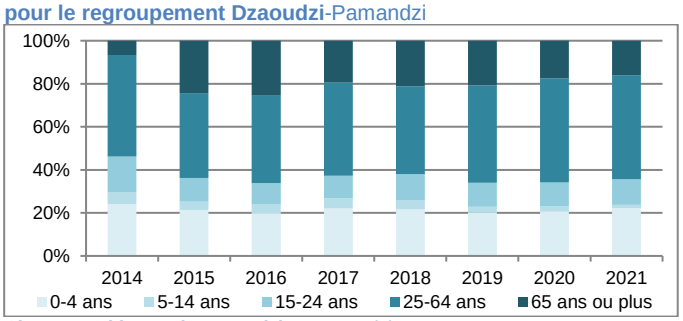
► **Recours aux permanences des soins :** La commune de Dzaoudzi dispose d'un centre de référence. En moyenne sur la période 2020-2022, **7 422 consultations par an** concernant des habitants de Dzaoudzi ont été observées, soit **13 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,34 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **38 %** des consultations des habitants de Dzaoudzi dans l'une des permanences (*41 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 345*). 98 % des habitants Dzaoudzi se rendent à la permanence de soins de **leur commune de domicile** [121].

Figure 363 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Dzaoudzi-Pamandzi



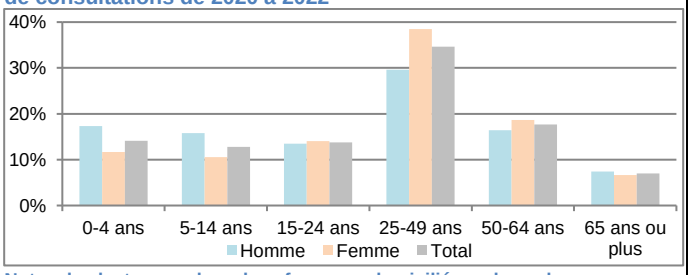
Champ : Habitants de Dzaoudzi et Pamandzi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 364 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Dzaoudzi-Pamandzi



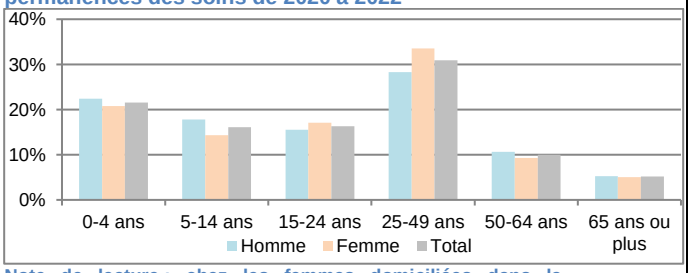
Champ : Habitants de Dzaoudzi et Pamandzi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 365 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Dzaoudzi ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Dzaoudzi et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 38 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Dzaoudzi ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 366 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Dzaoudzi ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Dzaoudzi et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 34 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Dzaoudzi ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[399] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Dzaoudzi-Pamandzi.
[400] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► **Consultations en libérales** : La commune de Dzaoudzi présente un taux de **couverture à la PUMa** (ancienne Sécurité sociale) compris entre **80 et 87,5 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].
Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,6 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,4 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **7,4 actes par habitant** de la commune (*6,8*) [110] (*Tableau 135*).

► **Autres types de recours**
En 2021, près de **2 700 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** de Labattoir, soit **10 %** à l'échelle du département ainsi que près de **3 200 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **9 %** [52].

Tableau 135 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Dzaoudzi

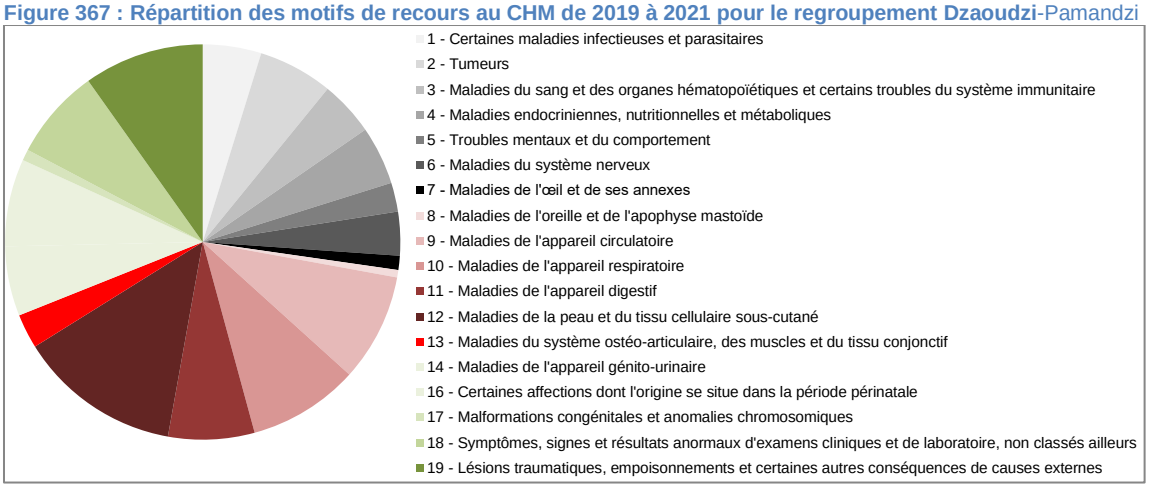
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	14 841	**10 %**
x Taux de consultations par habitant	0,7	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	170	**6 %**
x Taux de consultations par habitant	0,008	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	2 484	**6 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	175	**8 %**
x Taux de consultations par habitant	0,009	0,007
Actes des infirmiers libéraux	160 771	**8 %**
x Taux d'actes par habitant	7,9	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	6 624	**6 %**
x Taux d'actes par habitant	0,3	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	197 475	**9 %**
x Taux de ventes par habitant	9,7	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Dzaoudzi sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Dzaoudzi
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

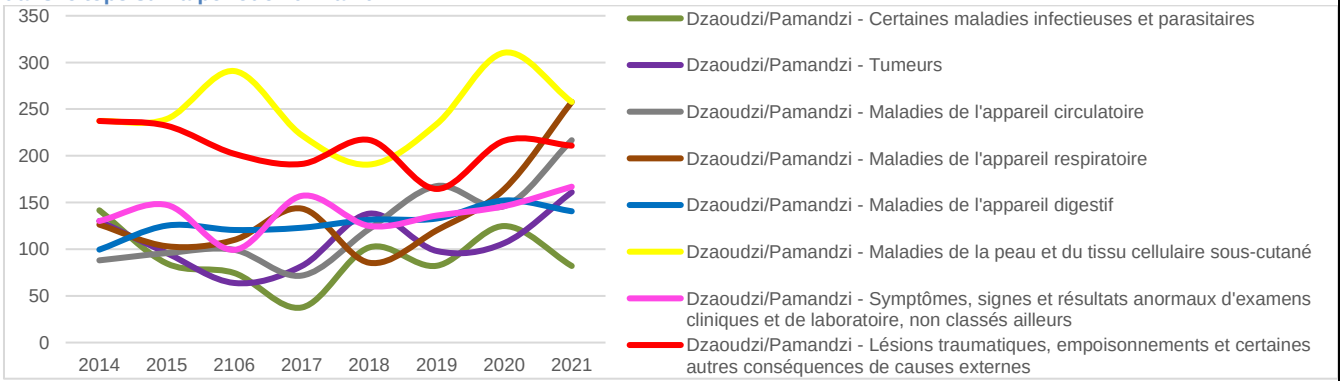
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (23 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (53 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,8 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (13 %, *3 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (10 %, *3 %*) et des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (9 %, *4 %*) [120] (*Figure 346*).

Figure 367 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Dzaoudzi-Pamandzi



Champ : Habitants de Dzaoudzi et Pamandzi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 368 : Taux, pour 100 000 habitants de Dzaoudzi-Pamandzi**, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021**



Champ : Habitants d'Acoua et M'tsamboro
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **Dzaoudzi** ou Pamandzi :
- **45 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **11 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **5 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **30 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **20 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).
Ils sont et 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 20 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 11 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 9 % en surpoids (*10 %*) [112].
28 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 11 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 137*).

Tableau 136 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en Petite-Terre (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	11
	Norme	80
	Surpoids	9
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	28
	2 repas par jour	40
	3 repas par jour	29
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	48
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	17
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	13
	Plusieurs fois par semaine	17
	Tous les jours	70
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	30
	Plusieurs fois par semaine	43
	Tous les jours	27
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	20
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	35
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	65
	Plusieurs fois par semaine	26
	Tous les jours	9
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	44
	Plusieurs fois par semaine	47
	Tous les jours	9
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	24
	Tous les jours	35
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	95
	Plusieurs fois par semaine	3
	Tous les jours	2
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	11
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	25
	<1 heure	20
	2 heures	48
	>3 heures	7

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Dzaoudzi et Pamandzi
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

6 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **11 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **8 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **3 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **30 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **27 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **68 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **20 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[401] (*10 %*) liés au bien-être, **10 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **2 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[402] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 51 MDO[403] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 5 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 8,0 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 137 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Dzaoudzi

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	<5	29	
Hépatite A	<5	<5	0	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	<5	<5	5	8
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	<5	5
TIAC	0	0	<5	<5

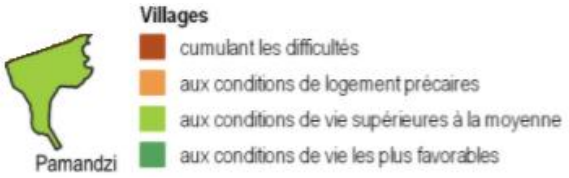
Champ : Habitants domiciliés à Dzaoudzi
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **4 %** des 15-69 ans vivant **en Petite-Terre** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 29 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **27 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **14 % des habitants de 30-69 ans de Petite-Terre étaient diabétiques** (*11 %*), 7 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 7 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[401] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[402] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[403] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

5. Pamandzi

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



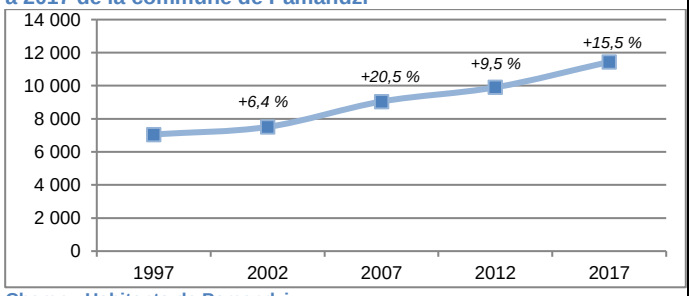
Démographie

La commune de Pamandzi est constituée d'un seul village.

En 2017, 11 442 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 2 699 habs/km²**, soit 5 % de la population totale de Mayotte. 59 % de la population de la commune de Pamandzi est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+3,0 % par an entre 2012-2017** (+2,1 % de solde naturel et +0,9 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +2,7 % (2002-2007 : +3,9 %, 1997-2002 : +1,3 %) [24].

Figure 369 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Pamandzi

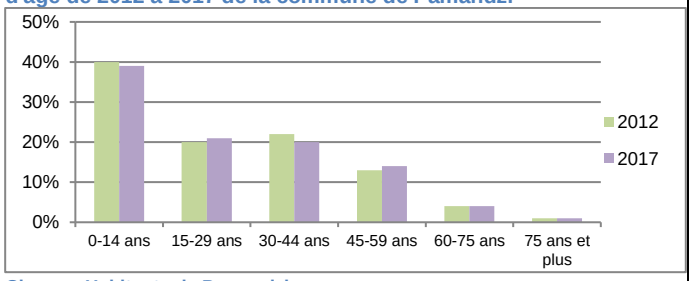


Champ : Habitants de Pamandzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **39 %** de la population de Pamandzi (*44 % pour la population totale*) [24].

55 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **5 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 370*).

Figure 370 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Pamandzi



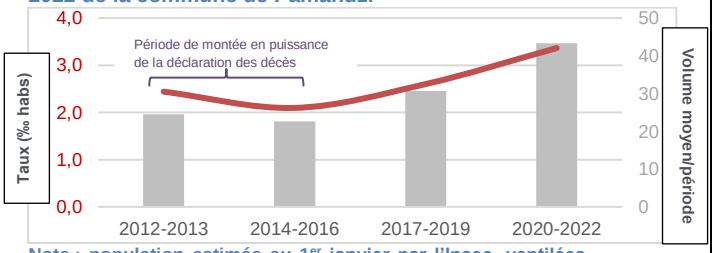
Champ : Habitants de Pamandzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **23,8 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **27 %** des familles sont **monoparentales**, 13 % des couples sans enfant, 48 % des couples avec enfant(s) et **12 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,6 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Pamandzi (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise, le taux a augmenté de +29 % : 3,4 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 372*) [116].

2 à 6 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Pamandzi sur la période 2012 (6 %) à 2022 (4 %) [116].

Figure 371 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Pamandzi



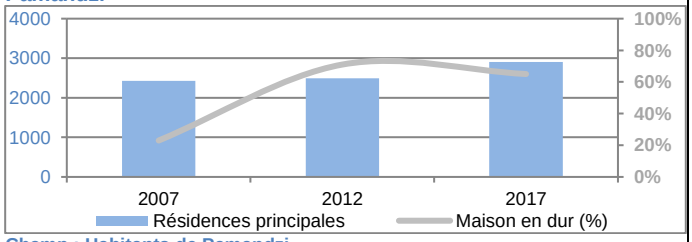
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Pamandzi
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **2 901 résidences principales** (*Figure 372*) sont présentes dans la commune, soit 5 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,9**) dont **36 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +20 %** [24].

Figure 372 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Pamandzi



Champ : Habitants de Pamandzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **51 %** des ménages de la commune de Pamandzi disposent du **confort de base**, soit une **baisse de -7 points** par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable y a également diminué entre 2012 et 2017 : **-2 points** [24] (*Tableau 138*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Pamandzi **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **34 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 15 % et 30 % en 2012 [24] (*Figure 373*).
En 2017, **76 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Pamandzi sont **scolarisés** (-2 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **95-96 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **82 %** pour les **15-18 ans** (-4 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **12 %** (+3 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **30 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **diminué de -1 point** par rapport à 2012 [24] (*Figure 374*).

► Prestations sociales

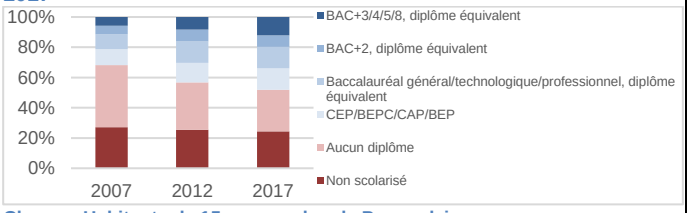
Sur la période 2020-2021, la part de la population de Pamandzi couverte par le **RSA**[404] est de **4 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,5 %** sur cette période (-0,1 point, *0,5 %*).
0,2 % pour les enfants couverts par l'**AEEH**[405] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **26 % des 65 ans ou plus** (stable, *43 %*) [110] (*Tableau 139*).

Tableau 138 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Pamandzi

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	85	83	71
Eau dans la cour	11	11	12
Chez un parent/tiers	3	2	5
BFM	0	3	5
Des points d'Eaux		1	6
Accès à l'électricité	98	96	90
Dispose d'un confort de base	58	51	41
Un réfrigérateur	87	85	71
Un congélateur	81	78	72
Télévision	90	87	77
Ordinateur	49	45	32
Une connexion internet		45	28
Véhicule deux roues		22	23
Voiture	37	36	28

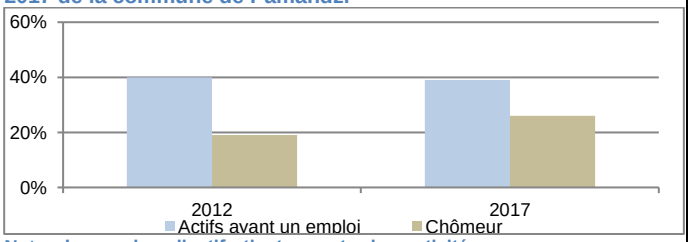
Champ : Habitants de Pamandzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 373 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Pamandzi, en 2007, 2012 et 2017



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Pamandzi
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

Figure 374 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Pamandzi



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Pamandzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Tableau 139 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Pamandzi

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	229	205
× Part chez les 25 à 59 ans*	5 %	4 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	484	432
× Part en population générale *	4 %	3 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	28	27
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,6 %	0,5 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	13	13
× Part chez les moins de 20 ans*	0,2 %	0,2 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	982	943
× Part chez les 6-18 ans *	27 %	23 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	51	54
× Part en population générale *	0,4 %	0,4 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[406])	103	109
× Part chez les 65 ans ou plus *	26 %	26 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de Pamandzi
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[404] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[405] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[406] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Pamandzi, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 140*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022, la seule plage sous surveillance (Monaco) est de bonne qualité [117] (*Tableau 141*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **35 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Dzaoudzi ou **Pamandzi** déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **83 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **88 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **32 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **7 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **91 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].

Enfin, concernant le **brossage des dents**, **63 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 1,6 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **16 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 9 % des ménages de Pamandzi sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 59 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 32 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 375*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Pamandzi présente une **densité très forte des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 376*).

Tableau 140 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Pamandzi

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	95-100	100	100	100

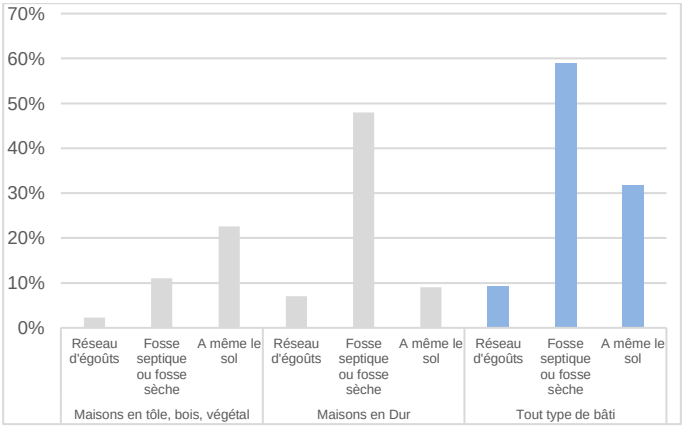
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 141 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Pamandzi

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente		1						
Bonne								1
Suffisante								
Insuffisante			2	2	2			
Interdite*			2	2	2	4	4	

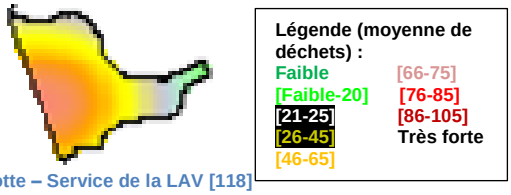
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 375 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Pamandzi



Note de lecture : 2 % des maisons de Pamandzi sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 9 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Pamandzi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 376 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Pamandzi



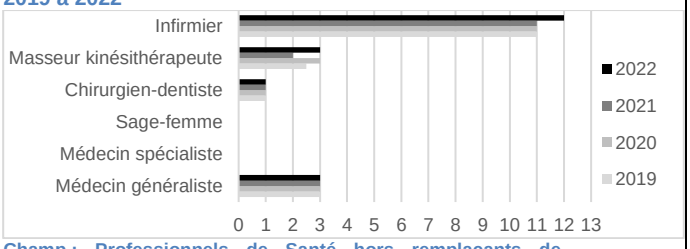
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Pamandzi est munie d'**une pharmacie** ainsi que d'un **centre de référence** avec **maternité** et d'**un centre de consultations** qui seront in fine regroupés dans le **nouveau site hospitalier en cours de construction** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un IME** géré par **Mlézi Maoré** est présent dans la commune [120].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Pamandzi est pourvue de **3 médecins généralistes** soit une densité de 22,5 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 9,4*), **1 chirurgien-dentiste** soit une densité de 7,5 (*3,7*), **3 masseurs-kinésithérapeutes** soit 22,5 (*17,4*), **12 infirmiers** soit 89,9 (*64,5*), **1 psychologue** soit 7,5 (*2,0*) et **1 ostéopathe** soit 7,5 (*3,0*) [47].

Figure 377 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Pamandzi et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Pamandzi
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

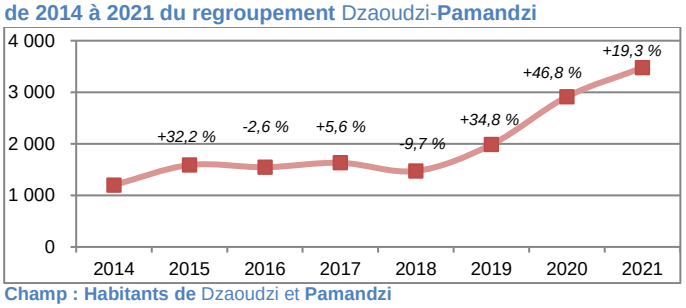
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI Dzaoudzi-**Pamandzi**[407], **3 475 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+189 % avec 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[408] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,08 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **22 %** (-2 points par rapport à 2014) des consultations, **16 %** pour les **65 ans ou plus** (+9 points) (*Figure 379*).

► **Recours aux centres de consultations :** En 2022, La commune d'Acoua est **dépourvue** de centre de consultations, **les plus proches** se situant dans la commune de Mamoudzou, à **Jacaranda**. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **4 495 consultations par an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Pamandzi soit **1,8 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,34 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **23 %** des consultations des habitants de Pamandzi dans l'un des centres (*31 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 380*). 57 % des habitants de Pamandzi vont dans le centre de consultations de **Dzaoudzi** (Fermé depuis 2022)**,** 23 % à celui de **Labattoir** (commune de Dzaoudzi, fermé depuis 2022) et dans 11 % à celui de **Jacaranda** [121].

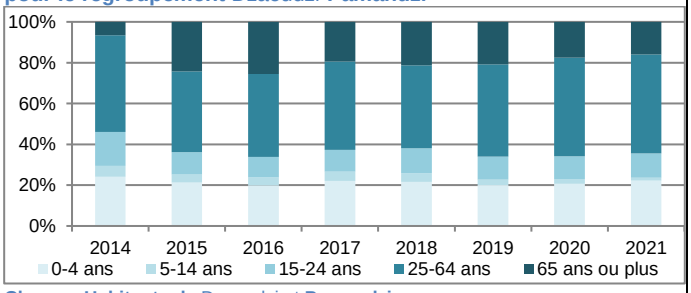
► **Recours aux permanences des soins** Le centre de référence incluant une permanence des soins le **plus proche** de Pamandzi se situe dans la commune de **Dzaoudzi**. En moyenne sur la période 2020-2021, **4 888 consultations par an** concernant des habitants de Pamandzi ont été observées, soit **9 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,37 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **34 %** des consultations des habitants de Pamandzi dans l'une des permanences (*41 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 381*). 98 % des habitants Pamandzi se rendent à la permanence de soins de la commune de **Dzaoudzi** [121].

Figure 378 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Dzaoudzi-**Pamandzi**



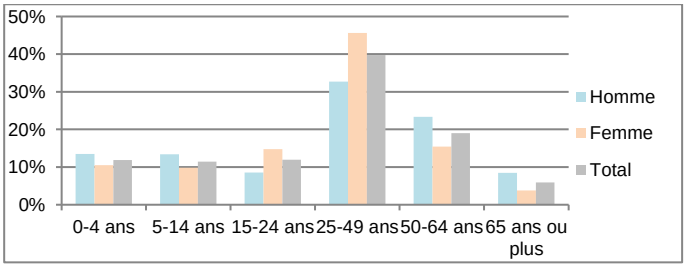
Champ : Habitants de Dzaoudzi et **Pamandzi**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 379 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Dzaoudzi-**Pamandzi**



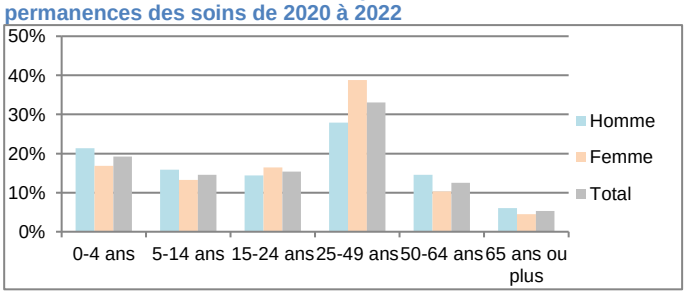
Champ : Habitants de Dzaoudzi et **Pamandzi**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 380 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Pamandzi, ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Pamandzi et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 46 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Pamandzi ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 381 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Pamandzi ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Pamandzi et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 39 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Pamandzi ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[407] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Dzaoudzi-Pamandzi.
[408] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Pamandzi présente un taux de **couverture à la PUMa** (ancienne Sécurité sociale) compris entre **75 et 80 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **1,0 par habitant** de la commune (*0,5*) [110].

0,5 par habitante de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110].

Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **9,2 actes par habitant** de la commune (*6,8*) [110] (*Tableau 142*).

Tableau 142 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Pamandzi

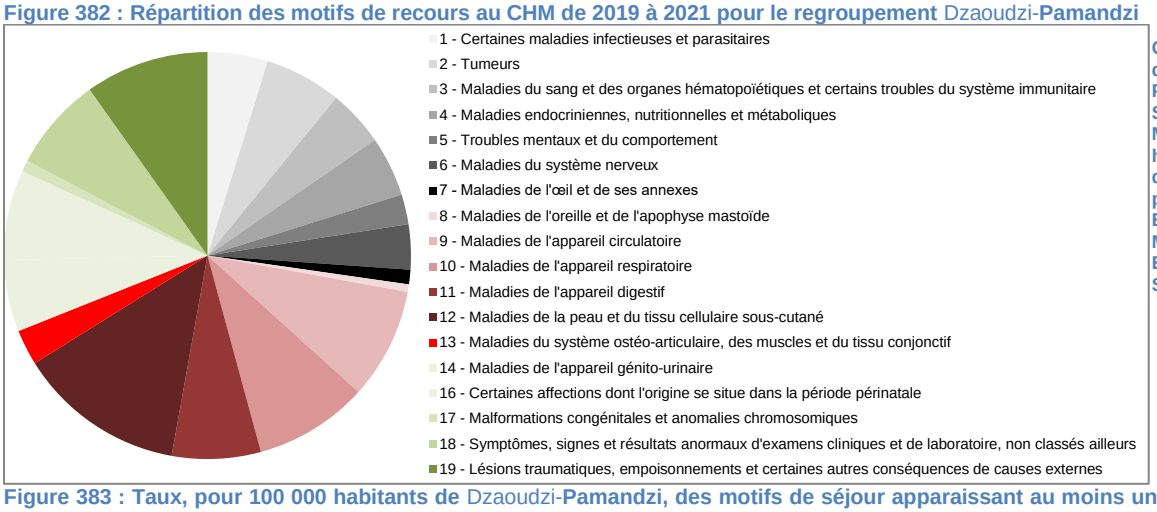
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	12 562	**8 %**
x Taux de consultations par habitant	1,0	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	157	**6 %**
x Taux de consultations par habitant	0,01	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 804	**5 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	221	**11 %**
x Taux de consultations par habitant	0,02	0,007
Actes des infirmiers libéraux	120 570	**6 %**
x Taux d'actes par habitant	9,2	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	8 233	**7 %**
x Taux d'actes par habitant	0,6	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	188 042	**8 %**
x Taux de ventes par habitant	14,3	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Pamandzi sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Pamandzi
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

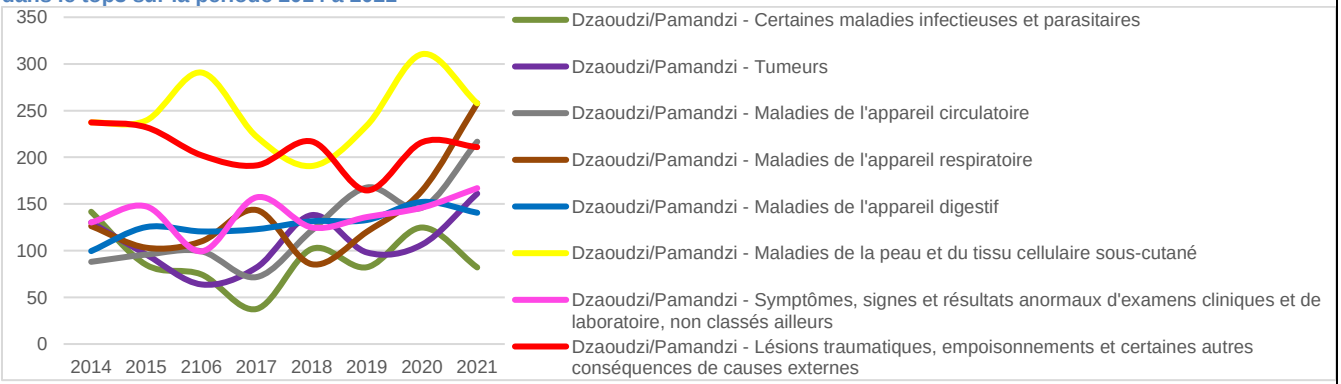
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (23 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (53 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,8 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (13 %, *3 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (10 %, *3 %*) et des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (9 %, *4 %*) (*Figure 382*) [120].

Figure 382 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Dzaoudzi-Pamandzi



Champ : Habitants de Dzaoudzi et Pamandzi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 383 : Taux, pour 100 000 habitants de Dzaoudzi-Pamandzi, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants d'Acoua et M'tsamboro
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Dzaoudzi ou **Pamandzi** :
- **45 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **11 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **5 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **30 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **20 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).
Ils sont 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 20 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 11 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 9 % en surpoids (*10 %*) [112].
28 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 11 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 144*).

Tableau 143 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en Petite-Terre (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	11
	Norme	80
	Surpoids	9
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	28
	2 repas par jour	40
	3 repas par jour	29
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	48
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	17
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	13
	Plusieurs fois par semaine	17
	Tous les jours	70
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	30
	Plusieurs fois par semaine	43
	Tous les jours	27
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	20
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	35
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	65
	Plusieurs fois par semaine	26
	Tous les jours	9
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	44
	Plusieurs fois par semaine	47
	Tous les jours	9
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	24
	Tous les jours	35
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	95
	Plusieurs fois par semaine	3
	Tous les jours	2
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	11
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	25
	<1 heure	20
	2 heures	48
	>3 heures	7

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Dzaoudzi et Pamandzi
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

6 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **11 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **8 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **3 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **30 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **27 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **68 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **20 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[409] (*10 %*) liés au bien-être, **10 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **2 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[410] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 18 MDO[411] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 1,8 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 4,7 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 144 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Pamandzi

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	<5	<5
Fièvre typhoïde	0	0	<5	<5
Hépatite A	<5	<5	0	5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	0	0	<5	<5
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	<5	6
TIAC	0	0	0	0

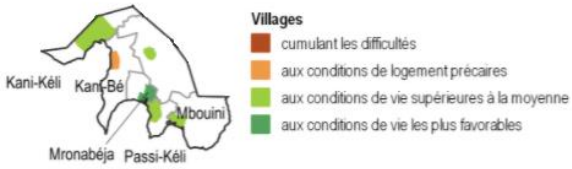
Champ : Habitants domiciliés à Pamandzi
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **4 %** des 15-69 ans vivant **en Petite-Terre** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 29 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **27 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **14 % des habitants de 30-69 ans de Petite-Terre étaient diabétiques** (*11 %*), 7 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 7 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[409] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[410] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[411] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

6. Kani-Kéli

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



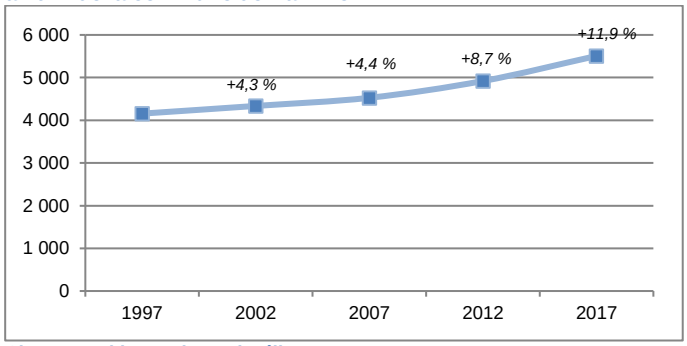
Démographie

La commune de Kani-Kéli est constituée de cinq villages : **Kani-Kéli**, **Kani-Bé**, **M'ronabéja**, **Passi-Kéli** et **M'bouini**.

En 2017, 5 507 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 267 habs/km²**, soit 2 % de la population totale de Mayotte. 80 % de la population de la commune de Kani-Kéli est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+2,3 % par an entre 2012-2017** (+2,8 % de solde naturel et -0,5 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +1,7 % (2002-2007 : +0,9 %, 1997-2002 : +0,9 %) [24].

Figure 384 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Kani-Kéli

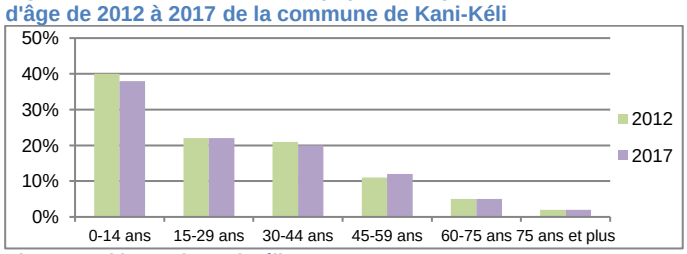


Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **38 %** de la population de Kani-Kéli (*44 % pour la population totale*) [24].

54 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **7 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 385*).

Figure 385 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Kani-Kéli



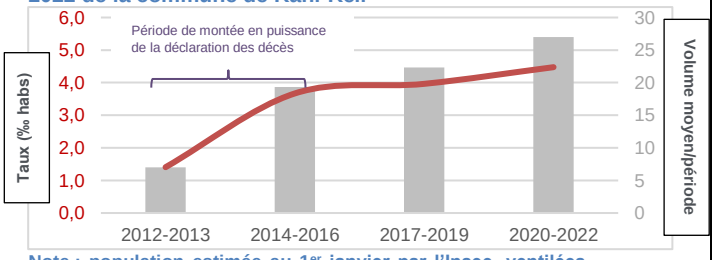
Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **28,7 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **21 %** des familles sont **monoparentales**, 13 % des couples sans enfant, 48 % des couples avec enfant(s) et **18 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **4,0 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Kani-Kéli (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +13 % : 4,5 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 386*) [116].

1,6 à 3 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Kani-Kéli sur la période 2012 (1,6 %) à 2022 (3 %) [116].

Figure 386 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Kani-Kéli



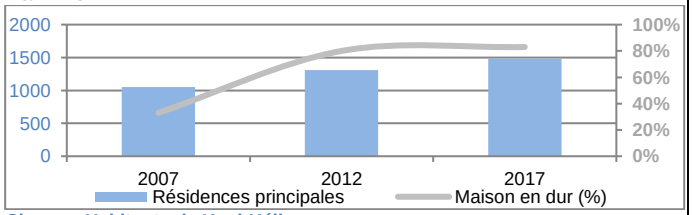
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Kani-Kéli
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **1 482 résidences principales** (*Figure 387*) sont présentes dans la commune, soit 2 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,7**) dont **16 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +41 %** [24].

Figure 387 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Kani-Kéli



Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **66 %** des ménages de la commune de Kani-Kéli disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +18 points par rapport à 2012 [24].

L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+3 points** [24] (Tableau 145).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 145 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Kani-Kéli

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	82	85	71
Eau dans la cour	10	8	12
Chez un parent/tiers	4	2	5
BFM	3	1	5
Des points d'Eaux		3	6
Accès à l'électricité	97	94	90
Dispose d'un confort de base	48	66	41
Un réfrigérateur	79	79	71
Un congélateur	80	78	72
Télévision	84	81	77
Ordinateur	37	36	32
Une connexion internet		36	28
Véhicule deux roues		8	23
Voiture	33	42	28

Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

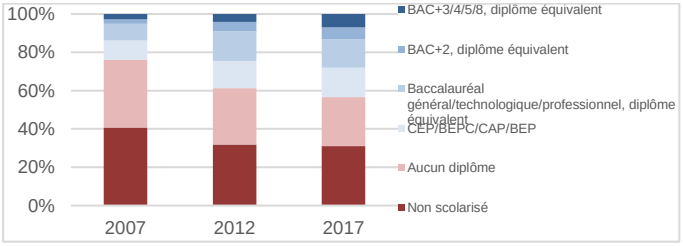
► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Kani-Kéli **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **28 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 14 % et 25 % en 2012 [24] (*Figure 388*).

En 2017, **80 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Kani-Kéli sont **scolarisés** (-4 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **96 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **85 %** pour les **15-18 ans** (+1 point, *88 %*) [24].

Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **10 %** (+2 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 388 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Kani-Kéli, en 2007, 2012 et 2017



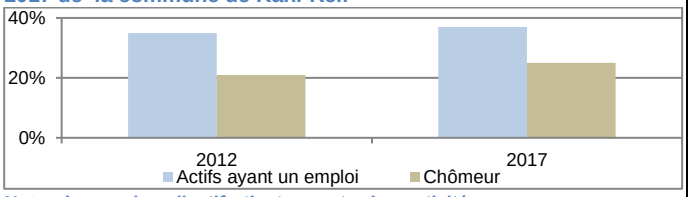
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Kani-Kéli
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **37 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Il a **augmenté de +2 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 389*).

Figure 389 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Kani-Kéli



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Kani-Kéli
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Kani-Kéli couverte par le **RSA**[412] est de **8 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].

Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,7 %** sur cette période (stable, *0,5 %*). **0,3 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[413] (-0,1 point, *0,2 %*) [110].

Enfin, l'**ASPA** couvre **62 % des 65 ans ou plus** (+3 points, *43 %*) [110] (*Tableau 146*).

Tableau 146 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Kani-Kéli

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	210	194
× Part chez les 25 à 59 ans*	9 %	8 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	492	437
× Part en population générale *	9 %	7 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	15	17
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,7 %	0,7 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	10	10
× Part chez les moins de 20 ans*	0,4 %	0,3 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	812	788
× Part chez les 6-18 ans *	24 %	24 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	24	24
× Part en population générale *	0,4 %	0,4 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[414])	155	177
× Part chez les 65 ans ou plus *	59 %	62 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
**** allocation de Rentrée scolaire (ARS).**
Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[412] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.

[413] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).

[414] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Kani-Kéli, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 147*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 3 plages surveillées (N'Gouja, Bandrakouni et Mbouini Village), 1 est de qualité insuffisante et 2 de qualité excellente [117] (*Tableau 148*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **69 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, Chirongui, Bouéni, **Kani-Kéli** ou Bandrélé déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **89 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **27 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **22 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **88 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99]. Enfin, concernant le **brossage des dents**, **48 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 10 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 47 % des ménages de Kani-Kéli sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 33 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 30 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 390*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-202, la commune de Pamandzi présente une **densité faible des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 391*).

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Kani-Kéli est munie d'**une PMI** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. Aucune structure médico-sociale n'est présente [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Kani-Kéli est pourvue de **2 infirmiers** soit une densité de 31,1 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 64,5*) [47].

Tableau 147 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Kani-Kéli

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	95-100	95-100	100	100

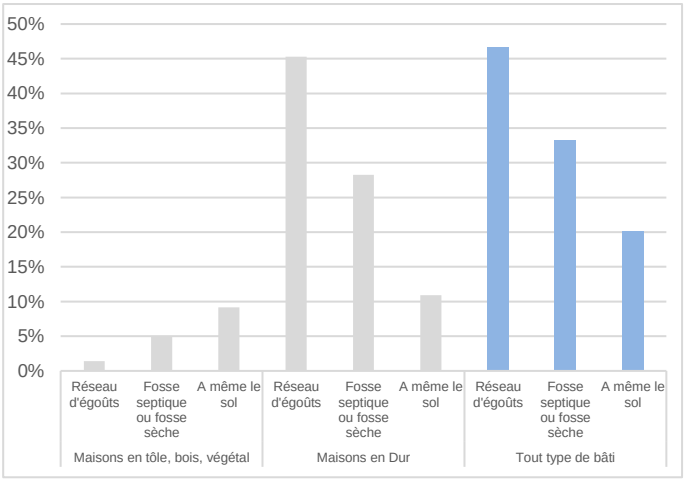
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 148 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Kani-Kéli

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente	1	2	2		2	2	2	2
Bonne		1		2				
Suffisante			1	1	1			
Insuffisante		1	1	1	1			1
Interdite*						1	1	

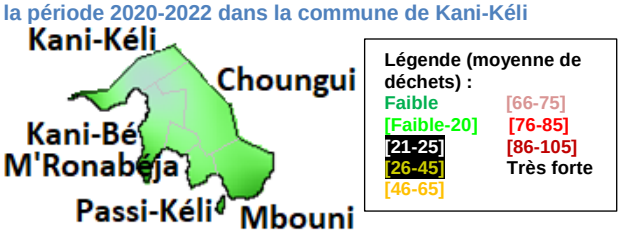
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 390 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Kani-Kéli



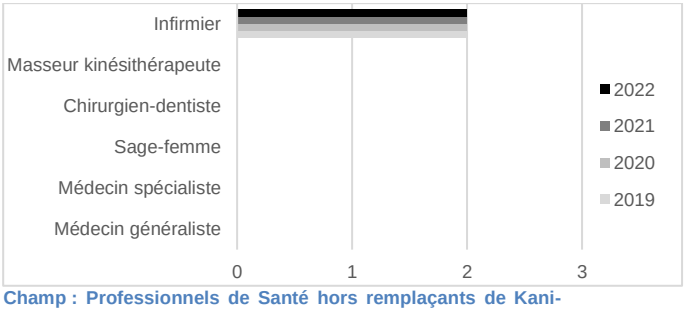
Note de lecture : 1,4 % des maisons de Kani-Kéli sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 47 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Kani-Kéli
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 391 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Kani-Kéli



Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 392 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Kani-Kéli et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Kani-Kéli
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

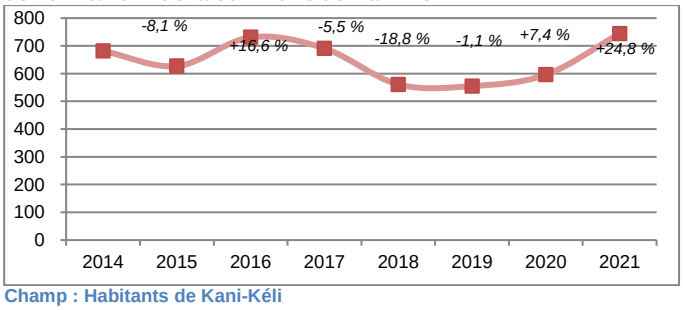
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur la commune de **Kani-Kéli**, **744 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+9 % avec 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[415] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,10 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **22 %** (-2 points par rapport à 2014) des consultations, **16 %** pour les **65 ans ou plus** (+9 points) (*Figure 394*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune Kani-Kéli est **dépourvue** de centre de consultations, les plus proches se situant dans les communes de **Bouéni**, Chirongui, à **M'ramadoudou**, et **Bandrélé**. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **5 629 consultations par an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Kani-Kéli soit **2 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,90 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **24 %** des consultations des habitants de Kani-Kéli dans l'un des centres (*31 %*) et **7 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 395*). 87 % des habitants de Kani-Kéli vont dans le centre de consultations de **M'ramadoudou**, 4 % à celui de **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) et 2 % pour celui de **Kahani** (commune de Ouangani) [121].

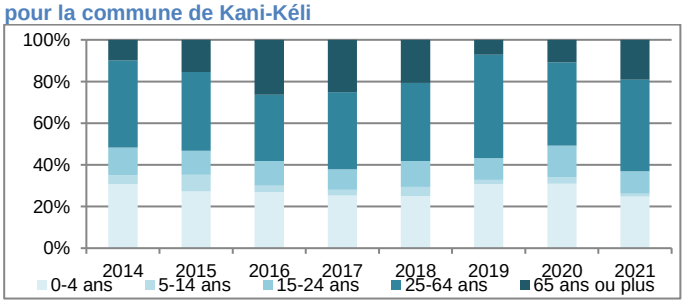
► **Recours aux permanences des soins :** Le centre de référence incluant une permanence des soins le **plus proche** de Kani-Kéli se situe dans la commune de Chirongui, à **M'ramadoudou**. En moyenne sur la période 2020-2022, **1 876 consultations par an** concernant des habitants de Pamandzi ont été observées, soit **3 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,34 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **36 %** des consultations des habitants de Kani-Kéli dans l'une des permanences (*41 %*) et **7 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 396*). 94 % des habitants Kani-Kéli se rendent à la permanence de soins de **M'ramadoudou** [121].

Figure 393 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 de la commune de Kani-Kéli



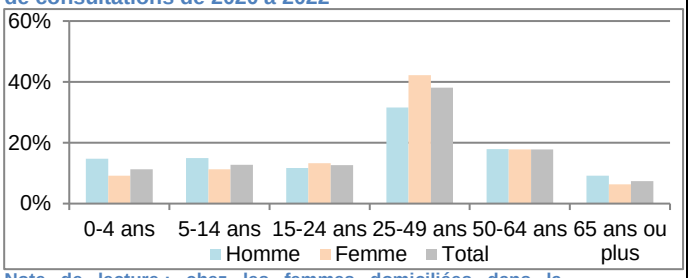
Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 394 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour la commune de Kani-Kéli



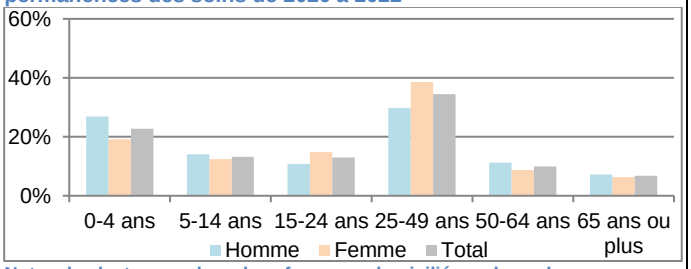
Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 395 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Kani-Kéli ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Kani-Kéli et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 42 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Kani-Kéli ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 396 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Kani-Kéli ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Kani-Kéli et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 39 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Kani-Kéli ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[415] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Kani-Kéli présente un taux de **couverture à la PUMa** (ancienne Sécurité sociale) compris entre **75 et 80 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,6 par habitant** de la commune (*0,5*) [110].

0,7 par habitante de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110].

Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **6,3 actes par habitant** (*6,8*) de la commune [110] (*Tableau 118*).

Tableau 149 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Kani-Kéli

	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	3 517	**3 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,6	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	83	**3 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,01	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 119	**3 %**
x **Taux de consultations par habitante de 15-49 ans**	0,7	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	43	**2 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,007	0,007
Actes des infirmiers libéraux	39 729	**2 %**
x **Taux d'actes par habitant**	6,3	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	2 755	**2 %**
x **Taux d'actes par habitant**	0,4	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	51 812	**2 %**
x **Taux de ventes par habitant**	8,2	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Kani-Kéli sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

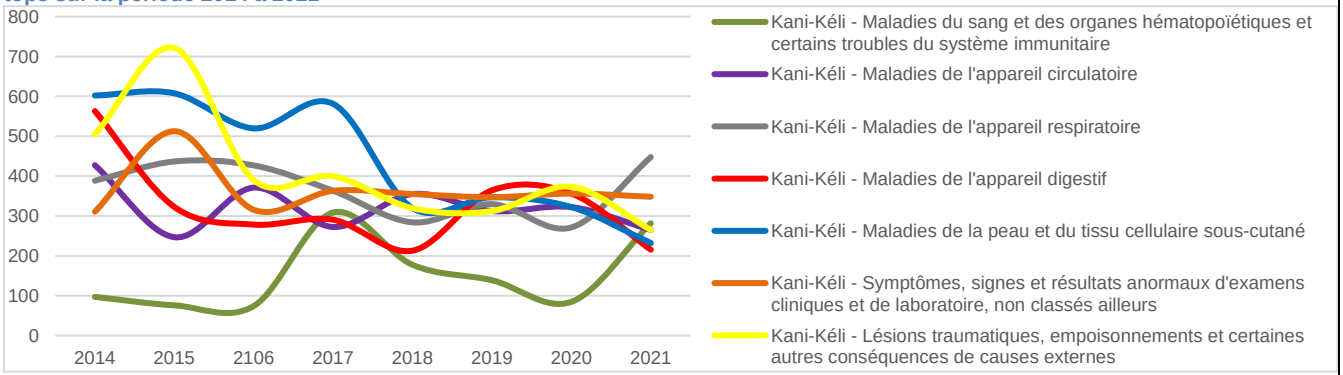
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (28 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (39 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (1,2 %, *1,4 %*) concernent, à ex-aequo, les « **maladies de l'appareil respiratoire** » et les « **symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs** » (11 %, *et respectivement 4 % et 9 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (10 %, *3 %*) [120] (*Figure 397*).

Figure 397 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 de la commune de Kani-Kéli



Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 398 : Taux, pour 100 000 habitants de Kani-Kéli, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Kani-Kéli
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, Chirongui, Bouéni, **Kani-Kéli** ou Bandrélé :
- **40 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **12 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **7 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **2 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **38 %** un **problème respiratoire** (*27 %*) [50].
Ils sont 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 25 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 9 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 17 % en surpoids (*10 %*) [112].
21 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 18 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 150*).

Tableau 150 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Sud (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	9
	Norme	75
	Surpoids	17
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	21
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	48
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	15
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	0
	Plusieurs fois par semaine	19
	Tous les jours	81
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	19
	Plusieurs fois par semaine	35
	Tous les jours	46
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	17
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	38
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	40
	Plusieurs fois par semaine	40
	Tous les jours	20
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	38
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	26
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	20
	Plusieurs fois par semaine	30
	Tous les jours	50
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	99
	Plusieurs fois par semaine	1
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	18
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	10
	<1 heure	29
	2 heures	54
	>3 heures	8

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Bandrélé, Chirongui, **Kani-Kéli**, Bouéni et Sada
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

6 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **10 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **3 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **17 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **68 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **56 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **88 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **14 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[416] (*10 %*) liés au bien-être, **20 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **3 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[417] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période de 2020 à 2022, 7 MDO[418] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 0,7 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 3,9 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 151 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Kani-Kéli

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	0	0
Hépatite A	0	<5	0	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	<5	0	<5	5
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	0	<5	0	<5
TIAC	0	0	0	0

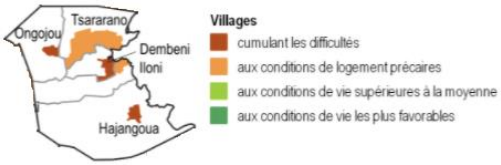
Champ : Habitants domiciliés à Kani-Kéli
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **4 %** des 15-69 ans vivant **dans le Sud** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 25 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **36 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **14 % des habitants de 30-69 ans de Petite-Terre étaient diabétiques** (*11 %*), 7 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 7 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[416] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[417] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[418] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

7. Dembéni

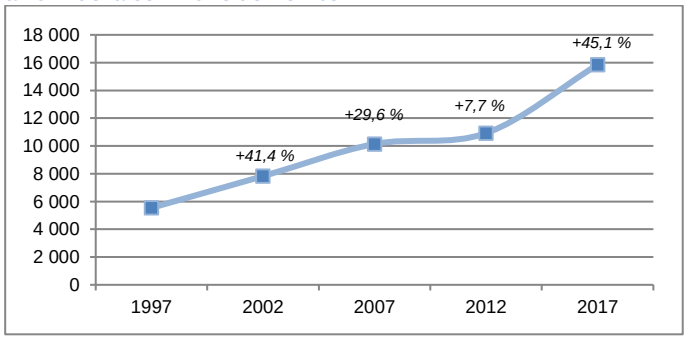
Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



Démographie

La commune de Dembéni est constituée de cinq villages : **Ongojou**, **Tsararano**, **Dembéni**, **Iloni** et **Hajangoua**.
En 2017, 15 848 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 413 habs/km²**, soit 6 % de la population totale de Mayotte. 42 % de la population de la commune de Dembéni est de nationalité française [24].
Le **taux d'accroissement annuel** est de **+7,7 % par an entre 2012-2017** (+3,4 % de solde naturel et +4,3 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +1,5 % (2002-2007 : +5,3 %, 1997-2002 : +7,1 %) [24].

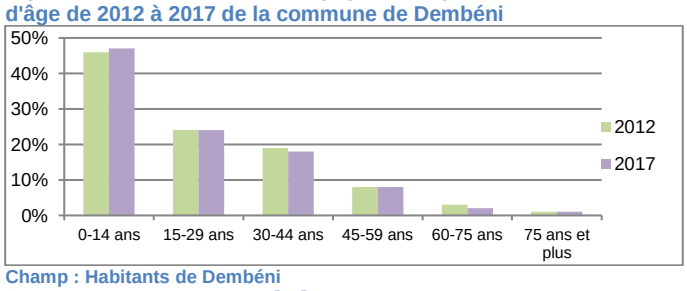
Figure 399 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Dembéni



Champ : Habitants de Dembéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **47 %** de la population de Dembéni (*44 % pour la population totale*) [24].
50 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **3 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 400*).

Figure 400 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Dembéni

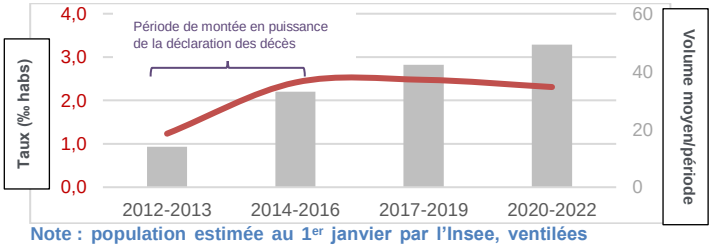


Champ : Habitants de Dembéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **35,7 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **28 %** des familles sont **monoparentales**, 7 % des couples sans enfant, 51 % des couples avec enfant(s) et **14 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,5 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Dembéni (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a diminué de -7 % : 2,3 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 401*) [116].
3 à 5 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Dembéni sur la période 2012 (3 %) à 2022 (5 %) [116].

Figure 401 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Dembéni



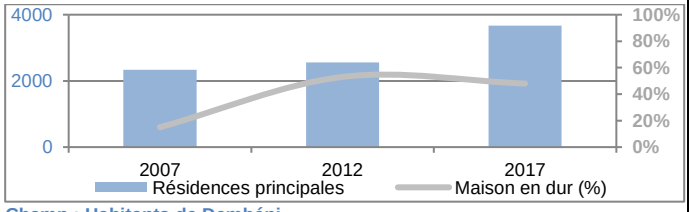
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Dembéni
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **3 670 résidences principales** (*Figure 402*) sont présentes dans la commune, soit 6 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,3**) dont **55 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +57 %** [24].

Figure 402 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Dembéni



Champ : Habitants de Dembéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **27 %** des ménages de la commune de Dembéni disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +3 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable y a diminué entre 2012 et 2017 : **-2 points** [24] (*Tableau 152*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 152 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Dembéni

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	63	61	71
Eau dans la cour	11	13	12
Chez un parent/tiers	7	7	6
BFM	6	6	5
Des points d'Eaux		13	6
Accès à l'électricité	87	83	90
Dispose d'un confort de base	24	27	41
Un réfrigérateur	58	59	71
Un congélateur	69	69	72
Télévision	72	68	77
Ordinateur	22	23	32
Une connexion internet		19	28
Véhicule deux roues		11	23
Voiture	22	20	28

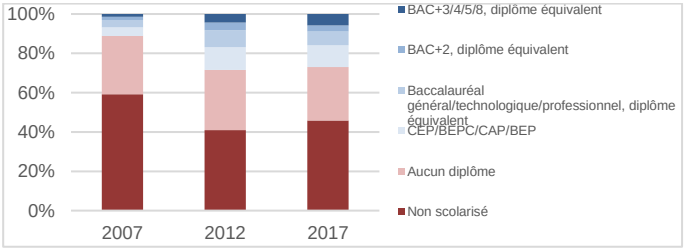
Champ : Habitants de Dembéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Dembéni **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **16 %** (*23 %*). Il est stable vis-à-vis de 2012 : 17 %, après avoir augmenté en 2007 : 7 % [24] (*Figure 403*).
En 2017, **67 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Dembéni sont **scolarisés** (-11 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **88 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **71 %** pour les **15-18 ans** (-8 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **21 %** (+10 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 403 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Dembéni, en 2007, 2012 et 2017

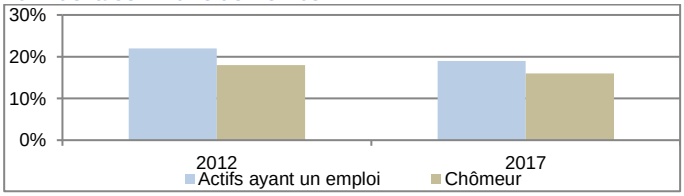


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Dembéni
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **19 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **diminué de -3 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 404*).

Figure 404 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Dembéni



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Dembéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Dembéni couverte par le **RSA**[419] est de **4 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,3 %** sur cette période (stable, *0,5 %*). **0,1 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[420] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **36 % des 65 ans ou plus** (stable, *43 %*) [110] (*Tableau 153*).

Tableau 153 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Dembéni

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	284	247
× Part chez les 25 à 59 ans*	5 %	4 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	895	746
× Part en population générale *	5 %	4 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	18	18
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,3 %	0,3 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	13	13
× Part chez les moins de 20 ans*	0,1 %	0,1 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	1 198	1 159
× Part chez les 6-18 ans *	21 %	18 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	25	27
× Part en population générale *	0,2 %	0,1 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[421])	99	109
× Part chez les 65 ans ou plus *	36 %	36 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de Dembéni
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[419] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[420] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[421] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Dembéni, la qualité de l'eau du robinet est très bonne avec une conformité Bactériologique de 95-100 % [74] (*Tableau 154*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022, la seule plage sous surveillance (Iloni) est de qualité « bonne » [117] (*Tableau 155*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **61 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Tsingoni, Chiconi, Ouangani ou **Dembéni** déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **71 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **81 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **23 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **36 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **94 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99]. Enfin, concernant le **brossage des dents**, **39 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 8 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **58 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 19 % des ménages de Kani-Kéli sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 32 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 49 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 405*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2021, la commune de Pamandzi présente une **densité très forte des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 406*).

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Dembéni est munie d'**une PMI**, de **trois pharmacies** et d'**un centre de consultations** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un Sessad** géré par l'**ADSM** est présent dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Dembéni est pourvue de **1 médecin généraliste** soit une densité de 5,4 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 9,4*), **1 sage-femme** soit une densité de 21,5 (*20,8*), **2 masseurs-kinésithérapeutes** soit 10,8 (*17,4*) et **9 infirmiers** soit 48,7 (*64,5*) [47].

Tableau 154 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Dembéni

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	95-100	100	95-100

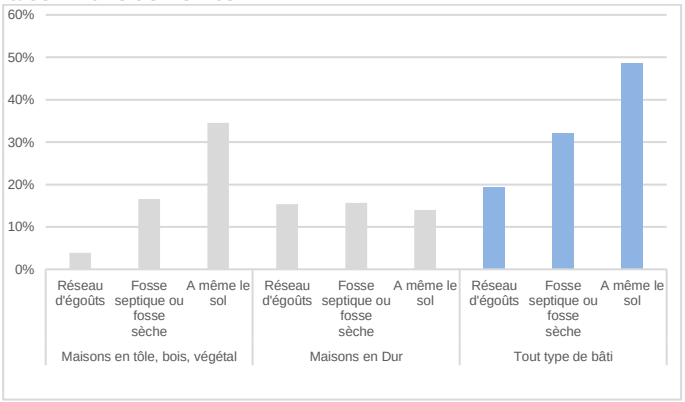
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 155 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Dembéni

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente		1	1		1			
Bonne	1	1	1	1		1	1	1
Suffisante								
Insuffisante								
Interdite*				1	1	1	1	

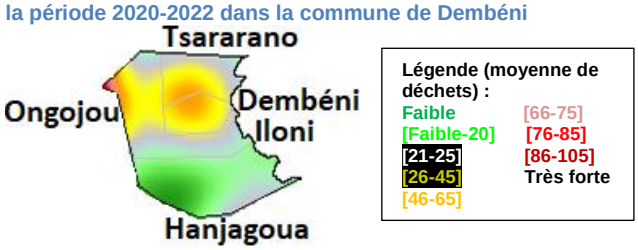
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 405 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Dembéni



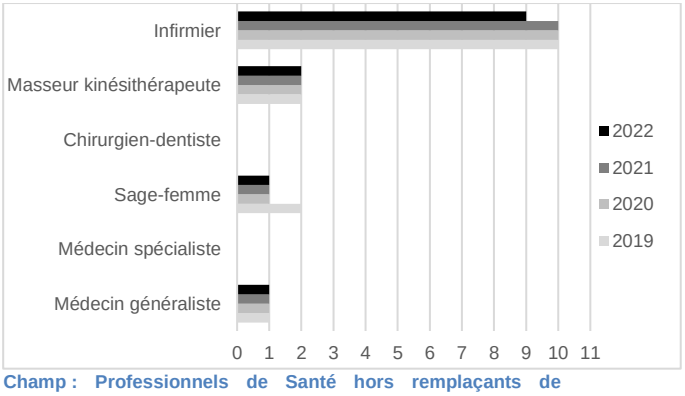
Note de lecture : 4 % des maisons de Dembéni sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 19 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Dembéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 406 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Dembéni



Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 407 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Dembéni et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Dembéni
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

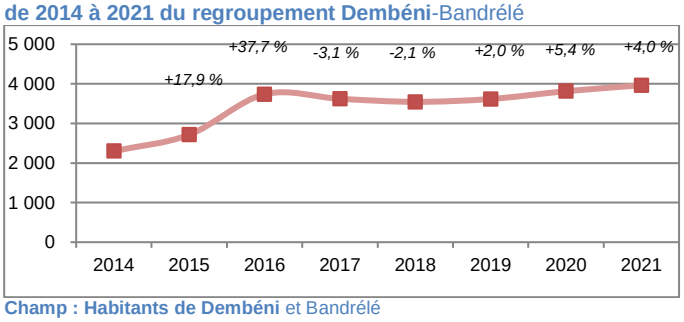
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI Dembéni-**Bandrélé**[422], **3 964 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+72 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[423] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,13 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **32 %** (stable par rapport à 2014) des consultations, **13 %** pour les **65 ans ou plus** (+9 points) (*Figure 409*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune Dembéni est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **12 315 consultations par an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune soit **5 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,56 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **36 %** des consultations des habitants de Dembéni dans l'un des centres (*31 %*) et **4 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 410*). 31 % des habitants de Dembéni se rendent au centre de **Kahani** (commune de Ouangani), 27 % à **M'ramadoudou** (commune de Chirongui), 10 % à celui de **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) et 25 % celui de **leur commune de domicile** [121].

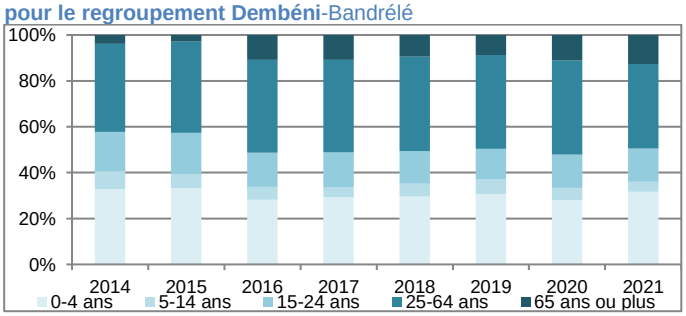
► **Recours aux permanences des soins :** Les centres de référence incluant une permanence des soins les **plus proches** de Dembéni se situent dans les communes de Chirongui, à **M'ramadoudou**, et Ouangani, **Kahani**. En moyenne sur la période 2020-2022, **2 529 consultations par an** concernant des habitants de Dembéni ont été observées, soit **5 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,11 par habitant de la commune (*0,20*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **48 %** des consultations des habitants de Dembéni dans l'une des permanences (*41 %*) et **3 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 411*). 57 % des habitants Dembéni se rendent à la permanence de soins de **Kahani** et 39 % à celle de **M'ramadoudou** [121].

Figure 408 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Dembéni-Bandrélé



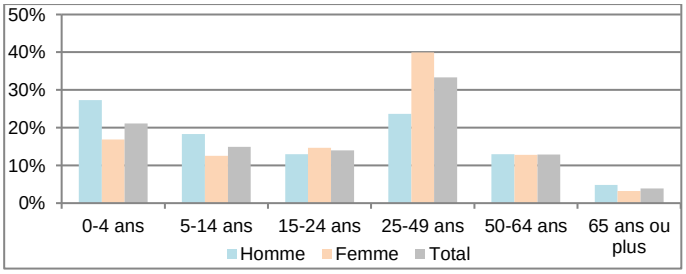
Champ : Habitants de Dembéni et Bandrélé
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 409 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Dembéni-Bandrélé



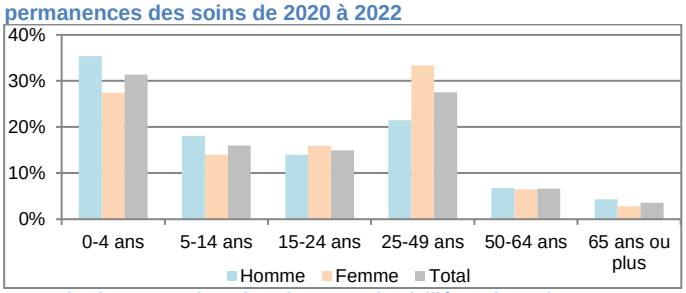
Champ : Habitants de Dembéni et Bandrélé
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 410 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Dembéni ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Dembéni et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 40 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Dembéni
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 411 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Dembéni ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Dembéni et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 32 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Dembéni ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[422] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Dembéni-Bandrélé.
[423] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Dembéni présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **50,9 et 60 %** (*66 %*) en 2020 [110].
Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,3 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,5 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **4,5 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 156*).

► Autres types de recours

En 2021, près de **1 900 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** de Dembéni, soit **7 %** à l'échelle du département ainsi que près de **1 950 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **6 %** [52].

Tableau 156 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Dembéni

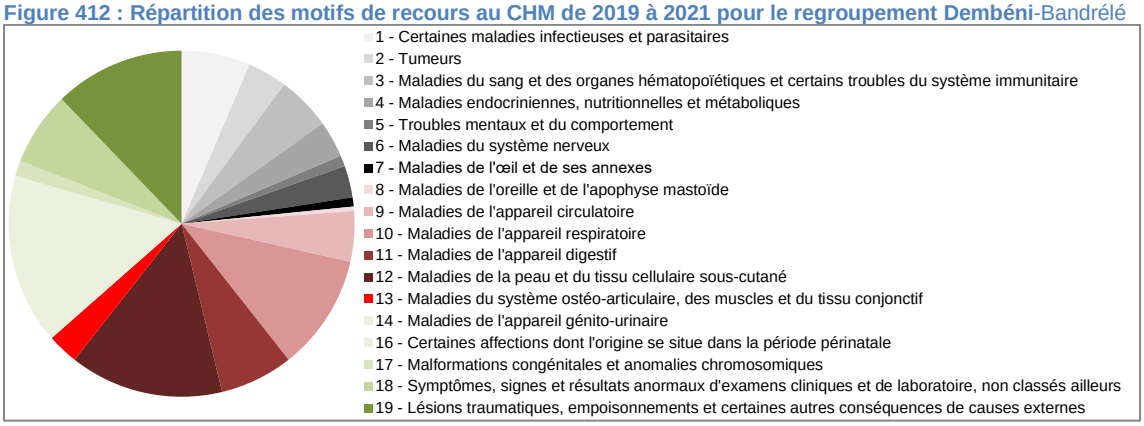
Moyenne	2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	4 934	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,3	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	76	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,004	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	2 493	**6 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	76	**4%**
x Taux de consultations par habitant	0,004	6,8
Actes des infirmiers libéraux	82 361	**4 %**
x Taux d'actes par habitant	4,5	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	3 240	**3 %**
x Taux d'actes par habitant	0,2	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	84 018	**4 %**
x Taux de ventes par habitant	4,6	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Dembéni sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Dembéni
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

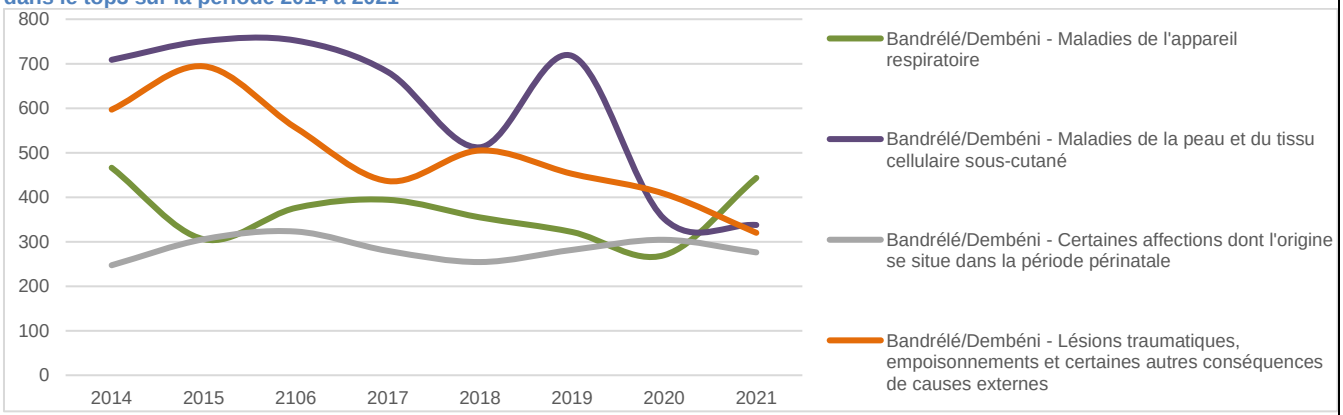
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (27 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (46 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,3 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (14 %, *3 %*), suivies des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (11 %, *4 %*) et de « **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » (9 %, *2 %*) [120] (*Figure 382*).

Figure 412 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Dembéni-Bandrélé



Champ : Habitants de Dembéni et Bandrélé
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 413 : Taux, pour 100 000 habitants de Dembéni-Bandrélé, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Dembéni et Bandrélé
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Tsingoni, Chiconi, Ouangani ou **Dembéni** :
- **34 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **15 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **27 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- aucun pour un problème auditif (*14 %*) ;
- **4 %** un **problème respiratoire** (*27 %*) [50].
Ils sont 18 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 16 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 8 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 8 % en surpoids (*10 %*) [112].
9 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 158*).

Tableau 157 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le secteur Ouest-Centre (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	8
	Norme	84
	Surpoids	8
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	9
	2 repas par jour	42
	3 repas par jour	49
	Aucun ou alimentation irrégulière	0
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	26
	Tous les jours	33
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	3
	Plusieurs fois par semaine	11
	Tous les jours	86
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	13
	Plusieurs fois par semaine	27
	Tous les jours	60
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	27
	Plusieurs fois par semaine	60
	Tous les jours	13
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	51
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	3
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	51
	Plusieurs fois par semaine	32
	Tous les jours	16
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	36
	Plusieurs fois par semaine	22
	Tous les jours	41
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	100
	Plusieurs fois par semaine	0
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	20
	<1 heure	23
	2 heures	57
	>3 heures	0

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Tsingoni, Chiconi, Ouangani et **Dembéni**
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

3 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **peu ou prou** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **22 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **10 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **63 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **53 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104].
85 % parlent avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Aucun ne déclarent **au moins cinq points négatifs**[424] (*10 %*) liés au bien-être, **2 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **2 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[425] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 58 MDO[426] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 6 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 9,1 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 158 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Dembéni

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	<5	<5	<5	7
Fièvre typhoïde	0	0	0	0
Hépatite A	<5	7	<5	9
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	7	17	13	37
Listériose	0	0	<5	<5
Paludisme	<5	0	0	<5
TIAC	0	0	0	0

Champ : Habitants domiciliés à Dembéni
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **3 %** des 15-69 ans vivant **dans le secteur Mamoudzou-Dembéni** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 32 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **26 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **8 % des habitants de 30-69 ans du Sud étaient diabétiques** (*11 %*), 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 5 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[424] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[425] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[426] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

8. M'tsamboro

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



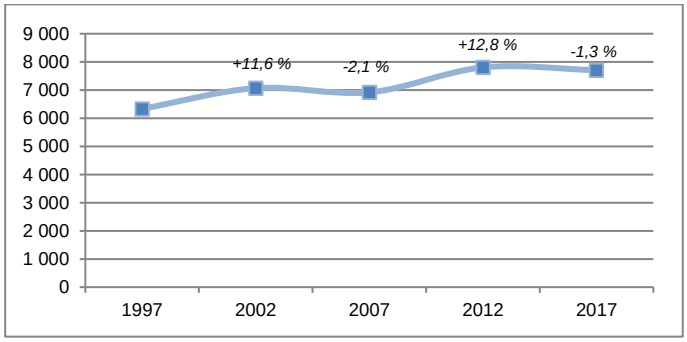
Démographie

La commune de M'tsamboro est constituée de trois villages : **M'tsahara**, **Hamjago** et **M'tsamboro**.

En 2017, 7 705 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 470 habs/km²**, soit 3 % de la population totale de Mayotte [24]. 84 % de la population de la commune de M'tsamboro est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **-0,3 % par an entre 2012-2017** (+2,7 % de solde naturel et -3,0 % de solde migratoire apparent), alors qu'il était positif en 2007-2012 : +2,4 % (2002-2007 : +0,1 %, 1997-2002 : +2,2 %) [24].

Figure 414 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de M'tsamboro

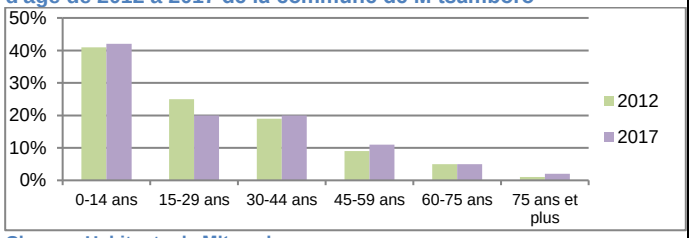


Champ : Habitants de M'tsamboro
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, l**es moins de 15 ans** représentent **42 %** de la population de M'tsamboro (*44 % pour la population totale*) [24].

51 % pour les 15-59 ans (*52 %)* et **7 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 415*).

Figure 415 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de M'tsamboro



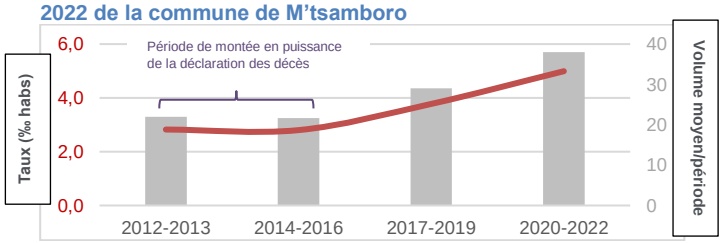
Champ : Habitants de M'tsamboro
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **30,9 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **23 %** des familles sont **monoparentales**, 11 % des couples sans enfant, 51 % des couples avec enfant(s) et **14 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **3,8 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à M'tsamboro (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +32 % : 5,0 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 416*) [116].

2 à 5 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de M'tsamboro sur la période 2012 (5 %) à 2022 (4 %) [116].

Figure 416 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de M'tsamboro



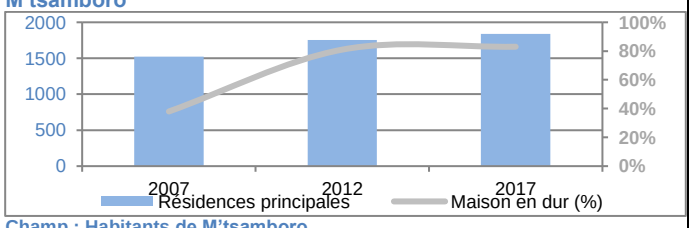
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est M'tsamboro
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **1 839 résidences principales** (*Figure 417*) sont présentes dans la commune, soit 3 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,2**) dont **14 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +21 %** [24].

Figure 417 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de M'tsamboro



Champ : Habitants de M'tsamboro
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **60 %** des ménages de la commune de M'tsamboro disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +19 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable y a diminué entre 2012 et 2017 : **-1 point** [24] (*Tableau 159*).

Tableau 159 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de M'tsamboro

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	91	90	71
Eau dans la cour	6	3	12
Chez un parent/tiers	2	2	5
BFM	0	1	5
Des points d'Eaux		4	6
Accès à l'électricité	96	95	90
Dispose d'un confort de base	41	60	41
Un réfrigérateur	74	78	71
Un congélateur	77	81	72
Télévision	83	81	77
Ordinateur	36	35	32
Une connexion internet		33	28
Véhicule deux roues		12	23
Voiture	28	36	28

Champ : Habitants de M'tsamboro
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

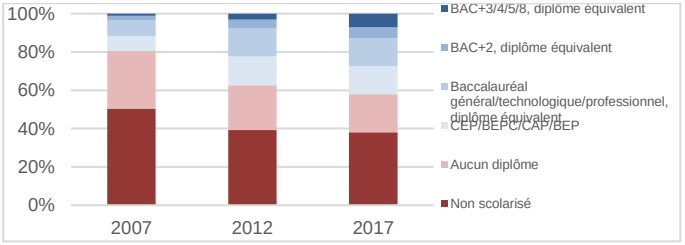
Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. Un logement est considéré comme dépourvu du confort sanitaire de base s'il est privé d'un des trois éléments que sont l'eau courante, une baignoire ou une douche, des WC à l'intérieur.

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de M'tsamboro **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **27 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 12 % et 22 % en 2012 [24] (*Figure 418*).
En 2017, **83 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à M'tsamboro sont **scolarisés** (-2 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **94-95 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **86 %** pour les **15-18 ans** (-3 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **11 %** (+2 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 418 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de M'tsamboro, en 2007, 2012 et 2017

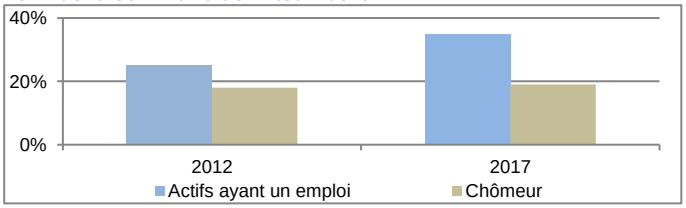


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de M'tsamboro
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **35 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +10 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 419*).

Figure 419 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de M'tsamboro



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de M'tsamboro
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de M'tsamboro couverte par le **RSA**[427] est de **9 %** (-2 points avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 1,1 %** sur cette période (+0,1 point, *0,5 %*).
0,4 % pour les enfants couverts par l'**AEEH**[428] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **70 % des 65 ans ou plus** (stable, *43 %*) [110] (*Tableau 160*).

Tableau 160 : Prestations sociales de 2017 et 2021 de la commune de M'tsamboro

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	313	298
× Part chez les 25 à 59 ans*	11 %	9 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	878	825
× Part en population générale *	11 %	9 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	30	35
× Part chez les 25 à 59 ans*	1,0 %	1,1 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	15	17
× Part chez les moins de 20 ans*	0,4 %	0,4 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	1 513	1 441
× Part chez les 6-18 ans *	57 %	49 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	11	11
× Part en population générale *	0,1 %	0,1 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[429])	282	306
× Part chez les 65 ans ou plus *	70 %	70 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de M'tsamboro
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[427] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[428] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[429] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de M'tsamboro, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 161*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022, la seule plage sous surveillance (Jiva) est de qualité suffisante [117] (*Tableau 162*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **65 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, Acoua, **M'tsamboro**, Bandraboua ou Koungou déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **87 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99]. A contrario, ils sont alors **28 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **27 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **85 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99]. Enfin, concernant le **brossage des dents**, **36 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 9 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 13 % des ménages de M'tsamboro sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 69 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 18 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 420*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de M'tsamboro présente une **densité faible des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 421*).

Tableau 161 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de M'tsamboro

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	95-100	100	95-100	100	100

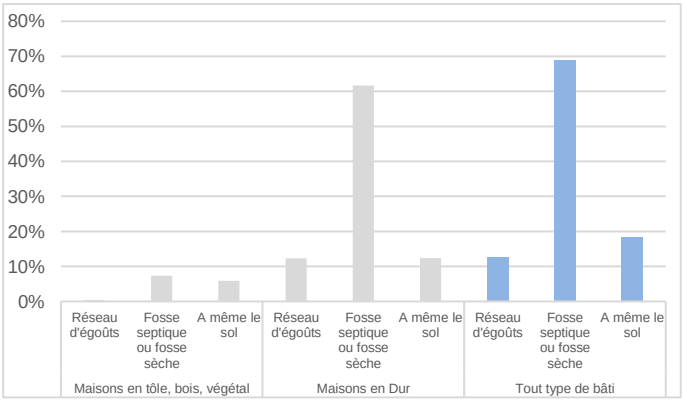
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 162 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune M'tsamboro

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente			1	1	2			
Bonne		1	1	2	1	1		
Suffisante	3		1				1	1
Insuffisante		2						
Interdite*			3	3	3	3	3	

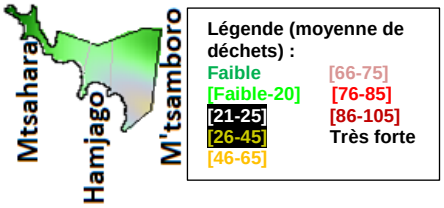
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 420 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de M'tsamboro



Note de lecture : 0,4 % des maisons de M'tsamboro sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 12 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de M'tsamboro
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 421 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de M'tsamboro



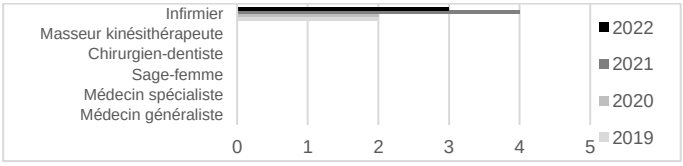
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de M'tsamboro est munie d'**une pharmacie** et d'**un centre de consultations** [119]. **Un dispositif de consultations par télémédecine** est ouvert à Hamjago, il accueille les patients et propose également des soins infirmiers, en kinésithérapie et médecine généraliste et spécialisée. Un **centre de santé spécialisé en ophtalmologie** a ouvert en 2022 à Hamjago. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. Aucune structure médico-sociale n'est présente [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de M'tsamboro est pourvue de **3 infirmiers** soit une densité de 33,4 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 64,5*) [47].

Figure 422 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à M'tsamboro et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de M'tsamboro
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

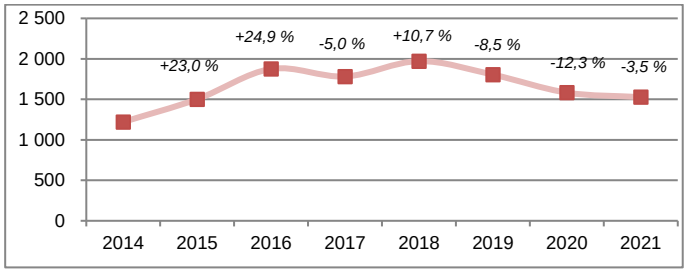
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI **M'tsamboro**-Acoua[430], **1 527 séjours** d'hospitalisation ont été enregistré (+25 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[431] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,11 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **30 %** (-2 points par rapport à 2014) des consultations, **6 %** pour les **65 ans ou plus** (+1 point) (*Figure 424*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune M'tsamboro est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **10 423 consultations par an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de M'tsamboro soit **4 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 1,32 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **24 %** des consultations des habitants de M'tsamboro dans l'un des centres (*31 %*) et **9 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 425*). 53 % des habitants de M'tsamboro vont dans le centre de consultations **de leur commune de domicile**, 41 % à celui de **Dzoumogné** (commune de Bandraboua) et 4 % pour celui de **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) [121].

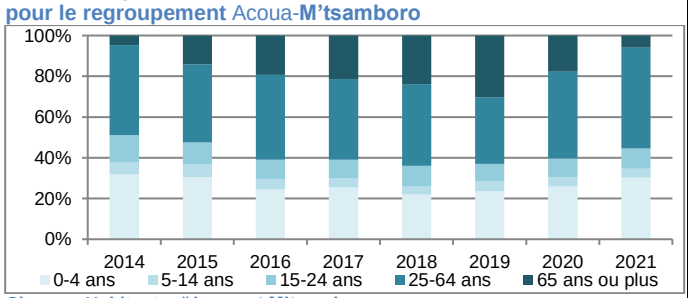
► **Recours aux permanences des soins :** Le centre de référence incluant une permanence des soins le **plus proche** de M'tsamboro se situe dans la commune de Bandraboua, à **Dzoumogné**. En moyenne sur la période 2020-2022, **1 968 consultations par an** concernant des habitants de M'tsamboro ont été observées, soit **4 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,25 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **37 %** des consultations des habitants de Dembéni dans l'une des permanences (*41 %*) et **9 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 366*). 94 % des habitants M'tsamboro se rendent à la permanence de soins de **Dzoumogné** et 4 % à celle de **Kahani** (commune de Ouangani) [121].

Figure 423 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Acoua-**M'tsamboro**



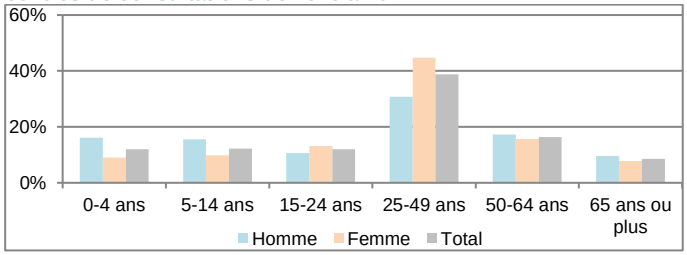
Champ : Habitants d'Acoua et **M'tsamboro**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 424 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Acoua-**M'tsamboro**



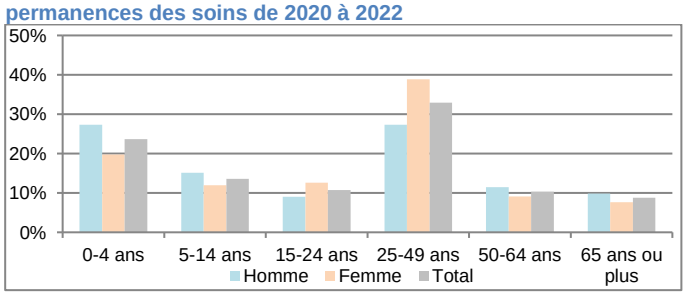
Champ : Habitants d'Acoua et **M'tsamboro**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 425 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de M'tsamboro ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de M'tsamboro et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 45 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de M'tsamboro ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.LA.N.D.

Figure 426 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de M'tsamboro ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de M'tsamboro et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 39 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de M'tsamboro ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.LA.N.D.

[430] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons M'tsamboro-Acoua.
[431] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de M'tsamboro présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **75 et 80 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,4 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,9 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **10,0 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 163*).

Tableau 163 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune M'tsamboro

Moyenne	2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	3 650	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,4	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	120	**5 %**
x Taux de consultations par habitant	0,01	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 872	**5 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,9	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	74	**4 %**
x Taux de consultations par habitant	0,008	0,007
Actes des infirmiers libéraux	88 401	**4 %**
x Taux d'actes par habitant	10,0	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	6 724	**6 %**
x Taux d'actes par habitant	0,8	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	97 055	**4 %**
x Taux de ventes par habitant	11,0	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de M'tsamboro sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de M'tsamboro
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

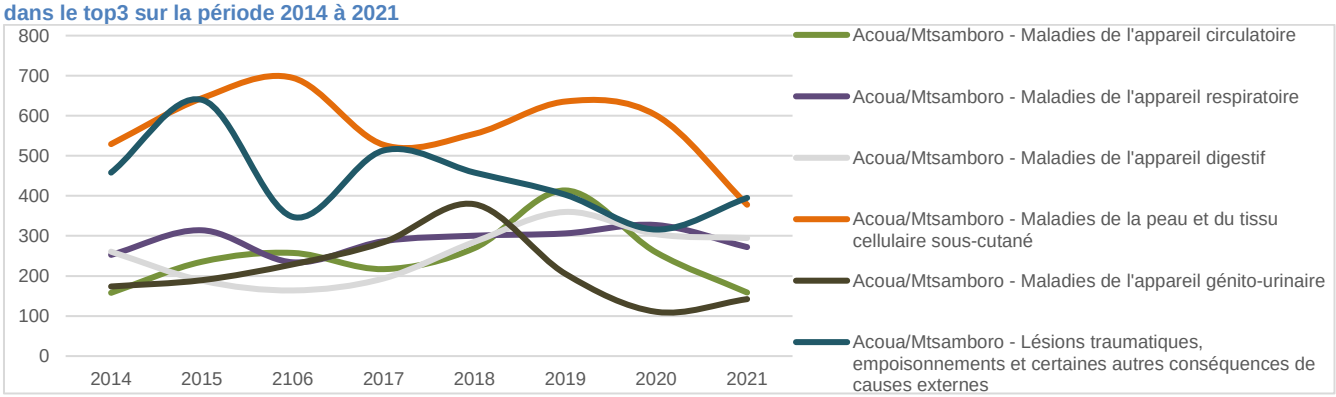
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (25 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (48 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,8 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (16 %, *3 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, *3 %*) et des « **maladies de l'appareil digestif** » (10 %, *1,7 %*) [120] (*Figure 427*).

Figure 427 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Acoua-**M'tsamboro**



Champ : Habitants d'Acoua et **M'tsamboro**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 428 : Taux, pour 100 000 habitants d'Acoua-**M'tsamboro, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021**



Champ : Habitants d'Acoua et **M'tsamboro**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, Acoua, **M'tsamboro**, Bandraboua ou Koungou :
- **41 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **11 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **17 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **10 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **31 %** un **problème respiratoire** (*27 %*) [50].

Ils sont 19 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 20 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 11 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 9 % en surpoids (*10 %*) [112].
23 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **0,5 % aucun** (*un sur cinquante*), et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 165*).

Tableau 164 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Nord (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	11
	Norme	80
	Surpoids	9
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	23
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	0,5
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	53
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	11
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	1
	Plusieurs fois par semaine	21
	Tous les jours	77
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	31
	Plusieurs fois par semaine	29
	Tous les jours	40
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	14
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	49
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	44
	Plusieurs fois par semaine	48
	Tous les jours	8
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	39
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	24
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	31
	Tous les jours	28
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	95
	Plusieurs fois par semaine	5
	Tous les jours	0,5
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	22
	<1 heure	32
	2 heures	40
	>3 heures	6

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes d'Acoua, **M'tsamboro**, M'tsangamouji, Koungou et Bandraboua
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

2 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **8 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **7 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **13 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **56 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **63 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **82 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **12 %** à déclarer **au moins cinq items négatifs**[432] (*10 %*) liés au bien-être, **11 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **5 % des 10-12 ans** du Nord **disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[433] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période de 2020 à 2022, 18 MDO[434] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 1,8 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 7,9 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 165 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 220 à 2022, pour les habitants de M'tsamboro

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	<5	<5	<5	5
Hépatite A	0	<5	0	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	<5	6	<5	10
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	0	0	<5
TIAC	0	0	0	0

Champ : Habitants domiciliés à M'tsamboro
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **3 %** des 15-69 ans vivant **dans le Nord** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 24 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **26 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **12 % des habitants de 30-69 ans du Nord de l'île étaient diabétiques**, 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 9 % ne le savaient pas [61].

[432] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[433] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[434] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

9. M'tsangamouji

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



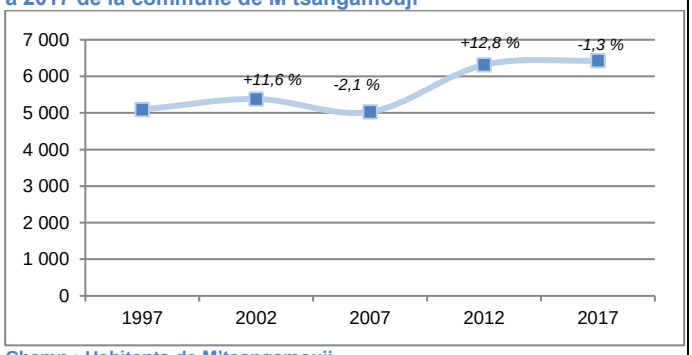
Démographie

La commune de M'tsangamouji est constituée de trois villages : **M'liha**, **M'tsangamouji** et **Chembenyoumba**.

En 2017, 6 432 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 295 habs/km²**, soit 3 % de la population totale de Mayotte. 78 % de la population de la commune de M'tsangamouji est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+0,4 % par an entre 2012-2017** (+2,5 % de solde naturel et -2,1 % de solde migratoire apparent), en baisse par rapport à 2007-2012 : +4,7 % (2002-2007 : -1,4 %, 1997-2002 : +1,1 %) [24].

Figure 429 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de M'tsangamouji

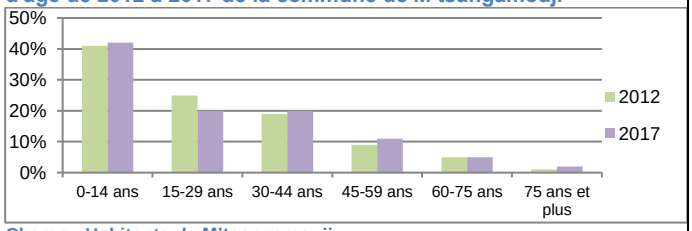


Champ : Habitants de M'tsangamouji
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **41 %** de la population de M'tsangamouji (*44 % pour la population totale*) [24].

52 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **7 %** pour les **60 ans et plus** (*4%*) [24] (*Figure 430*).

Figure 430 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de M'tsangamouji



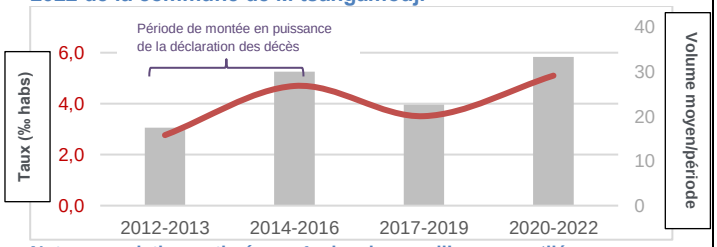
Champ : Habitants de M'tsangamouji
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **33,0 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **21 %** des familles sont **monoparentales**, 12 % des couples sans enfant, 50 % des couples avec enfant(s) et **17 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **3,5 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à M'tsangamouji (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +45 % : 5,1 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 431*) [116].

2 à 4 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de M'tsangamouji sur la période 2012 (4 %) à 2022 (3 %) [116].

Figure 431 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de M'tsangamouji



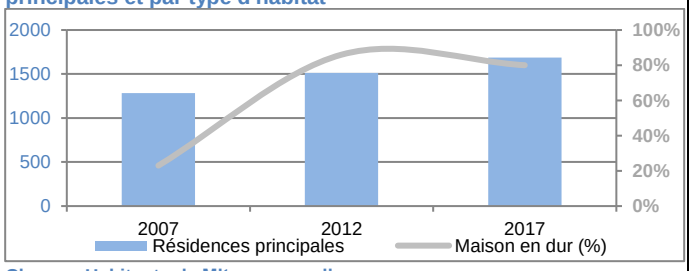
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est M'tsangamouji
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **1 688 résidences principales** (*Figure 432*) sont présentes dans la commune, soit 3 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,8**) dont **18 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +31 %** [24].

Figure 432 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat



Champ : Habitants de M'tsangamouji
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **52 %** des ménages de la commune de M'tsangamouji disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +13 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+4 points** [24] (*Tableau 166*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 166 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de M'tsangamouji

	2012 (%)	2017 (%)	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	82	86	71
Eau dans la cour	12	6	12
Chez un parent/tiers	4	2	5
BFM	1	1	5
Des points d'Eaux		5	6
Accès à l'électricité	95	96	90
Dispose d'un confort de base	39	52	41
Un réfrigérateur	68	76	71
Un congélateur	78	79	72
Télévision	81	82	77
Ordinateur	30	31	32
Une connexion internet		26	28
Véhicule deux roues		12	23
Voiture	27	33	28

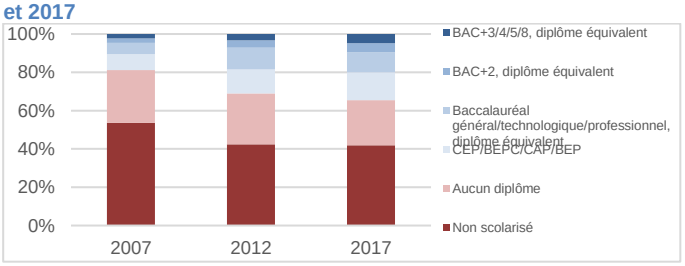
Champ : Habitants de M'tsangamouji
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de M'tsangamouji **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **20 %** (*23 %*). Il est stable vis-à-vis de 2012 : 19 %, après avoir augmenté en 2007 : 11 % [24] (*Figure 433*).
En 2017, **71 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à M'tsangamouji sont **scolarisés** (-7 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **89-90 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **79 %** pour les **15-18 ans** (-6 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **18 %** (+8 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 433 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de M'tsangamouji, en 2007, 2012 et 2017

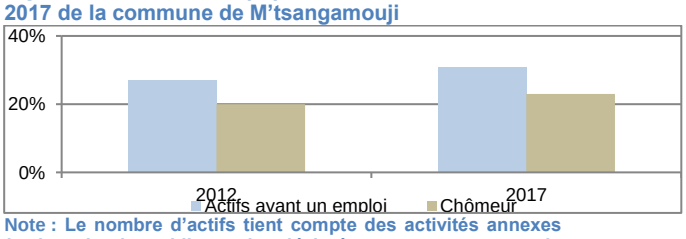


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de M'tsangamouji
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **31 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +4 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 434*).

Figure 434 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de M'tsangamouji



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de M'tsangamouji
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de M'tsangamouji couverte par le **RSA**[435] est de **10 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,8 %** sur cette période (-0,1 point, *0,5 %*). **0,3 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[436] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **63 % des 65 ans ou plus** (-2 points, *43 %*) [110] (*Tableau 167*).

Tableau 167 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de M'tsangamouji

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	269	265
× Part chez les 25 à 59 ans*	11 %	10 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	737	692
× Part en population générale *	11 %	9 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	22	23
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,9 %	0,8 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	10	11
× Part chez les moins de 20 ans*	0,3 %	0,3 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	958	959
× Part chez les 6-18 ans *	47 %	43 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	13	13
× Part en population générale *	0,2 %	0,2 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[437])	203	215
× Part chez les 65 ans ou plus *	65 %	63 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
**** allocation de Rentrée scolaire (ARS).**
Champ : Habitants de M'tsangamouji
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[435] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[436] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[437] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de M'tsangamouji, la qualité de l'eau du robinet est très bonne avec une conformité Bactériologique de 95-100 % [74] (*Tableau 168*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 3 plages surveillées (M'liha, Tanaraki et Ambato), 1 est de qualité insuffisante et 1 de qualité excellente [117] (*Tableau 169*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **65 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **M'tsangamouji**, Acoua, M'tsamboro, Bandraboua ou Koungou déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **87 % après être sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **28 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **27 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **85 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].

Enfin, concernant le **brossage des dents**, **36 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 9 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 5 % des ménages de M'tsangamouji sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 72 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 23 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 435*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de M'tsangamouji présente une **densité « intermédiaire » des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 436*).

Tableau 168 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de M'tsangamouji

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	100	100	95-100

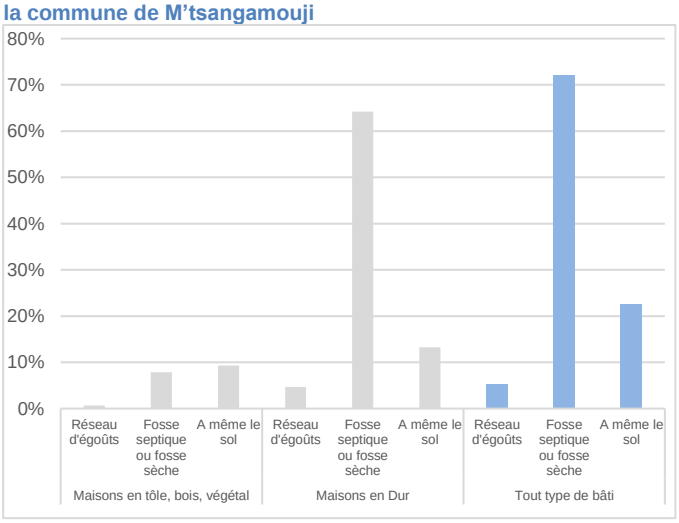
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 169 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune M'tsangamouji

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente					2		1	1
Bonne	1		3	3		2	1	
Suffisante	1	2						1
Insuffisante	1	1			1	1	1	1
Interdite*								

Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 435 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de M'tsangamouji



Note de lecture : 0,7 % des maisons de M'tsangamouji sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 5 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de M'tsangamouji
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 436 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de M'tsangamouji



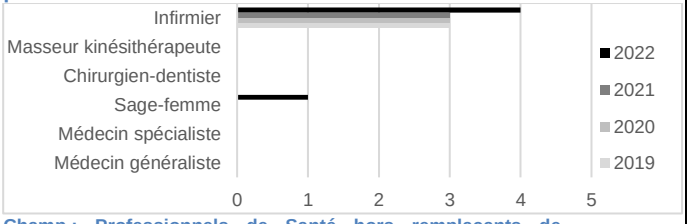
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de M'tsangamouji est munie d'**une PMI**, d'**une pharmacie** et d'**un centre de consultations** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un Sessad-IME** géré par l'**Apajh** et **un Camsp** géré par **Mlézi Maoré** sont présents dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de M'tsangamouji est pourvue de **4 infirmiers** soit une densité de 53,4 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 64,5*) et **1 sage-femme** soit 53,5 (*20,8*) [47].

Figure 437 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à M'tsangamouji et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de M'tsangamouji
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

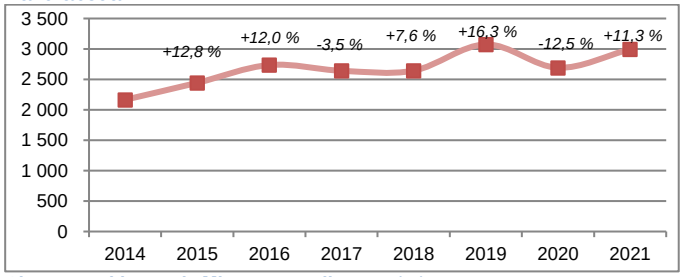
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI **M'tsangamouji**-Bandraboua[438], **2 995 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+38 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[439] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,12 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **38 %** (+4 points par rapport à 2014) des consultations, **4 %** pour les **65 ans ou plus** (-1 point) (*Figure 439*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune M'tsangamouji est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **6 893 consultations par an** ont été constatées dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune soit **3 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 1,02 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **28 %** des consultations des habitants de M'tsangamouji dans l'un des centres (*31 %*) et **8 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*23 %*) (*Figure 440*). 25 % des habitants de M'tsangamouji vont dans le centre de consultations de **leur commune de domicile**, 65 % à celui **Dzoumogné** (commune de Bandraboua), 4 % à celui de **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) et 3 % à celui de **Kahani** (commune de Ouangani).

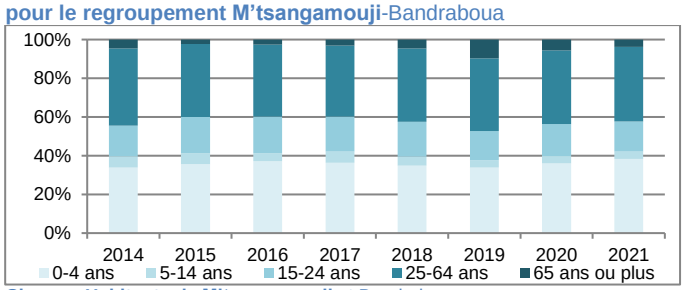
► **Recours aux permanences des soins :** Les centres de référence incluant une permanence des soins les **plus proches** de M'tsangamouji se situent dans les communes de Bandraboua, à **Dzoumogné**, et de Ouangani, à **Kahani**. En moyenne sur la période 2020-2022, **1 393 consultations par an** concernant des habitants de M'tsangamouji ont été observées, soit **3 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,21 par habitant de la commune (*0,20*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **38 %** des consultations des habitants de M'tsangamouji dans l'une des permanences (*41 %*) et **10 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 441*). 91 % des habitants M'tsangamouji se rendent à la permanence de soins de **Dzoumogné** et 7 % à celle de **Kahani** (commune de Mamoudzou) [121].

Figure 438 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement M'tsangamouji-Bandraboua



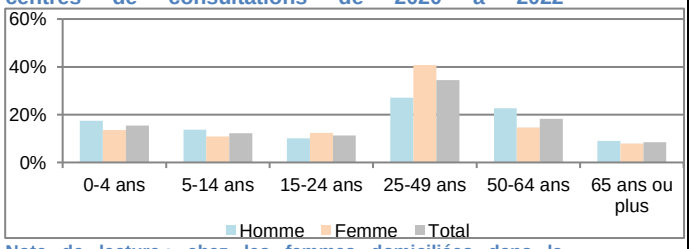
Champ : Habitants de M'tsangamouji et Bandraboua
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 439 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement M'tsangamouji-Bandraboua



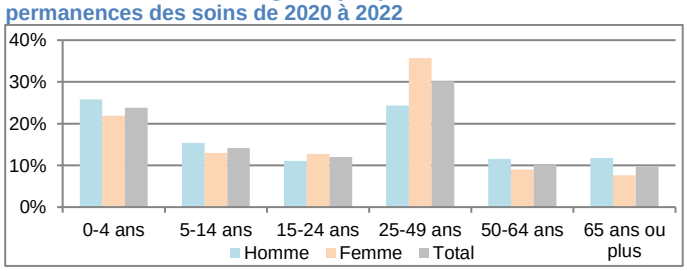
Champ : Habitants de M'tsangamouji et Bandraboua
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 440 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de M'tsangamouji ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de M'tsangamouji et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 41 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de M'tsangamouji ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 441 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de M'tsangamouji ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de M'tsangamouji et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 36 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de M'tsangamouji ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[438] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons M'tsangamouji-Bandraboua.
[439] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de M'tsangamouji présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **60 et 75 %** (*66 %*) en 2020 [110]. Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,4 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,7 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **9,4 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 171*).

► Autres types de recours

En 2021, près de **1 750 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** de M'tsangamouji, soit **7 %** à l'échelle du département ainsi que près de **2 900 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **8 %** [52].

Tableau 170 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune M'tsangamouji

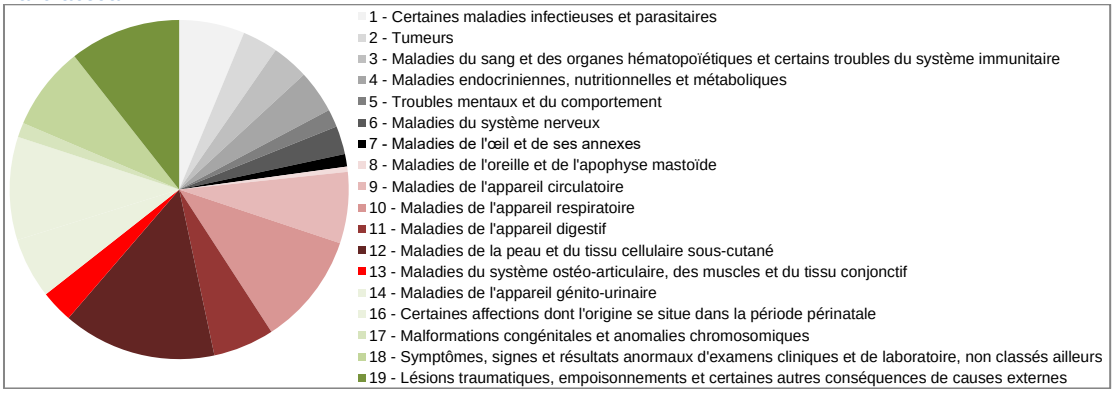
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	2 981	**2 %**
x Taux de consultations par habitant	0,4	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	69	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,009	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 203	**3 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,7	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	68	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,009	0,007
Actes des infirmiers libéraux	68 899	**4 %**
x Taux d'actes par habitant	9,4	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	5 903	**5 %**
x Taux d'actes par habitant	0,8	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	72 087	**3 %**
x Taux de ventes par habitant	9,8	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de M'tsangamouji sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de M'tsangamouji
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

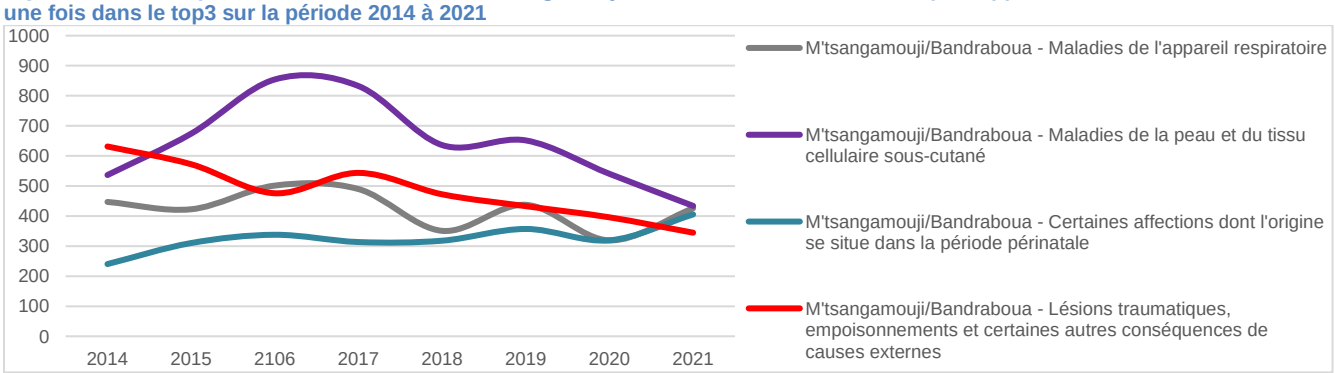
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (33 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (37 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,7 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (14 %, *3 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, *3 %*) et de « **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » (10 %, *2 %*) [120] (*Figure 442*).

Figure 442 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement M'tsangamouji-Bandraboua



Champ : Habitants de M'tsangamouji et Bandraboua
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 443 : Taux, pour 100 000 habitants de M'tsangamouji-Bandraboua**, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021**



Champ : Habitants de M'tsangamouji et Bandraboua
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **M'tsangamouji**, Acoua, M'tsamboro, Bandraboua ou Koungou :
- **41 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **11 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **17 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **10 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **31 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).

Ils sont 19 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 20 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 11 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 9 % en surpoids (*10 %*) [112].
23 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **0,5 % aucun** (*un sur cinquante*), et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 171*).

Tableau 171 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Nord (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	11
	Norme	80
	Surpoids	9
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	23
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	0,5
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	53
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	11
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	1
	Plusieurs fois par semaine	21
	Tous les jours	77
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	31
	Plusieurs fois par semaine	29
	Tous les jours	40
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	14
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	49
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	44
	Plusieurs fois par semaine	48
	Tous les jours	8
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	39
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	24
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	31
	Tous les jours	28
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	95
	Plusieurs fois par semaine	5
	Tous les jours	0,5
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	22
	<1 heure	32
	2 heures	40
	>3 heures	6

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes d'Acoua, M'tsamboro, **M'tsangamouji**, Koungou et Bandraboua
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

2 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **8 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **7 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **13 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **56 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **63 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **82 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **12 %** à déclarer **au moins cinq items négatifs**[440] (*10 %*) liés au bien-être, **11 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **5 % des 10-12 ans** du Nord **disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[441] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 11 MDO[442] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 1,1 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 5,6 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 172 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de M'tsangamouji

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	<5	0	<5	<5
Hépatite A	<5	<5	0	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	0	<5	<5	<5
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	0	<5
TIAC	0	0	0	0

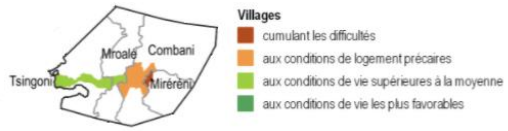
Champ : Habitants domiciliés à M'tsangamouji
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **3 %** des 15-69 ans vivant **dans le Nord** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 24 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **26 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **12 % des habitants de 30-69 ans du Nord de l'île étaient diabétiques**, 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 9 % ne le savaient pas [61].

[440] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[441] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[442] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

10. Tsingoni

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



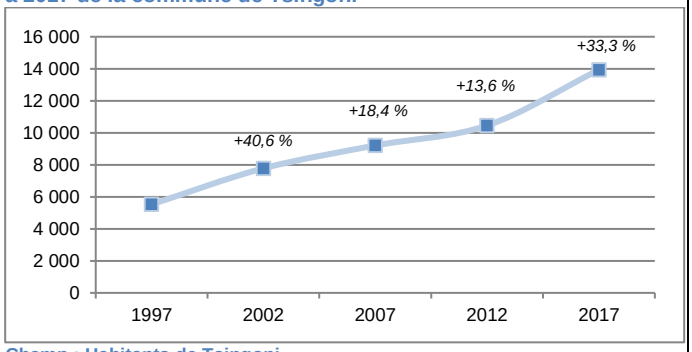
Démographie

La commune de Tsingoni est constituée de quatre villages : **Tsingoni**, **M'roalé**, **Combani** et **Miréréni**.

En 2017, 13 943 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 405 habs/km²**, soit 5 % de la population totale de Mayotte [24]. 50 % de la population de la commune de Tsingoni est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+5,9 % par an entre 2012-2017** (+3,5 % de solde naturel et +2,4 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +2,6 % (2002-2007 : +3,4 %, 1997-2002 : +7,1 %) [24].

Figure 444 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Tsingoni

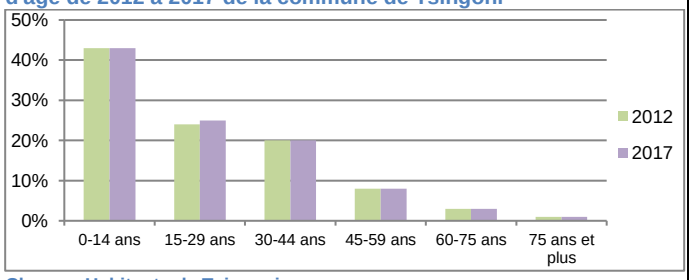


Champ : Habitants de Tsingoni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **43 %** de la population de Tsingoni (*44 % pour la population totale*) [24].

53 % pour les 15-59 ans (52 %). **4 %** pour les **60 ans et plus** (4 %) [24] (*Figure 445*).

Figure 445 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Tsingoni



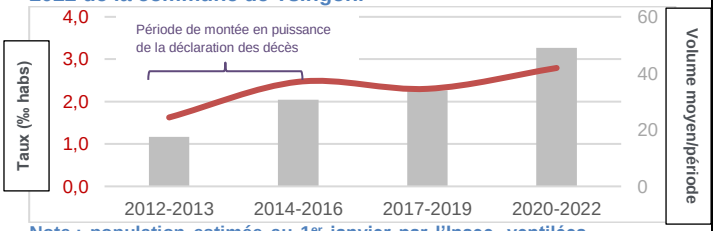
Champ : Habitants de Tsingoni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **38,7 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **26 %** sont des familles **monoparentales**, 10 % en couple sans enfant, 50 % en couple avec enfant(s) et **15 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,3 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Tsingoni (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +21 % : 2,8 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 446*) [116].

3 à 5 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Tsingoni sur la période 2012 (4 %) à 2022 (5 %) [116].

Figure 446 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Tsingoni



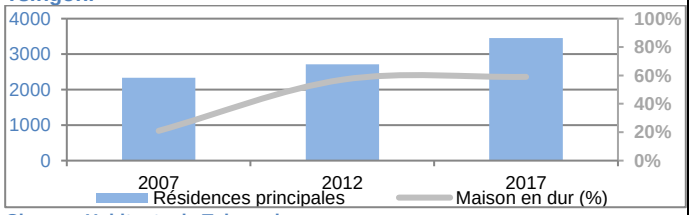
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Tsingoni
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **3 450 résidences principales** (*Figure 447*) sont présentes dans la commune, soit 6 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,9**) dont **43 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +48 %** [24].

Figure 447 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Tsingoni



Champ : Habitants de Tsingoni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **35 %** des ménages de la commune de Tsingoni disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +3 points par rapport à 2012 [24].

L'accès à l'eau potable y a diminué entre 2012 et 2017 : **-4 points** [24] (*Tableau 173*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Tsingoni **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **22 %** (*23 %*). Il est stable vis-à-vis de 2012 : 21 %, et après avoir augmenté en 2007 : 14 % [24] (*Figure 448*).

En 2017, **52 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Tsingoni sont **scolarisés** (-18 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **86-91 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **75 %** pour les **15-18 ans** (-1 point, *88 %*) [24].

Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **24 %** (+9 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **35 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Il a **augmenté de +2 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 449*).

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Tsingoni couverte par le **RSA**[443] est de **5 %** (stable avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].

Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,3 %** sur cette période (+0,1 point, *0,5 %*). **0,1 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[444] (stable, *0,2 %*) [110].

Enfin, l'**ASPA** couvre **43 % des 65 ans ou plus** (stable, *43 %*) [110] (*Tableau 174*).

[443] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.

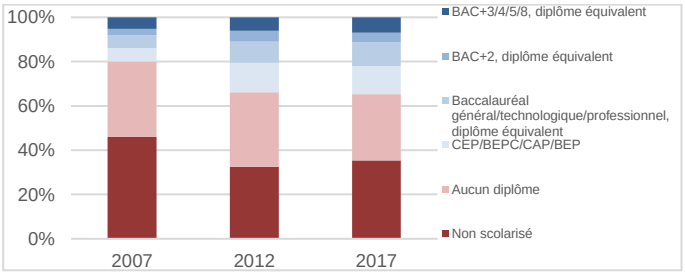
[444] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).

Tableau 173 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Tsingoni

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	67	63	71
Eau dans la cour	19	17	12
Chez un parent/tiers	10	13	5
BFM	1	2	5
Des points d'Eaux		5	6
Accès à l'électricité	95	91	90
Dispose d'un confort de base	32	35	41
Un réfrigérateur	68	72	71
Un congélateur	73	70	72
Télévision	79	78	77
Ordinateur	26	28	32
Une connexion internet		26	28
Véhicule deux roues		8	23
Voiture	27	27	28

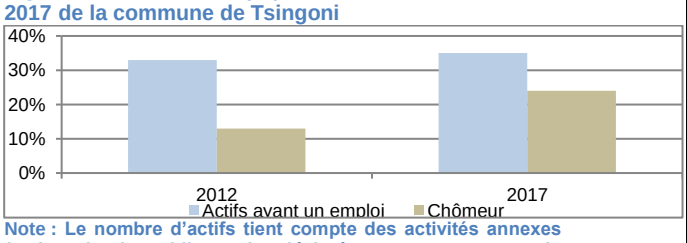
Champ : Habitants de Tsingoni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 448 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Tsingoni, en 2007, 2012 et 2017



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Tsingoni
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

Figure 449 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Tsingoni



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Tsingoni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Tableau 174 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Tsingoni

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	269	253
× Part chez les 25 à 59 ans*	5 %	5 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	765	689
× Part en population générale *	5 %	4 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	12	15
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,2 %	0,3 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	11	11
× Part chez les moins de 20 ans*	0,1 %	0,1 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	1 102	1 039
× Part chez les 6-18 ans *	55 %	56 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	55	56
× Part en population générale *	0,4 %	0,4 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[445])	160	175
× Part chez les 65 ans ou plus *	43 %	43 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de Tsingoni
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[445] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Tsingoni, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 176*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 aucune plage n'est sous surveillance [117] (*Tableau 177*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **61 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **Tsingoni**, Chiconi, Ouangani ou Dembéni déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **71 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **81 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **23 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **36 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **94 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].

Enfin, concernant le **brossage des dents**, **39 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 8 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **58 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 15 % des ménages de M'tsangamouji sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 40 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 45 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 450*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Tsingoni présente une **densité très faible des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 451*).

Tableau 175 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Tsingoni

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	100	100	100

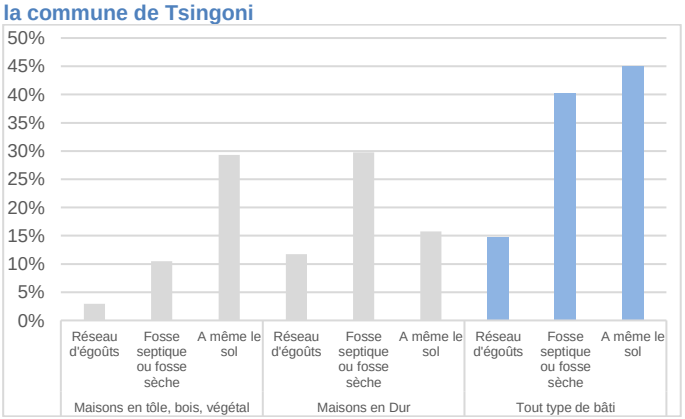
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 176 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Tsingoni

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente		3	1	1	1			
Bonne			1	1	1			
Suffisante	1							
Insuffisante								
Interdite*						1	1	

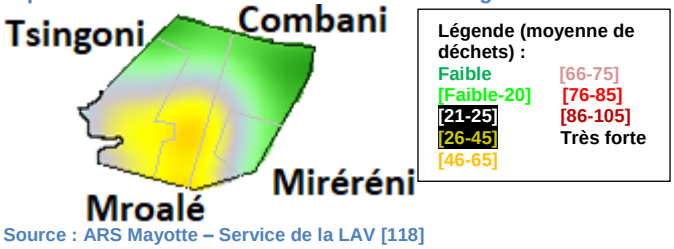
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 450 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Tsingoni



Note de lecture : 3 % des maisons de Tsingoni sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 15 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Tsingoni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 451 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Tsingoni



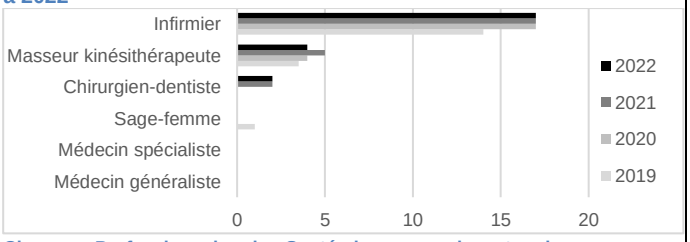
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Tsingoni est munie d'**une PMI** et d'**une pharmacie** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un IME** géré par **Mlézi Maoré** et **un Samsah** géré par l'**Apajh** sont présents dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé <u>libéraux</u>** (<u>hors remplaçants</u>) **:** En 2022, la commune de Tsingoni est pourvue de **2 chirurgiens-dentistes** soit une densité de 12,3 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 3,7*), **4 masseurs-kinésithérapeutes** soit une densité de 24,6 (*17,4*), **17 infirmiers** soit 104,5 (*64,5*), **1 opticien-lunetier** soit 6,1 (*1,7*) et **2 prothésistes** soit 12,2 (*0,6*) [47].

Figure 452 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Tsingoni et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Tsingoni
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

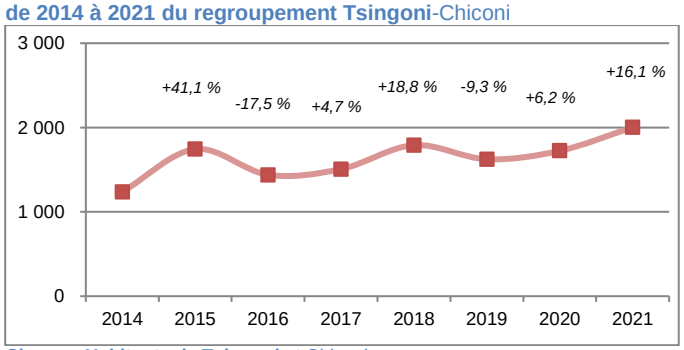
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2019 et sur regroupement du PMSI **Tsingoni**-Chiconi[446], **1 269 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+62 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[447] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,07 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **29 %** (-3 points par rapport à 2014) des consultations, **13 %** pour les **65 ans ou plus** (+10 points) (*Figure 454*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Tsingoni est **dépourvue** de centre de consultations, **les plus proches** se situant dans les communes de **M'tsangamouji** et de **Mamoudzou**. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **13 571 consultations par an ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Tsingoni soit **5 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,75 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **30 %** des consultations des habitants de Tsingoni dans l'un des centres (*31 %*) et **8 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 455*). 81 % des habitants de Tsingoni vont dans le centre de consultations de **Kahani** et 6 % à **Jacaranda** (commune de Mamoudzou), 4 % à **Dzoumogné** et 4 % à **Sada** [121].

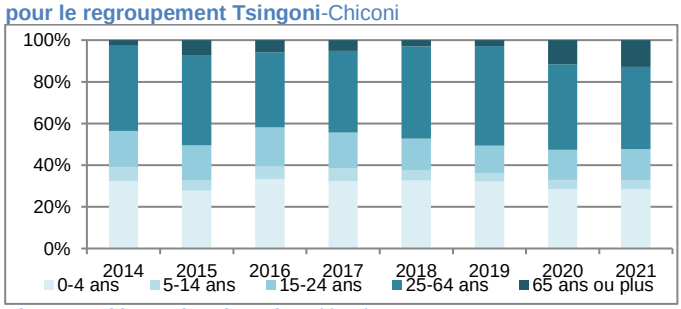
► **Recours aux permanences des soins :** Les centres de référence incluant une permanence des soins les **plus proches** de Tsingoni se situent dans les communes de Bandraboua, à **Dzoumogné,** et de Ouangani, à **Kahani**. En moyenne sur la période 2020-2022, **5 863 consultations par an** concernant des habitants de Tsingoni ont été observées, soit **6 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,19 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **43 %** des consultations des habitants de Tsingoni dans l'une des permanences (*41 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 456*). 92 % des habitants Tsingoni se rendent à la permanence de soins de **Kahani** et 4 % à celle de **Dzoumogné** [121].

Figure 453 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Tsingoni-Chiconi



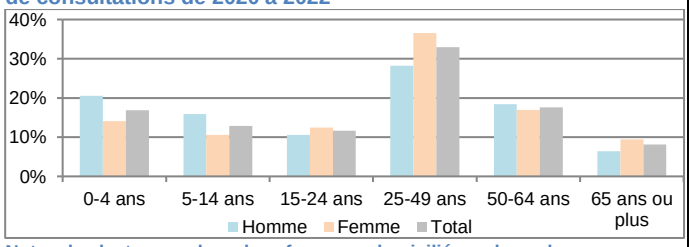
Champ : Habitants de Tsingoni et Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 454 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Tsingoni-Chiconi



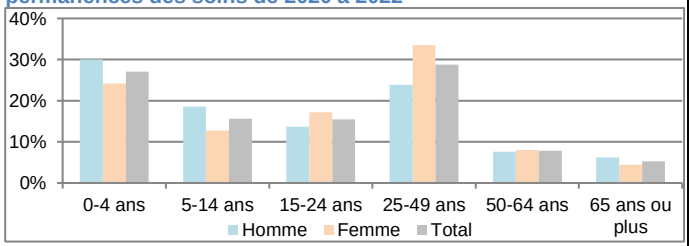
Champ : Habitants de Tsingoni et Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 455 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Tsingoni ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Tsingoni et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 36 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Tsingoni ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 456 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Tsingoni ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Tsingoni et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 34 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Tsingoni ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[446] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Tsingoni-Chiconi.
[447] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Tsingoni présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **60 et 75 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,9 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **1,0 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **14,1 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 177*).

Tableau 177 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Tsingoni

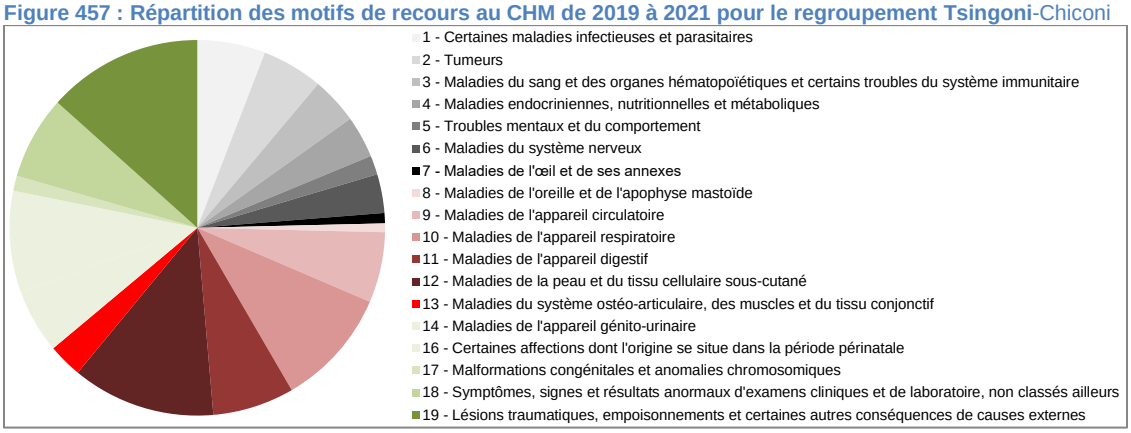
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	6 610	**4 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,9	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	67	**3 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,009	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 839	**5 %**
x **Taux de consultations par habitante de 15-49 ans**	1,0	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	133	**6 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,02	0,007
Actes des infirmiers libéraux	69 442	**4 %**
x **Taux d'actes par habitant**	9,4	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	4 903	**4 %**
x **Taux d'actes par habitant**	0,7	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	104 250	**5 %**
x **Taux de ventes par habitant**	14,1	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Tsingoni sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Tsingoni
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

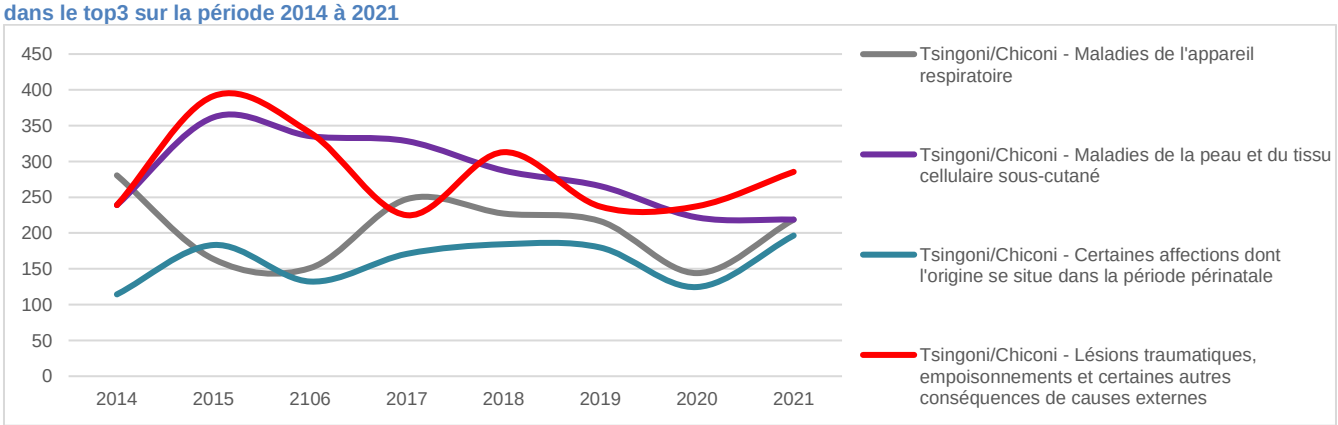
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (33 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (37 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,7 %, *1,4 %*) concernent les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (13 %, *3 %*), suivies des « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (12 %, *3 %*) et des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (11 %, *4 %*) [120] (*Figure 457*).

Figure 457 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Tsingoni-Chiconi



Champ : Habitants de Tsingoni et Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 458 : Taux, pour 100 000 habitants de Tsingoni-Chiconi, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Tsingoni et Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **Tsingoni**, Chiconi, Ouangani ou Dembéni :
- **34 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **15 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **27 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- aucun pour un problème auditif (*14 %*) ;
- **4 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).
Ils sont 18 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 16 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 8 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 8 % en surpoids (*10 %*) [112].
9 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*) et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 178*).

Tableau 178 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le secteur Ouest-Centre (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	**Insuffisance pondérale**	8
	Norme	84
	Surpoids	8
Nombre de repas par jour	**1 repas par jour**	9
	2 repas par jour	42
	3 repas par jour	49
	Aucun ou alimentation irrégulière	0
Consommation de légumes	**Rarement ou jamais**	41
	Plusieurs fois par semaine	26
	Tous les jours	33
Consommation de féculents	**Rarement ou jamais**	3
	Plusieurs fois par semaine	11
	Tous les jours	86
Consommation de fruits	**Rarement ou jamais**	13
	Plusieurs fois par semaine	27
	Tous les jours	60
Consommation de viandes	**Rarement ou jamais**	27
	Plusieurs fois par semaine	60
	Tous les jours	13
Consommation de poissons	**Rarement ou jamais**	51
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	3
Consommation de sucreries	**Rarement ou jamais**	51
	Plusieurs fois par semaine	32
	Tous les jours	16
Consommation de laitages	**Rarement ou jamais**	36
	Plusieurs fois par semaine	22
	Tous les jours	41
Consommation de boissons énergisantes	**Rarement ou jamais**	100
	Plusieurs fois par semaine	0
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	**Au moins 5 portions d'aliments différents**	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	**Pas de temps passé devant l'écran**	20
	<1 heure	23
	2 heures	57
	>3 heures	0

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Tsingoni, Chiconi, Ouangani et Dembéni
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

3 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **peu ou prou** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **22 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **10 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **63 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **53 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104].
85 % parlent avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Aucun ne déclarent **au moins cinq points négatifs**[448] (*10 %*) liés au bien-être, **2 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **2 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[449] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 49 MDO[450] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 5 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 9,3 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 179 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Tsingoni

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	<5	0	<5
Fièvre typhoïde	0	0	0	0
Hépatite A	<5	<5	<5	8
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	<5	0	0	<5
Leptospirose	9	14	10	33
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	0	<5	6
TIAC	0	0	0	0

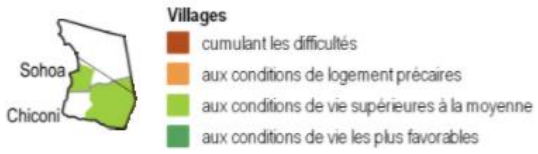
Champ : Habitants domiciliés à Tsingoni
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **1,9 %** des 15-69 ans vivant **dans le Centre-Ouest** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 25 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **28 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **18 % des habitants de 30-69 ans du Centre de l'île étaient diabétiques**, 11 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 8 % ne le savaient pas [61].

[448] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[449] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[450] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

11. Chiconi

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



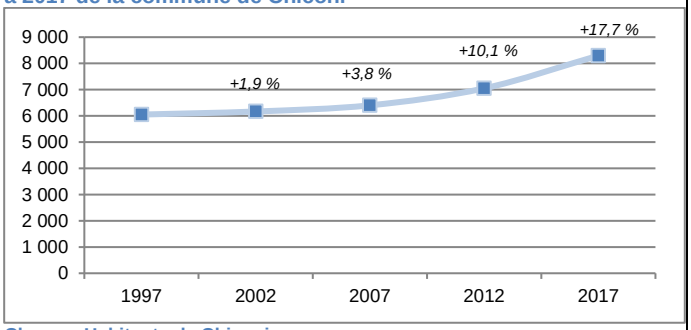
Démographie

La commune de Chiconi est constituée de deux villages : **Sohoa** et **Chiconi**.

En 2017, 8 395 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 1 004 habs/km²**, soit 3 % de la population totale de Mayotte. 76 % de la population de la commune de Chiconi est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+3,3 % par an entre 2012-2017** (+3,1 % de solde naturel et +0,2 % de solde migratoire apparent), en hausse par rapport à 2007-2012 : +1,9 % (2002-2007 : +0,8 %, 1997-2002 : +0,4 %) [24].

Figure 459 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Chiconi

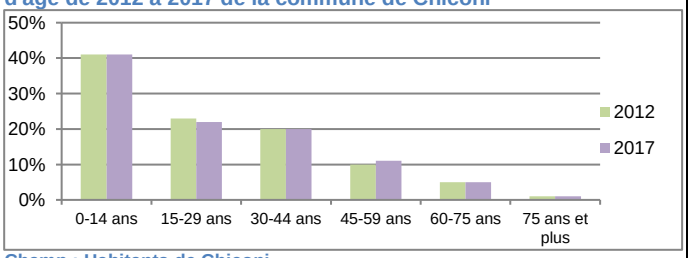


Champ : Habitants de Chiconi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **41 %** de la population de Chiconi (*44 % pour la population totale*) [24].

53 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **6 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 460*).

Figure 460 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Chiconi



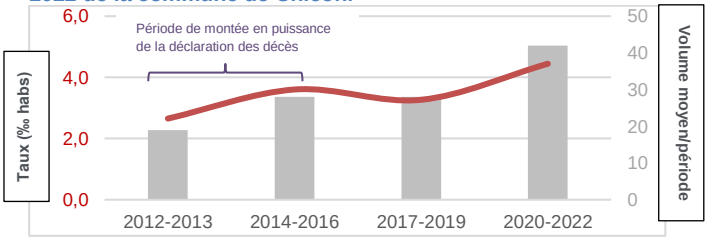
Champ : Habitants de Chiconi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **38,5 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **19 %** des familles sont **monoparentales**, 10 % des couples sans enfant, 53 % des couples avec enfant(s) et **18 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **3,3 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Chiconi (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +36 % : 4,4 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 461*) [116].

3 à 4 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Chiconi sur la période 2012 (4 %) à 2022 (4 %) [116].

Figure 461 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Chiconi



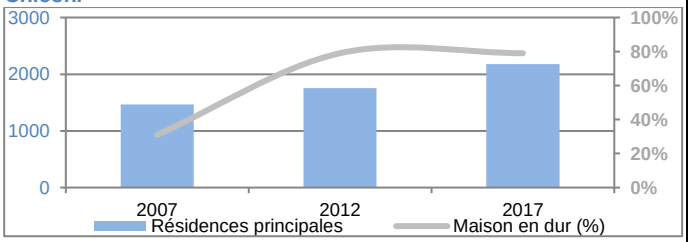
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Chiconi
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **2 176 résidences principales** (*Figure 462*) soit 3 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,8**) dont **18 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +49 %** [24].

Figure 462 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Chiconi



Champ : Habitants de Chiconi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **52 %** des ménages de la commune de Chiconi disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +18 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable y est stable entre 2012 et 2017 [24] (*Tableau 180*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 180 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Chiconi

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	75	85	71
Eau dans la cour	18	11	12
Chez un parent/tiers	4	3	5
BFM	1	1	5
Des points d'Eaux		1	6
Accès à l'électricité	95	95	90
Dispose d'un confort de base	34	52	41
Un réfrigérateur	71	78	71
Un congélateur	77	77	72
Télévision	80	80	77
Ordinateur	29	34	32
Une connexion internet		31	28
Véhicule deux roues		13	23
Voiture	28	35	28

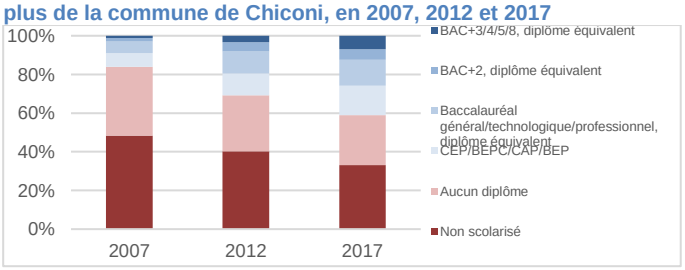
Champ : Habitants de Chiconi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Chiconi **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **26 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 9 % et 19 % en 2012 [24] (*Figure 463*).
Sur cette même année, **71 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Chiconi sont **scolarisés** (-8 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **93-94 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **82 %** pour les **15-18 ans** (-4 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **15 %** (+5 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 463 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Chiconi, en 2007, 2012 et 2017

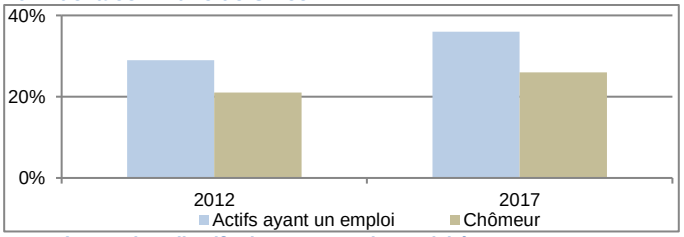


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Chiconi
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **36 %** (*30 % sur l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +7 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 464*).

Figure 464 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Chiconi



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua).
Champ : Habitants de 15-64 ans de Chiconi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Chiconi couverte par le **RSA**[451] est de **10 %** (-2 points avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 1,0 %** sur cette période (-0,1 point, *0,5 %*). **0,2 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[452] (-0,1 point, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **60 % des 65 ans ou plus** (+1 point, *43 %*) [110] (*Tableau 182*).

Tableau 181 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Chiconi

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	378	363
× Part chez les 25 à 59 ans*	12 %	10 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	1 044	988
× Part en population générale *	12 %	10 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	36	35
× Part chez les 25 à 59 ans*	1,1 %	1,0 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	12	11
× Part chez les moins de 20 ans*	0,3 %	0,2 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	1 474	1 446
× Part chez les 6-18 ans *	55 %	49 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	21	20
× Part en population générale *	0,2 %	0,2 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[453])	201	220
× Part chez les 65 ans ou plus *	59 %	60 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
**** allocation de Rentrée scolaire (ARS).**
Champ : Habitants de Chiconi
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[451] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[452] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[453] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Chiconi, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 182*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022, la seule plage sous surveillance (Sohoa Bé) est de qualité insuffisante [117] (*Tableau 183*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **61 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Tsingoni, **Chiconi**, Ouangani ou Dembéni déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **71 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **81 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **23 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **36 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **94 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].

Enfin, concernant le **brossage des dents**, **39 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 8 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **58 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 3 % des ménages de Chiconi sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 61 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 37 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 465*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Chiconi présente une **densité très forte des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 466*).

Tableau 182 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Chiconi

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	95-100	95-100	100

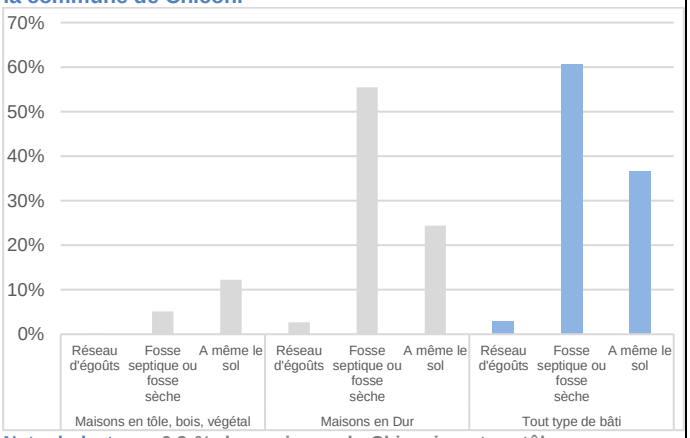
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 183 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Chiconi

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente								
Bonne								
Suffisante			1	1		1	1	
Insuffisante	1	1			1			1
Interdite*			1	1	1	1	1	

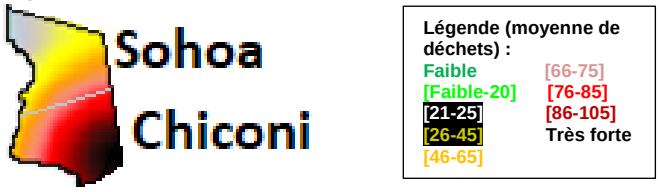
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 465 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Chiconi



Note de lecture : 0,2 % des maisons de Chiconi sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 3 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Chiconi
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 466 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Chiconi



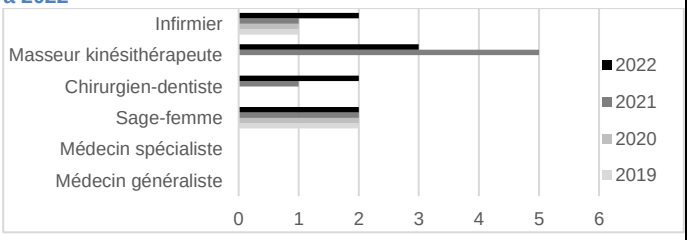
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Chiconi est munie d'**une PMI**, d'**une pharmacie** et d'**une maison de santé pluridisciplinaire** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. Aucune structure médico-sociale n'est présente [119].

► **Professionnels de Santé <u>libéraux</u>** (<u>hors remplaçants</u>) **:** En 2022, la commune de Chiconi est pourvue de **2 sages-femmes** soit une densité de 80,1 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 20,8*), **2 chirurgiens-dentistes** soit une densité de 20,7 (*3,7*), **3 masseurs-kinésithérapeutes** soit 31,0 (*14,4*) et **2 infirmier** soit 20,7 pour 100 000 habitants (*64,5*) [47].

Figure 467 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Chiconi et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Chiconi
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

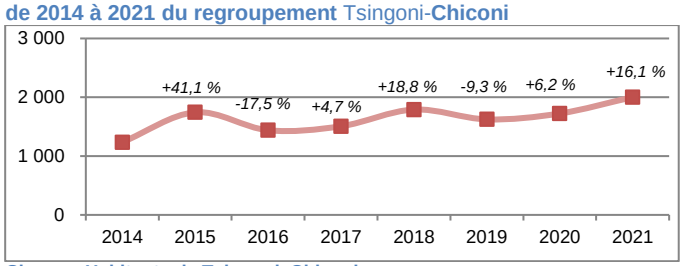
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2019 et sur regroupement du PMSI **Tsingoni**-Chiconi[454], **1 269 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+62 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[455] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,07 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120].
En 2021, les **0-4 ans** représentent **29 %** (-3 points par rapport à 2014) des consultations, 1**3 %** pour les **65 ans ou plus** (+10 points) (*Figure 469*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Chiconi est **dépourvue** de centre de consultations, **les plus proches** se situant dans la commune de **M'tsangamouji** et de **Sada**. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **9 016 consultations ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Chiconi soit **4 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,92 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **27 %** des consultations des habitants de Chiconi dans l'un des centres (*31 %*) et **9 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 470*). 84 % des habitants de Chiconi se rendent dans le centre de consultations de **Kahani** (commune de Ouangani), 7 % à **Sada** et 4 % à **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) [121].

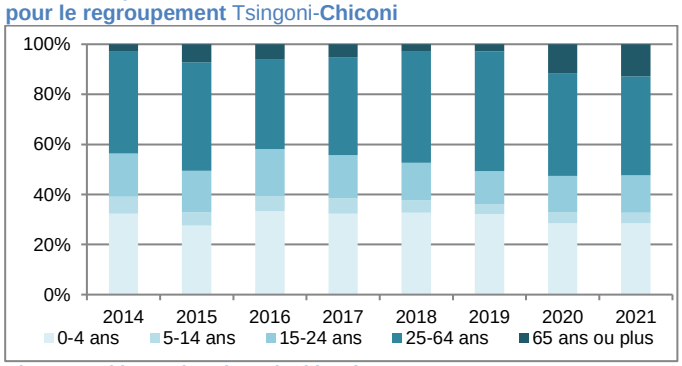
► **Recours aux permanences des soins :** Le centre de référence incluant une permanence des soins le **plus proche** de Chiconi se situe dans la commune de Ouangani, à **Kahani**. En moyenne sur la période 2020-2021, **2 804 consultations par an** concernant des habitants de Chiconi ont été observées, soit **5 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,29 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **38 %** des consultations des habitants de Tsingoni dans l'une des permanences (*41 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 471*). 95 % des habitants Chiconi se rendent à la permanence de soins de **Kahani** [121].

Figure 468 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Tsingoni-Chiconi



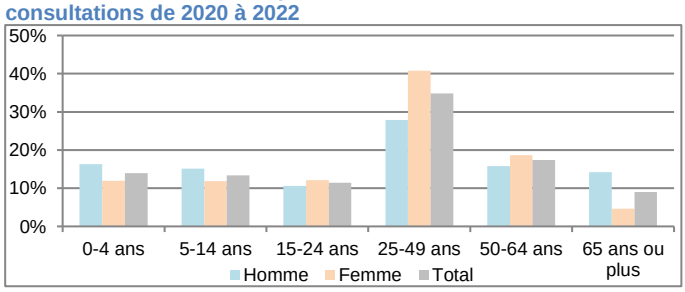
Champ : Habitants de Tsingoni, Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 469 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Tsingoni-Chiconi



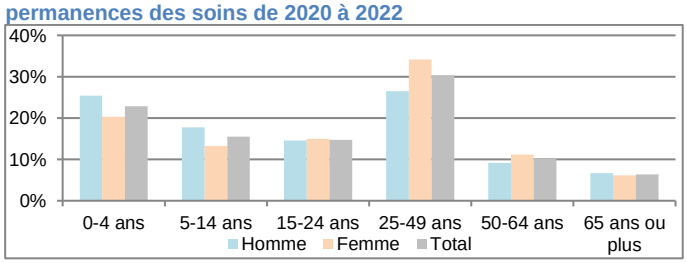
Champ : Habitants de Tsingoni, Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 470 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Chiconi ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Chiconi et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 41 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Chiconi ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 471 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Chiconi ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Chiconi et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 34 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Ouangani ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[454] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Tsingoni-Chiconi.
[455] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Chiconi présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **80 et 87,5 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].
Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,9 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **1,0 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **14,1 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 184*).

► Autres types de recours

En 2021, près de **500 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** de Chiconi, soit **1,9 %** à l'échelle du département ainsi que près de **2 410 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **7 %** [52].

Tableau 184 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune Chiconi

	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	5 108	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,5	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	100	**4 %**
x Taux de consultations par habitant	0,01	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 764	**5 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,7	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	135	**7 %**
x Taux de consultations par habitant	0,01	0,007
Actes des infirmiers libéraux	72 018	**4 %**
x Taux d'actes par habitant	7,8	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	4 939	**4 %**
x Taux d'actes par habitant	0,5	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	86 369	**4 %**
x Taux de ventes par habitant	9,1	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Chiconi sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Champ : Habitants de Chiconi
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

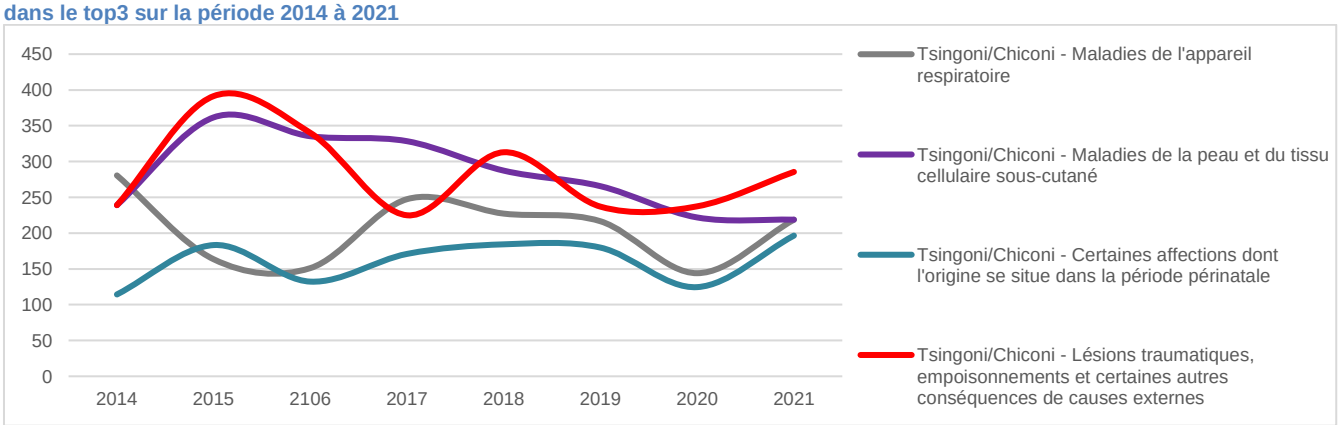
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (33 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (37 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,7 %, *1,4 %*) concernent les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (13 %, *3 %*), suivies des « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (12 %, *3 %*) et des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (11 %, *4 %*) [120] (*Figure 430*).

Figure 472 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Tsingoni-Chiconi



Champ : Habitants de Tsingoni et Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 473 : Taux, pour 100 000 habitants de Tsingoni-Chiconi, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Tsingoni et Chiconi
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Tsingoni, **Chiconi**, Ouangani ou Dembéni :
- **34 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **15 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **27 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- aucun pour un problème auditif (*14 %*) ;
- **4 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).

Ils sont 18 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 16 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 8 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 8 % en surpoids (*10 %*) [112].
9 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*) et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 186*).

Tableau 185 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le secteur Ouest-Centre (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	8
	Norme	84
	Surpoids	8
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	9
	2 repas par jour	42
	3 repas par jour	49
	Aucun ou alimentation irrégulière	0
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	26
	Tous les jours	33
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	3
	Plusieurs fois par semaine	11
	Tous les jours	86
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	13
	Plusieurs fois par semaine	27
	Tous les jours	60
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	27
	Plusieurs fois par semaine	60
	Tous les jours	13
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	51
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	3
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	51
	Plusieurs fois par semaine	32
	Tous les jours	16
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	36
	Plusieurs fois par semaine	22
	Tous les jours	41
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	100
	Plusieurs fois par semaine	0
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	20
	<1 heure	23
	2 heures	57
	>3 heures	0

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Tsingoni, **Chiconi**, Ouangani et Dembéni
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

3 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **peu ou prou** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **22 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **10 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **63 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **53 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104].
85 % parlent avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Aucun ne déclarent **au moins cinq points négatifs**[456] (*10 %*) liés au bien-être, **2 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **2 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[457] (*4 %*) [104].

► **Autres Maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 19 MDO[458] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 1,9 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 6,7 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 186 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Chiconi

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	0	0
Hépatite A	<5	<5	0	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	<5	0	0	<5
Leptospirose	<5	6	<5	13
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	0	0	<5	<5
TIAC	0	0	0	0

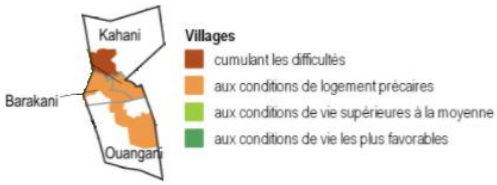
Champ : Habitants domiciliés à Chiconi
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **1,9 %** des 15-69 ans vivant **dans le Centre-Ouest** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 25 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **28 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **18 % des habitants de 30-69 ans du Centre de l'île étaient diabétiques**, 11 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 8 % ne le savaient pas [61].

[456] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[457] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[458] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

12. Ouangani

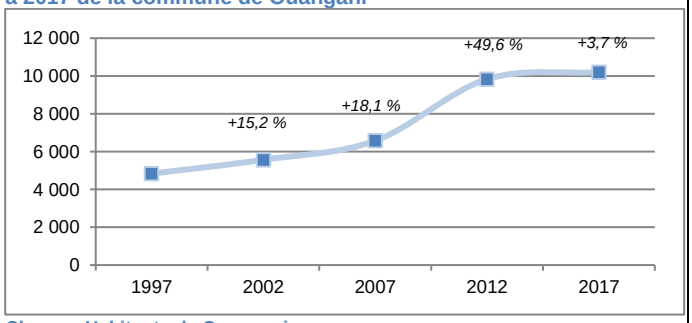
Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



Démographie

La commune de Ouangani est constituée de trois villages : **Kahani**, **Barakani** et **Ouangani**.
En 2017, 10 203 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 536 habs/km²**, soit 4 % de la population totale de Mayotte [24]. 46 % de la population de la commune de Ouangani est de nationalité française [24].
Le **taux d'accroissement annuel** est de **+0,7 % par an entre 2012-2017** (+2,9 % de solde naturel et -2,2 % de solde migratoire apparent), en baisse par rapport à 2007-2012 : +8,4 % (2002-2007 : +3,4 %, 1997-2002 : +2,9 %) [24].

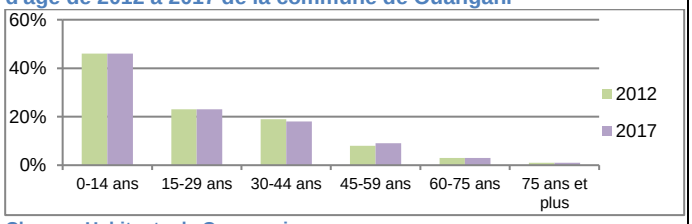
Figure 474 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Ouangani



Champ : Habitants de Ouangani
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **46 %** de la population de Ouangani (*44 % pour la population totale*) [24].
50 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **4 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 475*).

Figure 475 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Ouangani

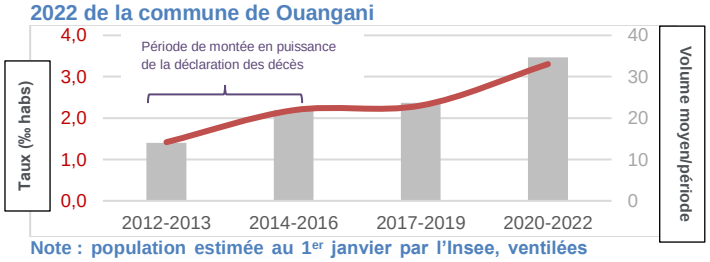


Champ : Habitants de Ouangani
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **37,9 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **28 %** des familles sont **monoparentales**, 9 % des couples sans enfant, 53 % des couples avec enfant(s) et **11 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,3 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Ouangani (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +43 % : 3,3 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 476*) [116].
2 à 3 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Ouangani sur la période 2012 (3 %) à 2022 (3 %) [116].

Figure 476 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Ouangani



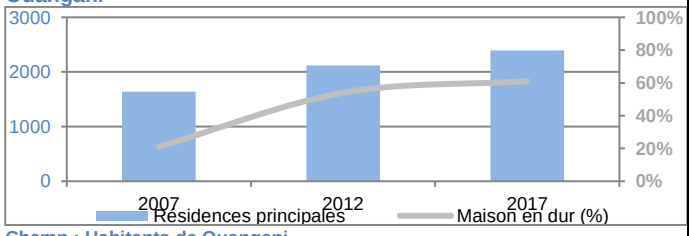
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Ouangani
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **2 392 résidences principales** (*Figure 477*) sont présentes dans la commune, soit 4 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,3**) dont **40 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +46 %** [24].

Figure 477 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Ouangani



Champ : Habitants de Ouangani
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Spécificités du logement**

En 2017, **30 %** des ménages de la commune de Ouangani disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +6 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable y a diminué entre 2012 et 2017 : **-7 points** [24] (*Tableau 187*).

Tableau 187 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Ouangani

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	64	57	71
Eau dans la cour	14	16	12
Chez un parent/tiers	12	7	5
BFM	1	11	5
Des points d'Eaux		8	6
Accès à l'électricité	91	87	90
Dispose d'un confort de base	24	30	41
Un réfrigérateur	64	61	71
Un congélateur	68	71	72
Télévision	75	71	77
Ordinateur	21	25	32
Une connexion internet		22	28
Véhicule deux roues		8	23
Voiture	20	23	28

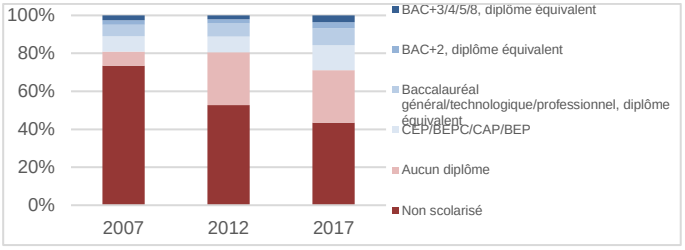
Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. Un logement est considéré comme dépourvu du confort sanitaire de base s'il est privé d'un des trois éléments que sont l'eau courante, une baignoire ou une douche, des WC à l'intérieur.
Champ : Habitants de Ouangani
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Ouangani **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **16 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 11 % ainsi qu'en 2012 [24] (*Figure 478*).
En 2017, **64 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Ouangani sont **scolarisés** (-9 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **89-90 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **84 %** pour les **15-18 ans** (-2 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **20 %** (+5 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 478 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Ouangani, en 2007, 2012 et 2017

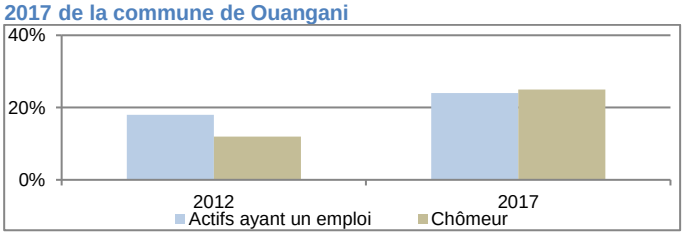


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Ouangani
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **24 %** (*30 % de l'ensemble du territoire*).
Il a **augmenté de +6 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 479*).

Figure 479 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Ouangani



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua).
Champ : Habitants de 15-64 ans de Ouangani
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Ouangani couverte par le **RSA**[459] est de **4 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,4 %** sur cette période (stable, *0,5 %*). **0,1 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[460] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **32 % des 65 ans ou plus** (- 15 points, *43 %*) [110] (*Tableau 188*).

Tableau 188 : Prestations sociales de 2017 et 2021 de la commune de Ouangani

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	183	169
× Part chez les 25 à 59 ans*	5 %	4 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	493	438
× Part en population générale *	5 %	4 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	16	16
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,4 %	0,4 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	5***	5***
× Part chez les moins de 20 ans*	0,1 %	0,1 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	834	809
× Part chez les 6-18 ans *	23 %	20 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	25	26
× Part en population générale *	0,2 %	0,2 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[461])	121	132
× Part chez les 65 ans ou plus *	47 %	32 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS). *** les effectifs présentés ici étant inférieur à 10, ils sont imputés par 5.
Champ : Habitants de Ouangani
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[459] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[460] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[461] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Ouangani, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 189*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **61 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Tsingoni, Chiconi, **Ouangani** ou Dembéni déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **71 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **81 % avant de manger** (*78 %*) [99].
A contrario, ils sont alors **23 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **36 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **94 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].
Enfin, concernant le **brossage des dents**, **39 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 8 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **58 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 13 % des ménages de Ouangani sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 30 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 57 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 480*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Chiconi présente une **densité très forte des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 481*).

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Ouangani est munie d'**une PMI** et d'**un centre de référence** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un IME**, **un Itep** et **un Ditep** gérés par **Mlézi Maoré** sont présents dans la commune [119].

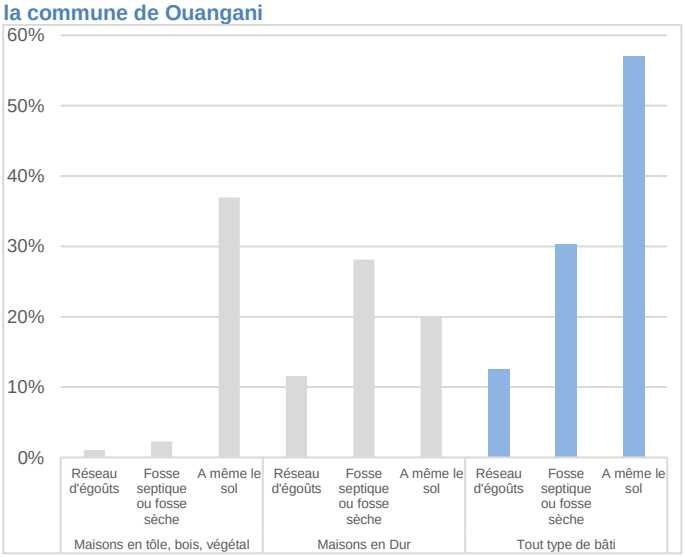
► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Ouangani est pourvue de **1 orthophoniste** soit une densité de **8,4 pour 100 000 habitants** (*la densité à Mayotte est de 2,0*) et **6 infirmiers** soit une densité de **50,4 pour 100 000 habitants** (*64,5*) [47].

Tableau 189 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Ouangani

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	95-100	95-100	100

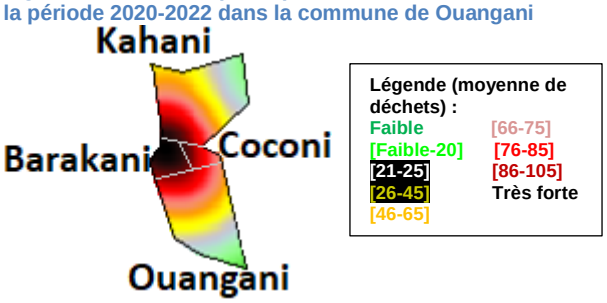
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Figure 480 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Ouangani



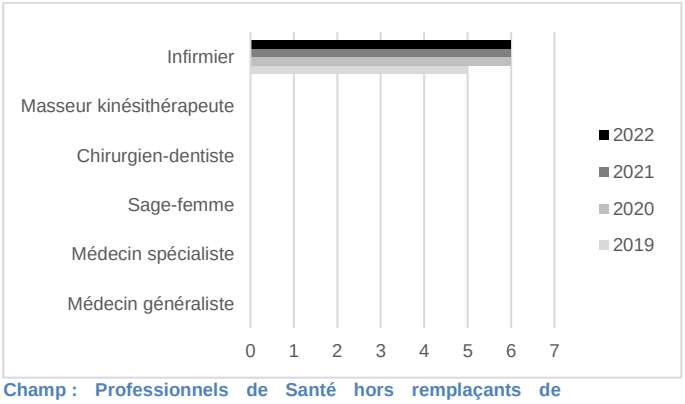
Note de lecture : 1,0 % des maisons de Ouangani sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 13 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Ouangani
Source : Insee, *recensements* [24]

Figure 481 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Ouangani



Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 482 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Ouangani et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Ouangani
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

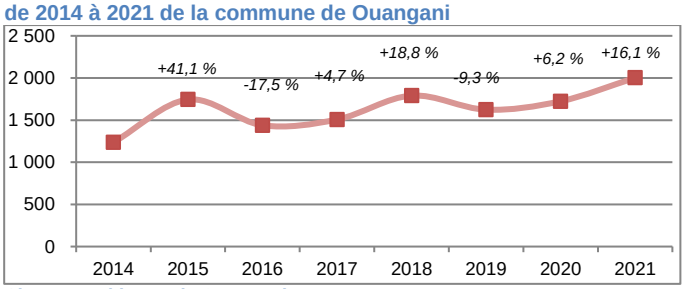
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur la commune de **Ouangani**, **2 002 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+62 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[462] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,14 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **33 %** (-3 points par rapport à 2014) des consultations, **9 %** pour les **65 ans ou plus** (-1 points) (*Figure 484*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Ouangani est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **13 218 consultations par an ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune soit **5 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 1,22 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **34 %** des consultations des habitants de Ouangani dans l'un des centres (*31 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 485*). 89 % des habitants de Ouangani vont dans le centre de consultations de **leur commune de domicile** et 5 % à **Sada** [121].

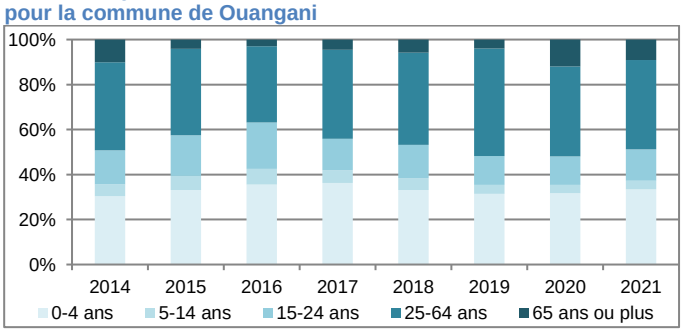
► **Recours aux permanences des soins :** La commune de Ouangani est pourvue d'une permanence des soins, à **Kahani**. En moyenne sur la période 2020-2021, **3 286 consultations par an** concernant des habitants de Ouangani ont été observées, soit **6 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,30 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121].
Les **moins de 15 ans** représentent **46 %** des consultations des habitants de Tsingoni dans l'une des permanences (*41 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 486*).
95 % des habitants Ouangani se rendent à la permanence de soins de **leur commune de domicile** [121].

Figure 483 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 de la commune de Ouangani



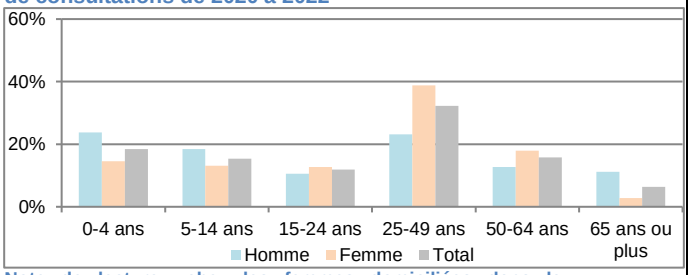
Champ : Habitants de Ouangani
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 484 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour la commune de Ouangani



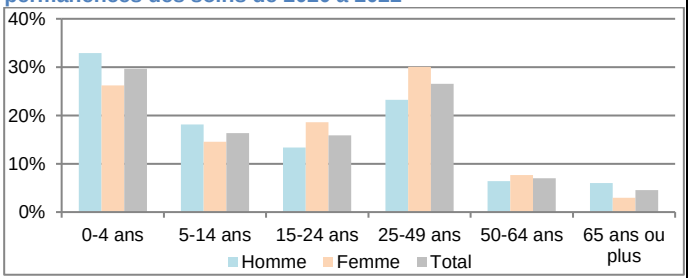
Champ : Habitants de Ouangani
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 485 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Ouangani ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Ouangani et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 39 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Ouangani
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 486 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Ouangani ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Ouangani et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 30 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Ouangani ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[462] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Ouangani présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **50,9 et 60 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,3 par habitant** de la commune (*0,5*) [110].

0,5 par habitante de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110].

Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **2,8 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 190*).

Tableau 190 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune de Ouangani

	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	3 256	**2 %**
x Taux de consultations par habitant	0,3	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	68	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,006	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 404	**4 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	73	**4 %**
x Taux de consultations par habitant	0,006	0,007
Actes des infirmiers libéraux	33 012	**1,7 %**
x Taux d'actes par habitant	2,8	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	2 964	**3 %**
x Taux d'actes par habitant	0,3	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	83 738	**2 %**
x Taux de ventes par habitant	4,6	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Ouangani sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Source : CSSM [110]
Champ : Habitants de Ouangani
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

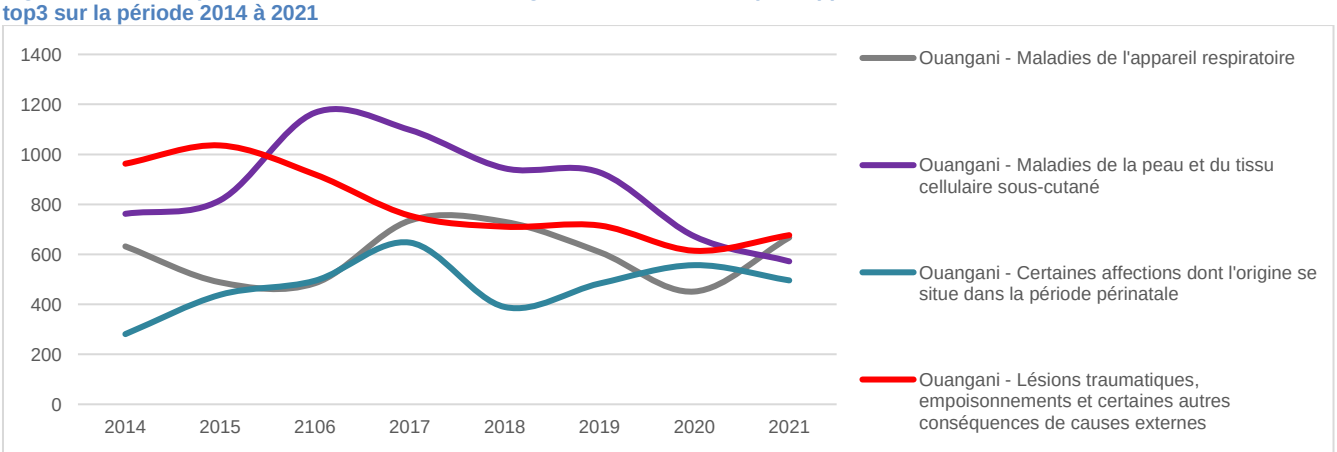
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (30 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (40 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,7 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (12 %, *3 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, *3 %*) et des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (10 %, *4 %*) [120] (*Figure 487*).

Figure 487 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 de la commune de Ouangani



Champ : Habitants de Ouangani
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 488 : Taux, pour 100 000 habitants de Ouangani, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants d'Acoua et M'tsamboro
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Tsingoni, Chiconi, **Ouangani** ou Dembéni :
- **34 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **15 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **27 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- aucun pour un problème auditif (*14 %*) ;
- **4 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).
Ils sont 18 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 16 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 8 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 8 % en surpoids (*10 %*) [112].
9 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*) et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 192*).

Tableau 191 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le secteur Ouest-Centre (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	8
	Norme	84
	Surpoids	8
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	9
	2 repas par jour	42
	3 repas par jour	49
	Aucun ou alimentation irrégulière	0
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	41
	Plusieurs fois par semaine	26
	Tous les jours	33
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	3
	Plusieurs fois par semaine	11
	Tous les jours	86
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	13
	Plusieurs fois par semaine	27
	Tous les jours	60
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	27
	Plusieurs fois par semaine	60
	Tous les jours	13
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	51
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	3
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	51
	Plusieurs fois par semaine	32
	Tous les jours	16
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	36
	Plusieurs fois par semaine	22
	Tous les jours	41
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	100
	Plusieurs fois par semaine	0
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	20
	<1 heure	23
	2 heures	57
	>3 heures	0

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Tsingoni, Chiconi, **Ouangani** et Dembéni
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

3 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **peu ou prou** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **22 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **10 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **63 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **53 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104].
85 % parlent avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Aucun ne déclarent **au moins cinq points négatifs**[463] (*10 %*) liés au bien-être, **2 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **2 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[464] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 51 MDO[465] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 5 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 16,2 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 192 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Ouangani

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	<5	<5
Hépatite A	10	9	0	19
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	<5	0	0	<5
Leptospirose	7	11	8	26
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	0	<5	<5
TIAC	0	0	0	0

Champ : Habitants domiciliés à Ouangani
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **1,9 %** des 15-69 ans vivant **dans le Centre-Ouest** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 25 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **28 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **18 % des habitants de 30-69 ans du Centre de l'île étaient diabétiques**, 11 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 8 % ne le savaient pas [61].

[463] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[464] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[465] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

13. Sada

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



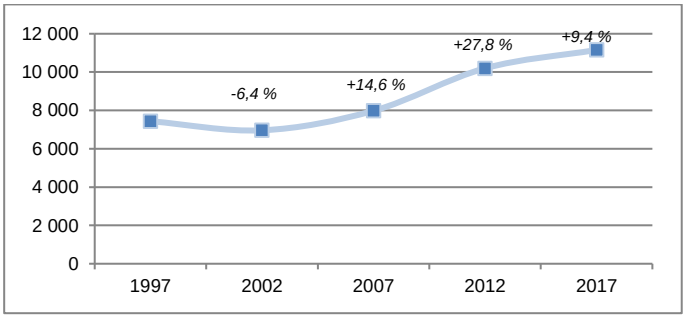
Démographie

La commune de Sada est constituée de deux villages : **Sada** et **Mangajou**.

En 2017, 10 203 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 536 habs/km²**, soit 4 % de la population totale de Mayotte [24]. 46 % de la population de la commune de Sada est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+0,7 % par an entre 2012-2017** (+2,9 % de solde naturel et -2,2 % de solde migratoire apparent), en baisse par rapport à 2007-2012 : +5,0 % (2002-2007 : +2,8 %, 1997-2002 : -1,3 %) [24].

Figure 489 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Sada

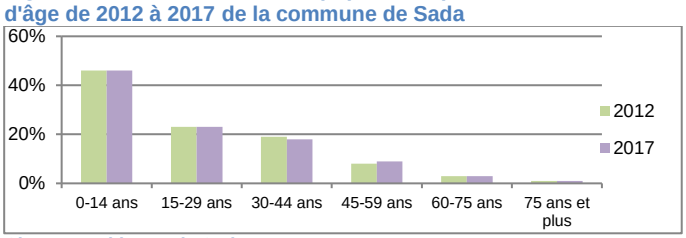


Champ : Habitants de Sada
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **46 %** de la population de Sada (*44 % pour la population totale*) [24].

54 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **6 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 490*).

Figure 490 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Sada



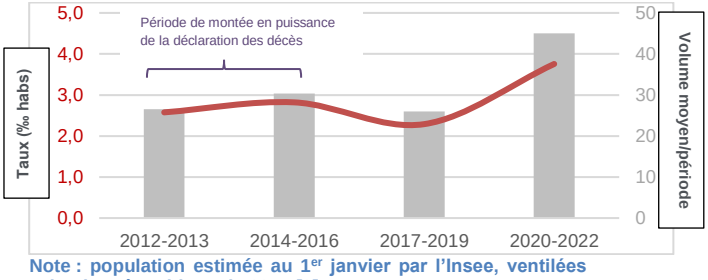
Champ : Habitants de Sada
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **31,4 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **26 %** des familles sont **monoparentales**, 12 % des couples sans enfant, 53 % des couples avec enfant(s) et **15 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,3 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Sada (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +64 % : 3,8 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 491*) [116].

2 à 6 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Sada sur la période 2012 (6 %) à 2022 (4 %) [116].

Figure 491 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Sada



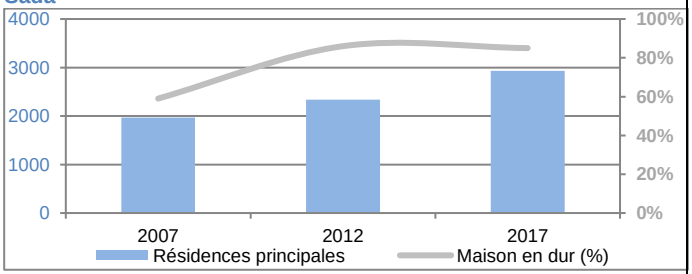
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Sada
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **2 930 résidences principales** (*Figure 492*) sont présentes dans la commune, soit 5 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,8**) dont **16 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +49 %** [24].

Figure 492 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Sada



Champ : Habitants de Sada
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **60 %** des ménages de la commune de Sada disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +6 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+3 points** [24] (*Tableau 193*).

Tableau 193 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Sada

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	81	84	71
Eau dans la cour	10	8	12
Chez un parent/tiers	4	2	5
BFM	0	1	5
Des points d'Eaux		5	6
Accès à l'électricité	95	93	90
Dispose d'un confort de base	54	60	41
Un réfrigérateur	75	76	71
Un congélateur	74	73	72
Télévision	79	77	77
Ordinateur	37	35	32
Une connexion internet		35	28
Véhicule deux roues		10	
Voiture	37	39	28

Champ : Habitants de Sada
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

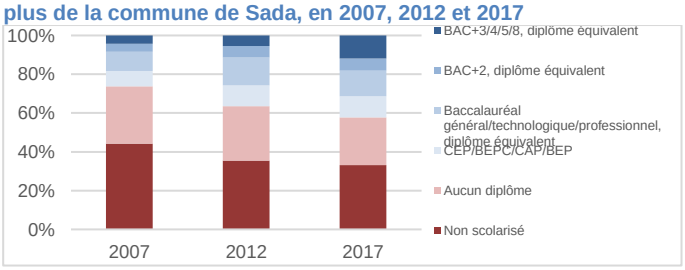
Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. Un logement est considéré comme dépourvu du confort sanitaire de base s'il est privé d'un des trois éléments que sont l'eau courante, une baignoire ou une douche, des WC à l'intérieur.

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Sada **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **31 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 18 % et 26 % en 2012 [24] (*Figure 493*).
En 2017, **66 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Sada sont **scolarisés** (-9 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **92 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **78 %** pour les **15-18 ans** (-1 point, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **18 %** (+5 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 493 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Sada, en 2007, 2012 et 2017

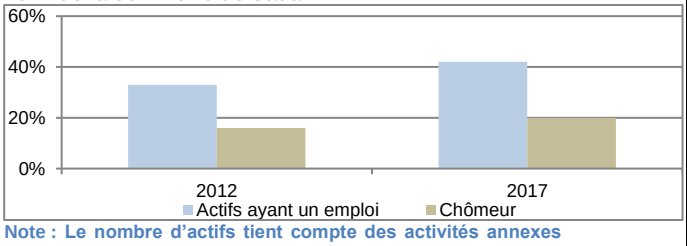


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Sada
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

►Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **42 %** (*30 % de l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +9 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 494*).

Figure 494 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Sada



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Sada
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Sada couverte par le **RSA**[466] est de **3 %** (-1 point avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,3 %** sur cette période (-0,1 point, *0,5 %*). **0,1 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[467] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **29 % des 65 ans ou plus** (stable, *43 %*) [110] (*Tableau 194*).

Tableau 194 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Sada

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	183	169
× Part chez les 25 à 59 ans*	4 %	3 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	493	438
× Part en population générale *	4 %	3 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	16	16
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,4 %	0,3 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	5***	5***
× Part chez les moins de 20 ans*	0,1 %	0,1 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	834	809
× Part chez les 6-18 ans *	24 %	21 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	25	26
× Part en population générale *	0,2 %	0,2 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[468])	121	132
× Part chez les 65 ans ou plus *	29 %	29 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS). *** les effectifs présentés ici étant inférieur à 10, ils sont imputés par 5.
Champ : Habitants de Sada
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[466] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[467] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[468] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Sada, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 195*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 2 plages surveillées (Tahiti Plage et M'tsangabeach), 1 est de bonne qualité et 1 de qualité excellente [117] (*Tableau 196*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **69 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **Sada**, Chirongui, Bouéni, Kani-Kéli ou Bandrélé déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **89 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **27 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **22 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **88 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].

Enfin, concernant le **brossage des dents**, **48 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 10 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 8 % des ménages de Sada sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 53 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 39 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 495*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Sada présente une **densité forte des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 496*).

Tableau 195 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Sada

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	95-100	95-100	100

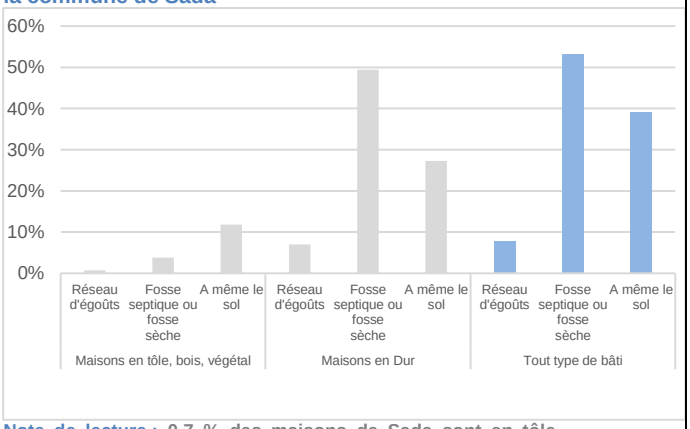
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 196 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Sada

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente		1		1	1	1	1	1
Bonne			2					1
Suffisante	1			1	1	1	1	
Insuffisante	1	1						
Interdite*			1	1	1	1	1	

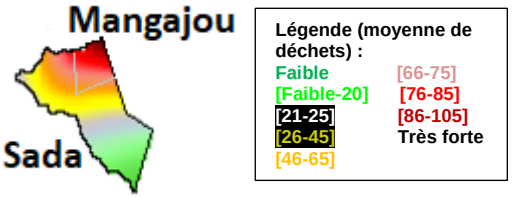
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 495 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Sada



Note de lecture : 0,7 % des maisons de Sada sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 8 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Sada
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 496 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Sada



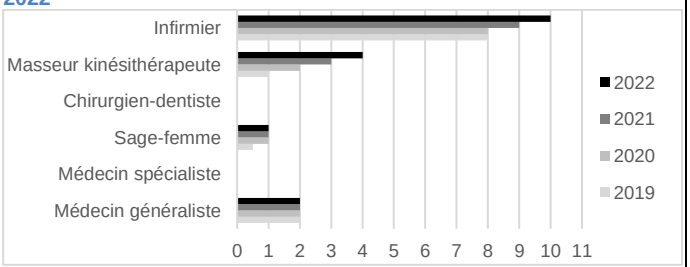
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Sada est munie d'**une PMI**, d'**une pharmacie** et d'**un centre de consultations** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un IME-Sessad** géré par l'**Apajh** est présent dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Sada est pourvue de **2 médecins généralistes** soit une densité de 19,0 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 9,4*), **1 sage-femme** soit une densité de 36,4 (*20,8*), **4 masseurs-kinésithérapeutes** soit 38,0 (*17,4*), **1 ergothérapeute** soit 9,5 (*0,3*), **2 psychomotriciens** soit 19,0 (1,0), **1 pédicure-podologue** soit 9,5 (0,7) et **10 infirmiers** soit 95,1 (*64,5*) [47].

Figure 497 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Sada et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Sada
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

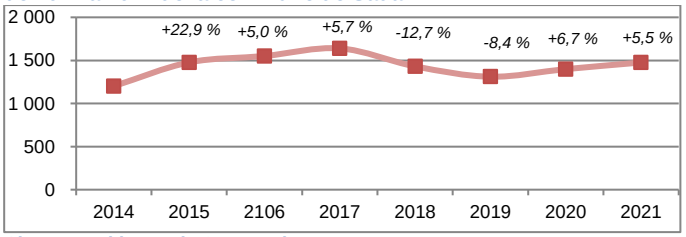
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur la commune de Sada, **1 476 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+23 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[469] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,11 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **33 %** (-3 points par rapport à 2014) des consultations, **9 %** pour les **65 ans ou plus** (-1 point) (*Figure 499*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Sada est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **11 162 consultations par an ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Sada soit 4 % de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,90 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **28 %** des consultations des habitants de Sada dans l'un des centres (*31 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 500*). 16 % des habitants de Sada vont dans le centre de consultations de **leur commune**, 57 % pour celui de **Kahani** (commune de Ouangani), 19 % pour celui de **M'ramadoudou** (commune de Chirongui) et 5 % à **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) [121].

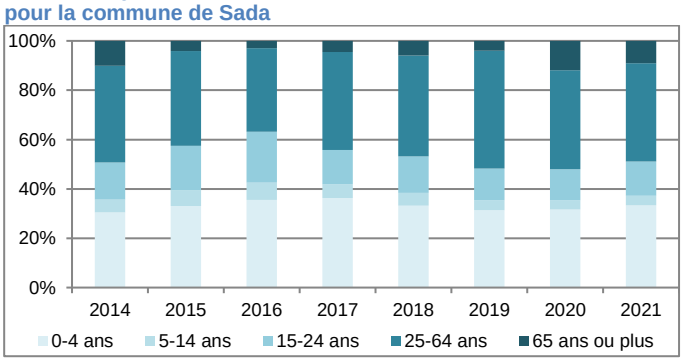
► **Recours aux permanences des soins :** Les centres de référence incluant une permanence des soins les **plus proches** de Sada se situent dans les communes de Ouangani, **Kahani**, et de Chirongui, **M'ramadoudou**. En moyenne sur la période 2020-2022, **3 357 consultations par an** concernant des habitants de Chiconi ont été observées, soit **6 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,27 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **39 %** des consultations des habitants de Sada dans l'une des permanences (*41 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 501*). 78 % des habitants Sada se rendent à la permanence de soins de **Kahani** et 20 % pour celle de **M'ramadoudou** [121].

Figure 498 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 de la commune de Sada



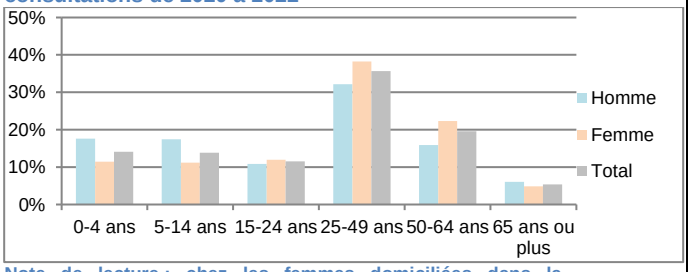
Champ : Habitants de Ouangani
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 499 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour la commune de Sada



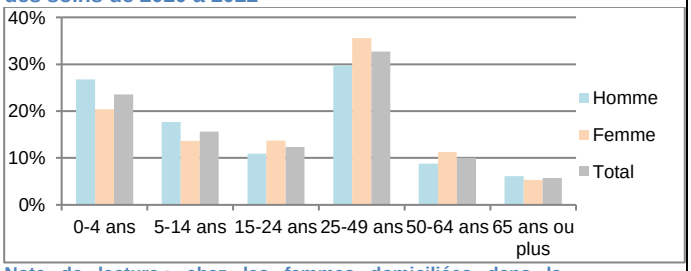
Champ : Habitants de Ouangani
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 500 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Sada ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Sada et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 38 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Sada ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 501 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Sada ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Sada et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 36 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Sada ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[469] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► **Consultations en libérales** : La commune de Sada présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **60 et 75 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110]. Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,6 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,7 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **6,9 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 198*).

► **Autres types de recours** : En 2021, près de **1 500 femmes** de Mayotte ont consulté la **PMI** de Sada, soit **6 %** à l'échelle du département ainsi que près de **1 250 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **4 %** [52].

Tableau 197 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune de Sada

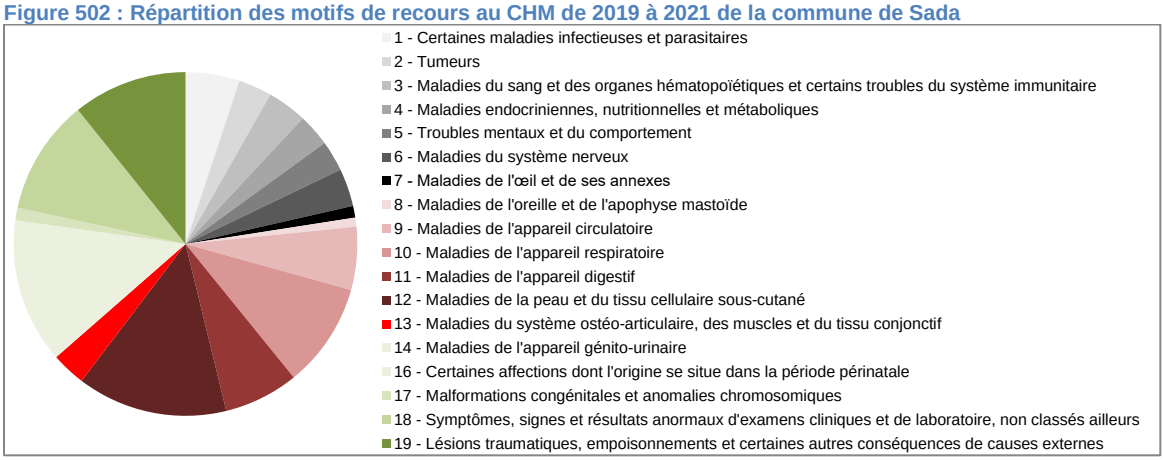
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	7 842	**5 %**
x Taux de consultations par habitant	0,6	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	158	**6 %**
x Taux de consultations par habitant	0,01	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	2 100	**5 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,7	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	115	**6 %**
x Taux de consultations par habitant	0,009	0,007
Actes des infirmiers libéraux	88 743	**5 %**
x Taux d'actes par habitant	6,9	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	7 949	**7 %**
x Taux d'actes par habitant	0,6	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	120 417	**5 %**
x Taux de ventes par habitant	9,4	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Sada sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Source : CSSM [110]
Champ : Habitants de Sada
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

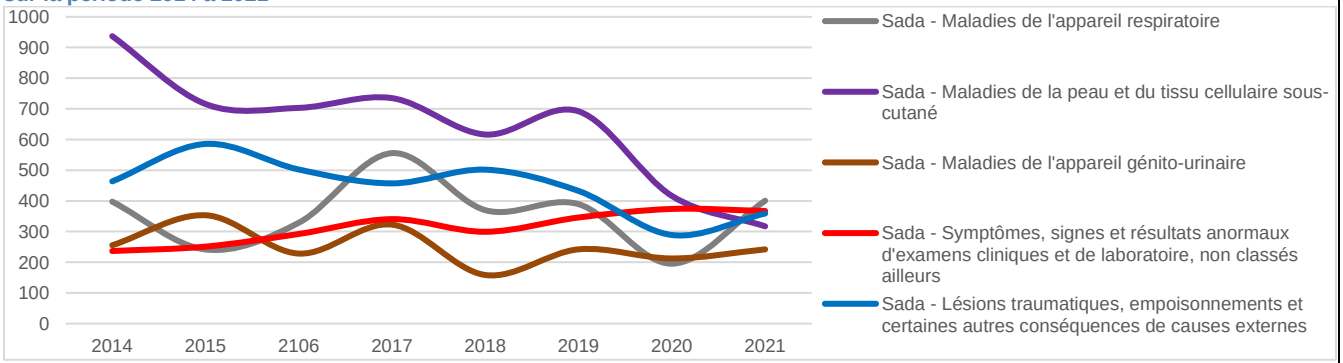
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (23 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (48 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (1 %, *1,4 %*) concernent, à ex-aequo, les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » et les « **symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs** » (11 %, *3 % et 9 %*), suivis des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (10 %, *4 %*) [120] (*Figure 502*).

Figure 502 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 de la commune de Sada



Champ : Habitants de Sada
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 503 : Taux, pour 100 000 habitants de Sada, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Sada
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de **Sada**, Chirongui, Bouéni, Kani-Kéli ou Bandrélé :
- **40 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **12 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **7 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **2 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **38 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).

Ils sont 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 25 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 9 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 17 % en surpoids (*10 %*) [112].
21 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 18 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 198*).

Tableau 198 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Sud (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	9
	Norme	75
	Surpoids	17
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	21
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	48
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	15
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	0
	Plusieurs fois par semaine	19
	Tous les jours	81
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	19
	Plusieurs fois par semaine	35
	Tous les jours	46
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	17
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	38
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	40
	Plusieurs fois par semaine	40
	Tous les jours	20
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	38
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	26
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	20
	Plusieurs fois par semaine	30
	Tous les jours	50
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	99
	Plusieurs fois par semaine	1
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	18
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	10
	<1 heure	29
	2 heures	54
	>3 heures	8

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Bandrélé, Kani-Kéli, Bouéni et **Sada**
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

6 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **10 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **3 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **17 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **68 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **56 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **88 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **14 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[470] (*10 %*) liés au bien-être, **20 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **3 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[471] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 23 MDO[472] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, 2 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 6,4 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 199 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Sada

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	<5	<5
Fièvre typhoïde	<5	0	<5	<5
Hépatite A	<5	0	0	3
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	<5	7	7	16
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	0	<5	0	<5
TIAC	0	0	0	0

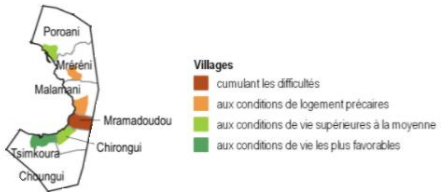
Champ : Habitants domiciliés à Sada
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **1,9 %** des 15-69 ans vivant **dans le Centre-Ouest** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 25 % une infection ancienne guérie (*28 %*) et **28 % immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **18 % des habitants de 30-69 ans du Centre de l'île étaient diabétiques**, 11 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 8 % ne le savaient pas [61].

[470] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[471] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[472] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

14. Chirongui

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



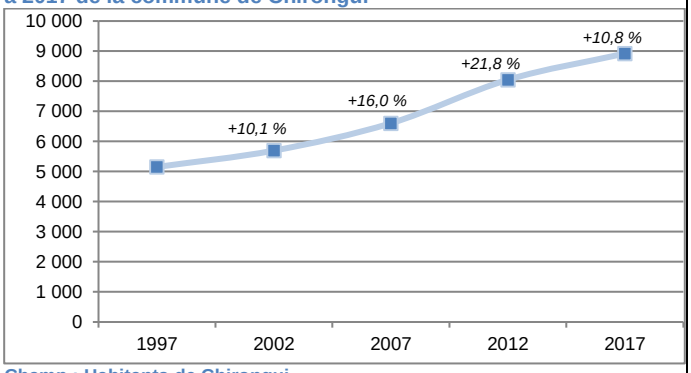
Démographie

La commune de Chirongui est constituée de sept villages : **Poroani**, **Miréréni**, **Malamani**, **M'ramadoudou**, **Chirongui**, **Tsimkoura** et **Choungui**.

En 2017, 8 920 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 310 habs/km²**, soit 4 % de la population totale de Mayotte [24]. 66 % de la population de la commune de Chirongui est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+2,1 % par an entre 2012-2017** (+3,4 % de solde naturel et -1,3 % de solde migratoire apparent), en baisse par rapport à 2007-2012: +4,0 % (2002-2007 : +3,0 %, 1997-2002 : -2,0 %) [24].

Figure 504 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Chirongui

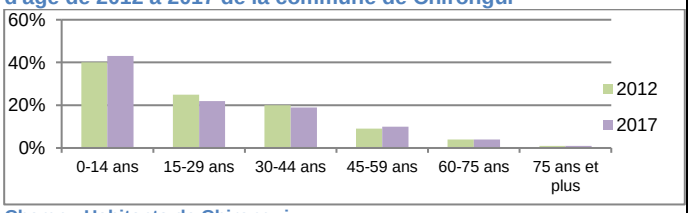


Champ : Habitants de Chirongui
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **40 %** de la population de Chirongui (*44 % pour la population totale*) [24].

52 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **6 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 505*).

Figure 505 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Chirongui



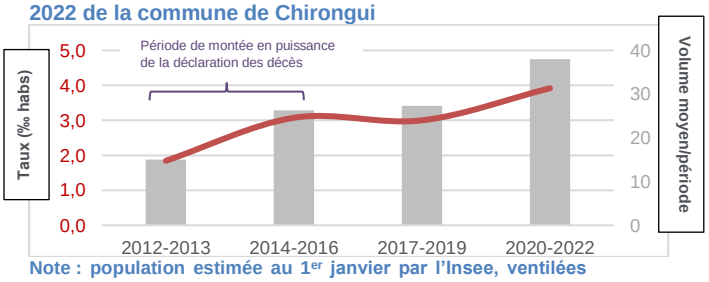
Champ : Habitants de Chirongui
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **39,3 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **23 %** des familles sont **monoparentales**, 12 % des couples sans enfant, 53 % des couples avec enfant(s) et **13 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **3,0 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Chirongui (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +31 % : 3,9 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 506*) [116].

2 à 4 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Chirongui sur la période 2012 (3 %) à 2022 (4 %) [116].

Figure 506 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Chirongui



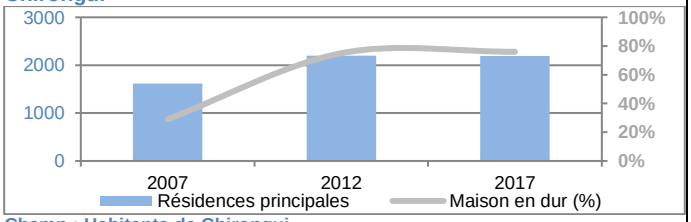
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Chirongui
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **2 193 résidences principales** (*Figure 507*) sont présentes dans la commune, soit 4 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,1**) dont **23 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +36 %** [24].

Figure 507 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Chirongui



Champ : Habitants de Chirongui
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **48 %** des ménages de la commune de Chirongui disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +14 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+3 points** [24] (*Tableau 200*).

Tableau 200 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Chirongui

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	73	76	71
Eau dans la cour	19	15	12
Chez un parent/tiers	6	5	5
BFM	0	2	5
Des points d'Eaux		3	6
Accès à l'électricité	92	95	90
Dispose d'un confort de base	34	48	41
Un réfrigérateur	67	77	71
Un congélateur	69	77	72
Télévision	73	82	77
Ordinateur	26	32	32
Une connexion internet		32	28
Véhicule deux roues		7	23
Voiture	27	34	28

Champ : Habitants de Chirongui
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

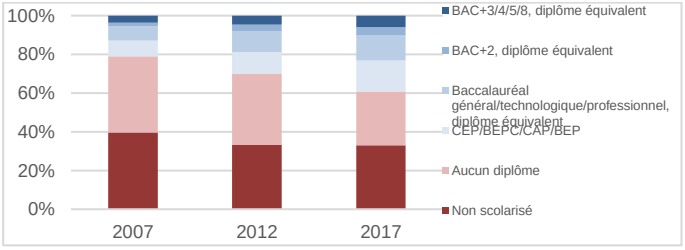
Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. Un logement est considéré comme dépourvu du confort sanitaire de base s'il est privé d'un des trois éléments que sont l'eau courante, une baignoire ou une douche, des WC à l'intérieur.

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Chirongui **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **23 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 13 % et 19 % en 2012 [24] (*Figure 508*).
En 2017, **74 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Chirongui sont **scolarisés** (-6 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **95 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **79 %** pour les **15-18 ans** (-1 point, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **14 %** (+3 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 508 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Chirongui, en 2007, 2012 et 2017

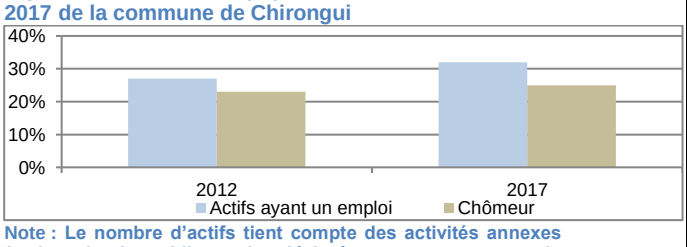


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Chirongui
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **32 %** (*30 % de l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +5 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 509*).

Figure 509 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Chirongui



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Chirongui
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Chirongui couverte par le **RSA**[473] est de **7 %** (-2 points avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,7 %** sur cette période (stable, *0,5 %*). **0,2 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[474] (-0,1 point, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **52 % des 65 ans ou plus** (-6 points, *43 %*) [110] (*Tableau 201*).

Tableau 201 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Chirongui

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	292	269
× Part chez les 25 à 59 ans*	9 %	7 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	779	662
× Part en population générale *	8 %	7 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	23	26
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,7 %	0,7 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	13	13
× Part chez les moins de 20 ans*	0,3 %	0,2 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	1 198	1 184
× Part chez les 6-18 ans *	42 %	38 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	50	54
× Part en population générale *	0,5 %	0,5 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[475])	195	211
× Part chez les 65 ans ou plus *	58 %	52 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de Chirongui
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[473] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[474] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[475] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Chirongui, la qualité de l'eau du robinet est très bonne avec une conformité de 95-100 % [74] (*Tableau 202*).

► **Qualité des eaux de baignades :** Sur la période 2013 à 2021, aucune plage de la commune de Chirongui n'a fait l'objet d'un surveillance [117].

► **Hygiène de vie :** En 2019, **69 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, **Chirongui**, Bouéni, Kani-Kéli ou Bandrélé déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **89 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99].

A contrario, ils sont alors **27 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **22 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **88 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].

Enfin, concernant le **brossage des dents**, **48 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 10 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 11 % des ménages de Chirongui sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 55 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 35 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 510*).

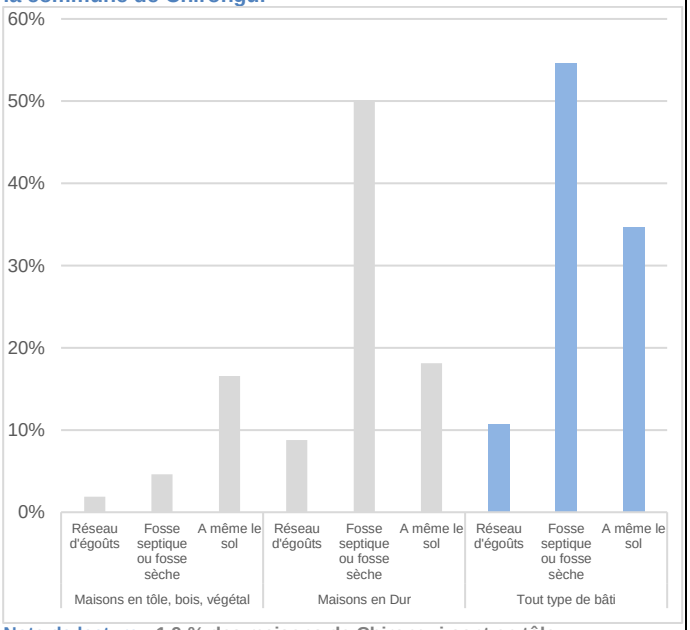
► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Chirongui présente une **densité très faible des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 511*).

Tableau 202 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Sada

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	100	95-100	95-100	95-100

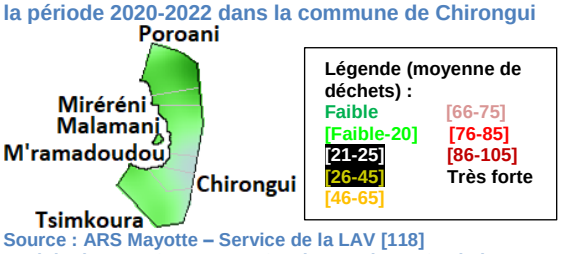
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Figure 510 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Chirongui



Note de lecture : 1,9 % des maisons de Chirongui sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 11 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Sada
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 511 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Chirongui



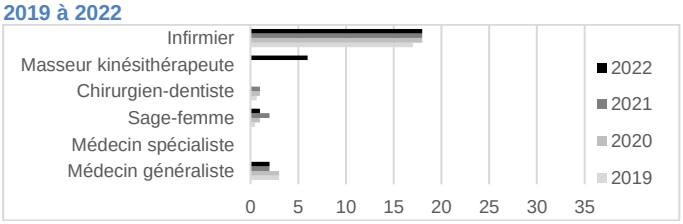
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Chirongui est munie d'**une PMI**, d'**une pharmacie,** d'**un centre de référence** avec **maternité**, d'**un centre de Santé** et de **deux centres de dialyse** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un Sessad** et **un Camsp** gérés par **Mlézi Maoré** et **un Ssiad** géré par la **CRF** sont présents dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Chirongui est pourvue de **2 médecins généralistes** soit une densité de 19,6 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 9,4*), 1 **sage-femme** soit 39,0 (*20,8*), **6 masseurs-kinésithérapeutes** soit 58,7 (*17,4*), **1 diététicien** soit 9,8 (*0,7*), **18 infirmiers** soit 176,2 (*64,5*) et **1 ostéopathe** soit 9,8 (*3,0*) [47].

Figure 512 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Chirongui et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Chirongui
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

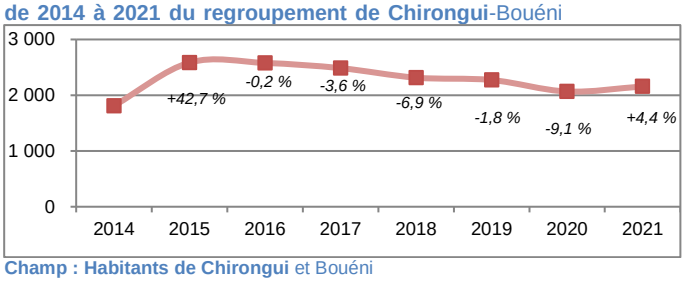
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2019 et sur le regroupement du PMSI Bouéni-**Chirongui**[476], **2 157 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+19 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[477] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,13 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120].
En 2021, les **0-4 ans** représentent **32 %** (-2 points par rapport à 2014) des consultations, **13 %** pour les **65 ans ou plus** (+5 points) (*Figure 514*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Chirongui est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **13 162 consultations par an ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Chirongui soit **5 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 1,31 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **31 %** des consultations des habitants de Chirongui dans l'un des centres (*31 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 515*). **93 %** des habitants de Chirongui vont au centre de consultations de **leur commune de domicile** et 2 % à **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) [121].

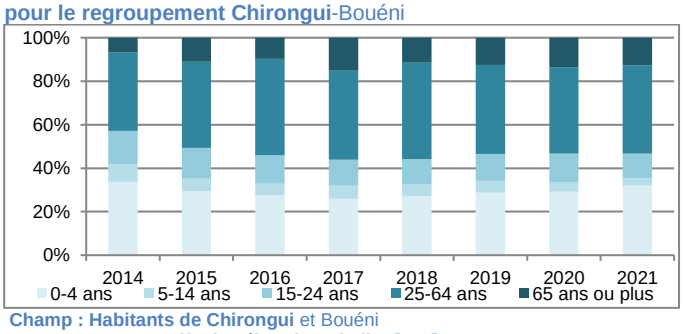
► **Recours aux permanences des soins :** La commune de Chirongui dispose d'un centre de référence à **M'ramadoudou**. En moyenne sur la période 2020-2021, **4 774 consultations par an** concernant des habitants de Chirongui ont été observées, soit **9 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,48 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **47 %** des consultations des habitants de Chirongui dans l'une des permanences (*41 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 516*). 96 % des habitants Chirongui se rendent à la permanence de soins de **de leur commune de domicile** [121].

Figure 513 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement de Chirongui-Bouéni



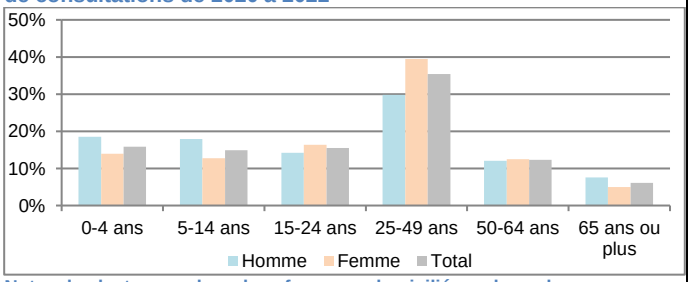
Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 514 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Chirongui-Bouéni



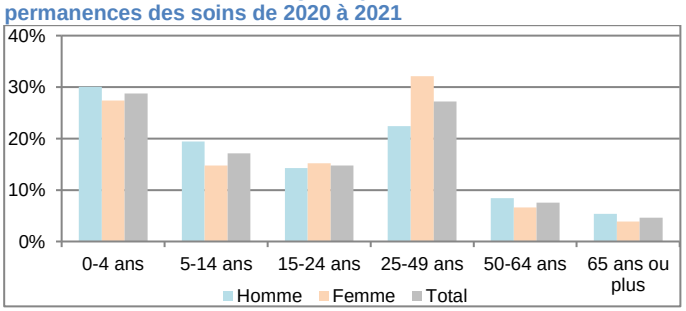
Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 515 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Chirongui ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Chirongui et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 39 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Chirongui ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 516 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Chirongui ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2021



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Chirongui et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 32 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Chirongui ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[476] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Bouéni-Chirongui.
[477] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Chirongui présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **60 et 75 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,5 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,5 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **3,9 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 203*).

► Autres types de recours

En 2021, près de **350 femmes** de Mayotte ont consultées la **PMI** de Chirongui, soit **1,4 %** à l'échelle du département ainsi que près de **550 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **1,6 %** [52].

Tableau 203 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune de Chirongui

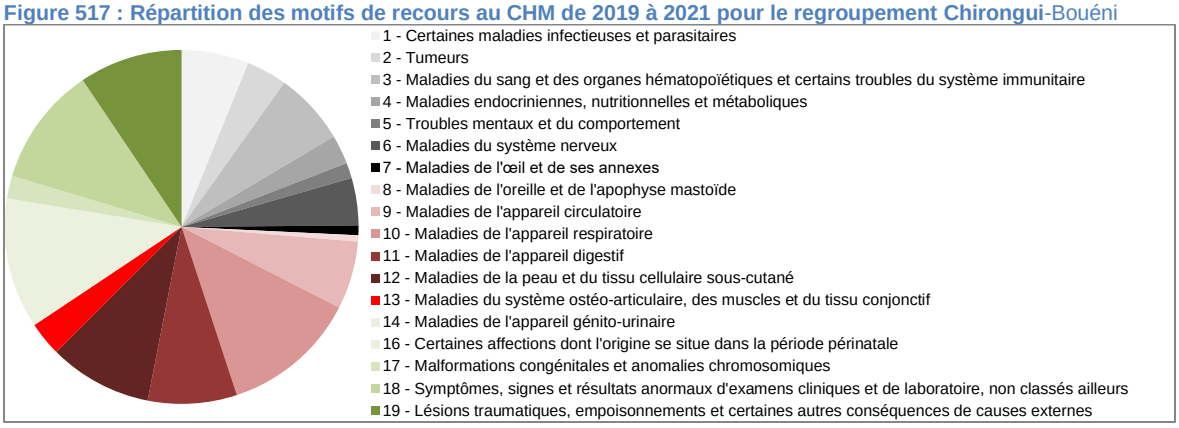
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	4 711	**3 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,5	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	75	**3 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,007	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 335	**3 %**
x **Taux de consultations par habitante de 15-49 ans**	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	53	**3 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,005	0,007
Actes des infirmiers libéraux	39 656	**5 %**
x **Taux d'actes par habitant**	3,9	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	3 381	**3 %**
x **Taux d'actes par habitant**	0,3	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	68 533	**3 %**
x **Taux de ventes par habitant**	6,7	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Chirongui sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Source : CSSM [110]
Champ : Habitants de Chirongui
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

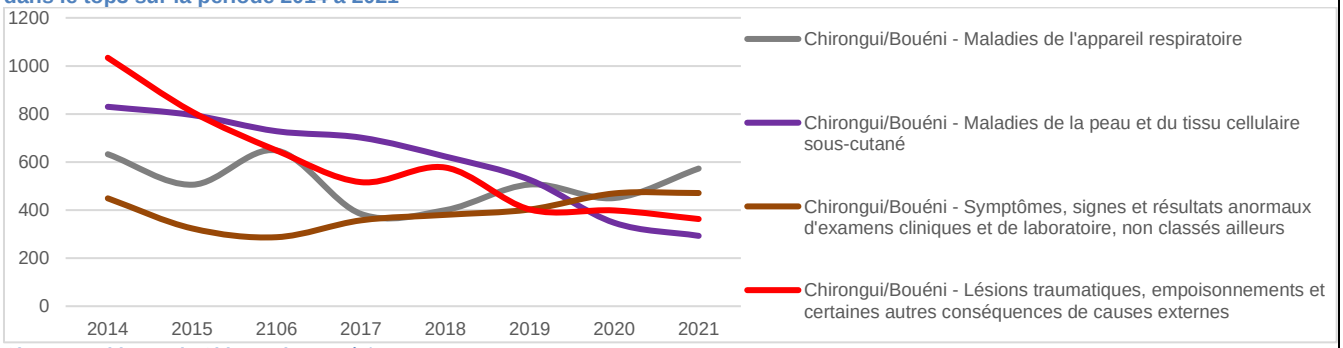
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (28 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (42 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,9 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (12 %, *4 %*), suivies des « **symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs** » (11 %, *9 %*) et, à ex-aequo, des « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » et les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (9 %, *3 % et 3 %*) [120] (*Figure 517*).

Figure 517 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Chirongui-Bouéni



Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 518 : Taux, pour 100 000 habitants de Chirongui-Bouéni, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, **Chirongui**, Bouéni, Kani-Kéli ou Bandrélé :
- **40 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **12 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **7 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **2 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **38 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).

Ils sont 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 25 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 9 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 17 % en surpoids (*10 %*) [112].
21 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 18 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 204*).

Tableau 204 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Sud (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	9
	Norme	75
	Surpoids	17
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	21
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	48
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	15
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	0
	Plusieurs fois par semaine	19
	Tous les jours	81
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	19
	Plusieurs fois par semaine	35
	Tous les jours	46
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	17
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	38
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	40
	Plusieurs fois par semaine	40
	Tous les jours	20
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	38
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	26
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	20
	Plusieurs fois par semaine	30
	Tous les jours	50
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	99
	Plusieurs fois par semaine	1
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	18
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	10
	<1 heure	29
	2 heures	54
	>3 heures	8

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Bandrélé, **Chirongui**, Kani-Kéli, Bouéni et Sada
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

6 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **10 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **3 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **17 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **68 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **56 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **88 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **14 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[478] (*10 %*) liés au bien-être, **20 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **3 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[479] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 36 MDO[480] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 4 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 12,4 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 205 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Chirongui

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	<5	0	0	<5
Fièvre typhoïde	0	<5	0	<5
Hépatite A	0	<5	0	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	<5	9	5	
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	<5	6
TIAC	5	<5	0	

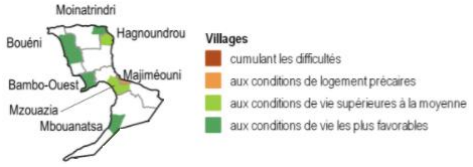
Champ : Habitants domiciliés à Chirongui
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **4 %** des 15-69 ans vivant **dans le Sud** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 25 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **36 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **8 % des habitants de 30-69 ans du Sud étaient diabétiques** (*11 %*), 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 5 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[478] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[479] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[480] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

15. Bouéni

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



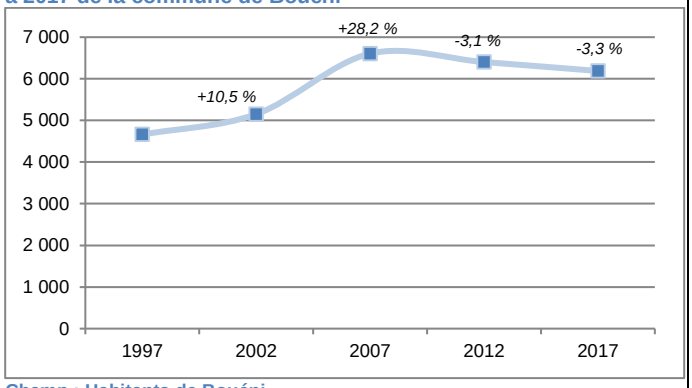
Démographie

La commune de Bouéni est constituée de sept villages : **Bouéni**, **Bambo-Ouest**, **M'bouanatsa**, **M'zouazia**, **Majiméouni**, **Hagnoundrou** et **Moinatrindri**.

En 2017, 6 189 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 169 habs/km²**, soit 2 % de la population totale de Mayotte [24]. 85 % de la population de la commune de Bouéni est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **-0,7 % par an entre 2012-2017** (+2,7 % de solde naturel et -3,4 % de solde migratoire apparent), alors qu'il était positif en 2007-2012 : +3,9 % (2002-2007 : +0,6 %, 1997-2002 : +2,0 %) [24].

Figure 519 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Bouéni

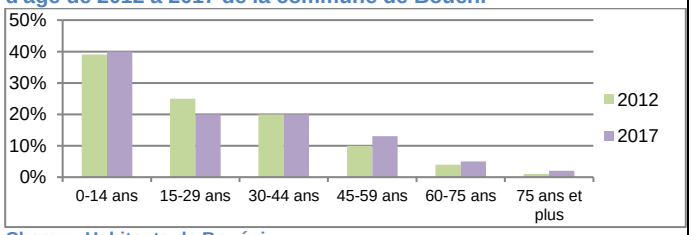


Champ : Habitants de Bouéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **40 %** de la population de Bouéni (*44 % pour la population totale*) [24].

53 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **7 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 520*).

Figure 520 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Bouéni



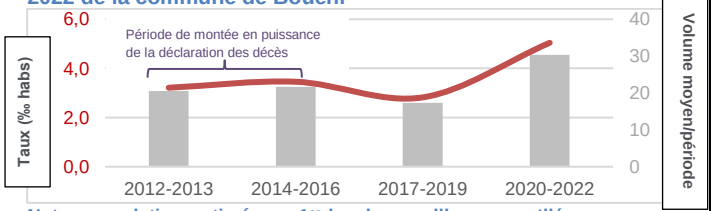
Champ : Habitants de Bouéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **32,3 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **22 %** des familles sont **monoparentales**, 13 % des couples sans enfant, 49 % des couples avec enfant(s) et **16 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,8 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Bouéni (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a augmenté de +79 % : 5,0 ‰ sur la période de 2020 à 2022 (*Figure 521*) [116].

1,5 à 5 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Bouéni sur la période 2012 (5 %) à 2022 (3 %) [116].

Figure 521 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Bouéni



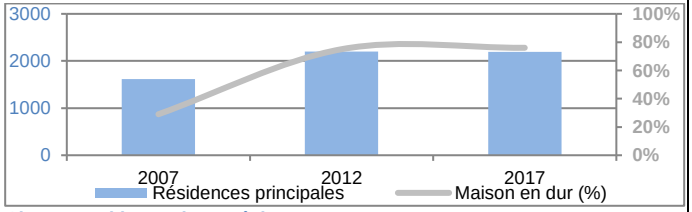
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Bouéni
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **1 668 résidences principales** (*Figure 522*) sont présentes dans la commune, soit 3 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 3,7**) dont **13 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*).

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +36 %**.

Figure 522 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Bouéni



Champ : Habitants de Bouéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **65 %** des ménages de la commune de Bouéni disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +18 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable s'y est amélioré entre 2012 et 2017 : **+1 point** [24] (*Tableau 206*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 206 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Bouéni

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	83	84	71
Eau dans la cour	13	9	12
Chez un parent/tiers	4	3	5
BFM	0	1	5
Des points d'Eaux		2	6
Accès à l'électricité	98	96	90
Dispose d'un confort de base	47	65	41
Un réfrigérateur	75	82	71
Un congélateur	79	80	72
Télévision	84	82	77
Ordinateur	32	36	32
Une connexion internet		37	28
Véhicule deux roues		11	
Voiture	36	43	28

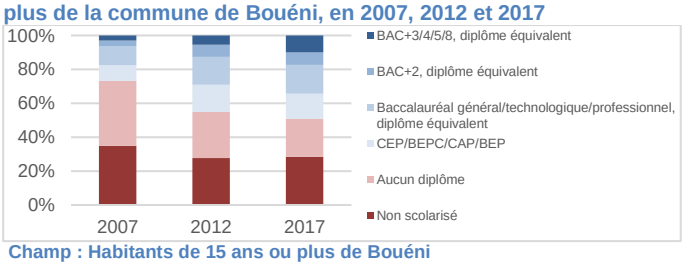
Champ : Habitants de Bouéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Bouéni **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **34 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 18 % et 29 % en 2012 [24] (*Figure 523*).
En 2017, **78 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Bouéni sont **scolarisés** (+1 point par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **96 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **90 %** pour les **15-18 ans** (+10 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **10 %** stable par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 523 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Bouéni, en 2007, 2012 et 2017

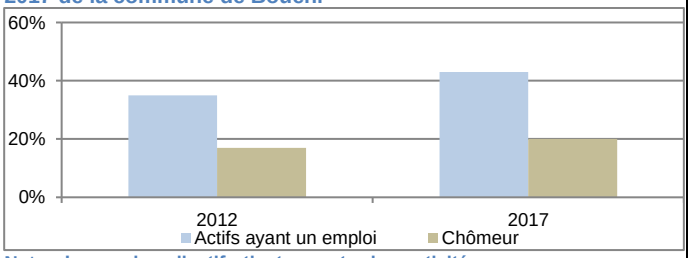


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Bouéni
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **43 %** (*30 % de l'ensemble du territoire*) [24].
Il a **augmenté de +8 points** par rapport à 2012 [24] (*Figure 524*).

Figure 524 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Bouéni



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Bouéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Bouéni couverte par le **RSA**[481] est de **6 %** (-2 points avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,9 %** sur cette période (+0,1 point, *0,5 %*).
0,6 % pour les enfants couverts par l'**AEEH**[482] (+0,1 point, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **45 % des 65 ans ou plus** (+1 point, *43 %*) [110] (*Tableau 207*).

Tableau 207 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Bouéni

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	191	174
× Part chez les 25 à 59 ans*	8 %	6 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	480	397
× Part en population générale *	7 %	6 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	20	24
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,8 %	0,9 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	17	20
× Part chez les moins de 20 ans*	0,5 %	0,6 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	972	948
× Part chez les 6-18 ans *	50 %	44 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	43	45
× Part en population générale *	0,7 %	0,6 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[483])	132	149
× Part chez les 65 ans ou plus *	44 %	45 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de Bouéni
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[481] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[482] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[483] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Bouéni, la qualité de l'eau du robinet est très bonne avec une conformité Bactériologique de 95-100 % [74] (*Tableau 208*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 7 plages surveillées (Gîte Hagnoundrou, Bouéni Village, Le Poulpe, La Baie des Tortues, Bambo-Ouest, La plaisance-Mastara et Les 3 Baobabs), 1 est de qualité insuffisante, 3 de bonne qualité et 3 de qualité excellente [117] (*Tableau 210*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **69 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, Chirongui, **Bouéni**, Kani-Kéli ou Bandrélé déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **89 %** après être **sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99]. A contrario, ils sont alors **27 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **22 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **88 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].Enfin, concernant le **brossage des dents**, **48 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 10 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 0,7 % des ménages de Bouéni sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 77 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 23 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 525*).

► **Déchets : S**ur la période 2020-2022, la commune de Bouéni présente une **densité très faible des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 526*).

Tableau 208 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Bouéni

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	95-100	95-100	100	95-100

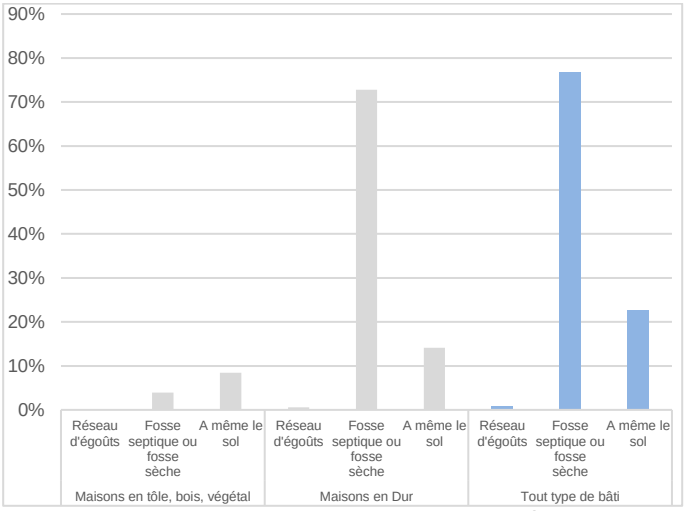
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 209 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Bouéni

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente		5	2	2	2	3	3	3
Bonne	2		4	4	3	3	3	3
Suffisante	1	1	1		2			
Insuffisante						1	1	1
Interdite*								

Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 525 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Bouéni



Note de lecture : 0,1 % des maisons de Bouéni sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 0,7 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Bouéni
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 526 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Bouéni



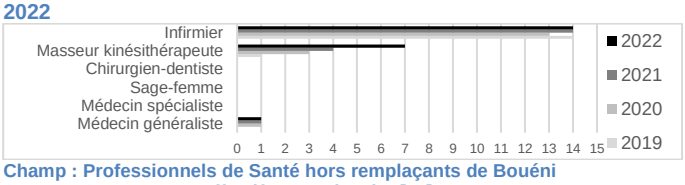
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Bouéni est munie d'**une PMI**, d'**une pharmacie**, **une maison de Santé pluridisciplinaire** et d'**un centre de consultations** [119]. La MSP Dago Ya Ounono a ouvert en 2021 à M'zouazia et regroupe les professionnels de santé libéraux. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. Aucune structure médico-sociale n'est présente [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Bouéni est pourvue de **1 médecin spécialiste** soit une densité de 13,8 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 2,3*), **7 masseurs-kinésithérapeutes** soit une densité de 96,9 (*19,7*), **2 orthophonistes** soit 27,7 (*2,7*), **14 infirmiers** soit 193,8 (*69,2*) et **1 ostéopathe** soit 13,8 (*3,3*) [47].

Figure 527 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Bouéni et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Bouéni
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

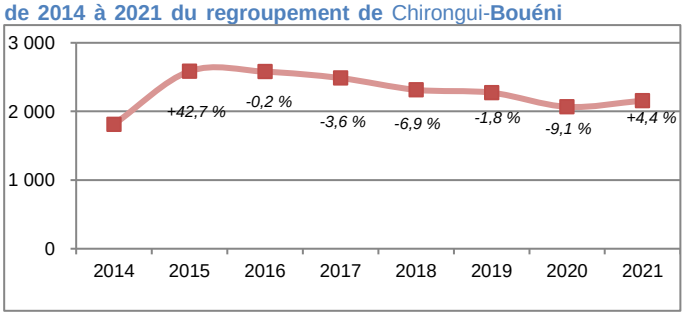
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2019 et sur le regroupement du PMSI **Bouéni**-Chirongui[484], **2 157 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+19 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[485] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,13 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120].
En 2021, les **0-4 ans** représentent **32 %** (-2 points par rapport à 2014) des consultations, **13 %** pour les **65 ans ou plus** (+5 points) (*Figure 529*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Bouéni est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **6 802 consultations par an ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Bouéni soit **3 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 1,09 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **26 %** des consultations des habitants de Bouéni dans l'un des centres (*31 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 530*). Dans 10 % des cas, les habitants de Bouéni vont dans le centre de consultations de **leur commune de domicile**, 81 % pour celui de **M'ramadoudou** (commune de Chirongui) et 4 % à **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) [121].

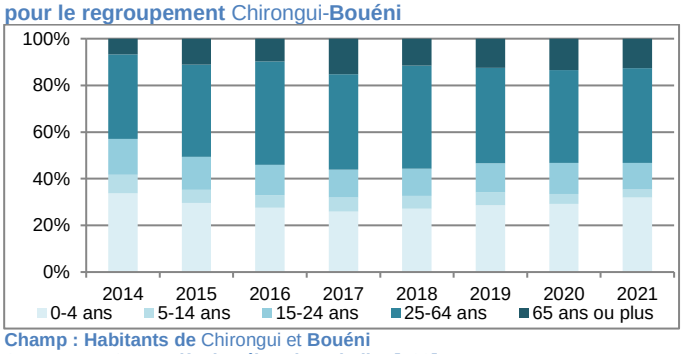
► **Recours aux permanences des soins :** Le centre de référence incluant une permanence des soins le **plus proche** de Bouéni se situe dans la commune de Chirongui, à **M'ramadoudou**. En moyenne sur la période 2020-2021, **2 866 consultations par an** concernant des habitants de Bouéni ont été observées, soit **5 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,46 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **42 %** des consultations des habitants de Bouéni dans l'une des permanences (*41 %*) et **6 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 531*). 97 % des habitants Bouéni se rendent à la permanence de soins de **M'ramadoudou** [121].

Figure 528 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement de Chirongui-Bouéni



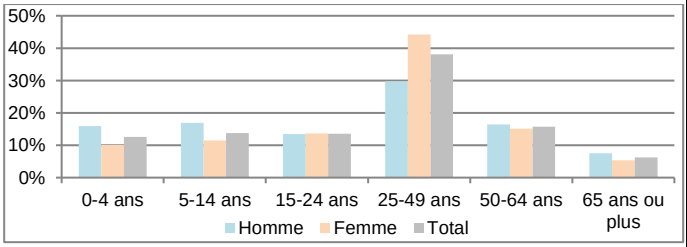
Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 529 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Chirongui-Bouéni



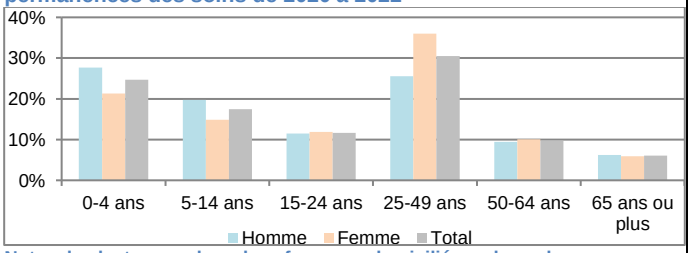
Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 530 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Bouéni ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Bouéni et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 44 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Bouéni ayant eu recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 531 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Bouéni ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Bouéni et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 36 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Bouéni ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[484] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Bouéni-Chirongui.
[485] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Bouéni présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **80 et 87,5 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].
Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,8 par habitant** de la commune (*0,5*) [110]. **0,8 par habitante** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **10,4 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 210*).

► Autres types de recours

En 2021, près de **200 femmes** de Mayotte ont consultées la **PMI** de Bouéni, soit **0,8 %** à l'échelle du département ainsi que près de **600 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **1,7 %** [52].

Tableau 210 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune de Bouéni

	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	5 388	**4 %**
x Taux de consultations par habitant	0,8	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	82	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,01	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	1 379	**4 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,8	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	58	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,008	0,007
Actes des infirmiers libéraux	74 048	**4 %**
x Taux d'actes par habitant	10,4	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	7 160	**6 %**
x Taux d'actes par habitant	1,0	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	82 526	**4 %**
x Taux de ventes par habitant	11,6	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Bouéni sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Source : CSSM [110]
Champ : Habitants de Bouéni
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

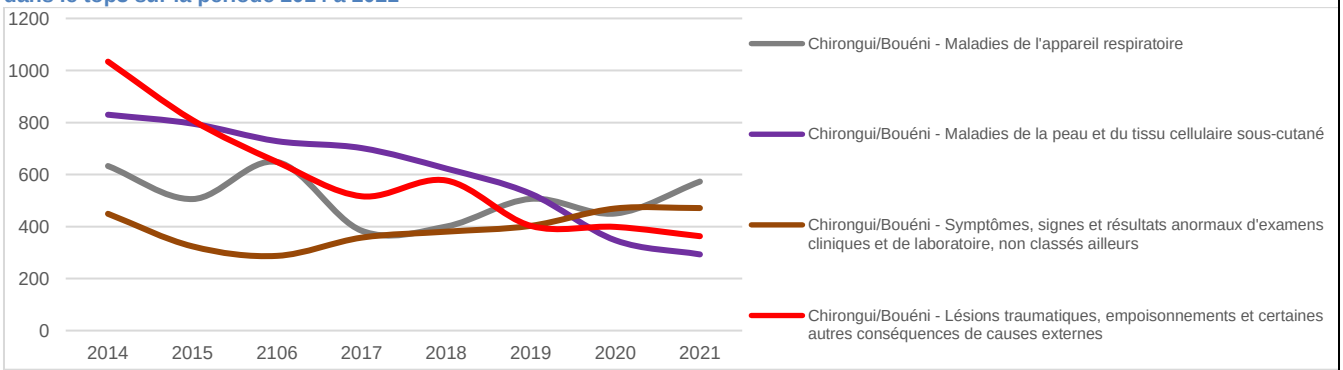
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (28 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (42 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,9 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (12 %, *4 %*), suivies des « **symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs** » (11 %, *9 %*) et, à ex-aequo, des « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » et les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (9 %, *3 % et 3 %*) [120] (*Figure 532*).

Figure 532 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Chirongui-Bouéni



Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 533 : Taux, pour 100 000 habitants de Chirongui-Bouéni, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de Chirongui et Bouéni
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de Sada, Chirongui, **Bouéni**, Kani-Kéli ou Bandrélé :
- **40 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **12 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **7 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **2 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **38 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).
Ils sont 7 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 25 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 9 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 17 % en surpoids (*10 %*) [112].
21 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **3 % aucun** (*un sur cinquante*), et 18 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 212*).

Tableau 211 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Sud (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	Insuffisance pondérale	9
	Norme	75
	Surpoids	17
Nombre de repas par jour	1 repas par jour	21
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	3
Consommation de légumes	Rarement ou jamais	48
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	15
Consommation de féculents	Rarement ou jamais	0
	Plusieurs fois par semaine	19
	Tous les jours	81
Consommation de fruits	Rarement ou jamais	19
	Plusieurs fois par semaine	35
	Tous les jours	46
Consommation de viandes	Rarement ou jamais	17
	Plusieurs fois par semaine	45
	Tous les jours	38
Consommation de poissons	Rarement ou jamais	40
	Plusieurs fois par semaine	40
	Tous les jours	20
Consommation de sucreries	Rarement ou jamais	38
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	26
Consommation de laitages	Rarement ou jamais	20
	Plusieurs fois par semaine	30
	Tous les jours	50
Consommation de boissons énergisantes	Rarement ou jamais	99
	Plusieurs fois par semaine	1
	Tous les jours	0
Si alimentation variée	Au moins 5 portions d'aliments différents	18
Temps passé moyen devant l'écran par jour	Pas de temps passé devant l'écran	10
	<1 heure	29
	2 heures	54
	>3 heures	8

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes de Bandrélé, Chirongui, Kani-Kéli, **Bouéni** et Sada
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

6 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **10 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **3 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **17 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **68 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **56 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **88 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **14 %** à déclarer **au moins cinq points négatifs**[486] (*10 %*) liés au bien-être, **20 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **3 % des 10-12 ans du Nord disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[487] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 7 MDO[488] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 0,7 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 3,9 cas pour 10 000 habitants** [122].

Tableau 212 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Bouéni

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	0	0	<5	<5
Hépatite A	<5	0	0	<5
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0
Leptospirose	<5	<5	<5	<5
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	0	<5	<5	<5
TIAC	0	0	0	0

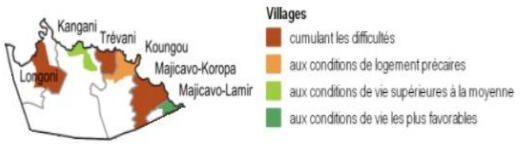
Champ : Habitants domiciliés à Bouéni
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **4 %** des 15-69 ans vivant **dans le Sud** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 25 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **36 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **8 % des habitants de 30-69 ans du Sud étaient diabétiques** (*11 %*), 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut (*6 %*) et 5 % ne le savaient pas (*5 %*) [61].

[486] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[487] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[488] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

16. Koungou

Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



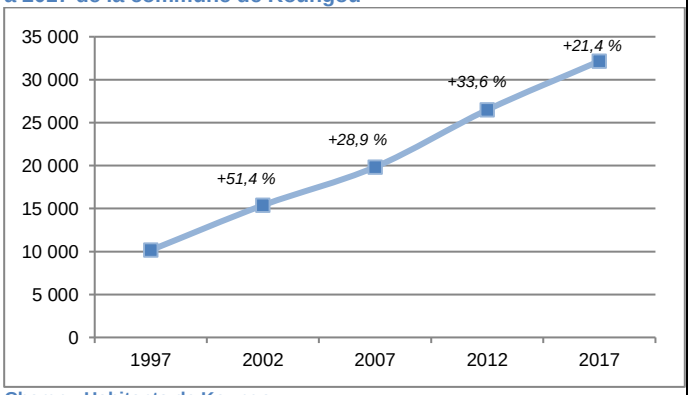
Démographie

La commune de Koungou est constituée de six villages : **Longoni**, **Kangani**, **Trévani**, **Koungou**, **Majicavo-Koropa** et **Majicavo-Lamir**.

En 2017, 32 156 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 1 132 habs/km²**, soit 13 % de la population totale de Mayotte [24]. 39 % de la population de la commune de Koungou est de nationalité française [24].

Le **taux d'accroissement annuel** est de **+4,0 % par an entre 2012-2017** (+3,4 % de solde naturel et +0,6 % de solde migratoire apparent) [24], en baisse par rapport à 2007-2012 : +6,0 % (2002-2007 : +5,2 %, 1997-2002 : +8,6 %) [24].

Figure 534 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Koungou

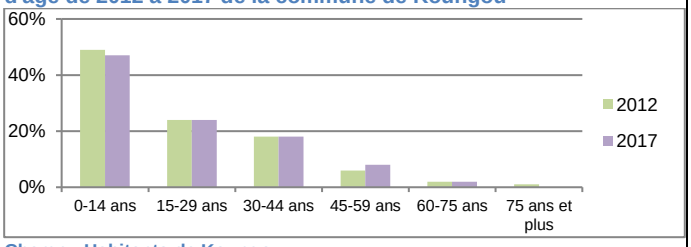


Champ : Habitants de Koungou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **47 %** de la population de Koungou (*44 % pour la population totale)* [24].

51 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **3 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 535*).

Figure 535 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Koungou



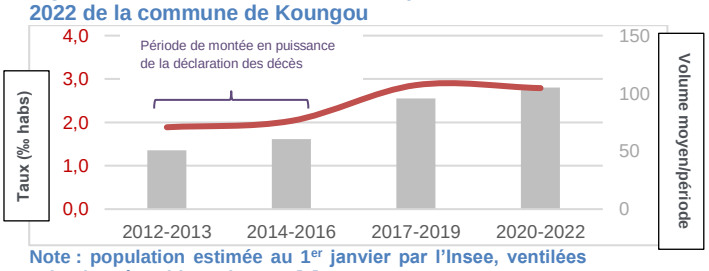
Champ : Habitants de Koungou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances et familles :** Le taux de natalité est de **41,1 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **26 %** des familles sont **monoparentales**, 10 % des couples sans enfant, 52 % des couples avec enfant(s) et **13 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,9 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Koungou (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a diminué de -2 % : 2,8 ‰ sur la période de 2020 à 2022 (*Figure 536*) [116].

6 à 11 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Koungou sur la période 2012 (11 %) à 2022 (10 %) [116].

Figure 536 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Koungou



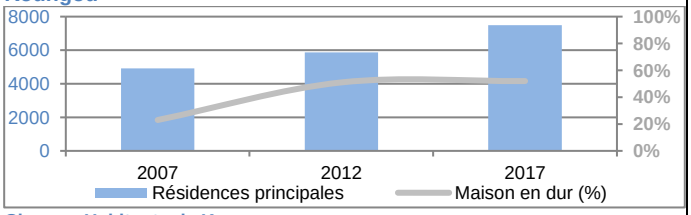
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Koungou
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **7 499 résidences principales** (*Figure 537*) sont présentes dans la commune, soit 12 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,3**) dont **50 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +52 %** [24].

Figure 537 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat de la commune de Koungou



Champ : Habitants de Koungou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **28 %** des ménages de la commune de Koungou disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +4 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable y a diminué entre 2012 et 2017 : **-1 point** [24] (*Tableau 213*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 213 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Koungou

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	61	60	71
Eau dans la cour	18	19	12
Chez un parent/tiers	9	9	5
BFM	8	7	5
Des points d'Eaux		5	6
Accès à l'électricité	90	82	90
Dispose d'un confort de base	24	28	41
Un réfrigérateur	67	61	71
Un congélateur	66	63	72
Télévision	79	71	77
Ordinateur	26	28	32
Une connexion internet		22	28
Véhicule deux roues		11	23
Voiture	22	22	28

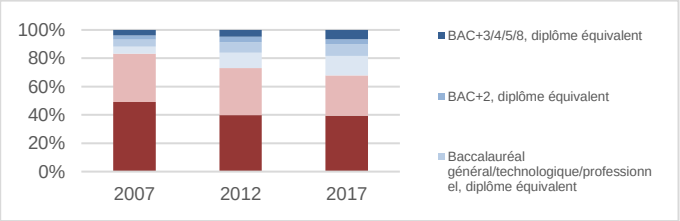
Champ : Habitants de Koungou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Koungou **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **18 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 12 % et 16 % en 2012 [24] (*Figure 538*).
En 2017, **55 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Koungou sont **scolarisés** (-14 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **93-95 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **76 %** pour les **15-18 ans** (-3 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisés** chez les **2-18 ans** est alors de **20 %** (+6 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 538 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Koungou, en 2007, 2012 et 2017

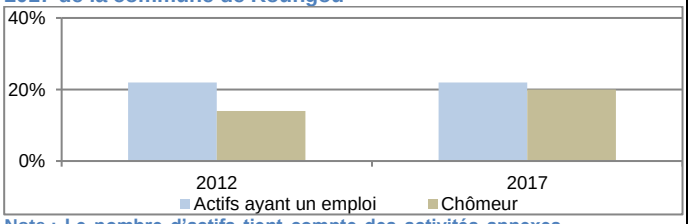


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Koungou
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **22 %** (*30 % de l'ensemble du territoire*) [24].
Il **est stable** par rapport à 2012 [24] (*Figure 539*).

Figure 539 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Koungou



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Koungou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Koungou couverte par le **RSA**[489] est de **4 %** (stable avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,2 %** sur cette période (stable, *0,5 %*). **0,1 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[490] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **30 % des 65 ans ou plus** (stable, *43 %*) [110] (*Tableau 214*).

Tableau 214 : Prestations sociales de 2017 à 2021 de la commune de Koungou

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	493	468
× Part chez les 25 à 59 ans*	4 %	4 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	1 756	1 640
× Part en population générale *	5 %	5 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	19	20
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,2 %	0,2 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	25	25
× Part chez les moins de 20 ans*	0,1 %	0,1 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	2 598	2 554
× Part chez les 6-18 ans *	22 %	20 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	85	95
× Part en population générale *	0,3 %	0,3 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[491])	156	167
× Part chez les 65 ans ou plus *	30 %	30 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017. ** allocation de Rentrée scolaire (ARS).
Champ : Habitants de Koungou
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[489] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[490] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[491] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Koungou, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 215*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2022 et sur 4 plages surveillées (Longoni, M'Gombani, Trévani Hôtel et Koungou Collège), 1 est de qualité insuffisante, 1 de qualité suffisante et 2 de bonne qualité [117] (*Tableau 216*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **65 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, Acoua, M'tsamboro, Bandraboua ou **Koungou** déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **87 % après être sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99]. A contrario, ils sont alors **28 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **27 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **85 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99]. Enfin, concernant le **brossage des dents**, **36 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 9 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 15 % des ménages de Koungou sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 29 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 56 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 540*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Koungou présente une **densité « intermédiaire » des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 541*).

Tableau 215 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Koungou

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	100	95-100	95-100	100	100

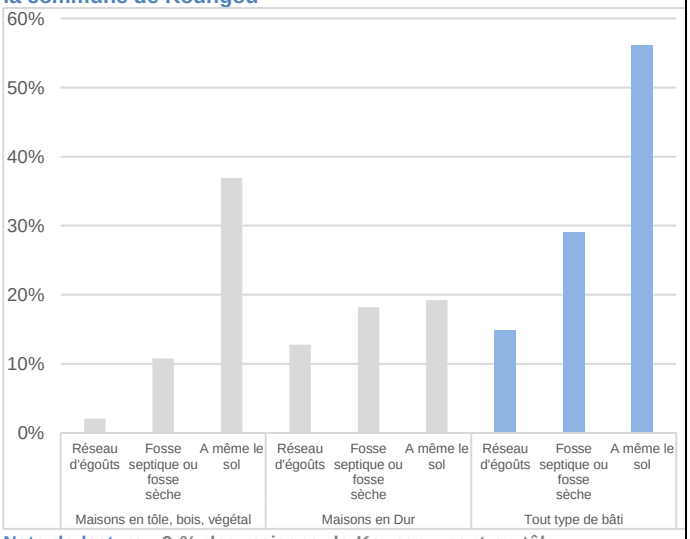
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 216 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Koungou

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente		2	2					
Bonne	1		1	3	1	1	1	2
Suffisante		1	1	1	2	2	2	1
Insuffisante	2	2	1	1	2	1	1	1
Interdite*								

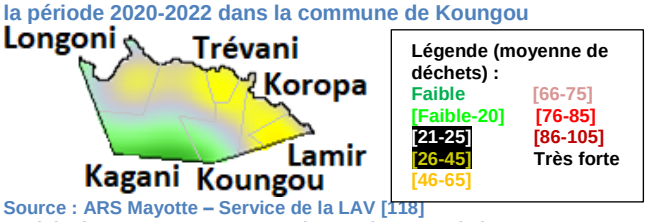
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 540 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Koungou



Note de lecture : 2 % des maisons de Koungou sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 15 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Koungou
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 541 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Koungou



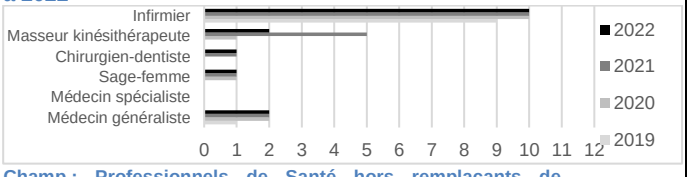
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Koungou est munie d'**une PMI**, de **deux pharmacies** et d'**un centre de consultations** [119]. La présence de deux collèges avec une infirmière scolaire permettent aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un IME-Sessad** géré par **Mlézi Maoré** est présent dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Koungou est pourvue de **2 médecins généralistes** soit une densité de 5,3 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 9,4*), **1 sage-femme** soit de 10,5 (*20,8*), **1 chirurgien-dentiste** soit de 2,7 (*3,7*), **2 masseurs-kinésithérapeutes** soit de 5,3 (*19,7*), **10 infirmiers** soit de 26,6 (*64,5*) [47].

Figure 542 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Koungou et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Koungou
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

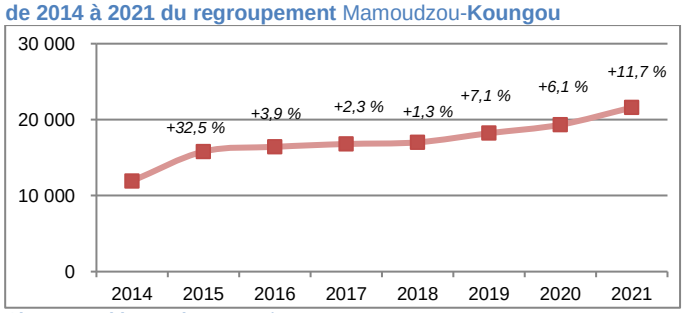
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI Mamoudzou-**Koungou**[492], **12 085 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+81 % avec 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[493] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,17 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120]. En 2021, les **0-4 ans** représentent **27 %** (-3 points par rapport à 2014) des consultations, **10 %** pour les **65 ans ou plus** (+6 points) (*Figure 544*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Koungou est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **30 390 consultations par an ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Koungou soit **12 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 0,78 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **35 %** des consultations des habitants de Koungou dans l'un des centres (*31 %*) et **4 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 545*). 52 % des habitants de Koungou vont dans le centre de consultations de **leur commune de domicile**, 24 % à celui de **Jacaranda** (commune de Mamoudzou) et 21 % à **Dzoumogné** (commune de Bandraboua) [121].

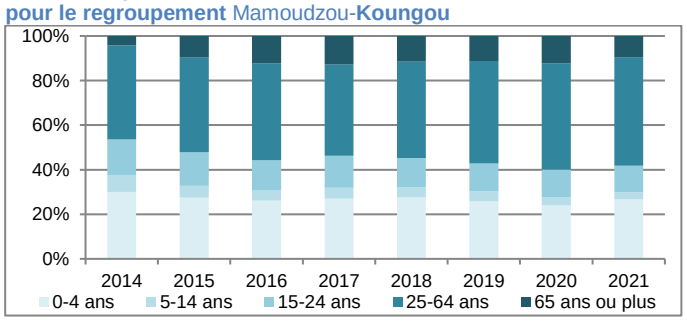
► **Recours aux permanences des soins :** Les centres de référence incluant une permanence des soins les **plus proches** de Koungou se situent dans les communes de Bandraboua, à **Dzoumogné**, et de Ouangani, à **Kahani**. En moyenne sur la période 2020-2021, **1 706 consultations par an** concernant des habitants de Koungou ont été observées, soit **3 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,04 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **44 %** des consultations des habitants de Koungou dans l'une des permanences (*41 %*) et **3 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 546*). 79 % des habitants Koungou se rendent à la permanence de soins de **M'ramadoudou**, 11 % à celle de **Pamandzi** et 6 % à celle de **Kahani** et [121].

Figure 543 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement Mamoudzou-**Koungou**



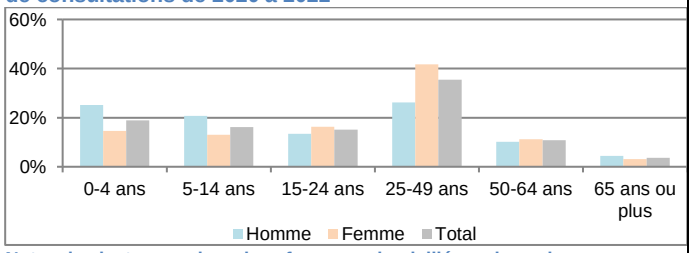
Champ : Habitants de Mamoudzou et **Koungou**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 544 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement Mamoudzou-**Koungou**



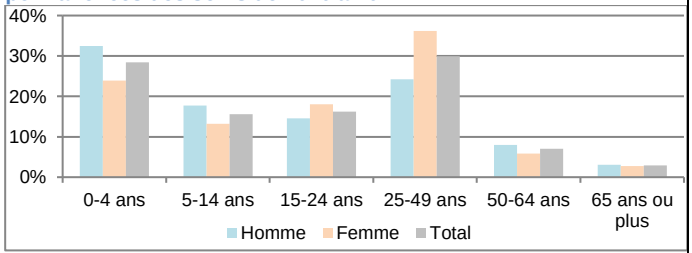
Champ : Habitants de Mamoudzou et **Koungou**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 545 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Koungou ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Koungou et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 42 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Koungou ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 546 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Koungou ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Koungou et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 36 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Koungou ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[492] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons Mamoudzou-Koungou.
[493] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Koungou présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **50,9 et 60 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110]. Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,4/hab** de la commune (*0,5*) [110]. **0,5/hab** de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110]. Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **6,9 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 217*).

► Autres types de recours

En 2021, près de **3 500 femmes** de Mayotte ont consultées la **PMI** de Koungou, soit **14 %** à l'échelle du département ainsi que près de **3 400 enfants** de 0-6 ans de Mayotte, soit **10 %** [52].

Tableau 217 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune de Koungou

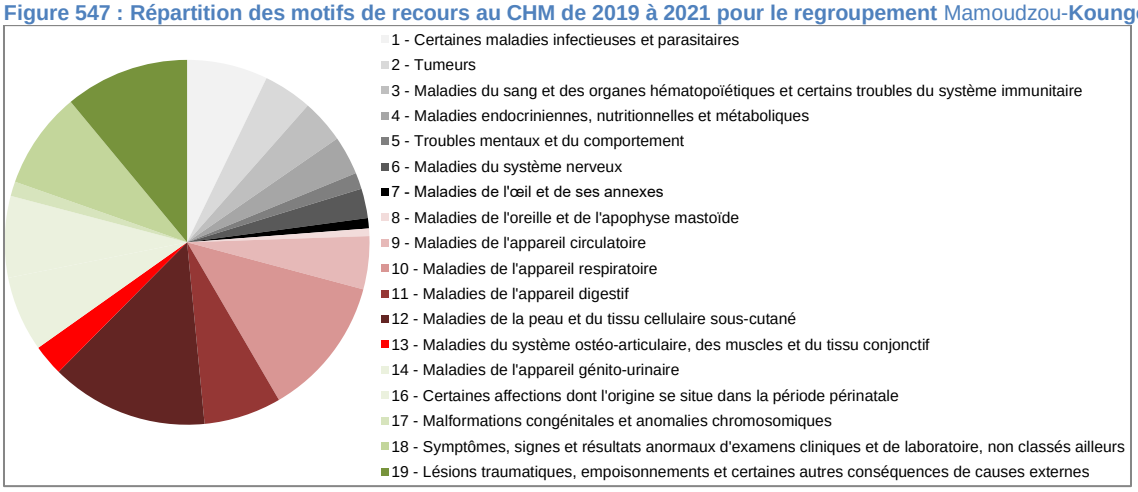
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	14 870	**10 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,4	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	249	**9 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,007	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	4 529	**12 %**
x **Taux de consultations par habitante de 15-49 ans**	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	274	**13 %**
x **Taux de consultations par habitant**	0,007	0,007
Actes des infirmiers libéraux	254 003	**13 %**
x **Taux d'actes par habitant**	6,9	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	9 463	**8 %**
x **Taux d'actes par habitant**	0,3	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	206 421	**9 %**
x **Taux de ventes par habitant**	5,6	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Koungou sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Source : CSSM [110]
Champ : Habitants de Koungou
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

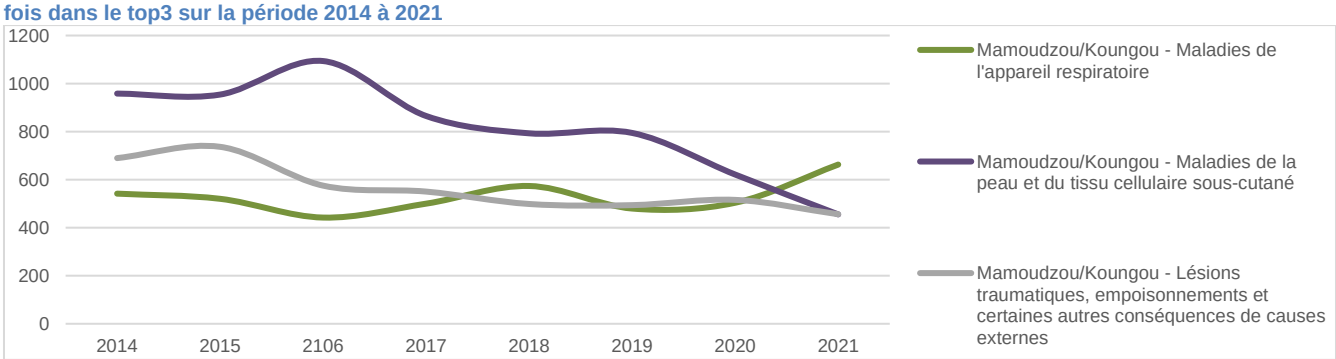
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (23 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (50 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,6 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (12 %, *4 %*), suivies des « **symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs** » (9 %, *9 %*) et de « **certaines maladies infectieuses et parasitaires** » (7 %, *6 %*) [120] (*Figure 547*).

Figure 547 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement Mamoudzou-**Koungou**



Champ : Habitants de Mamoudzou et **Koungou**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 548 : Taux, pour 100 000 habitants de Mamoudzou-**Koungou, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021**



Champ : Habitants de Mamoudzou et **Koungou**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, Acoua, M'tsamboro, Bandraboua ou **Koungou** :
- **41 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **11 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **17 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **10 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **31 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).

Ils sont 19 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 20 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 11 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 9 % en surpoids (*10 %*) [112].
23 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **0,5 % aucun** (*un sur cinquante*), et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 218*).

Tableau 218 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Nord (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	**Insuffisance pondérale**	11
	Norme	80
	Surpoids	9
Nombre de repas par jour	**1 repas par jour**	23
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	0,5
Consommation de légumes	**Rarement ou jamais**	53
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	11
Consommation de féculents	**Rarement ou jamais**	1
	Plusieurs fois par semaine	21
	Tous les jours	77
Consommation de fruits	**Rarement ou jamais**	31
	Plusieurs fois par semaine	29
	Tous les jours	40
Consommation de viandes	**Rarement ou jamais**	14
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	49
Consommation de poissons	**Rarement ou jamais**	44
	Plusieurs fois par semaine	48
	Tous les jours	8
Consommation de sucreries	**Rarement ou jamais**	39
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	24
Consommation de laitages	**Rarement ou jamais**	41
	Plusieurs fois par semaine	31
	Tous les jours	28
Consommation de boissons énergisantes	**Rarement ou jamais**	95
	Plusieurs fois par semaine	5
	Tous les jours	0,5
Si alimentation variée	**Au moins 5 portions d'aliments différents**	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	**Pas de temps passé devant l'écran**	22
	<1 heure	32
	2 heures	40
	>3 heures	6

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes d'Acoua, M'tsamboro, M'tsangamouji, **Koungou** et Bandraboua
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

2 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **8 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **7 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **13 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **56 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **63 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **82 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **12 %** à déclarer **au moins cinq items négatifs**[494] (*10 %*) liés au bien-être, **11 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **5 % des 10-12 ans** du Nord **disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[495] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 236 MDO[496] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 24 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 20,9 cas pour 10 000** habitants (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 219 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Koungou

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	<5	<5
Fièvre typhoïde	15	<5	58	
Hépatite A	12	19	10	41
Hépatite B	0	<5	0	<5
Lèpre	<5	0	0	<5
Leptospirose	<5	14	6	
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	<5	6
TIAC	<5	80	0	

Champ : Habitants domiciliés à Koungou
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **3 %** des 15-69 ans vivant **dans le Nord** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 24 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **26 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **12 % des habitants de 30-69 ans du Nord de l'île étaient diabétiques**, 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 9 % ne le savaient pas [61].

[494] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[495] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[496] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

17. Bandraboua

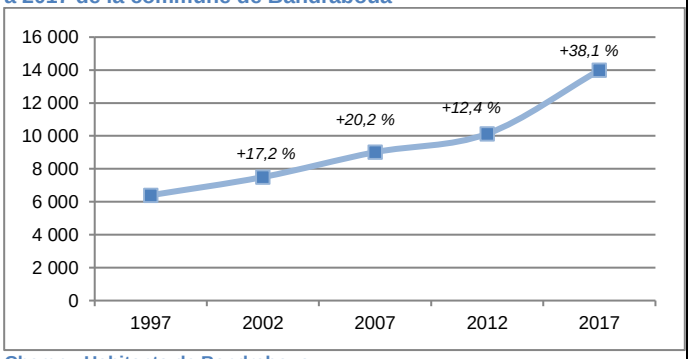
Figurent en italique, dans cette partie, les comparaisons à l'échelle du département lorsqu'elles sont possibles.



Démographie

La commune de Bandraboua est constituée de cinq villages : **Handréma**, **M'tansagamboua**, **Bandraboua**, **Dzoumogné** et **Bouyouni**.
En 2017, 13 989 habitants sont recensés sur cette commune pour une **densité de 436 habs/km²**, soit 3 % de la population totale de Mayotte [24]. 50 % de la population de la commune de Bandraboua est de nationalité française [24].
Le **taux d'accroissement annuel** est de **+6,7 % par an entre 2012-2017** (+3,8 % de solde naturel et +2,8 % de solde migratoire apparent) [24], en baisse par rapport à 2007-2012 : +2,4 % (2002-2007 : +3,7 %, 1997-2002 : +3,2 %) [24].

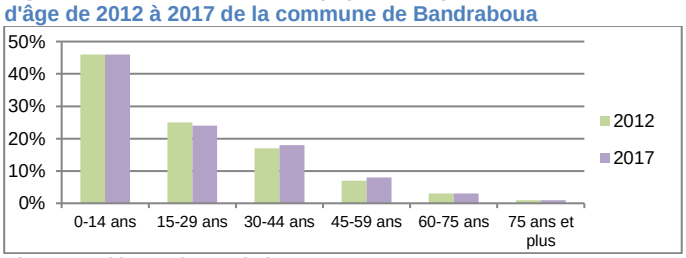
Figure 549 : Evolution du nombre d'habitants de 1997 à 2017 de la commune de Bandraboua



Champ : Habitants de Bandraboua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

En 2017, **les moins de 15 ans** représentent **46 %** de la population de Bandraboua (*44 % pour la population totale*) [24].
51 % pour les 15-59 ans (*52 %*) et **3 %** pour les **60 ans et plus** (*4 %*) [24] (*Figure 550*).

Figure 550 : Evolution de la population par tranche d'âge de 2012 à 2017 de la commune de Bandraboua

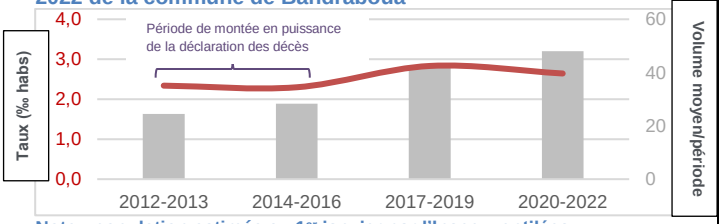


Champ : Habitants de Bandraboua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Naissances :** Le taux de natalité est de **39,6 naissances pour 1 000 habitants** en 2017 (*38,1 à l'échelle du territoire*) [116]. En 2017, **25 %** des familles sont **monoparentales**, 10 % des couples sans enfant, 54 % des couples avec enfant(s) et **12 %** sont des individus vivant **seuls** [24].

► **Mortalités** : Sur la période d'avant crise Covid-19 de 2017 à 2019, le taux de mortalité est de **2,8 décès pour 1 000 habitants** domiciliés à Bandraboua (*2,9 pour 1 000 à l'échelle du département*) [116]. Au cours de la crise Covid-19, le taux a diminué de -7 % : 2,6 ‰ sur la période 2020 à 2022 (*Figure 551*) [116].
3 à 6 % de l'ensemble des décès de Mayotte **ont lieu** dans la commune de Bandraboua sur la période 2012 (6 %) à 2022 (5 %) [116].

Figure 551 : Taux de mortalité sur la période de 2012 à 2022 de la commune de Bandraboua



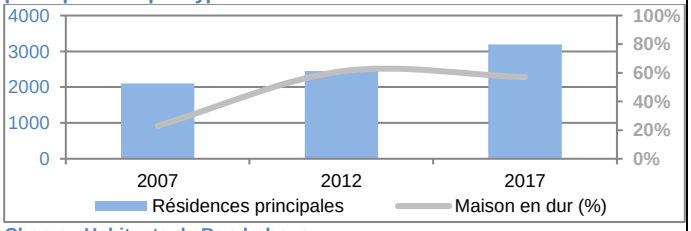
Note : population estimée au 1er janvier par l'Insee, ventilées selon les répartitions de 2017 [3].
Champ : Décès dont le lieu de domicile est Bandraboua
Source : Insee – bulletin état civil [116]
Exploitation : ORS Mayotte

Logements

En 2017, **3 189 résidences principales** (*Figure 552*) sont présentes dans la commune, soit 5 % de l'ensemble des logements (pour une **taille des ménages de 4,4**) dont **45 %** étaient en **tôle** (*36 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Entre 2007 et 2017 le nombre de résidences principales a **augmenté de +52 %** [24].

Figure 552 : Evolution de 2007 à 2017 des résidences principales et par type d'habitat



Champ : Habitants de Bandraboua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Spécificités du logement

En 2017, **38 %** des ménages de la commune de Bandraboua disposent du **confort de base**, soit une amélioration de +7 points par rapport à 2012 [24].
L'accès à l'eau potable y a diminué entre 2012 et 2017 : **-10 points** [24] (*Tableau 220*).

Note : lié au mode de conservation des aliments, lié à l'accès aux messages de prévention, lié à l'accès aux soins. 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.

Tableau 220 : Confort et équipements du logement en 2012 et 2017 de la commune de Bandraboua

%	2012	2017	Mayotte (2017)
Accès à l'eau	72	62	71
Eau dans la cour	15	12	12
Chez un parent/tiers	9	12	5
BFM	3	2	5
Des points d'Eaux		11	6
Accès à l'électricité	88	84	90
Dispose d'un confort de base	31	38	41
Un réfrigérateur	63	64	71
Un congélateur	65	70	72
Télévision	73	74	77
Ordinateur	23	26	32
Une connexion internet		19	28
Véhicule au moins de deux roues		11	
Voiture	20	23	28

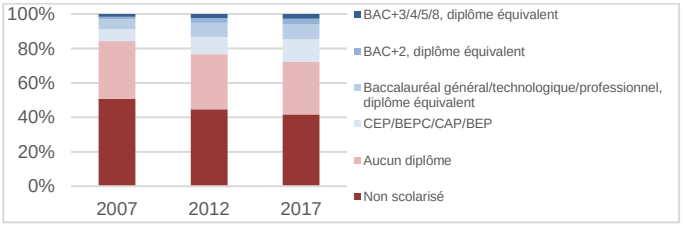
Champ : Habitants de Bandraboua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ORS Mayotte

Formation et prestations sociales

► Scolarisation et diplôme

En 2017, **le taux** de 15 ans ou plus de la commune de Bandraboua **ayant un diplôme supérieur ou équivalent au BAC** est de **15 %** (*23 %*). Il continue son augmentation depuis 2007 : 9 % et 13 % en 2012 [24] (*Figure 553*).
En 2017, **56 %** des enfants de **2 à 5 ans** vivant à Bandraboua sont **scolarisés** (-4 points par rapport à 2102, *64 % sur l'ensemble du territoire*), **90-93 %** pour les **6-14 ans** (*92-93 %*) et **71 %** pour les **15-18 ans** (-10 points, *88 %*) [24].
Le taux de **non scolarisé** chez les **2-18 ans** est alors de **22 %** (+5 points par rapport à 2012, *18 % sur l'ensemble du territoire*) [24].

Figure 553 : Niveau de formation chez les 15 ans ou plus de la commune de Bandraboua, en 2007, 2012 et 2017

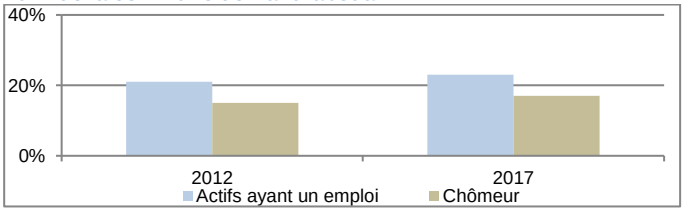


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Bandraboua
Source : Insee, recensements [24]
Exploitation : ARS Mayotte

► Emploi et Chômage

En 2017, le **taux d'actifs** de 15-64 ans ayant un emploi (au sens du RP) dans la commune est de **23 %** (30 % de l'ensemble du territoire) [24].
Il **est stable** par rapport à 2012 [24] (*Figure 554*).

Figure 554 : Taux de la population active entre 2012 et 2017 de la commune de Bandraboua



Note : Le nombre d'actifs tient compte des activités annexes (petits boulots-chibaroua) déclarées au moment du recensement.
Champ : Habitants de 15-64 ans de Bandraboua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► Prestations sociales

Sur la période 2020-2021, la part de la population de Bandraboua couverte par le **RSA**[497] est de **6 %** (stable avec 2017-2018-2019, *1,8 % sur l'ensemble du territoire*) [110].
Concernant l'**AAH**, la **part d'allocataires est de 0,3 %** sur cette période (stable, *0,5 %*). **0,1 % pour les enfants** couverts par l'**AEEH**[498] (stable, *0,2 %*) [110].
Enfin, l'**ASPA** couvre **52 % des 65 ans ou plus** (-1 point, *43 %*) [110] (*Tableau 221*).

Tableau 221 : Prestations sociales de 2017 et 2021 de la commune de Bandraboua

Moyenne	2017-2018-2019	2020-2021
Nombre d'allocataires du RSA	311	288
× Part chez les 25 à 59 ans*	6 %	6 %
Nombre de personnes couvertes par le RSA	948	848
× Part en population générale *	6 %	5 %
Nombre d'allocataires de l'AAH	13	14
× Part chez les 25 à 59 ans*	0,3 %	0,3 %
Nombre d'enfants couverts par l'AEEH	12	10
× Part chez les moins de 20 ans*	0,1 %	0,1 %
Nombre d'enfants bénéficiaires de l'ARS**	1 686	1 612
× Part chez les 6-18 ans *	34 %	30 %
Nombre d'allocataires d'aides au logement (ALS et ALF)	51	49
× Part en population générale *	0,3 %	0,3 %
Nombre de bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA[499])	207	220
× Part chez les 65 ans ou plus *	53 %	52 %

Note : * les parts sont estimées à partir des populations estimées au 1er janvier par l'Insee [3], ventilées selon les répartitions de 2017.
**** allocation de Rentrée scolaire (ARS).**
Champ : Habitants de Bandraboua
Source : CSSM [110]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

[497] Le RSA assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. En 2021, le RSA est de 282,67 € pour une personne seule à Mayotte.
[498] L'AAH et l'AEEH sont des aides financières qui permettent aux adultes et enfants handicapés d'avoir un minimum de ressources. Elles sont financées par l'Etat et sont versées par la CAF aux individus ayant un taux de handicap de 50-79 % depuis 2021 (1er octobre/1er juin).
[499] L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités de 65 ans ou plus ayant de faibles ressources.

Environnement

► **Qualité de l'eau du robinet :** En 2021, dans la commune de Bandraboua, la qualité de l'eau du robinet est excellente avec une conformité Bactériologique de 100 % [74] (*Tableau 222*).

► **Qualité des eaux de baignades :** En 2021, l'unique plage surveillée est de qualité suffisante [117] (*Tableau 223*).

► **Hygiène de vie :** En 2019, **65 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, Acoua, M'tsamboro, **Bandraboua** ou Koungou déclarent **se laver les mains tous les jours à l'école** (*63 %*), **87 % après être sortis des toilettes** (*88 %*) et **73 % avant de manger** (*78 %*) [99].
A contrario, ils sont alors **28 % à ne pas connaitre l'importance de se laver les mains tous les jours** (*25 %*) et **27 % à ne pas utiliser du savon** (*23 %*) [99]. **85 %** des enfants déclarent prendre une **douche tous les jours** (*85 %*) [99].
Enfin, concernant le **brossage des dents**, **36 %** (*43 %*) en réalisent **deux à trois par jour** et 9 % rarement dans la semaine (*9 %*) [99].

► **Equipement en moustiquaire :** En 2019, **55 % des enfants** de 10-12 ans scolarisés déclarent **dormir sous une moustiquaire** (*43 %*) [99].

► **Evacuation des eaux usées :** En 2017, 19 % des ménages de Bandraboua sont raccordés à un réseau d'égouts (*38 % à l'échelle du département*), 35 % à une fosse septique ou fosse sèche (*19 %*) et 47 **% à même le sol** (*42 %*) [24] (*Figure 555*).

► **Déchets :** Sur la période 2020-2022, la commune de Bandraboua présente une **densité faible des déchets** (inclut les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés) [118] (*Figure 556*).

Tableau 222 : Conformité de l'eau du robinet de 2017 à 2021 de la commune de Bandraboua

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Conformité Bactériologique (%)	95-100	100	95-100	100	100

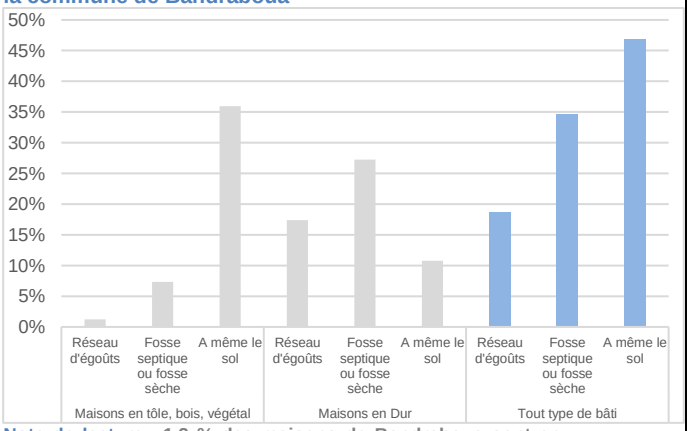
Source : ARS Mayotte –Service de Santé Environnement [74]

Tableau 223 : Qualité des eaux de baignade de 2013 à 2022 de la commune Bandraboua

%	2013	2014	2016	2017	2019	2020	2021	2022
Excellente								
Bonne		1	1	1				
Suffisante					1	1	1	1
Insuffisante								
Interdite*								

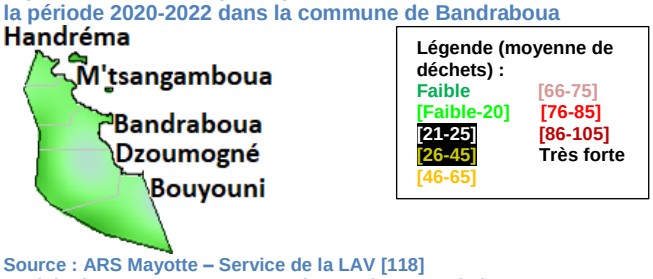
Note : * de baignade.
Source : ARS Mayotte – Service de Santé Environnement [117]

Figure 555 : Evacuation des eaux usées en 2017 dans la commune de Bandraboua



Note de lecture : 1,2 % des maisons de Bandraboua sont en tôle, bois, végétal et sont raccordées au réseau d'égouts, 19 % des maisons tout bâti confondu.
Champ : Ménages de Bandraboua
Source : Insee, *recensements* [24]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 556 : Densité (lissée) des déchets recensés sur la période 2020-2022 dans la commune de Bandraboua



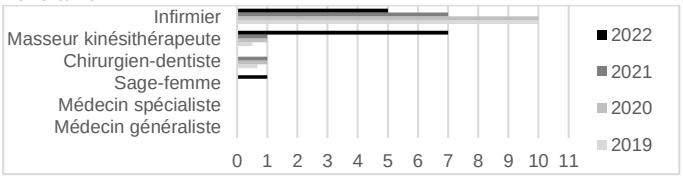
Source : ARS Mayotte – Service de la LAV [118]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Offre de soins

► **Structure(s) de prise en charge :** En 2023, la commune de Bandraboua est munie d'**une PMI**, d'**une pharmacie,** d'**un centre de Santé** et d'**un centre de référence** avec **maternité** [119]. La présence d'un collège avec une infirmière scolaire permet aux plus jeunes d'accéder aux premiers soins [50] [123]. **Un Sessad** géré par l'**ADSM**, **un Sessad** et **un IME** par **Mlézi Maoré** et **un Ssiad** géré par la **CRF** sont présents dans la commune [119].

► **Professionnels de Santé libéraux** (hors remplaçants) **:** En 2022, la commune de Bandraboua est pourvue de **7 masseurs kinésithérapeutes** soit une densité de 42,9 pour 100 000 habitants (*la densité à Mayotte est de 19,7*) et de **5 infirmiers libéraux**, soit une densité de 30,6 (*64,5*) [47].

Figure 557 : Effectifs (libéraux) hors remplaçants de 6 professions de Santé à Bandraboua et sur la période 2019 à 2022



Champ : Professionnels de Santé hors remplaçants de Bandraboua
Source : SI-DIAMANT, effectifs au 1er janvier [47]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

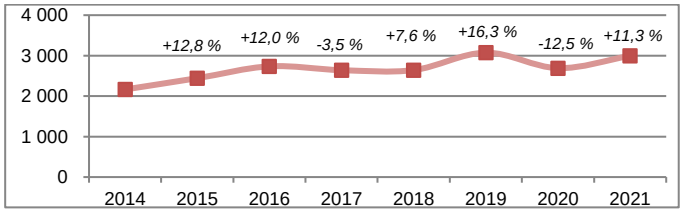
Recours aux soins

► **Recours au CHM :** En 2021 et sur le regroupement du PMSI M'tsangamouji-**Bandraboua**[500], **2 995 séjours** d'hospitalisation ont été enregistrés (+38 % par rapport à 2014, *+72 % à l'échelle du département*) pour un taux de recours[501] moyenné sur la période 2019 à 2021 de 0,12 par habitant de ce regroupement (*0,16*) [120].
En 2021, les **0-4 ans** représentent **38 %** (+4 points par rapport à 2014) des consultations, **4 %** pour les **65 ans ou plus** (-1 point) (*Figure 559*).

► **Recours aux centres de consultations :** La commune de Bandraboua est **pourvue** d'un centre de consultations. Sur la période 2020 à 2022, années particulières de crise Covid-19 impactant l'ouverture des centres de consultations, **25 119 consultations par an ont été constatées** dans l'un des centres de proximité pour les habitants de la commune de Bandraboua soit **10 %** de l'ensemble des consultations à Mayotte et un taux de recours de 1,34 par habitant de la commune (*0,81 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **35 %** des consultations des habitants de Koungou dans l'un des centres (*31 %*) et **4 %** pour les **65 ans ou plus** (*6 %*) [121] (*Figure 560*). **93 %** des habitants de Bandraboua vont dans le centre de consultations de **leur commune de domicile** [121].

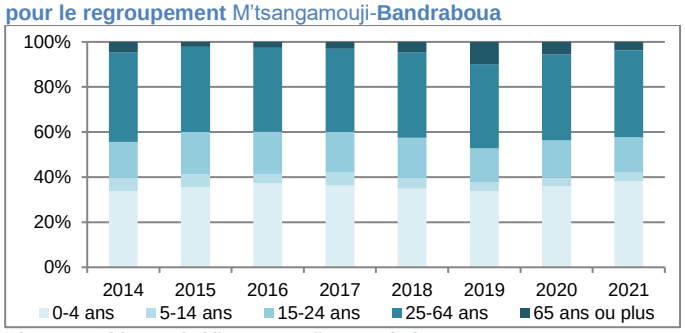
► **Recours aux permanences des soins :** La commune de Bandraboua dispose d'un centre de référence à **Dzoumogné**. En moyenne sur la période 2020-2021, **5 746 consultations par an** concernant des habitants de Bandraboua ont été observées, soit **10 %** des consultations en permanences de soins à Mayotte et un taux de recours de 0,31 par habitant de la commune (*0,20 sur l'ensemble du territoire*) [121]. Les **moins de 15 ans** représentent **46 %** des consultations des habitants de Koungou dans l'une des permanences (*41 %*) et **5 %** pour les **65 ans ou plus** (*5 %*) [121] (*Figure 561*). 97 % des habitants Bandraboua se rendent à la permanence de soins de leur **commune de domicile** [121].

Figure 558 : Evolution du nombre de séjours au CHM de 2014 à 2021 du regroupement M'tsangamouji-**Bandraboua**



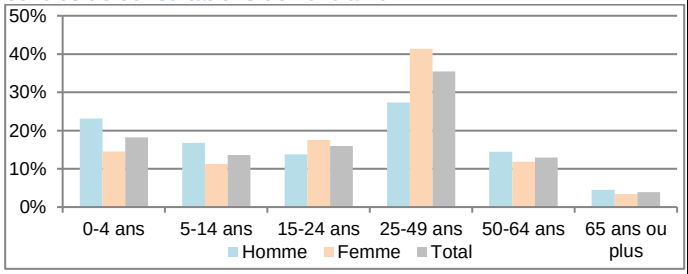
Champ : Habitants de M'tsangamouji et **Bandraboua**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 559 : Ventilation des classes d'âge des individus ayant eu recours au CHM de 2014 à 2021 pour le regroupement M'tsangamouji-**Bandraboua**



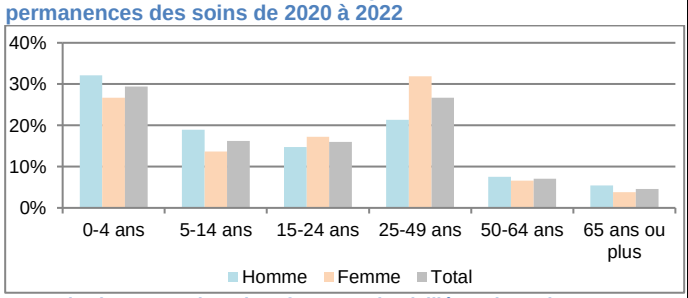
Champ : Habitants de M'tsangamouji et **Bandraboua**
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 560 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Bandraboua ayant recours aux centres de consultations de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Bandraboua et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 41 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Bandraboua ayant recours aux centres de consultations
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 561 : Répartition des classes d'âge par sexe des habitants de Bandraboua ayant recours aux permanences des soins de 2020 à 2022



Note de lecture : chez les femmes domiciliées dans la commune de Bandraboua et ayant recours à l'un des centres de consultations de l'île, 32 % sont des femmes de 25-49 ans.
Champ : Habitants de Bandraboua ayant recours aux permanences de soins
Source : CHM [121]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

[500] Les données ATIH d'hospitalisation à Mayotte sont ventilées par communes regroupées par structuration : ici nous avons M'tsangamouji-Bandraboua.
[501] Cet indicateur est basé sur les différentes estimations de population au 1er janvier [3] et ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► Consultations en libérales

La commune de Bandraboua présente un taux de **couverture à la sécurité sociale** compris entre **50,9 et 60 %** (*66 % à l'échelle du département*) en 2020 [110].

Sur la période 2019 à 2021, le taux de consultations aux **médecins généralistes libéraux** est de **0,4 par habitant** de la commune (*0,5*) [110].

0,5 par habitante de 15-49 ans pour les **sages-femmes libérales** (*0,5*) [110].

Quant aux **infirmiers libéraux**, ils réalisent **6,9 actes par habitant** de la commune (*6,8*) (*Tableau 225*).

Tableau 224 : Consultations libérales sur la période 2019 à 2021 de la commune de Bandraboua

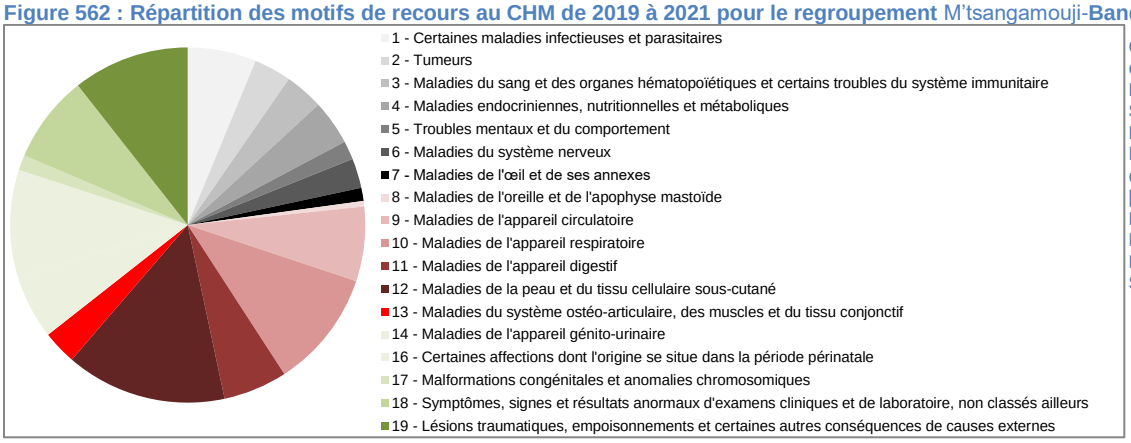
	Moyenne 2019-2020-2021	Mayotte
Consultations des médecins généralistes libéraux	4 500	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,3	0,5
Consultations des médecins spécialistes libéraux	128	**5 %**
x Taux de consultations par habitant	0,008	0,009
Taux de consultations des sages-femmes libérales	2 002	**5 %**
x Taux de consultations par habitante de 15-49 ans	0,5	0,5
Taux de consultations des chirurgiens-dentistes libéraux	55	**3 %**
x Taux de consultations par habitant	0,003	0,007
Actes des infirmiers libéraux	57 610	**3 %**
x Taux d'actes par habitant	3,6	6,8
Actes des masseurs kinésithérapeutes libéraux	5 504	**5 %**
x Taux d'actes par habitant	0,3	0,4
Nombre de médicaments vendus en soins de ville	93 517	**4 %**
x Taux de ventes par habitant	5,8	7,9

Note : Les chiffres en gras dans la colonne « Mayotte » indique la part de la commune de Bandraboua sur les données à l'échelle du département. Les chiffres qui ne sont pas en gras dans la colonne « Mayotte » indique le taux par habitant à l'échelle du département. Les taux sont déterminés depuis les population estimée au 1er janvier [3] et ventilée selon les répartitions classes d'âge observées en 2017. Le dénominateur utilisé est celui restreint à la population de la commune, ces taux peuvent être légèrement sous-évalué.
Source : CSSM [110]
Champ : Habitants de Bandraboua
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Pathologies

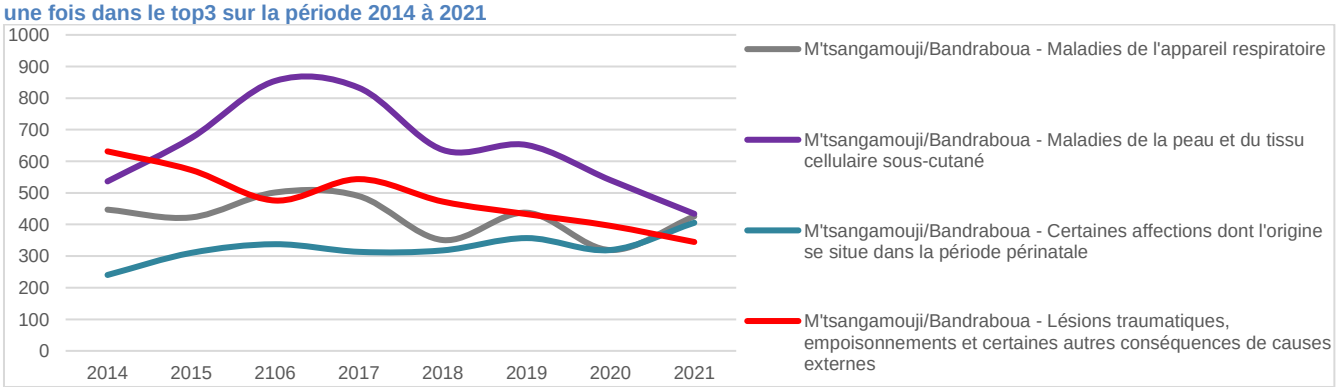
Sur la période 2019 à 2021, les principaux motifs d'hospitalisation hors « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (33 %, *27 % à l'échelle du territoire*), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (37 %, *48 %*) et « Codes d'utilisation particulière » (0,7 %, *1,4 %*) concernent les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (14 %, *3 %*), suivies des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, *3 %*) et de « **certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » (10 %, *2 %*) [120] (*Figure 562*).

Figure 562 : Répartition des motifs de recours au CHM de 2019 à 2021 pour le regroupement M'tsangamouji-Bandraboua



Champ : Habitants de M'tsangamouji et Bandraboua
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 563 : Taux, pour 100 000 habitants de M'tsangamouji-Bandraboua, des motifs de séjour apparaissant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021



Champ : Habitants de M'tsangamouji et Bandraboua
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal [120]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

► **Dépistages des infirmières scolaires**
En 2019, chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans un établissement de la commune de M'tsangamouji, Acoua, M'tsamboro, **Bandraboua** ou Koungou :
- **41 %** présentent au moins une **carie ou dent absente** (*Deux sur cinq à l'échelle du territoire*) ;
- **11 %** une **anomalie visuelle** à l'un des deux yeux (*11 %*) ;
- **17 % aucun vaccin** (*16 %*) ;
- **10 %** un **problème auditif** (*14 %*) ;
- **31 %** un **problème respiratoire** (*27 %*).

Ils sont 19 % à s'estimer en mauvaise santé (*13 %*) [50].

Parmi les 20 % dont l'IMC est catégorisé hors de la norme (*20 %*), 11 **% sont en insuffisance pondérale** (*10 %*) et 9 % en surpoids (*10 %*) [112].
23 % des enfants **ne prennent régulièrement qu'un seul repas par jour** (*un sur cinq*), **0,5 % aucun** (*un sur cinquante*), et 13 % ont une alimentation variée [112] (*Tableau 225*).

Tableau 225 : Nutrition-Santé chez les enfants de 10-12 ans scolarisés dans le Nord (en %) en 2019

Indicateur de masse corporel	**Insuffisance pondérale**	11
	Norme	80
	Surpoids	9
Nombre de repas par jour	**1 repas par jour**	23
	2 repas par jour	52
	3 repas par jour	24
	Aucun ou alimentation irrégulière	0,5
Consommation de légumes	**Rarement ou jamais**	53
	Plusieurs fois par semaine	36
	Tous les jours	11
Consommation de féculents	**Rarement ou jamais**	1
	Plusieurs fois par semaine	21
	Tous les jours	77
Consommation de fruits	**Rarement ou jamais**	31
	Plusieurs fois par semaine	29
	Tous les jours	40
Consommation de viandes	**Rarement ou jamais**	14
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	49
Consommation de poissons	**Rarement ou jamais**	44
	Plusieurs fois par semaine	48
	Tous les jours	8
Consommation de sucreries	**Rarement ou jamais**	39
	Plusieurs fois par semaine	37
	Tous les jours	24
Consommation de laitages	**Rarement ou jamais**	41
	Plusieurs fois par semaine	31
	Tous les jours	28
Consommation de boissons énergisantes	**Rarement ou jamais**	95
	Plusieurs fois par semaine	5
	Tous les jours	0,5
Si alimentation variée	**Au moins 5 portions d'aliments différents**	13
Temps passé moyen devant l'écran par jour	**Pas de temps passé devant l'écran**	22
	<1 heure	32
	2 heures	40
	>3 heures	6

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème dans les communes d'Acoua, M'tsamboro, M'tsangamouji, Koungou et **Bandraboua**
Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, *enquête Santé des jeunes de 2019* [112]

2 % des enfants déclarent **se sentir mal à l'école** (*4 %*) et **8 %** à leur **domicile** (*7 %*) [104]. Ils sont alors **7 %** à déclarer avoir ressenti de la **colère** au cours des trois derniers jours (*12 %*), **13 %** pour de la **tristesse** (*11 %*), **56 %** pour de la **joie** (*55 %*) et **63 %** pour de l'**apaisement** (*50 %*) [104]. **82 % parlent** avec leurs parents ou tuteurs **de leur(s) problème(s) personnel(s)** (*81 %*) [104].
Ils sont alors **12 %** à déclarer **au moins cinq items négatifs**[502] (*10 %*) liés au bien-être, **11 % aucun** (*8 %*) [104]. Enfin, **5 % des 10-12 ans** du Nord **disent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive**[503] (*4 %*) [104].

► **Autres maladies :** Sur la période 2020 à 2022, 23 MDO[504] ont été remontées au DéSUS de l'ARS de Mayotte, soit 8 % à l'échelle du territoire pour **une prévalence de 15,6 cas pour 10 000 habitants** (*11,1 à l'échelle du territoire*) [122].

Tableau 226 : Signalements de MDO remontées à la DéSUS sur la période 2020 à 2022, pour les habitants de Bandraboua

Pathologie	2020	2021	2022	Cumulé
Diphtérie	0	0	5	5
Fièvre typhoïde	17	0	<5	
Hépatite A	16	8	<5	
Hépatite B	0	0	0	0
Lèpre	<5	0	0	<5
Leptospirose	5	5	5	15
Listériose	0	0	0	0
Paludisme	<5	<5	<5	5
TIAC	0	12	0	12

Champ : Habitants domiciliés à Bandraboua
Source : ARS Mayotte – DéSUS [122]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Enfin, en 2019, **3 %** des 15-69 ans vivant **dans le Nord** ont une **infection en cours à l'hépatite B** (*3 %*), 24 % pour une infection ancienne guérie (*28 %*) et **26 % sont immunisés par la vaccination** (*28 %*) [59].
En 2008, **12 % des habitants de 30-69 ans du Nord de l'île étaient diabétiques**, 3 % d'entre eux avaient connaissance de leur statut et 9 % ne le savaient pas [61].

[502] Estimer sa santé mauvaise, se sentir mal chez lui, se sentir mal à l'école, mal dormir la veille de l'enquête, déclarer un sentiment de colère ou de tristesse, ne pas avoir de copains à l'école, ne pas parler de ses problèmes avec ses parents, n'avoir jamais abordé une discussion autour de la sexualité, avoir des difficultés de concentration et avoir au moins une anomalie de santé dépistée parmi (dents, vue, audition, poids, problème respiratoire, couverture vaccinale).
[503] Parmi l'alcool, la cigarette ou la chimique.
[504] Nombre de cas cumulés de Diphtérie, fièvre typhoïde, hépatite A, hépatite B, lèpre, leptospirose, listériose, paludisme et intoxication alimentaire (TIAC).

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, «Estimations de la population au 1er janvier».

[4] 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.

[5] Insee, C. Chaussy, S. Merceron et V. Genay, «À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère,» *Insee Première,* 2019, Février.

[6] Ined, D. Breton, C. Beaugendre et F. Hermet, «Quitter Mayotte pour aller où ?,» 2019, Septembre.

[7] 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.

[8] 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.

[9] 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.

[10] Insee et M. Morando, «Recensement Général de la Population de Mayotte : 186 452 habitants au 31 juillet 2007,» *Insee Infos,* 2007, Novembre.

[11] Insee et S. Merceron, «Revenus et pauvreté à Mayotte en 2018 - Les inégalités de niveau de vie se sont creusées,» *Insee Analyses,* 2020, Juillet.

[12] Insee, M. Brasset et L. Le Pabic, «Enquête budget des familles : Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation,» *Insee Analyses,* 2014, Décembre.

[13] 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.

[14] 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.

[15] Insee et M. Gerardin, «Produits intérieurs bruts régionaux de 2000 à 2020 - D'importantes disparités, de l'outre-mer à l'Île-de-France,» *Insee Première,* 05/05/2022.

[16] Insee et A. Jonzo, «En 2021, autant d'emplois qu'avant la crise sanitaire mais davantage de personnes en âge de travailler - Enquête Emploi 2021 à Mayotte,» *Insee Flash,* 2021, Décembre.

[17] Insee, A. Fleuret et P. Paillole, «Enquête Emploi Mayotte 2017 - Une hausse de l'emploi qui profite aux femmes,» *Insee Flash,* Février 2018, Février.

[18] Insee et V. Daudin, «Enquête Emploi 2009 - Un marché de l'emploi atypique,» *Mayotte infos,* 2010, Décembre.

[19] Insee, A. Fleuret et A. Jonzo, «Un taux de chômage de 30 % - Enquête emploi,» *Insee Flash,* 2019, Novembre.

[20] Insee et P. Thibault, «Des conditions de vie inégales entre les villages - Les villages de Mayotte en 2017,» *Insee Analyses,* 2019, Octobre.

[21] Insee et A. Jonzo, «3 000 emplois en moins pendant le premier confinement,» *Insee Flash,* 2021, Mars.

[22] 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.

[23] 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.

[24] Insee, «Extraction des données du recensement de la population de 2007, 2012 et 2017».

[25] Insee, V. Daudin et F. Michailesco, «Les difficultés face à l'écrit en langue française : quatre jeunes sur dix en grande difficulté à l'écrit à Mayotte,» *Insee Mayotte Infos,* février 2014, Février.

[26] Insee et C. Grangé, «La consommation stagne et reste très éloignée des standards métropolitains - Enquête Budget de famille 2018,» *Insee Analyses,* 2020, Juillet.

[27] ARS Mayotte, J. Balicchi et A. Barbail, «Structural and Perdictive Analysis of the Birth Curve in Mayotte form 2011 to 2017,» *Editions Wiley,* 2020, Février.

[28] Insee et C. Touzet, «Plus de 10 000 naissances en 2021 et décès en forte hausse,» *Insee Flash,* 2022, Septembre.

[29] 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.

[30] Insee et C. Touzet, «Les naissances au plus haut comme en 2017 - Bilan démographique 2019 à Mayotte,»

Insee Flash, 2020, Août.

[31] Insee et C. Touzet, «Les naissances baissent légèrement,» *Insee Flash,* 2019, Septembre.

[32] Insee, S. Sui-Seng et C. Touzet, «9 800 naissances en 2017 - Naissances domiciliées en 2017 à Mayotte,» *Insee Flash,* 2018, Septembre.

[33] ARS-SpF, F. Parenton et Y. Hassani, «Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte,» *In Extenso,* 2018, Octobre.

[34] Insee et P. Thibault, «Beaucoup de familles nombreuses - Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017,» *Insee Flash,* 2020, Janvier.

[35] Insee, S. Merceron et C. Touzet, «Les couples à Mayotte en 2017 - Trois couples sur dix sont mixtes,» *Insee Flash,* 2020, Juillet.

[36] Insee, C. Louachéni, C. Trouillard et M. Morando, «La croissance démographique reste dynamique,» *Mayotte Infos,* 2009, Avril.

[37] ARS Mayotte, J. Balicchi, F. Chauvin, A. Barbail et N. Guy, «Enquête Migrations-Famille-Vieillissement : Perception de la parentalité et contraception,» 2020, Octobre.

[38] Insee, «L'Etat du logement à Mayotte fin 2013 - Des conditions précaires d'habitat,» *Insee Dossier,* 2017, Juin.

[39] Insee et P. Thibault, «Evolution des conditions de logement à Mayotte : Quatre logements sur dix sont en tôle en 2017,» *Insee Analyses,* 2019, Août.

[40] 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.

[41] 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.

[42] CSSM, «Rapports d'activité».

[43] 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.

[44] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».

[45] 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.

[46] ARS Mayotte/OI, «Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social».

[47] SI-DIAMANT, «Extraction des données des professionnels de Santé».

[48] ARS Mayotte, H. Nzaba-Loundou, K. Said Halidi, J. Balicchi et P. Boutie, «Enquête Attractivité & Pérennisation des Professonnels de Santé à Mayotte : Malgré des difficultés identifiées, trois professionnels de Santé sur cinq recommanderaient l'exercice,» 2022, Octobre.

[49] 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.

[50] 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.

[51] ARS OI, «Situation sanitaire Réunion et Mayotte,» 2017, Janvier.

[52] PMI et A. Prual, «Rapport d'activité 2021 des PMI».

[53] Ined, Extraction des données de l'enquête Migrations-Famille-Vieillissement de 2016.

[54] CHM, «Rapports Evasan».

[55] 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.

[56] ARS Mayotte-CNRS-ORS Mayotte-EurofinsBiomnis, 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.

[57] Cre Mayotte/Cire OI, «Points épidémiologiques».

[58] CHM et L. Collet, «Leptospirose à Mayotte - Particularités épidémiologiques,» 2022, Juin.

[59] 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.

[60] ORS Mayotte et A. Aboudou, «L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale à Mayotte,» *Tableau de bord,* 2018, Septembre.

[61] InVS, J. Solet et N. Baroux, «Étude Maydia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte,» 2008.

[62] SpF, «Extraction de l'enquête Unono Wa Maoré de 2019».

[63] ARS Mayotte, «Extractions de l'enquête de séroprévalence Covid-19 à Mayotte de 2021».

[64] 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.

[65] R. Métras, «L'approche "One Health" pour mieux contrôler les infections zoonotiques,» *Tribune Lefigaro,* 2022, Janvier.

[66] 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.

[67] 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.

[68] 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 serologicial and surveillance data».

[69] 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.

[70] 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.

[71] Insee, «Espérances de vie par département».

[72] 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.

[73] Répéma-ARS, «Panel des indicateurs de santé périnatale à Mayotte».

[74] ARS Mayotte, «Qualité de l'eau aux robinets».

[75] https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie/.

[76] https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701.

[77] https://meteofrance.yt/fr/actualites/la-saison-des-pluies-2021-2022-mayotte.

[78] 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.

[79] D. Sissoko, A. Moendandze, D. Malvy, C. Giry, K. Ezzedine, J.-L. Solet et V. Pierre, «Seroprevalence and Risk Factors of Chikungunya Virus Infection in Mayotte, Indian Ocean, 2005-2006 : A Population-Based Survey,» 2008, Août.

[80] N. Haider, F. Vairo, G. Ippolito, A. Zumla et R. A. Kock, «Basic Reproduction Number of Chikungunya Virus Transmitted by Aedes Mosquitoes,» 2020, Octobre.

[81] Insee et C. Mureau, «L'emploi à Mayotte en 2017 : secteurs d'activités et localisation - Des emplois marchands encore peu nombreux, très concentrés dans l'Est,» *Insee Analyses,* 2019, Septembre.

[82] Association Hawa Mayotte, «Bilan de l'évaluation préliminaire des PM2.5 dans l'air ambiant à Mayotte - 2019 à 2021».

[83] https://www.airparif.asso.fr/les-particules-fines.

[84] Association Hawa Mayotte, «Bilan des mesures de la qualité de l'air à Kawéni en 2020».

[85] Association Hawa Mayotte, «Bilan des émissions de polluants atmosphériques et Gaz à Effet de Serre à Mayotte,» 2022, Février.

[86] ARS et J. Balicchi, «La mortalité à Mayotte entre 2012 et 2014,» *Fiches nos iles notre santé,* 2018.

[87] ODSR , «Baromètre sécurité routière».

[88] Inserm-EPOPé, H. Cinelli, N. Lelong et C. Le Ray, «Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2021,» 2022, Octobre.

[89] ARS OI, C. Catteau et M. Cellier, «L'enquête périnatale à Mayotte en 2010,» *Dossiers Statistiques,* 2011, Mai.

[90] ARS Mayotte, «Exploitation des données de l'enquête périnatale à Mayotte en 2016».

[91] ORS et C. Louacheni, «Les interruptions volontaires de grossesses à Mayotte : analyse des bulletins statistiques d'interruption de grossesse de 2013-2014,» *Tableau de bord,* 2017.

[92] ARS et A. Barbail, «Note épidémiologie VIH-SIDA à Mayotte 2018,» 2018.

[93] SpF, «Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles,» *Bulletin de Santé Publique,* 2022, Novembre.

[94] SpF, «Rapport enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2019,» 2022.

[95] ARS OI - InVS, «Maladies infectieuses - Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010,» 2012, Janvier.

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

[98] ARS Mayotte-CNRS-ORS Mayotte-Eurofins Biomnis-SpF, J. Balicchi, A. Aboudou, MODCOV19, M. Jean, C. Coignard et Y. Hassani, «Enquête de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte : Le 21 octobre 2021, deux tiers des habitants de 15 ans ou plus à Mayotte avaient déjà démarré leur schéma vaccinal contre la Covid-19,» 2022.

[99] ARS Mayotte, «Extraction des données de l'enquête Santé des jeunes de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte».

[100] Insee, E. Floury, J. Mekkaoui, S. Meceron et P. Thibault, «A Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole,» *Insee Analyses,* 2022, Février.

[101] OMS, «Santé mentale en population générale : Images et Réalité - Mayotte,» 2019.

[102] Insee et C. Grangé, «Six habitants sur dix se sentent en insécurité - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Flash,* 2021, Novembre.

[103] Insee et C. Grangé, «Une délinquance hors norme - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Analyses,* 2021, Novembre.

[104] 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 difficulés pour se concentrer,» *In extenso,* 2023, Février.

[105] ORS et M. Ricquebourg, «Les conduites addictives à Mayotte,» 2017, Mars.

[106] SpF, R. Andler, M. Ruello, J.-B. Richard, Y. Hassani, R. Guignard, G. Quatremère et V. Nguyen-Thanh, «Consommation de substances psychoactives à Mayotte - Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maoré 2019,» 2022, Octobre.

[107] ODSR, «Mayotte 2020 - Bilan de l'accidentalité,» 2021.

[108] A. Cadet-Taïrou et M. Grandilhon, «L'offre, l'usage et l'impact des consommations de "chimiques" à Mayotte : une étude qualitative,» 2018, Mai.

[109] ORS, A. Aboudou et M. Ricquebourg, «Indicateurs sur les consommations de substances psychoactives à Mayotte,» 2020, Décembre.

[110] CSSM, «Tableau de bord».

[111] 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.

[112] ARS Mayotte-ORS Mayotte-Rectorat Mayotte, J. Balicchi, A.-M. Aurousseau, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «A 10-12 ans, les filles sont trois plus touchées par le surpoids que les garçons de Mayotte,» *In extenso,* 2022, Septembre.

[113] SpF, V. Deschamps, I. Soulaimana, J. Chesneau, D. Jezwski-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.

[114] 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.

[115] Insee, L. Audoux et C. Mallemanche, «En 2017, les dépenses de consommation des ménages des DOM sont moindres qu'en métropole,» 2020, Janvier.

[116] Insee, «Fichiers d'état Civil».

[117] ARS Mayotte - service SE, «Qualité des eaux de baignades».

[118] ARS Mayotte - service LAV, «Recensement des déchets».

[119] ARS Mayotte - DOSA, «Structures sanitaires et médico-sociales».

[120] CHM, «Activité du Centre hospitalier de Mayotte, PMSI-ATIH».

[121] CHM, «Données détaillées des centres de consultations».

[122] ARS Mayotte, «Exploitation des bases de données détaillées de la DéSUS».

[123] Rectorat de Mayotte, «Carte des collèges de Mayotte».

[125] Insee et A. Jonzo, «2 000 emplois de moins qu'avant la crise sanitaire et forte hausse du chômage - Enquête Emploi 2022 à Mayotte», *Insee Flash*, 2023, Février.

[126] Insee et S. Sui-Seng, «Des naissances encore en hausse, des décès toujours supérieurs à leur niveau de 2019,» *Insee Flash,* 2023, Février.

Recensement bibliographique

Publications Insee

► ***Recensement de la population*** *– volet population*
- Recensement Général de la population de Mayotte : 186 452 habitants au 31 juillet 2007, Matthieu Morando, Insee Infos, Novembre 2007 ;
- Recensement de la population au 31 juillet 2007 : la croissance démographique reste dynamique, Camélia Louachéni, Christophe Trouillard, Matthieu Morando, Mayotte Infos, Avril 2009 ;
- Mayotte : Recensement de la population de 2007, une population multipliée par quatre en 30 ans, Christophe Trouillard, Camélia Louachéni, Matthieu Morando, Insee Première, Avril 2009 ;
- Recensement de la population au 31 juillet 2007 : la progression de l'emploi permet au chômage de baisser, Camélia Louachéni, Matthieu Morando, Mayotte Infos, Avril 2009 ;
- Recensement : 212 600 habitants à Mayotte en 2012, la population augmente toujours fortement, Jean-Pierre Bini, Véronique Daudin, Anne Levet, Mayotte Infos, Novembre 2012 ;
- Mayotte, département le plus jeune de France, Julien Balicchi, Jean-Pierre Bini, Véronique Daudin, Nelly Actif, Jannick Rivière, Insee Première, Février 2014 ;
- Trois mahorais sur quatre sans diplôme. Formation et emploi en 2014, Edouard Fabre, Jannick Rivière, Insee Flash, Novembre 2015 ;
- De l'école à l'emploi à Mayotte : les inégalités hommes-femmes se réduisent, Chantal Chaussy, Sébastien Merceron, Philippe Paillole, Insee Flash, Mars 2017 ;
- 256 500 habitants à Mayotte en 2017 : la population augmente plus rapidement qu'avant, Valérie Genay, Sébastien Merceron, Insee Analyses, Décembre 2017 ;
- À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère, Chantal Chaussy, Sébastien Merceron, Valérie Genay, Insee Première, Février 2019 ;
- De plus en plus d'emplois de cadre, en particulier pour les natifs et natives de Mayotte, Pierre Thibault, Insee Analyses, Mars 2022.

► ***Recensement de la population*** *– volet logements*
- Recensement de la population au 31 juillet 2007 : de petits logements pour de grands ménages, Camélia Louachéni, Matthieu Morando, Mayotte Infos, Avril 2009 ;
- Quatre logements sur dix sont en tôle en 2017. Evolution des conditions de logement à Mayotte, Pierre Thibault, Insee Analyses, Août 2019.

► ***Recensement de la population*** *– volet villages*
- Les villages de Mayotte en 2012 : des conditions de vie meilleures sur le littoral ouest, Emmanuelle Clain, Véronique Daudin, Hervé Le Grand, Insee Analyses, Décembre 2014 ;
- Les 36 quartiers prioritaires de la politique de la ville à Mayotte : quatre profils contrastés de quartiers, Daniel Ah-Son, Ravi Baktavatsalou, Insee Analyses, Juillet 2017 ;
- Les villages de Mayotte en 2017 : Des conditions de vie inégales entre villages, Pierre Thibault, Octobre 2019.

► ***Recensement de la population*** *– volet familles*
- Une famille sur deux a trois enfants ou plus à Mayotte en 2012, Emmanuelle Clain, Insee Flash, Novembre 2015 ;
- Recensement de la population 2012 : la moitié des Mahorais vivent en couple, Ravi Baktavatsalou, Emmanuelle Clain, Insee Flash, Janvier 2016 ;
- Beaucoup de familles nombreuses : familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017, Pierre Thibault, Insee Flash, Janvier 2020 ;
- Trois couples sur dix sont mixtes : Les couples à Mayotte en 2017, Sébastien Merceron, Claude Touzet, Insee Flash, Juillet 2020.

► ***Bilan démographique***
- Naissances 2016 à Mayotte. Une natalité record, Sébastien Merceron, Insee Flash, Août 2017 ;
- 9 800 naissances en 2017. Naissances domiciliées en 2017 à Mayotte, Sandrine Sui-seng, Claude Touzet, Insee Flash, Septembre 2018 ;
- Les décès à Mayotte en 2016. Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus, Chantal Chaussy, Sébastien Merceron, Julien Balicchi, Insee Flash, Mai 2018, Insee-ARS OI ;
- Les naissances baissent légèrement. Bilan démographique 2018 à Mayotte, Claude Touzet, Insee Flash, Novembre 2019 ;

- Les naissances au plus haut comme en 2017 : Bilan démographique 2019 à Mayotte, Claude Touzet, Insee Flash, Août 2020 ;
- La baisse des naissances se conjugue à la hausse de la mortalité : Bilan démographique 2020 à Mayotte et premiers éléments sur 2021, Claude Touzet, Insee Flash, Septembre 2021 ;
- Plus de 10 000 naissances en 2021 et décès en forte hausse : Bilan démographique 2021 à Mayotte et premiers éléments sur 2022, Claude Touzet, Insee Flash, Septembre 2022 ;
- Des naissances encore en hausse, des décès toujours supérieurs à leur niveau de 2019 – Naissances et décès à Mayotte en 2022, Sandrine Sui-Seng, Insee Flash, Février 2023.

► ***Enquête Logements***
- Enquête Logement à Mayotte 2013 : des conditions de logement éloignées des standards nationaux, Michel Brasset, Noémie Deloeuvre, Insee Analyses, Octobre 2016 ;
- L'état du logement à Mayotte fin 2013 : des conditions précaires d'habitat, Ravi Baktavatsalou, Michel Brasset, Insee Dossier, Juin 2017.

► ***Enquête Emploi***
- Enquête Emploi 2009 : un marché de l'emploi atypique, Véronique Daudin, Mayotte Infos, Décembre 2010 ;
- Enquête Emploi Mayotte 2013 : 9 500 chômeurs et 29 900 inactifs qui souhaitent travailler, Édouard Fabre, Jannick Rivière, Insee Analyses, Juillet 2014 ;
- Enquête Emploi Mayotte 2014 : le chômage progresse malgré l'augmentation de l'emploi, Édouard Fabre, Jannick Rivière, Insee Analyses, Février 2015 ;
- Formation et emploi 2014 : trois mahorais sur quatre sans diplôme, Edouard Fabre, Jannick Rivière, Insee Flash, Novembre 2015 ;
- Une forte hausse du chômage en 2015, Édouard Fabre, Jannick Rivière, Insee Flash, Décembre 2015 ;
- Enquête emploi 2016 : le département au taux de chômage le plus élevé, Édouard Fabre, Claude Touzet, Insee Flash, Décembre 2016 ;
- Enquête emploi 2017 : une hausse de l'emploi qui profite aux femmes, Aurore Fleuret, Philippe Paillole, Insee Flash, Février 2018 ;
- Enquête emploi 2018 : un taux de chômage de 35 %, Philippe Paillole, Insee Flash, Février 2019 ;
- L'insertion sur le marché du travail à Mayotte : le diplôme, clé de l'insertion professionnelle, Aurore Fleuret, Philippe Paillole, Insee Analyses, Septembre 2019 ;
- Un emploi pour trois adultes. Evolution du marché du travail mahorais de 2009 à 2018, Aurore Fleuret, Philippe Paillole, Insee Flash, Septembre 2019 ;
- L'emploi à Mayotte en 2017 : secteurs d'activité et localisation. Des emplois marchands encore peu nombreux, très concentrés dans l'est, Cédric Mureau, Insee Analyses, Septembre 2019 ;
- Un taux de chômage à 30 %. Enquête Emploi Mayotte 2019, Aurore Fleuret et Anne Jonzo, Insee Flash, Novembre 2019 ;
- Nouvelle évaluation de l'impact économique de la crise sanitaire à Mayotte L'activité reprend progressivement à Mayotte, Ourida Cherchem, Florian Rageot, Daoulab Ali Charif, Bertrand Savoye, David Hericotte, Arnaud Le Tiec, IEDOM, AFD, Septembre 2020 ;
- 3 000 emplois en moins pendant le premier confinement, Anne Jonzo, Insee Flash, Mars 2021 ;
- En 2021, autant d'emplois qu'avant la crise sanitaire mais davantage de personnes en âge de travaille, enquête emploi de 2021 à Mayotte, Anne Jonzo, Insee Flash, Décembre 2021 ;
- 2 000 emplois de moins qu'avant la crise sanitaire et forte hausse du chômage, enquête emploi 2022 à Mayotte, Anne Jonzo, Insee Flash, Février 2023.

► ***Enquête Budget des familles***
- Le revenu des habitants de Mayotte en 2005 : hausse des niveaux de vie et baisse des inégalités, Philippe Luu, Insee Infos, Février 2007 ;
- Consommer à Mayotte : percée des services, Olivier Frouté, Insee Infos, Février 2007 ;
- Consommer à Mayotte : de nombreuses disparités, Christophe Trouillard, Insee Infos, Février 2007 ;
- Enquête « Budget des familles » 2005, Mayotte Résultats N°8, Février 2008 ;
- Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation, Michel Brosset, Insee Analyses, Décembre 2014 ;
- Les inégalités de niveau de vie se sont creusées : Revenus et pauvreté à Mayotte en 2018, Sébastien Merceron, Insee Analyses, Juillet 2020 ;
- La consommation stagne et reste très éloignée des standards métropolitains. Enquête Budget de famille 2018, Claire Grangé, Insee Analyses, Juillet 2020.

► ***Le Produit Intérieur Brut***
- Le produit intérieur brut à Mayotte en 2009: une croissance dynamique mais un retard à rattraper, Vincent Graciet, Mayotte Infos, Novembre 2011 ;
- PIB Mayotte 2011 : une économie en rattrapage soutenue par la dépense publique, Lore Le Pabic, Christian Monteil, Insee Analyses, Octobre 2014 ;
- Une croissance économique de 7 % en 2012, Yohan Coder, Christian Monteil, Insee Analyses, Nombre 2015 ;
- Le pouvoir d'achat individuel augmente de 5 % pour la deuxième année consécutive, Michel Dublin, Christian Monteil, Insee Flash, Octobre 2017 ;
- Les produits intérieurs bruts régionaux de 2000 à 2013: la croissance, signe du rattrapage économique, Bérangère Duplouy, Insee Flash, Juillet 2016 ;
- Produit intérieur brut 2013 : le pouvoir d'achat individuel progresse de 5%, Christian Monteil, Insee Flash, Novembre 2016 ;
- Produit intérieur brut 2014 : le pouvoir d'achat individuel augmente de 5% pour la deuxième année consécutive, Michel Dublin, Christian Monteil, Insee Flash, Octobre 2017 ;
- Produit intérieur brut en 2016 : le PiB augmente de 7,2 % de valeur, Ourida Cherchem, Michel Dublin, Insee Flash, Novembre 2018 ;
- 2,1 milliards d'euros de PIB en 2015. Comptes économiques définitifs de Mayotte, Ourida Cherchem, Insee Flash, Juin 2019 ;
- La hausse du PIB reste aussi vive en 2017 qu'en 2016. Produit intérieur brut en 2017, Florian Rageot, Septembre 2019 ;
- Retour d'une forte croissance du PIB en 2019 : Produit intérieur brut 2019 (résultats provisoires), Florian Rageot, Insee Flash, Novembre 2021 ;
- Le PiB augmente malgré la crise sanitaire : Produit intérieur brut 2020 à Mayotte (résultats provisoires), Florian Rageot, Cédric Planchat, Insee Flash, Décembre 2022.

► ***Autres***
- Tableau économique de Mayotte, Edition 2010, Jean-Claude Auguste, Françoise Cazanove, Sandrine Chaouni, Vincent Gracet, Camélia Louachéni, Matthieu Morando, Rosemina Sélémani, Zaharouna Zakaria ;
- Ralentissement de l'activité à Mayotte, Matthieu Morando, Juillet 2010, Revue économie de La Réunion hors-série ;
- Une consommation des ménages toujours en hausse à Mayotte, Christian Monteil, Juillet 2012, Revue économie de La Réunion hors-série ;
- Mayotte : la hausse des revenus soutient la consommation, Christian Monteil, Octobre 2013, Revue économie de La Réunion hors-série ;
- Enquête Information et Vie Quotidienne : quatre jeunes sur dix en grande difficulté à l'écrit à Mayotte, Véronique Daudin, Fabrice Michaïlesco, Mayotte Infos, Février 2014 ;
- Déplacements domicile-travail : 4 Mahorais sur 10 travaillent hors de leur commune, Jamel Mekkaoui, Insee Flash, Août 2015 ;
- Migration, natalité et solidarités familiales : la société de Mayotte en pleine mutation, Claude-Valentin Marie, Didier Breton, Maude Crouzet, Edouard Fabre, Sébastien Merceron, Insee Analyses, Mars 2017, Insee, Ined ;
- Entre 440 000 et 760 000 habitants selon l'évolution des migrations : La population de Mayotte à l'horizon 2050, Ludovic Besson, Sébastien Merceron, Insee Analyse, Juillet 2020 ;
- L'impact économique immédiat de la crise sanitaire liée au Covid-19 à Mayotte, Ourida Cherchem, Florian Rageot, Insee Conjoncture, Juin 2020 ;
- La précarité des conditions de vie rend difficile le respect des mesures de confinementCovid-19 - Les conditions de confinement à Mayotte, Ravi Baktavatsalou, Pierre Thibault, Insee Analyses, Mai 2020 ;
- Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer : Enquête Santé DOM en 2019, Pierre Thibault, Sébastien Merceron, Julien Balicchi, Insee Analyses, Juillet 2021, Insee, ARS Mayotte ;
- Une délinquance hors norme : Cadre de vie et sécurité à Mayotte, Claire Grangé, Insee analyses, Novembre 2021 ;
- Six habitants sur dix se sentent en insécurité : Cadre de vie et sécurité à Mayotte, Claire Grangé, Insee Flash, Novembre 2021 ;
- A Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole, Elodie Floury, Jamel Mekkaoui, Sébastien Merceron, Insee Analyses, Février 2022 ;
- Portrait statistique de Petite-Terre, Marina Robin, Dossier Mayotte, Mai 2022 ;

- Les femmes à Mayotte : une situation souvent précaire, mais des progrès en matière de formation et d'emploi, Marylise Dehon, Dossier Mayotte, Juillet 2022.

Publications ARS OI/Mayotte

- Statiss Océan Indien 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 ;
- Fiches nos îles, notre santé : les professions médicales 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, les professions paramédicales 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, les pharmaciens 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 ;
- Fiches mortalité Mayotte : 2012-2013-2014 et 2013-2014-2015
- Situation sanitaire Réunion et Mayotte, Julien Balicchi, Anne Barbail, Gérard Brulé, Florence Caliez, Guy-Noël Chan Wan, Christine Gilbert, Eric Mariotti, Fabienne Mael, Anh-Dao Nguyen, Jean-Marc Simonpieri, Hassani Youssouf, Elsa Balleydier, Elise Brottet, Laurent Filleul, Sophie Larrieu, Frédéric Pages, Jean-Louis Solet, Mélissa Bardot, Camélia Louacheni, Emmanuelle Rachou, Monique Ricquebourg, Janvier 2017, ARS OI, Cire OI, ORS OI ;
- L'Enquête périnatale à Mayotte en 2010, Christine Catteau, Mélissa Cellier, Dossier statistique, Mai 2011 ;
- Mayotte's perinatal health situation in 2016 : main results of the National Perinatal Survey and its extension, Fanny Parenton, Hassani Youssouf, Eric Mariotti, Anne Barbail, Bulletin épidémiologique, Mai 2018 ;
- Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte, Fanny Parenton, Hassani Youssouf, In extenso, Octobre 2018 ;
- Panel 2016 des indicateurs de santé périnatale à Mayotte, Réseau périnatale de Mayotte, Centre Hospitalier de Mayotte, ARS OI, Décembre 2018 ;
- Panel 2017 des indicateurs de santé périnatale à Mayotte, Réseau périnatale de Mayotte, Centre Hospitalier de Mayotte, ARS OI, Avril 2019 ;
- Panel 2018 des indicateurs de santé périnatale à Mayotte, Réseau périnatale de Mayotte, Centre Hospitalier de Mayotte, ARS OI, Novembre 2019 ;
- Enquête Migrations-famille-vieillissement : état de santé et couverture maladie. Une bonne perception de la santé, mais qui se dégrade dès 45 ans malgré la progression de la couverture maladie, ARS OI, Ined, Mai 2019 ;
- Enquête Migrations-famille-vieillissement : un recours et un renoncement aux soins liés à une couverture maladie incomplète, Antoine Robin, Julien Balicchi, Anne Barbail, ARS Mayotte, Ined, Octobre 2020 ;
- Enquête Migrations-famille-vieillissement : perception de la parentalité et contraception, Julien Balicchi, Flore Chauvin, Anne Barbail, Nassim Guy, ARS Mayotte, Novembre 2020 ;
- Santé des jeunes de 10-12 ans en 2019 : focus sur une précarité avéré, Julien Balicchi, Michel Arnaud, Fabienne Mazeau, Achim Aboudou, ARS Mayotte, Rectorat Mayotte, ORS OI, Avril 2021 ;
- Enquête de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte : Sept habitants sur dix de Mayotte ont été atteints par la Covid-19, Julien Balicchi, Plateforme MODCOV19, Achim Aboudou, Maxime Jean, Catherine Coignard, CNRS, ORS, Laboratoire Eurofins Biomnis, juin 2022 ;
- Santé des jeunes de 10-12 ans : Alimentation et Indice de masse corporelle, A 10-12 ans, les filles sont trois fois plus touchées par le surpoids que les garçons à Mayotte, Julien Balicchi, Anne-Marie Aurousseau, Achim Aboudou, Michel Arnaud, Fabienne Mazeau, ARS Mayotte, Rectorat Mayotte, ORS Mayotte, Septembre 2022 ;
- Enquête Attractivité & Pérennisation des professionnels de Santé à Mayotte en 2022 : Malgré des difficultés identifiées, trois professionnels sur cinq recommanderaient l'exercice à Mayotte, Herman Nzaba-Loundou, Karima Said Halidi, Julien Balicchi, Patrick Boutié, Octobre 2022 ;
- Enquête de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte : Le 21 octobre 2021, deux tiers des habitants de 15 ans ou plus à Mayotte avaient déjà démarré leur schéma vaccinal contre la Covid-19, Julien Balicchi, Achim Aboudou, Plateforme MODCOV19, Maxime Jean, Catherine Coignard, Youssouf Hassani, CNRS, ORS, Laboratoire Eurofins Biomnis, Octobre 2022.

Publications ORS OI/Mayotte

- Regard des femmes sur la prise en charge des grossesses à Mayotte, Diaporama, Mars 2014 ;
- Indicateurs « Autour de la grossesse » à Mayotte, Camélia Louacheni, Tableau de bord, Avril 2014 ;
- Le diabète à Mayotte, Gaëlle Guibert, Tableau de bord, Mars 2015 ;
- Indicateurs « Autour de la grossesse » à Mayotte, Camélia Louacheni, Tableau de bord, Avril 2015 ;
- Indicateurs « Autour de la grossesse » à Mayotte, Camélia Louacheni, Tableau de bord, 2016 ;
- Indicateurs santé sociale 2017 ;
- Les interruptions volontaires de grossesse à Mayotte, Camélia Louacheni, Tableau de bord, 2017 ;

- Petite enfance, enfance et adolescence à Mayotte, Camélia Louacheni, Tableau de bord, Décembre 2017 ;
- Indicateurs santé sociale 2018 ;
- Indicateurs sur les consommations de substances psychoactives à Mayotte, Achim Aboudou, Monique Ricquebourg, Tableau de bord, Décembre 2018 ;
- L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) à Mayotte, Achim Aboudou, Tableau de bord, Septembre 2018 ;
- Indicateurs santé sociale 2019 ;
- Santé des jeunes à Mayotte, A. Aboudou, S. Medevielle, Tableau de bord, 2019 ;
- La nutrition-santé à Mayotte, Tableau de bord, Mars 2019 ;
- Indicateurs sur La nutrition-santé à Mayotte, Tableau de bord, Décembre 2019 ;
- Indicateurs sur les consommations des substances psychoactives à Mayotte, Achim Aboudou, Focus, Décembre 2020 ;
- Santé des jeunes de 10-12 ans : bien-être, des difficultés de concentration déclarées par la moitié des enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte, Kilani Yassine, Balicchi Julien, Aboudou Achim, Arnaud Michel, Mazeau Fabienne, ARS, Rectorat, Mars 2023.

Publications Santé Publique France

- Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010, Janvier 2012, ARS OI, InVS ;
- État nutritionnel et activité physique à Mayotte, France : premiers résultats de l'étude NutriMay 2006, Balthazar Ntab, Pascal Gandin, Katia Castetbon, Daouda Sissoko, Michel Vernay, Décembre 2007 ;
- Étude MayDia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte, Décembre 2009 ;
- Hépatites virales B, C et Delta en population générale adulte vivant à Mayotte, Cécile Brouard, Fanny Parenton, Youssouf Hassani, Stéphane Chevaliez, Emmanuel Gordien, Maxime Jean, Mathias Bruyand, Sophie Vaux, Florence Lot, Marc Ruello, Février 2022 ;
- Estimation de la prévalence du diabète et du prédiabète à Mayotte et caractéristiques des personnes diabétiques, Mayotte, 2019, Abdullah Azaz, Delphine Jezewski-Serra, Marc Ruello, Hassani Youssouf, Claire Piffaretti, Sandrine Fosse-Edorh, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Mars 2022 ;
- L'Hypertension artérielle à Mayotte : prévalence, connaissance, traitement et contrôle en 2019, Clémence Grave, Lucinda Calas, Marion Subiros, Marc Ruello, Hassani Youssouf, Amélie Gabet, Odile Pointeau, Marion Angue, Valérie Olié, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Mars 2022, Santé Publique France, ARS Mayotte ;
- Le déficit en thiamine (vitamine B1) toujours endémique en 2021 à Mayotte, Charlotte de Latour, Marion Subiros, Fanny Parenton, Laurent Filleul, Abdourahim Chamouine, Hassani Youssouf, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Mars 2022 ;
- Etat nutritionnel de la population mahoraise enfants et adultes : résultats de l'étude Unono Wa Maoré 2019 et évolutions depuis 2006 : Valérie Deschamps, Ibtissame Soulaimana, Julie Chesneau, Delphine Jezewski-Serra, Pascale Bernillon, Benoît Salanave, Charlotte Verdot, Hassani Youssouf, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Mars 2022 ;
- Consommation de substances psychoactives à Mayotte - résultats de l'enquête Unono Wa Maoré 2019 : Raphaël Andler, Marc Ruello, Jean-Baptiste Richard, Youssouf Hassani, Romain Guignard, Guillemette Quatremère, Viêt Nguyen-Thanh, Octobre 2022 ;
- Etat nutritionnel de la population mahoraise enfants et adultes : résultats de l'étude Unono Wa Maoré 2019 et évolutions depuis 2006 : Valérie Deschamps, Ibtissame Soulaimana, Julie Chesneau, Delphine Jezewski-Serra, Pascale Bernillon, Benoît Salanave, Charlotte Verdot, Hassani Youssouf, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Mars 2022 ;
- Données de surveillance – Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2019, Novembre 2022.

Autres

- Quitter Mayotte pour aller où ? Didier Breton, Carole Beaugendre, François Hermet, Ined, Juin 2014 ;
- Mayotte : plus d'un adulte sur deux n'est pas né sur l'île. Claude-Valentin Marie, Didier Breton, Maude Crouzet, INED, Novembre 2016 ;
- Santé mentale en population générale : Images et Réalités Mayotte, OMS, 2019 ;
- Premiers résultats de l'enquête santé européenne 2019 Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte, Aude Leduc, Thomas Deroyon, Thierry Rochereau, Ariane Renaud, DREES, IRDES, INSEE, Avril 2021.

De la V1.0.0 à la V2.0.0

► De la V1.0.0 à la V1.1.0

Attention, les numéros de page, de figure, de tableau et de note de bas de page correspondent à cette version et n'ont pas été rectifiés suite à la production de la V1.2.0. Ils le seront au moment de la publication de la V2.0.0.

- **Correction** de **coquilles** ;
- **Ajout** éléments complémentaires **annexes** : p.15 (Notes de bas de page 3 & 4), p.16 (Note de bas de page 8, profils migratoires dans le corps de texte), p.55 (notes de bas de page 60 & 61), p.99 (note de bas de page 131), p.138 (note de bas de page 215), p.142 (note de bas de page 220) ;
- **Rectification** du **taux d'accroissement annuel** de la commune de **M'tsangamouji** sur la période 2002-2007, ~~-1,3 %~~ → -1,4 %, p.18 :
- **Ajout** figure complémentaire sur les profils en fonction du **revenu** : p.19 (Figure 12) ;
- **Actualisation** de la partie sur les naissances avec le **bilan démographique Insee de 2022** : p.23 ;
- **Ajout** figure complémentaire sur l'évolution du **nombre moyen de personnes par ménage** : p.27 (Figure 27) ;
- **Actualisation** des éléments sur l'**offre de soins** à Mayotte : p.31 à 32 (Figure 41) ;
- **Actualisation** des données des **professionnels de Santé** avec les informations au 1er janvier **2022 pour Mayotte**. Ainsi que quelques précisions sur les méthodes de calcul des densités : p.35 à 38 ;
- **Création** de la partie « **Attractivité** » depuis les données de l'enquête « attractivité et pérennisation des effectifs en Santé de 2022 » : p.38 à 39;
- **Rectification** nombre de consultations en **permanences des soins** : ~~58 386~~ → 58 292 : p.46 ;
- **Rectification** **trajectoire** vers les différentes **permanences des soins**, repositionnement de celle du centre initialement sur Mamoudzou à Ouangani : p.46 (Figure 65) ;
- **Rectification** des **pourcentages** des trajectoires des **permanences des soins** M'tsangamouji (~~92 %~~ → 91 %), Koungou vers Nord (~~72 %~~ → 80 %), Koungou vers Petite-Terre (~~10 %~~ → 10 %), Pamandzi (~~97 %~~ → 98 %), Mamoudzou vers Sud (~~26 %~~ → 27 %), Mamoudzou vers Petite-Terre (~~35 %~~ → 34 %) : p.46 (Figure 65) ;
- **Création** de la partie « **Recours à la médecine traditionnelle** » depuis un extraction complémentaire des données « Migrations-Famille-Vieillissement 2016 », dans les chapitres « Population générale », « 15-24 ans » et « 65 ans ou plus » : p.48 à 49, p.183, p.197 ;
- **Création** des sous-parties « **Prévention** » depuis la publication « Enquête Migrations-famille-vieillissement : état de santé et couverture maladie » et depuis la publication « Enquête de séroprévalence à SARS-CoV-2 : Sept habitants sur dix de Mayotte ont été atteints par la Covid-19, dans les chapitres « Population générale », « 15-24 ans » et « 65 ans ou plus : p.52, p.185, p.199 ;
- **Rectification** nombre de nouveaux cas de **tuberculose** en 2021 (~~0~~ → 58) : p.55 (Figure 84) ;
- **Ajout** du nombre d'**hospitalisations** en lien avec les **MDO** des figures : p.55 (Figures 82 & 83 & 84), p.94 (Figure 145) ;
- **Ajout** des **durées de séjour au CHM** en fonction des différentes pathologies, dans les chapitres « Population générale » et classes d'âge : p.58 (Tableau 13), p.162 (Tableau 84) p.171 (Tableau 90), p.186 à 187 (Tableaux 103 & 104), p.200 à 201 (Tableaux 107 & 108) ;
- **Ajout** des **taux de recours bruts au CHM** en fonction des différentes pathologies, dans les chapitres « Population générale » et classes d'âge : p.58 (Figure 88), p.163 (Figure 251) p.171 (Figure 260), p.186 à 187 (Figures 276 & 277), p.201 à 202 (Figures 295 & 296) ;
- **Ajout** des **standardisés du recours au CHM** en fonction des différentes pathologies : p.58 (Figure 88) ;
- **Ajout** des données **Dengue** issues de l'extraction de l'enquête « Unono Wa Maoré 2019 » et de celle de l'enquête de « séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte 2021 » : p.60 et p.83 ;
- **Actualisation** des séries covid-19 (cas, positivité, hospitalisations) : p.61 (Figures 91 & 92 & 93) ;
- **Actualisation** de la série décès liés au covid-19 : p.61 (Figure 93) ;
- **Actualisation** des données sur la Gale : p.65 ;
- **Actualisation** des données sur la Variole du singe : p.65 ;
- **Ajout** d'éléments complémentaires sur la **FVR** : p.63 à 64 (Figure 99) ;
- **Ajout** de la **chronologie** des différentes **épidémies** à Mayotte : p.65 (Figure 100) ;

- **Développement** de la partie sur l'**habitat insalubre** : p. 71 à 73 (Figures 107 & 109 & 110) ;
- **Réagencement** de toute la partie sur l'**eau** : p.74 à 79 ;
- **Actualisation** des données sur la qualité de l'eau au robinet de 2021 : p.75 (Tableau 19) ;
- **Actualisation** de la carte des BFM à juin 2022 : p.76 (Figure 120) ;
- **Extrapolation** de la figure sur **les précipitations et les températures** à toutes les stations de mesures et plus à uniquement celle de Mamoudzou : p.80 (Figure 125) ;
- **Ajout** des données **West Nile** (et Usutu) issues de l'extraction de l'enquête « Unono Wa Maoré 2019 » : p.84 ;
- **Ajout** des données **Chikungunya** issues de l'extraction de l'enquête « Unono Wa Maoré 2019 » : p.84 ;
- **Ajout** des éléments complémentaires sur les **décès** : p.90 (Figures 137 & 138, Tableau 26), , p.92 à 93 (Figures 143 & 144, Tableau 29), p.121 (Figures 181 & 182, Tableau 27), p.142 (Figure 219, Tableau 67), p.145 (Figures 223 & 224, Tableau 69), p.151, p.156, p.173 (Tableau 91), p.189 (Tableau 105) ;
- **Remaniement** des éléments sur les décès pour « **Blessures, traumatismes, empoisonnements et autres causes de blessures externes** », les chiffres présentés initialement provenaient des « **causes externes de morbidité et de mortalité** » (causes **initiales**), p.96 à 97 (Figure 154, Tableau 32) ;
- **Ajout** d'éléments complémentaires sur les **grossesses désirées**, le **temps d'accès à une maternité** et le **ressenti de la grossesse vécue** : p.98 ;
- **Ajout** d'éléments complémentaires sur le **suivi de grossesse** : p.99 (Tableau 37) ;
- **Ajout** d'éléments complémentaires sur le **déroulement de l'accouchement** : p.99 à 100 (Tableau 40)
- **Ajout** des profils en fonction des motifs de **renoncement à la contraception** : p.102 (Tableau 42) ;
- **Déplacement** des éléments sur la **stérilité chez les femmes** en note de bas de page : p.102 (Note de bas de page 140) ;
- **Ajout** des **taux d'IVG** pour 2012 à 2015 manquants : p.103 (Tableau 44) ;
- **Actualisation** de la partie sur le **VIH** avec le **BSP VIH-IST** de SpF publié en **novembre 2022** : p.103 à 104 (Figures 158 & 159 & 160, Tableau 45) ;
- **Ajout** de la prévalence co-infection hépatite B-hépatite D depuis la publication « Hépatites virales B, C et Delta en population générale adulte vivant à Mayotte » : p.106 ;
- **Ajout** des données **Chlamydia trachomatis** issues de l'extraction de l'enquête « Unono Wa Maoré 2019 » : p.106, p.180 ;
- **Ajout** des données **Trichomonas vaginalis** issues de l'extraction de l'enquête « Unono Wa Maoré 2019 » : p.106, p.180 ;
- **Création** de la fiche « **Couverture vaccinale** » : p.110 à 117 ;
- **Ajout** des données de **2021** de la **SAE** et éléments justificatifs de la baisse observée sur la **psychiatrie** : p.118 (Tableau 55) ;
- **Ajout** de la partie « **Représentation de la Santé mentale** » depuis les données du rapport de l'OMS de 2016 : p.121 à 122 (Figure 173) ;
- **Ajout** des indicateurs sur la **consommation de cigarettes** issus de la publication « MayDia **2008** » : p.124 (Note de bas de page 181) ;
- **Substitution** des données sur les **importations d'alcool** par les des indicateurs sur la **consommation d'alcool** issus de la publication « Consommation de substances psychoactives à Mayotte » : p.125, p.177 (partie remaniée), p.192 ;
- **Ajout** des indicateurs sur les **problèmes d'alcool** depuis le rapport sur la Santé mentale de l'OMS de 2016 : p.125 ;
- **Ajout** des indicateurs sur la **consommation de cannabis** issus de la publication « Consommation de substances psychoactives à Mayotte » : p.126, p.177 (partie remaniée), p.193 ;
- **Ajout** des indicateurs sur la **consommation de chimique** issus de la publication « Consommation de substances psychoactives à Mayotte » : p.126, p.177 à 178 (partie remaniée), p.193 ;
- **Ajout** des indicateurs sur les **problèmes de drogue** depuis le rapport de l'OMS de 2016 : p.127 ;
- **Substitution** des indicateurs du tableau de bord « addictions » de 2020 sur les **séjours hospitaliers** liés à la consommation de **drogues** et à la place des tableaux « Evolution des séjours hospitaliers ayant comme diagnostic principal les "troubles mentaux" liés à la consommation de produits psychoactifs à Mayotte, de 2011 à 2015 », « Evolution des séjours

hospitaliers ayant comme diagnostic les "troubles mentaux" liés à la consommation de produits psychoactifs à Mayotte, de 2011 à 2015 » et de la figure « Répartition des usagers de la file active du centre d'addictologie de Mayotte, selon les consommations mises en cause, en 2018 » : p.127 (Figures 195 & 196 & 197) ;

- **Ajout** des données sur le **risque suicidaire** depuis le rapport Santé mentale de l'OMS de 2016 : p.127 ;
- **Ajout** des **taux d'allocataires de l'AAH** depuis la série Statiss : p.131 ;
- **Amélioration** de la présentation des données de l'**AAH** : p.131 (Figure 204) ;
- **Amélioration** de la présentation des données de l'**AEEH** : p.132 (Figure 205);
- **Amélioration** de la présentation des données de l'**emploi et orientation professionnel** : p.132 (Figure 207) ;
- **Amélioration** de la présentation des données des **orientations en établissements et services médico-sociaux** : p.132 (Tableau 62) ;
- **Ajout** du **taux d'AAH + AEEH par commune** de 2021 depuis les données de la CSSM : p.133 (Figure 208) ;
- **Ajout** des **IMC** de l'enquête « MayDia 2008 » : p.134 (Tableau 63) ;
- **Découpage** de la partie « **Diabète** » en sous-parties : p.142 à 145 ;
- **Ajout** de la **répartition classe d'âge** pour les motifs hospitaliers « **Diabète** » : p.143 (Figure 221) ;
- **Rectification** du tableau sur la ventilation des **décès** liés aux « **cancers** », ce dernier **ne prenait pas** en compte les « Tumeurs in situ », « Tumeurs bénignes » et « Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue » et la **mention erronée** « décès moyennés » a été remplacée par la mention correcte « décès cumulés » : p.156 (Tableau 78) ;
- **Ajout** du **croisement structure familiale et parents en emploi** par classe d'âge chez les **0-4 ans** et les **5-14 ans** depuis les données du RP de 2012 et 2017 : p.157, p.165 ;
- **Ajout** des données de **couverture vaccinale** depuis le rapport « Enquête couverture vaccinale 2019 » chez les **0-4 ans** et les **5-14 ans** : p.160 (Tableau 83) , p.168 (Tableau 89) ;
- **Ajout** des données sur les **diplômes** chez les **15-24 ans** depuis les données de l'enquête Emploi : p.175 (Figure 265) ;
- **Ajout** des **caractéristiques vis-à-vis des ménages** chez les **15-24 ans** et les **65 ans ou plus** depuis les données de l' « enquête logement 2013 » : p.175, p.190 ;
- **Ajout** des indicateurs depuis les données de l'enquête « **Informations vie quotidienne 2012** » chez les **15-24 ans** : p.175 ;
- **Fusion** des séries de données **ALD et prises en charge** chez les **65-74 ans et 75 ans et plus** sur la même figure : p.197 (Figure 291) ;
- **Ajout** du recours aux **centres de consultations et permanences des soins** chez les **65 ans ou plus** : p.197 ;
- **Suppression** de la partie sur les **mineurs isolés** dans la partie « **15-24 ans** » ;
- **Evolution** de la partie « **Consommation de tabac** » en « **Addictions** » pour le chapitre des « **65 ans ou plus** » grâce aux éléments de la publication « Consommation de substances psychoactives à Mayotte » : p.192 ;
- **Ajout** de la prévalence de l'**HTA chez les 65 ans ou plus** depuis les données de l'enquête « MayDia 2008 » : p.204 ;
- **Renommage** des sections « Caractéristiques de la population » en « Démographie », « Caractéristiques des logements » en « Logements », « Précarité et revenu » en « Formation et prestations sociales » dans le volet « **Communes** » ;
- **Rectification** de la **hausse du nombre de logements** principaux dans la commune de **Dzaoudzi** : ~~+32 %~~ → +18 % : p.221 ;
- **Rectification** du nombre par an des **fréquentations en centres de consultations** de la commune de **Pamandzi**, il s'agissait initialement du cumul sur deux ans et non de la moyenne, ~~12 571~~ → 6 295 : p.229 ;
- **Rectification** de la **hausse du nombre de logements** principaux dans la commune de **Kani-Kéli** : ~~+22 %~~ → +41 % : p.231 ;
- **Rectification** sur les lieux de recours aux centres de consultations pour les habitants de Ouangani, il était indiqué que le centre de consultations de **Kahani appartenait à la commune de Chiconi alors qu'il appartient à Ouangani** : p.264 ;
- **Rectification** de la **hausse du nombre de logements** principaux dans la commune de **Bouéni** : ~~+33 %~~ → +36 % : p.276 ;
- **Ajout** des taux d'**accroissement** de population par **commune** : p.206 (Figure 299), p.211 (Figure 311), p.216 (Figure 323), p.221 (Figure 335), p.226 (Figure 347), p.231 (Figure 359),

p.236 (Figure 371), p.241 (Figure 383), p.246 (Figure 395), p.251 (Figure 407), p.256 (Figure 419), p.261 (Figure 431), p.266 (Figure 443), p.271 (Figure 455), p.276 (Figure 467), p.281 (Figure 479), p.286 (Figure 491) ;

- **Ajout** des taux de **scolarisation** par **commune** et réagencement de la partie concernée : p.207, p.212, p.217, p.222, p.227, p.232, p.237, p.242, p.247, p.252, p.257, p.262, p.267, p.272, p.277, p.282, p.287 ;
- **Actualisation** des données **RSA**, **AAH** et **AEEH** par **commune** depuis le « tableau de bord CSSM » : p.207 (Tableau 112), p.212 (Tableau 119), p.217 (Tableau 126), p.222 (Tableau 133), p.227 (Tableau 140), p.232 (Tableau 147), p.237 (Tableau 154), p.242 (Tableau 161), p.247 (Tableau 168), p.252 (Tableau 175), p.257 (Tableau 182), p.262 (Tableau 189), p.267 (Tableau 195), p.272 (Tableau 202), p.277 (Tableau 208), p.282 (Tableau 215), p.287 (Tableau 222) ;
- **Evolution** de la partie **« Qualité de l'eau » en « Environnement »** **incluant** désormais l'**historique** des classifications des **baignades**, un zoom de la répartition des **déchets** et les statistiques croisées type d'évacuation des eaux usées par type d'habitat, par **commune** : p.208 (Tableau 114, Figures 304 & 305), p.213 (Tableau 121, Figures 316 & 317), p.218 (Tableau 128, Figures 328 & 329), p.223 (Tableau 135, Figures 340 & 341), p.228 (Tableau 142, Figures 352 & 353), p.233 (Tableau 149, Figures 364 & 365), p.238 (Tableau 156, Figures 376 & 377), p.243 (Tableau 163, Figures 388 & 389), p.248 (Tableau 170, Figures 400 & 401), p.253 (Tableau 177, Figures 412 & 413), p.258 (Tableau 184, Figures 424 & 425), p.263 (Figures 436 & 437), p.268 (Tableau 197 & Figures 448 & 449), p.273 (Figures 460 & 461), p.278 (Tableau 210, Figures 472 & 473), p.283 (Tableau 217, Figures 484 & 485), p.288 (Tableau 224, Figures 496 & 497) ;
- **Ajout** des **taux d'accroissement** sur la courbe du recours hospitalier et calcul du **taux de recours** par **commune** : p.209 (Figure 306), p.214 (Figure 318), p.219 (Figure 330), p.224 (Figure 342), p.229 (Figure 354), p.234 (Figure 366), p.239 (Figure 378), p.244 (Figure 390), p.249 (Figure 402), p.254 (Figure 414), p.259 (Figure 426), p.264 (Figure 438), p.269 (Figure 450), p.274 (Figure 462), p.279 (Figure 474), p.284 (Figure 486), p.289 (Figure 498) ;
- **Ajout** de l'exploitation des données **permanence des soins** par **commune** depuis les données du CHM : p.209 (Figure 309), p.214 (Figure 321), p.219 (Figure 333), p.224 (Figure 345), p.229 (Figure 357), p.234 (Figure 369), p.239 (Figure 381), p.244 (Figure 393), p.249 (Figure 405), p.254 (Figure 417), p.259 (Figure 429), p.264 (Figure 441), p.269 (Figure 453), p.274 (Figure 465), p.279 (Figure 477), p.284 (Figure 489), p.289 (Figure 501) ;
- **Ajout** de l'exploitation des données **permanence des soins** par **commune** depuis les données du CHM : p.209 (Figure 309), p.214 (Figure 321), p.219 (Figure 333), p.224 (Figure 345), p.229 (Figure 357), p.234 (Figure 369), p.239 (Figure 381), p.244 (Figure 393), p.249 (Figure 405), p.254 (Figure 417), p.259 (Figure 429), p.264 (Figure 441), p.269 (Figure 453), p.274 (Figure 465), p.279 (Figure 477), p.284 (Figure 489), p.289 (Figure 501) ;
- **Actualisation** des **taux de consultations en libérale** et insertion des **chronologiques complètes** de 2019 à 2021 pour les médecins généralistes, médecins spécialistes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes par **commune** depuis le « tableau de bord CSSM » : p.209 (Tableau 115), p.214 (Tableau 122), p.219 (Tableau 129), p.224 (Tableau 136), p.229 (Tableau 143), p.234 (Tableau 150), p.239 (Tableau 157), p.244 (Tableau 164), p.249 (Tableau 171), p.254 (Tableau 178), p.259 (Tableau 185), p.264 (Tableau 191), p.269 (Tableau 198), p.274 (Tableau 204), p.279 (Tableau 211), p.284 (Tableau 218), p.289 (Figure 225) ;
- **Ajout** des données sur les **consommations médicamenteuses** par **commune** depuis le « tableau de bord CSSM » : p.209 (Tableau 115), p.214 (Tableau 122), p.219 (Tableau 129), p.224 (Tableau 136), p.229 (Tableau 143), p.234 (Tableau 150), p.239 (Tableau 157), p.244 (Tableau 164), p.249 (Tableau 171), p.254 (Tableau 178), p.259 (Tableau 185), p.264 (Tableau 191), p.269 (Tableau 198), p.274 (Tableau 204), p.279 (Tableau 211), p.284 (Tableau 218), p.289 (Figure 225) ;
- **Ajout** des données sur les diabétiques depuis l'enquête « MayDia 2008 » par **secteur géographique** : p.210, p.215, p.220, p.225, p.230, p.235, p.240, p.245, p.250, p.255, p.260, p.265, p.270, p.275, p.280, p.285, p.290 ;
- **Ajout** d'une section sur l'**historique** des modifications : p.300.

► **De la V1.1.0 à la V1.2.0**

- **Correction** de **coquilles** ;

- **Ajout** éléments complémentaires **annexes** : p.15 (Note de bas de page 8), p.30 (Note de bas de page 27), p.85 (Note de bas de page 124 & 125), p.91 (Note Figure 137), p.92 (Note de bas de page 140), p.94 (Note Figure 143), p.97 (Note Figure 153), p.110 (Note Figure 165), p.111 (Note Figure 167), p.123 (Note Figure 183), p.144 (Note Figure 220), p.148 (Note Figure 225), p.154 (Note Figure 232), p.159 (Note Figure 240), p.215 (Note de lecture Figures 320 & 321), p.221 (Note de lecture Figures 335 & 336), p.227 (Note de lecture Figures 350 & 351), p.233 (Note de lecture Figures 365 & 366), p.240 (Note de lecture Figures 380 & 381), p.246 (Note de lecture Figures 395 & 396), p.252 (Note de lecture Figures 410 & 411), p.258 (Note de lecture Figures 425 & 426), p.264 (Note de lecture Figures 440 & 441), p.270 (Note de lecture Figures 455 & 456), p.276 (Note de lecture Figures 470 & 471), p.282 (Note de lecture Figures 485 & 486), p.289 (Note de lecture Figures 500 & 501), p.295 (Note de lecture Figures 515 & 516), p.301 (Note de lecture Figures 530 & 531), p.307 (Note de lecture Figures 545 & 546), p.313 (Note de lecture Figures 560 & 561) ;
- **Actualisation** de l'**estimation** de la **population au 1er janvier 2023** produite par l'Insee, et des indicateurs associés : p.15 (Note de bas de page 5), p.18 (Figure 10), p.160 (Figure 243), p.169 (Figure 258), p.179 (Figure 269), p.196 (Figure 289) ;
- **Actualisation** du **PiB** en **2020** produit par l'Insee, et ajout de l'indicateur sur le **pouvoir d'achat individuel** : p.19 ;
- **Actualisation** des données sur le **taux d'emploi** et de **chômage** au second semestre **2022** depuis les données de l'enquête Emploi de l'Insee : p.20 ;
- **Modification** de la phrase « Sur cette même année, Mayotte restait le département français avec le taux de chômage le plus élevé, touchant aussi plus les jeunes (45 %) et plus les femmes (35 % contre 26 % pour les hommes) » qui concernait les données de 2019 et non de 2021. De plus, ces informations auraient dû se situer dans le paragraphe suivant et qui concerne les indicateurs sur le chômage : p.20 ;
- **Actualisation** des données et indicateurs associés sur les **naissances à Mayotte** transmises par le CHM et depuis le bilan démographique de l'Insee pour **2022** : p.22 (Figure 18), p.23 (Tableaux 3 & 4), p.24 (Figure 20) ;
- **Rectification** du taux d'accouchement chez les **mineures en Métropole** : ~~0,4 %~~ → 0,3 % : p.25 ;
- **Ajout** du **pourcentage de mineures ayant accouché à Mayotte en 2021** ainsi que des **volumes** en complément des pourcentages déjà présents pour les années 2017 à 2021 : p.25 ;
- **Ajout** des répartitions de la **structure des familles des années 2002 et 2007** depuis les données du recensement de la population de l'Insee : p.25 (Figure 23) ;
- **Actualisation** de l'**estimation du nombre de résidences** principales au **1er janvier 2023** : p.27 (Note de bas de page 24) ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour **la complémentaire Santé** depuis les données EHIS de 2019 : p.30 (Note de bas de page 29) ;
- **Actualisation** de la carte sur les **structures sanitaires** à la date de **mars 2023** : p.31 (Figure 41) ;
- **Actualisation** de l'offre de soins sur le **médico-sociales** à la date de **mars 2023** : p.33 à 34 ;
- **Ajout** des **taux d'équipement** dans les structures **médico-sociales** pour 1 000 habitants depuis le Statiss 2021 : p.34 à 35 (Tableau 7) ;
- **Ajout** des **densités des professionnels de Santé en Métropole** (Médecins généralistes et spécialistes au 1er janvier 2021 : p.35 (Figure 43) ;
- **Actualisation** des **indicateurs** sur le recours aux **centres de consultations** en **2022** depuis les données du CHM : p.44 à 45 (Figures 62 & 63), p.164, p.174, p.187, p.203, p.215 (Figure 320), p.221 (Figure 335), p.227 (Figure 350), p.233 (Figure 365), p.240 (Figure 380), p.246 (Figure 395), p.252 (Figure 410), p.258 (Figure 425), p.264 (Figure 440), p.270 (Figure 455), p.276 (Figure 470), p.282 (Figure 485), p.289 (Figure 500), p.295 (Figure 515), p.301 (Figure 530), p.307 (Figure 545), p.313 (Figure 560) ;
- **Actualisation** des **indicateurs** sur le recours aux **permanences des soins** en **2022** depuis les données du CHM : p.46 (Figures 64 & 65), p.164, p.174, p.187, p.203, p.215 (Figure 321), p.221 (Figure 336), p.227 (Figure 351), p.233 (Figure 366), p.240 (Figure 381), p.246 (Figure 396), p.252 (Figure 411), p.258 (Figure 426), p.264 (Figure 441), p.270 (Figure 456), p.276 (Figure 471), p.282 (Figure 486), p.289 (Figure 501), p.295 (Figure 516), p.301 (Figure 531), p.307 (Figure 546), p.313 (Figure 561) ;
- **Ajout** du **taux de participation** à la campagne de rattrapage **vaccinale** de **2018** afin de compléter les éléments sur les **dépistages** : p.52 ;

- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour les différentes **indices de comorbidité déclarés** depuis les données EHIS de 2019 : p.52 (Note de bas de page 60), p.53 (Note de bas de page 61), p.54 (Note de bas de page 62) ;
- **Rectification** de la part d'individus de 15 ans ou plus déclarant des **restrictions d'activité** : ~~17 %~~ → 16 % : p.54 ;
- **Actualisation** des **MDO** pour l'année **2022** depuis les données de la DéSUS : p.54 à 56 (Figures 81 & 82 & 83 & 84, Tableau 12), p.83, p.94 à 95 (figure 145) ;
- **Ajout** des éléments sur l'**insuffisance rénale chronique** depuis les données MayDia 2008 et le tableau de bord de l'ORS Mayotte de 2018 : p.58 (Note de bas de page 71) ;
- **Rectification** de la **part** des motifs de séjour pour « **Grossesses, accouchement et puerpéralité** » en **population générale** : ~~25 %~~ → 26 % : p.58 ;
- **Rectification** de la **part** des motifs de séjour pour « **Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé** » en **population générale** : ~~46 %~~ → 47 % : p.59 ;
- **Ajout** de la **part** des motifs de séjour pour « **Conditions d'utilisation particulière** » : p.59, p.165 à 166 (Note Tableau 84), p.175 à 176 (Note de bas de page 306 et Note Tableau 90) , p.191 à 193 (Note Tableaux 103 & 104), p.206 à 207 (Note Tableaux 107 & 108) ;
- **Rectification** du nombre de cas de **Dengue** diagnostiqués en **2020** après consolidation par la Cre-SpF : ~~4 500~~ → 4 200 : p.61 ;
- **Actualisation** des données relatives à la **Dengue** pour l'année **2022** et transmises par la DéSUS : p.61 (Figure 90) ;
- **Actualisation** des données sur la **Covid-19** pour toute le mois de **décembre 2022**, suite aux modifications sur l'observation de l'épidémie, cette partie du rapport sera désormais mise à jour annuellement : p.62 (Figures 91 & 92 & 93) ;
- **Actualisation** des indicateurs sur l'épidémie de **Gale** à mars 2023 : p.66 ;
- **Actualisation** des indicateurs sur l'épidémie de **grippe** pour la **fin de l'année 2022 et début 2023** depuis le point épidémiologique de la Cre du 20 janvier 2023 : p.66 ;
- **Actualisation** de la **série chronologique** des principales épidémies avec les données de la **DéSUS** de 2022 et **consolidées pour les années antérieures** : p.67 (Figure 100) ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour les statuts **diabétiques** et d'**HTA** déclarés depuis les données EHIS de 2019 : p.67 (Note de bas de page 88 & 90) ;
- **Actualisation** des **espérances de vie** avec les données **consolidées** pour les années 2014 à 2021 et l'année **2022** fournies par l'Insee : p.68 (Tableau 14) ;
- **Actualisation** du **nombre de décès** total et par classe d'âge avec les données **consolidées** pour les années 2014 à 2021 et l'année **2022** fournies par l'Insee : p.68 (Figure 102) ;
- **Ajout** du **taux standardisé** des décès liés aux **accidents de la circulation** sur la période 2015 à 2017: p.70 (Tableau 17) ;
- **Remaniement** des **causes de décès** (données brutes) suite à la modification de la série sur les causes dites « finales », de plus désormais l'intégralité des causes sont présentées : p.70 (Figure 103) ;
- **Actualisation** des parts des **lieux décès** avec les données de **2022** fournies par l'Insee : p.71 (Figure 104) ;
- **Rectification** des **taux de mortalité par commune** sur la période 2017 à 2019 suite au téléchargement des **fichiers d'état civil homogénéisés** de l'Insee : p.71 (Figure 105) ;
- **Ajout** de la carte des **taux de mortalité** par commune sur la période de la crise Covid-19 de 2020 à 2022 : p.71 (Figure 106) ;
- **Actualisation** des indicateurs relatifs aux **eaux de baignade** depuis les données consolidées du service de **SE** en **2022**, et **complétion** des séries **2016** et **2019** à **l'échelle du département** : p.80 (Tableau 21, Figure 124), p.214 (Tableau 113), p.220 (Tableau 120), p.226 (Tableau 127), p.232 (Tableau 134), p.239 (Tableau 141), p.245 (Tableau 148), p.251 (Tableau 155), p.257 (Tableau 162), p.263 (Tableau 169), p.269 (Tableau 176), p.275 (Tableau 183), p.288 (Tableau 196), p.300 (Tableau 209), p.306 (Tableau 216), p.312 (Tableau 223) ;
- **Actualisation** des indicateurs relatifs aux **eaux de piscine** depuis les données du service de **SE** sur la période 2020 à 2022 : p.80 ;
- **Actualisation** de la **carte des précipitations** avec celle produite par **Météo France** : p.82 (Figure 128) ;
- **Actualisation** des **indicateurs** sur les cas de **Paluds** depuis les données de la DéSUS et le point épidémiologie de la Cre SpF Mayotte : p.83 (Figure 129) ;
- **Actualisation** des indicateurs sur les **déchets** depuis les données du service de la **LAV** de **2022** : p.82, p.88 à 89 (Figures 132 & 133, Tableau 23), p.214 (Figure 316), p.220 (Figure

331), p.226 (Figure 346), p.232 (Figure 361), p.239 (Figure 376), p.245 (Figure 391), p.251 (Figure 406), p.257 (Figure 421), p.263 (Figure 436), p.269 (Figure 451), p.275 (Figure 466), p.281 (Figure 481), p.288 (Figure 496), p.294 (Figure 511), p.300 (Figure 526), p.306 (Figure 541), p.312 (Figure 556) ;

- **Intégration** des indicateurs sur les **accidents corporels de la circulation routière** depuis le baromètre diffusé par l'**ODSR**, ces éléments viennent se substituer à ceux de la DEAL : p.96 ;
- **Homogénéisation** des causes de **décès** liés aux **accidents de la vie courante** afin rester sur le même angle avec l'intégralité des documents : p.97 à 98 (Figures 153 & 154, Tableau 32) ;
- **Rectification** du **nombre de sérologies positives VIH à Mayotte** en **2019**, le chiffre avait été inversé avec celui de 2016 : p.105 (Figure 158) ;
- **Ajout** des **indicateurs** sur **Chlamydia trachomatis** depuis les données du **BSP** « Surveillance et prévention des infections à VIH et infections sexuellement transmissibles bactériennes » de SpF : p.107 ;
- **Ajout** des **indicateurs** sur **Gonocoque** depuis les données du **BSP** « Surveillance et prévention des infections à VIH et infections sexuellement transmissibles bactériennes » de SpF : p.108 ;
- **Ajout** des **indicateurs** sur **la syphilis** depuis les données du **BSP** « Surveillance et prévention des infections à VIH et infections sexuellement transmissibles bactériennes » de SpF : p.108 ;
- **Ajout** des **indicateurs** sur le dépistage par **mammographie** et du **cancer du col de l'utérus** dans la partie « Santé sexuelle » depuis les données de l'enquête **EHIS** de 2019 : p.108 à 109 (Figures 162 & 163) ;
- **Actualisation** des courbes relatives aux **taux d'individus vaccinés contre la covid-19** par classe d'âge avec les données de **novembre 2022 à février 2023** : p.116 (Figure 174) ;
- **Rectification** du **taux** d'individus touchés par les **symptômes dépressifs majeurs** : ~~7 %~~ → 6 % : p.125 ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour le **niveau de satisfaction de la vie** et les **taux** d'individus touchés par les **symptômes dépressifs** et les **symptômes majeurs** depuis les données EHIS de 2019 : p.125 (Notes de bas de page 198 & 199 & 200) ;
- **Ajout** des indicateurs sur le **bien-être des enfants de 10-12 ans** depuis la publication « **Santé des jeunes** : la moitié des enfants de 10-12 ans déclare des difficultés pour se concentrer » en 2019 : p.126, p.175, p.217, p.223, p.229, p.235, p.242, p.248, p.254, p.260, p.266, p.272, p.278, p.284, p.291, p.297, p.303, p.309, p.315 ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour le **taux de fumeurs quotidiens** depuis les données EHIS de 2019 : p.126 (Note de bas de page 204) ;
- **Actualisation** des indicateurs sur les **décès imputables à la consommation de tabac** pour la période de **2015 à 2017** : p.127 ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour le **taux de limitations d'activité depuis au moins 6 mois** depuis les données EHIS de 2019 : p.131 (Note de bas de page 215) ;
- **Actualisation** du **taux d'allocataires de l'AAH** pour 100 personnes de 20 à 59 ans depuis le Statiss **2020** : p.134 ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour les **différents taux d'IMC** depuis les données EHIS de 2019 : p.137 (Notes de bas de page 220 & 223) ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour les **taux de consommation de fruits**, **légumes et boissons sucrées** depuis les données EHIS de 2019 : p.139 (Notes de bas de page 232 & 233 & 237) ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour les **taux d'activité physique** (marche à pied, vélo, renforcement musculaire) depuis les données EHIS de 2019 : p.141 (Notes de bas de page 243 & 246 & 247) ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour le **taux d'activité quotidienne principale** depuis les données EHIS de 2019 : p.142 (Note de bas de page 251) ;
- **Ajout** du **rang** de Mayotte par rapport à la Métropole et les Drom pour les **taux d'excès de sédentarité** depuis les données EHIS de 2019 : p.142 (Note de bas de page 254) ;
- **Rectification** des éléments sur le recours au CHM pour le **diabète**, les figures avaient bien été mises à jour avec 2021 mais pas le texte : p.146 ;

- **Ajout** des focus **pyramide** des âges et **projection de population par classe d'âge** selon les données de l'Insee : p.160 (Figure 242), p.169 (Figure 257), p.179 (Figure 268), p.196 (Figure 288) ;
- **Ajout** des courbes du **nombre de décès par classe d'âge** de 2012 à 2021 : p.168 (Figure 256), p.195 (Figure 287) ;
- **Modification** des éléments sur la **couverture vaccinale chez les 5-14 ans**, les indicateurs constituant le nouveau corps de texte sont un **mixte** entre les données des enquêtes de couverture vaccinale de 2019 et 2010 ainsi que de l'enquête Santé des jeunes de 2019 : p.172 (Tableau 89) ;
- **Refonte** de la partie **sur les taux de mortalité**, désormais regroupés, se superposant aux **volumes bruts de décès par an**, et **incluant** désormais également les données de 2020 et 2022, par **commune** : p.212 (Figure 311), p.218 (Figure 326), p.224 (Figure 341), p.230 (Figure 356), p.236 (Figure 371), p.242 (Figure 386), p.248 (Figure 401), p.254 (Figure 416), p.260 (Figure 431), p.266 (Figure 446), p.272 (Figure 461), p.278 (Figure 476), p.284 (Figure 491), p.290 (Figure 506), p.296 (Figure 521), p.302 (figure 536), p.308 (Figure 551) ;
- **Refonte** de la partie **sur les niveaux de formation**, présentant les ventilations par principales catégories, et **incluant** désormais également les données de 2007, par **commune** : p.213 (Figure 313), p.219 (Figure 328), p.225 (Figure 343), p.231 (Figure 358), p.237 (Figure 373), p.243 (Figure 388), p.249 (Figure 403), p.255 (Figure 418), p.261 (Figure 433), p.267 (Figure 448), p.273 (Figure 463), p.279 (Figure 478), p.285 (Figure 493), p.291 (Figure 508), p.297 (Figure 523), p.303 (Figure 538), p.309 (Figure 553) ;
- **Ajout** des indicateurs sur l'**hygiène de vie chez les enfants** (lavage des mains, douche, brossage des dents) depuis les données de l'enquête Santé des jeunes de 2019, par **commune** : p.214, p.220, p.226, p.232, p.238, p.244, p.250, p.256, p.262, p.268, p.274, p.280, p.286, p.292, p.298, p.304, p.310 ;
- **Ajout** des taux d'**enfants dormant sous une moustiquaire** depuis les données de l'enquête Santé des jeunes de 2019, par **commune** : p.214, p.220, p.226, p.232, p.238, p.244, p.250, p.256, p.262, p.268, p.274, p.280, p.286, p.292, p.298, p.304, p.310 ;
- **Actualisation** des **structures sanitaires** et **médico-sociales** en **2023**, par **commune**, ainsi que l'ajout de la présence du collège de Bouéni et du second de Koungou : p.214, p.220, p.226, p.232, p.238, p.244, p.250, p.256, p.262, p.268, p.274, p.280, p.286, p.292, p.298, p.304, p.310 ;
- **Ajout** des **ventilations des effectifs des professionnels de Santé** (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens-densités, sages-femmes, médecins spécialistes, médecins généralistes), par **commune** : p.214 (Figure 317), p.220 (Figure 332), p.226 (Figure 347), p.232 (Figure 362), p.238 (Figure 377), p.244 (Figure 392), p.250 (Figure 407), p.256 (Figure 422), p.262 (Figure 437), p.268 (Figure 452), p.274 (Figure 467), p.280 (Figure 482), p.286 (Figure 497), p.292 (Figure 512), p.298 (Figure 527), p.304 (Figure 542), p.310 (Figure 557) ;
- **Homogénéisation** des répartitions par **classe d'âge** pour le recours aux **centres de consultation** et aux **permanences des soins** : p.215, p.221, p.227, p.233, p.239, p.245, p.251, p.257, p.263, p.269, p.275, p.281, p.287, p.293, p.299, p.305, p.311 ;
- **Ajout** de la courbe des **taux pour 100 000 habitants ayant recours au CHM pour chaque pathologie** ressortant au moins une fois dans le top3 sur la période 2014 à 2021, par **commune** : p.216 (Figure 323), p.222 (Figure 338), p.228 (Figure 353), p.234 (Figure 368), p.240 (Figure 383), p.246 (Figure 398), p.252 (Figure 413), p.258 (Figure 428), p.264 (Figure 443), p.270 (Figure 458), p.276 (Figure 473), p.282 (Figure 488), p.288 (Figure 503), p.294 (Figure 518), p.300 (Figure 533), p.306 (Figure 548), p.312 (Figure 563) ;
- **Ajout** des **MDO** déclarés sur la période **2020 à 2022** et comparaison à l'échelle du département, par **commune** : p.217 (Tableau 116), p.223 (Tableau 123), p.229 (Tableau 130), p.235 (Tableau 137), p.241 (Tableau 144), p.247 (Tableau 151), p.253 (Tableau 158), p.259 (Tableau 165), p.265 (Tableau 172), p.271 (Tableau 179), p.277 (Tableau 186), p.283 (Tableau 192), p.289 (Tableau 199), p.295 (Tableau 205), p.301 (Tableau 212), p.307 (Tableau 219), p.313 (Tableau 226) ;
- **Rectification** du **nombre d'infirmiers** dans la commune de **M'tsamboro** : 4 → 3, p.256.