

Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2024

Chapitre II

Focus Nutrition-santé

Version 2.1.0 du 31/10/2024

Sommaire

a) Définition.....	2
b) Indice de masse corporelle.....	2
c) Nutrition	3
d) Activité physique.....	6
e) Sédentarité	7
f) Motifs de séjour hospitalier.....	7
g) Mortalité	9
h) Diabète	10
i) Références	13

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

ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte

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

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

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

a) Définition

Liées au dysfonctionnement des glandes endocrines (hypophyse, hypothalamus, pancréas, thyroïde, surrénales, ovaires, testicules...), les maladies endocriniennes touchent de nombreuses fonctions vitales et de nombreux organes. **Le diabète de type II en représente la principale** de cette nomenclature. **En deuxième position se trouvent les maladies thyroïdiennes** (hypo et hyperthyroïdies notamment) puis les maladies affectant les autres glandes endocrines, beaucoup plus rares (acromégalie, hypogonadisme, hirsutisme, phéochromocytome, syndrome de Cushing...) mais aussi les cancers spécifiques de ces organes. **Les maladies nutritionnelles et métaboliques regroupent l'obésité et les autres excès d'apports**, les anomalies du métabolisme, la **malnutrition** et les carences nutritionnelles.

b) Indice de masse corporelle

En 2019, **7 %** des 15 ans ou plus étaient en **situation de maigreur**¹ (8 % chez les hommes et 6 % chez les femmes, et 5 % chez les 18 ans ou plus en 2021 [1]) [2], soit une **hausse de +4 points chez les hommes** et une **baisse de -1 point chez les femmes** par rapport à 2006 [3]. Chez les enfants de 10-12 ans², **deux fois plus de garçons que de filles**³ sont en situation de maigreur [4] (Tableau 50). En 2019, un individu sur deux de 15 ans ou plus est en situation de surpoids (dont obésité)⁴ [2]. 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 [2] [3]. 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 [1]) : 34 % contre 16 %⁵ [2]. 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** [4], **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** [2] [5] (Tableau 1, Figure 1).

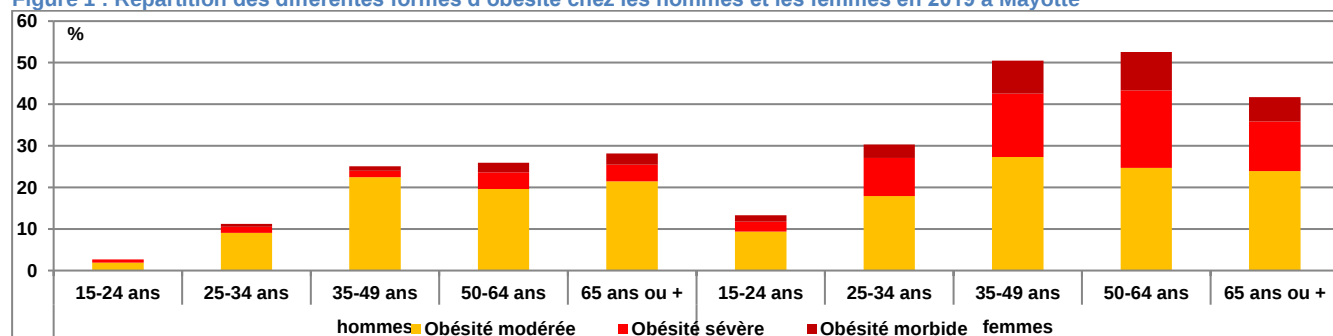
Tableau 1 : IMC de 2006 à 2021 à Mayotte

	2006 – 15 ans ou plus [3]			2008 – 30-69 ans [7]			2019 – 15 ans ou plus [2]			2019 - 15-64 ans [8]			2021 - 18 ans ou plus [1]		
	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 ^{6,7} [4]			2019 – 5-14 ans [8]			2006 - 5-14 ans [3]	
	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 [3], InVS, enquête Maydia 2008 [7], ARS-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [4], Insee-Drees-IRDES, enquête EHIS de 2019 [2], SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [8], ARS Mayotte, enquête de séroprévalence Covid-19 de 2021 [1]

Figure 1 : 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 [5]

¹ Mayotte se situe au premier rang, devant La Réunion (6 %), la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane (5 %) et l'Hexagone (4 %) [2].

² Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [25].

³ Le taux de maigreur global est de 10 %, soit deux fois supérieur aux enfants de CM2 dans l'Hexagone : 4 % [4].

⁴ Sur le regroupement surpoids et obésité (et ses différents stades), Mayotte se situe au premier rang (54 %), à ex-aequo avec la Martinique (dont 20 % d'obésité), devant la Guadeloupe (52 % dont 19 % d'obésité), la Guyane (49 % dont 19 % d'obésité), l'Hexagone (45 % dont 14 % d'obésité) et La Réunion (44 % dont 16 % d'obésité) [2]. Restreint uniquement à l'obésité, elle tient également le premier rang, toute seule [2].

⁵ Chez les hommes, l'emploi prédispose à l'obésité : 27 % des hommes en emploi sont obèses, soit trois fois plus que ceux sans travail [5]. Ce facteur influe davantage que le niveau de vie dans la probabilité d'être obèse [5]. 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 [5].

⁶ Le taux d'obésité global est de 10 %, soit un taux deux fois moins important que chez les enfants de CM2 dans l'Hexagone : 22 % dont 4 % en situation d'obésité [4].

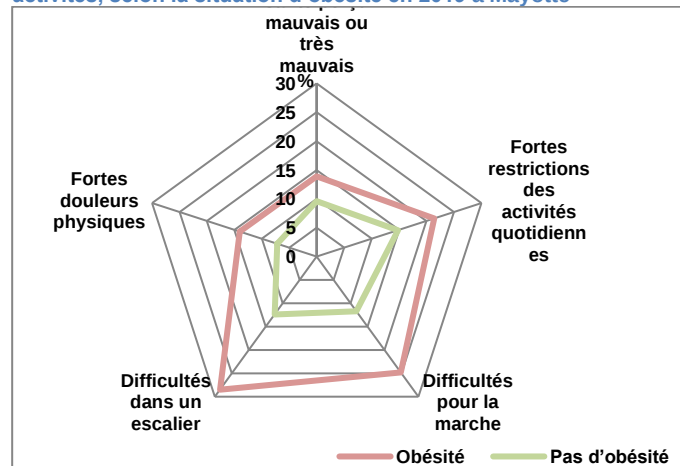
⁷ Sur les huit enfants sur dix ayant un Indice de masse corporelle se situant dans le seuil de normalité, un sur dix est également proche de l'insuffisance pondérale avec un IMC légèrement supérieur au seuil fixé [6]. Dès lors, cela implique que pour une baisse mineure de leur poids, 15 % des filles et 22 % des garçons se situeraient en insuffisance pondérale [6].

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 [5].

Les personnes obèses se plaignent davantage de **fortes restrictions** dans leurs activités quotidiennes (21 %) que les personnes de corpulence normale (15 %) [5]. Leur motricité est particulièrement affectée : **plus du quart des personnes obèses éprouvent des difficultés pour marcher ou gravir un escalier** [5].

De plus, 14 % ont éprouvé des **douleurs physiques**, soit le double des autres [5] (Figure 2).

Figure 2 : 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 [5]

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) [8]. Chez les **0 à 3 ans**, la mesure du périmètre brachial permettait d'estimer que **3 %** d'entre eux présentaient une **malnutrition modérée**⁸ et **5 % une malnutrition sévère**⁹ [8].

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) [8]. Lorsque les enfants étaient sous-nutris¹⁰, il s'agissait souvent d'un stade **modéré** [8]. Cependant, 2 % présentaient une maigreur sévère [8].

c) Nutrition^{11 12}

En 2019, **16 % des 15 ans ou plus** déclarent consommer **tous les jours des fruits**¹³ et **9 % des légumes**¹⁴, soit des fréquences nettement inférieures à celles de l'Hexagone (respectivement 59 % et 63 %) [2]. **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 [2]. Concernant les **enfants de 10-12 ans**¹⁵, **35 %** déclarent consommer tous les jours des **fruits** (36 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) et **15 % des légumes** [4].

Pour les **boissons sucrées**¹⁶ chez les 15 ans ou plus en 2019, **les consommations sont plus importantes à Mayotte** que dans l'Hexagone : **15 %**^{17 18} (tous les jours) contre 10 % [2]. **La fréquence, contrôlée sur l'âge et le niveau de vie, augmente parmi les jeunes et reste indépendante du niveau**

⁸ Périmètre brachial compris entre 11,5 et 12,5.

⁹ Périmètre brachial inférieur à 11,5.

¹⁰ La pharmacie de la PMI (dispensation des aliments thérapeutiques) apporte son aide pour la gestion et le stockage du plumpynut [38]. Ce produit, qui est un aliment thérapeutique prêt à l'emploi utilisé dans le cas de dénutrition aiguë ou sévère, fait partie d'un ensemble de produits utilisés dans la prise en charge globale des enfants dénutris [38]. En 2021, la pharmacie a dispensé près de 750 sachets de plumpynut dans les PMI [38]. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2020 [38].

¹¹ 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 %) [10]. Cependant, sa part a diminué depuis 1995 de -18 points (40 % de la structure de consommation en 1995) [19]. L'alimentation représentait en 2017 le 4^{ème} choix d'utilisation prioritaire de ressources supplémentaires (10 % contre 18 % en 2011 soit le 3^{ème} choix [19]) à égalité avec l'épargne, et derrière la culture, l'éducation des enfants (26 %), le logement (17 %) et l'équipement du logement (11 %) [10].

¹² Mayotte a été marquée en 2004 par une épidémie de bérubéri infantile ayant eu pour conséquence la mort de 20 nourrissons sur 32 cas signalés, suite à une carence chez la mère durant la grossesse et dans le lait maternel, carence liée à un déficit en thiamine (vitamine B1) pouvant entraîner de graves troubles cardiaques et respiratoires [9]. Depuis les données du PMSI de 2008 à 2020, 256 cas de carence en thiamine ont été identifiés, parmi lesquels 4 patients sont décédés [9]. L'âge médian des cas était de 28 ans et le rapport homme-femme était de 0,4 [9]. Les femmes en âge de procréer (entre 15 et 44 ans) représentaient 61% des cas [9]. Le bérubéri a été relevé chez 22 enfants de moins de 5 ans dont la quasi-totalité (20) était âgé de moins d'un an [9]. 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 [9]. 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 [9]. 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 [9].

¹³ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guyane (30 %), la Martinique (39 %), La Réunion (42 %), la Guadeloupe (45 %) et l'Hexagone (59 %) [2].

¹⁴ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Martinique, la Guyane (35 %), la Guadeloupe (38 %), La Réunion (44 %) et l'Hexagone (63 %) [2].

¹⁵ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [25].

¹⁶ Boissons industrielles sucrées : sodas ou jus industriels, boissons allégées exclues.

¹⁷ 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 [3].

¹⁸ Mayotte se situe au second rang, devant la Guyane (16 %), La Réunion (13 %), la Guadeloupe (12 %), l'Hexagone (10 %) et la Martinique (9 %) [2].

de vie [2]. Les enfants de 10-12 ans sont 22 % à en déclarer une quotidienne (20 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) [4] (Tableau 3).

Tableau 2 : 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 [8]

Tableau 3 : 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

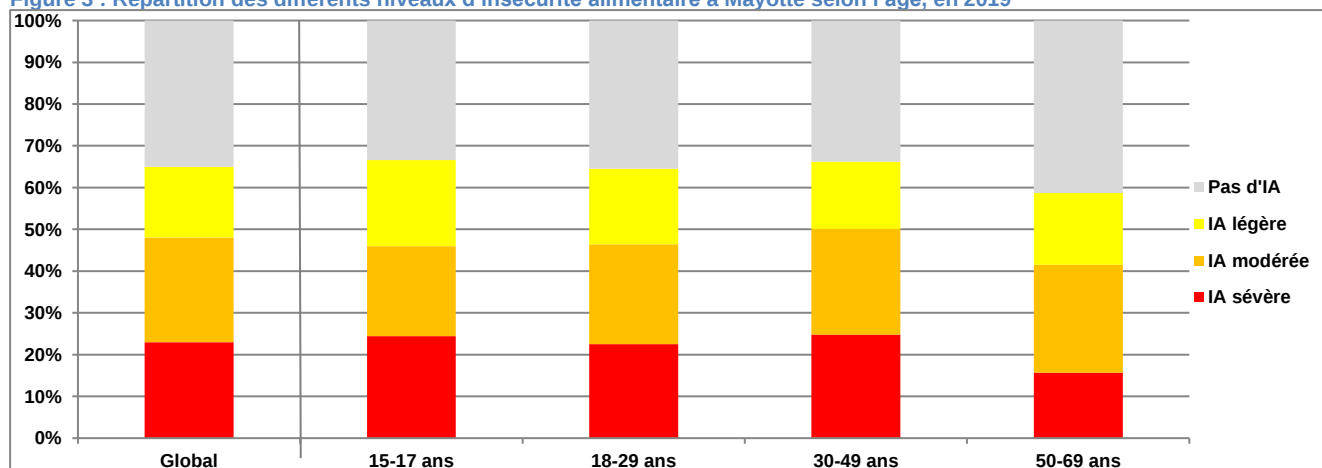
Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème

Source : ARS Mayotte, Enquête Santé des jeunes de 2019 [6]

Insécurité alimentaire¹⁹

En 2019, près de la moitié des adultes de 15-69 ans sont en insécurité alimentaire²⁰ modérée (25 %) ou sévère (23 %), contre 6 % en France Hexagonale ou dans les autres DOM [8]. Cette prévalence diffère fortement selon le lieu de naissance et l'âge. Ainsi, elle était de 36 % pour les natifs de l'île (contre 63 % pour ceux des Comores) et au plus haut (c'est-à-dire 50 %) chez les 30-49 ans toutes nationalités confondues [8] (Figure 3).

Figure 3 : Répartition des différents niveaux d'insécurité alimentaire à Mayotte selon l'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [8]

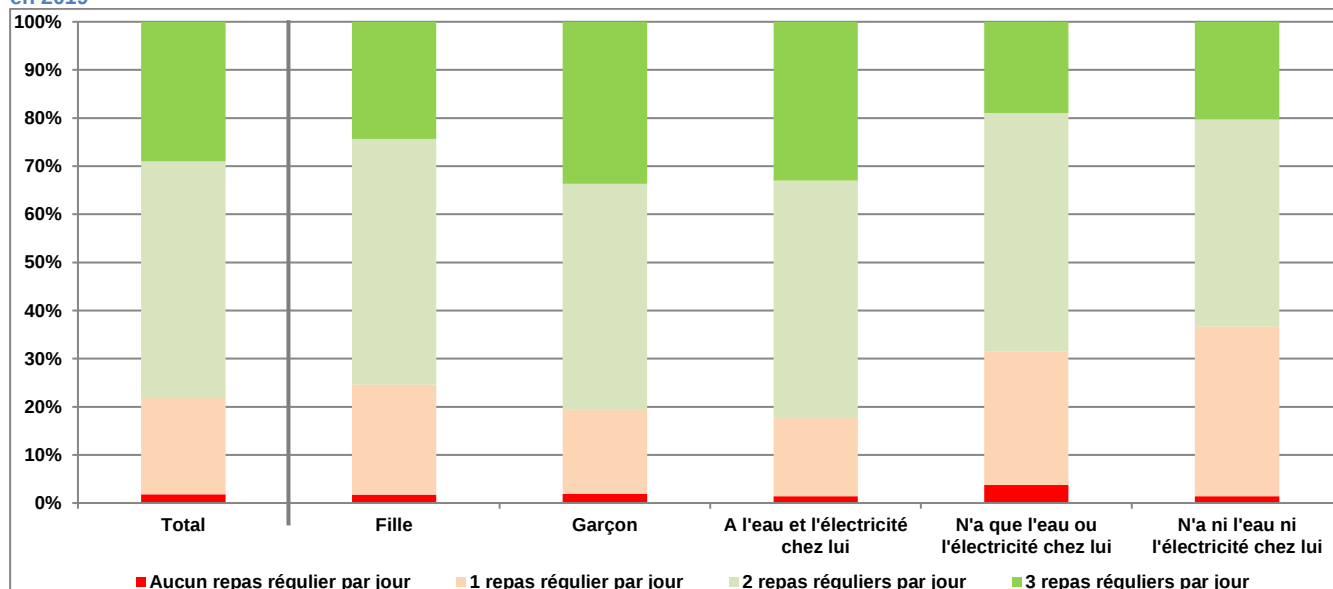
¹⁹ En 2008, plus d'un tiers des personnes avaient un LDL-cholestérol bas (<1g/L), un autre tiers un LDL-cholestérol compris entre 1g/L et 1,3 g/L, 18 % entre 1,3 et 1,6 g/L et seulement 8 % un LDL-cholestérol au-dessus de 1,6 g/L, sans grande différence entre les sexes [7]. Les valeurs de triglycérides étaient normales (<= 2g/L) pour la majorité de la population (92 %) et davantage les femmes que chez les hommes (96 % contre 86 %) [7]. L'anémie (carence en fer) concernait 2 % des hommes et 10 % des femmes, soit un ensemble de 6 % [7]. Aucun homme était touché par l'anémie régénérative, il s'agissait alors exclusivement d'anémie grégénérative tandis que chez les femmes, elles étaient 7 % pour la première forme [7].

²⁰ 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.

Trois enfants de 10-12 ans²¹ sur dix déclarent prendre trois repas par jour de manière quotidienne^{22 23} [6]. Ils sont la moitié pour la prise de deux repas, parmi eux trois sur dix en consomment un troisième de manière irrégulière [6]. 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 [6].

Un enfant sur cinquante est concerné par un rythme alimentaire particulièrement inconstant, n'en déclarant la prise d'aucun de manière quotidienne [6]. Les garçons déclarent plus souvent la prise de trois repas que les filles : 34 % contre 24 % [6]. 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 [6] (Figure 4).

Figure 4 : 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 [6]

15 % des enfants vivant dans les conditions les moins précaires ont une alimentation variée, soit cinq fois plus que les plus précaires : 3 % [6]. Dès lors, les aliments les plus consommés par les plus « aisés » sont les fruits, les poissons et les laitages [6]. 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 % [6].

La consommation de laitages est la plus marquée, en particulier chez les enfants déclarant trois repas par jour : 79 % contre 47 % [6]. La consommation de légumes est également concernée : 61 % contre 41 %, ainsi que les poissons : 55 % contre 42 %, et les fruits : 78 % contre 66 % [6]. Quel que soit la situation sociale et le nombre de repas pris par jour, la consommation de féculents reste stable [6].

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 % [6]. Quel que soit le statut pondéral de l'enfant, les consommations de féculents et de fruits restent citées dans la même fréquence [6]. 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 %) [6].

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 %) [6].

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 [6]. 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 [6]. Elle est stable pour celle des légumes, corrélée aussi à la consommation de boissons sucrées et sucreries [6].

²¹ Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [25].

²² Le matin, 47 % des filles déclarent manger régulièrement et 59 % chez les garçons [6]. 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 [6]. 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 [6].

²³ 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 [6]. Ils sont également deux fois plus nombreux à se retrouver en surpoids (10 %) par rapport aux enfants prenant trois repas par jour (5 %) [6]. Les enfants prenant trois repas par jour ont la plus forte proportion de corpulence « normale » [6].

d) Activité physique

70 % des 15 ans ou plus déclarent réaliser au moins un trajet de 10 minutes ou plus à pied par semaine²⁴ (63 % chez les femmes et 77 % chez les hommes) contre 81 % dans l'Hexagone [2]. La pratique d'au moins **30 minutes de marche à pied ou de vélo**²⁵ est trois fois plus importante chez les hommes (45 %) que les femmes (18 %) [2].

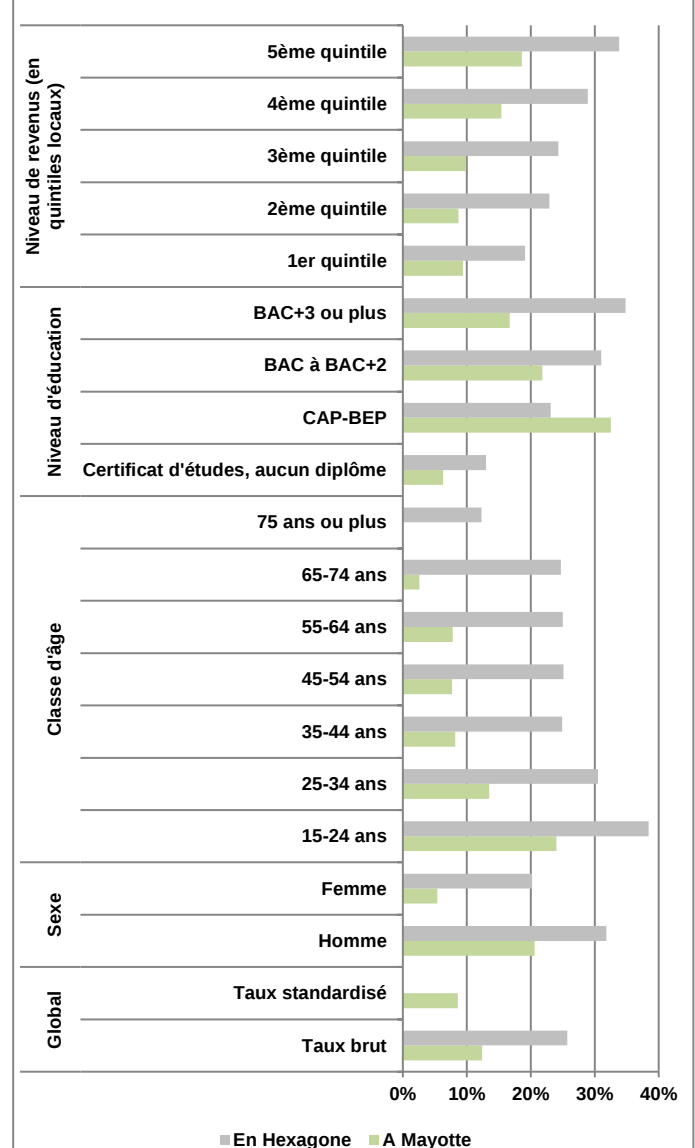
21 % des 15 ans ou plus à Mayotte déclarent pratiquer une activité sportive²⁶ en semaine²⁷, 45 % dans l'Hexagone [2]. A un niveau plus élevé, **au moins 150 minutes de sport par semaine, 13 % des adultes de 18-64 ans sont concernés**, ce qui reste deux fois inférieur à l'Hexagone (28 %) [2]. Cette part augmente chez les 15-29 ans : 20 %, mais reste encore plus faible que dans l'Hexagone : 36 % [2]. **Le renforcement musculaire concerne 4 % des 18 ans ou plus de Mayotte**²⁸, quatre fois moins que dans l'Hexagone (16 %) [2]. Les **femmes** sont alors **2 %** à en faire au moins deux fois par semaine (13 % dans l'Hexagone) et les **hommes 6 %** (18 % dans l'Hexagone) [2].

De manière plus générale et en lien avec les **recommandations de l'OMS** sur l'activité physique, **le taux standardisé est trois fois inférieur à l'Hexagone** [11]. Pour toutes les classes d'âge, on constate un taux de conformité à ces recommandations nettement inférieures à l'Hexagone, même chez les 15-24 ans : 24 % à Mayotte contre 38 % dans l'Hexagone [11] (*Figure 5*). Dans un cadre beaucoup plus général **d'efforts physiques pour une activité quotidienne principale**²⁹ : la moitié déclare rester principalement assis ou debout (43 % dans l'Hexagone), **27 % pour un effort physique modéré** (44 % dans l'Hexagone), 9 % un effort physique important (11 % dans l'Hexagone) et **14 % aucun effort physique**³⁰ (2 % dans l'Hexagone) [2].

À structure de population équivalente, le temps moyen standardisé **passé assis ou allongé sans dormir est plus important** à Mayotte que dans l'Hexagone : +10 % [11].

Ce sont notamment **les femmes de Mayotte** qui s'éloignent le plus de leurs homologues de l'Hexagone : +23 % [11]. En comparant les classes d'âge, on constate qu'un décrochage se fait **à partir de 55 ans**, +28 % chez les 55-64 ans par rapport aux Hexagonaux, +84 à 87 % chez les 65 ans ou plus [11].

Figure 5 : Part de la population de Mayotte en conformité avec les recommandations de l'OMS relatives à l'activité physique^{31 32} par profil de la population, en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction enquête EHIS de 2019 [11]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

²⁴ Mayotte se situe au second rang, derrière l'Hexagone et devant la Guyane, La Réunion (65 %), la Guadeloupe, et la Martinique (57 %) [2].

²⁵ Selon les recommandations de l'OMS.

²⁶ La réalisation d'une activité sportive peut nécessiter des équipements sportifs qui sont onéreux [2]. Ainsi, le taux d'équipements est de 12,9 pour 10 000 habitants à Mayotte contre 39,9 au niveau national en 2010 [2].

²⁷ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe (30 %), la Guyane (31 %), la Martinique, La Réunion (35 %) et l'Hexagone [2].

²⁸ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe (9 %), la Guyane (11 %), la Martinique, La Réunion (12 %) et l'Hexagone [2].

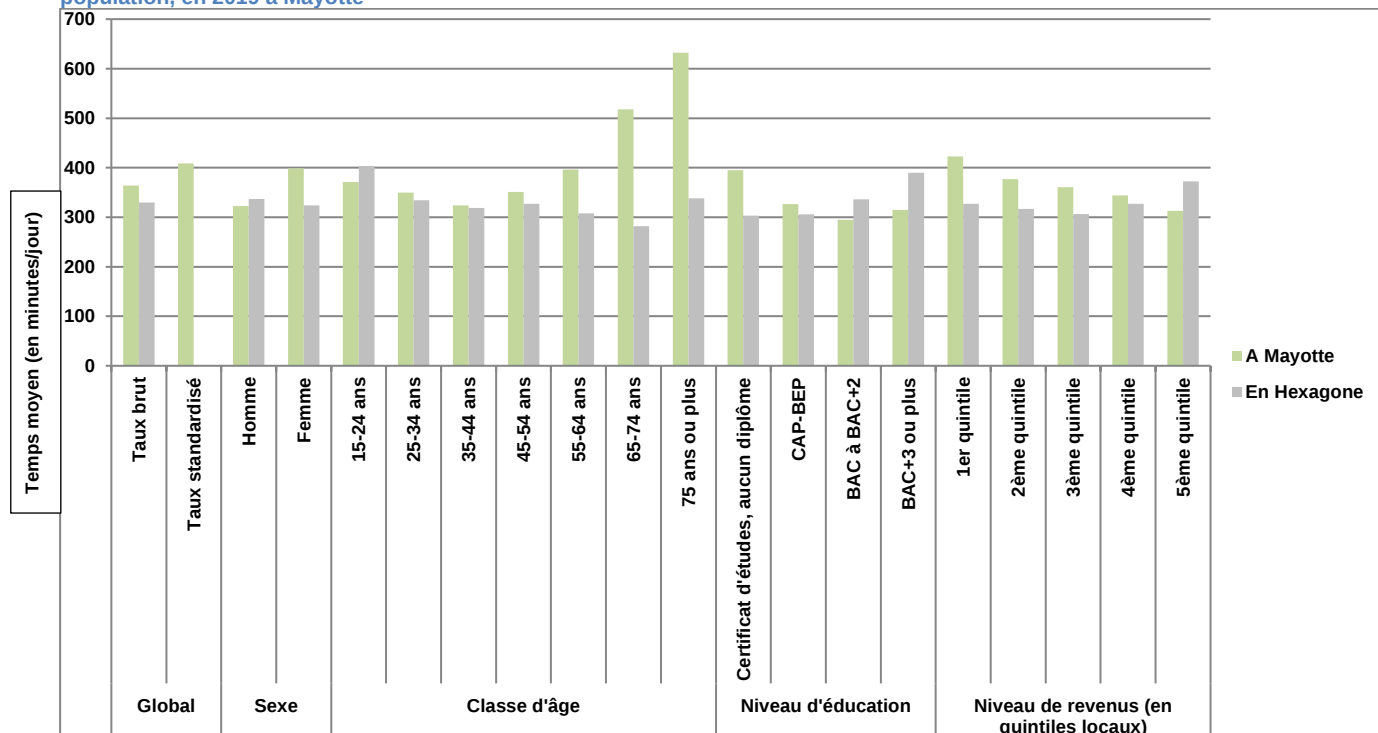
²⁹ La question exacte est : « qu'est ce qui décrit le mieux les activités que vous réalisez dans le cadre de votre activité principale ? ».

³⁰ Mayotte se situe au premier rang, devant la Guadeloupe (10 %), la Guyane (8 %), la Martinique (5 %), La Réunion et l'Hexagone (2 %) [2].

³¹ Au moins 150 minutes de sport par semaine et renforcement musculaire deux fois par semaine.

³² En 2008, 31 % des hommes de 30-69 ans déclaraient une faible fréquence des activités quotidiennes professionnelles ou domestiques, 61 % chez les femmes [7]. Ils et elles sont ensuite 35 % et 28 % pour une fréquence modérée, 26 % et 10 % importante et 8 % et 1,1 % intense [7]. 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 [7]. Les autres n'en déclaraient pas [7].

Figure 6 : Temps moyen passé assis ou allongé sans dormir³³ 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 [11]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

e) Sédentarité³⁴

37 % des 15 ans ou plus présentent un excès de sédentarité³⁵ (32 % dans l'Hexagone) avec un écart significatif entre les femmes³⁶ et les hommes : 42 % contre 31 %, contrairement à l'Hexagone [2]. **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 [2]. 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 [12]) mais plus à l'absence d'activité professionnelle et au temps passé devant la télévision [2]. **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 [2].

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 [4]. Un enfant sur deux y passe au moins une heure les jours d'école (55 % pour les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone), et cette proportion augmente fortement les jours où il n'y a pas école : quatre enfants sur cinq (contre 55 % dans l'Hexagone) [4].

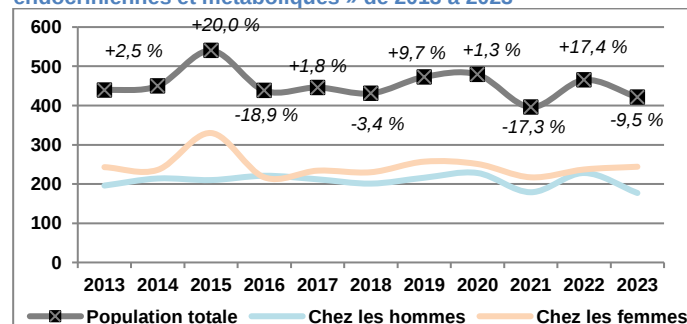
f) Motifs de séjour hospitalier

A Mayotte, sur la période de 2021 à 2023, les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent **3 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralité », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », **4 % chez les femmes et 3 % chez les hommes**. Dans l'Hexagone, cette part est de 2 %.

La **durée moyenne de séjour hospitalier** est alors de **8,8 jours**.

Par ailleurs, le **taux de recours standardisé est 1,5 fois inférieur** à l'Hexagone entre 2020 et 2022.

Figure 7 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM pour les « maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques » de 2013 à 2023



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

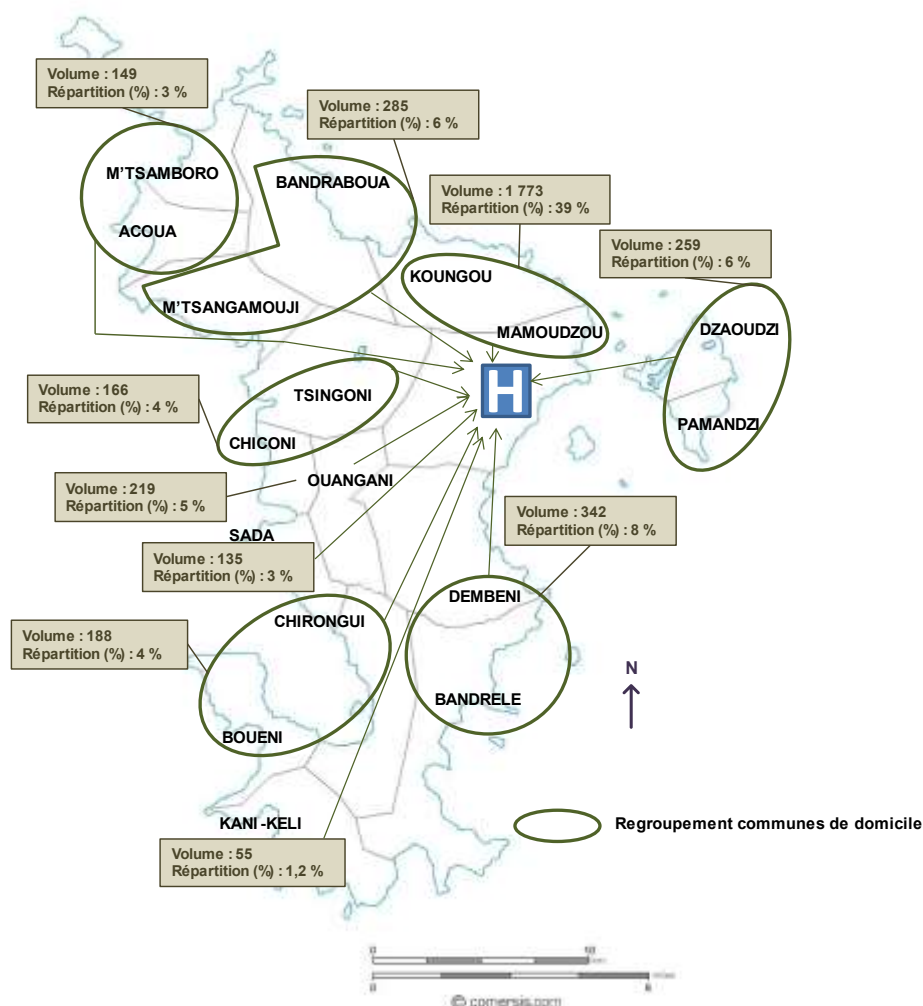
³³ En minutes par jour.

³⁴ L'OMS définit l'excès de sédentarité comme le fait de passer sept heures ou plus assis ou allongé sans dormir [2].

³⁵ Mayotte se situe au premier rang, devant l'Hexagone, la Guadeloupe (24 %), la Martinique, La Réunion et la Guyane (23 %) [2].

³⁶ On peut dès lors constater que 40 % des femmes concernées sont obèses contre 30 % des moins sédentaires [5].

Figure 8 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » par commune et de 2014 à 2023

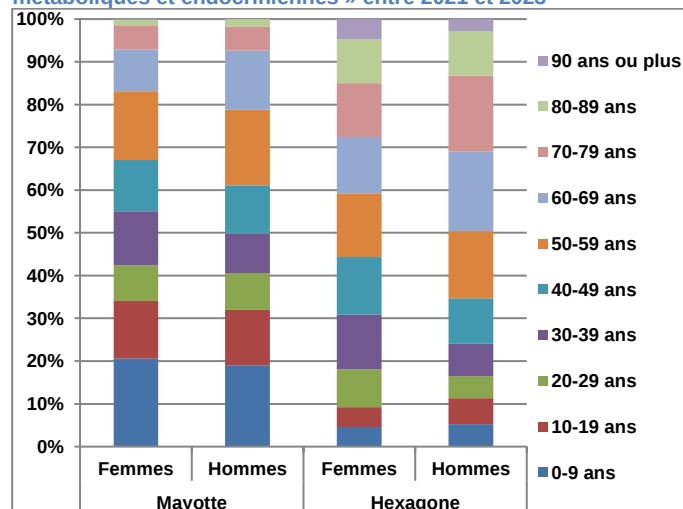


Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2023 des volumes associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes ». La somme des pourcentages donne 79 % auquel il faut rajouter 17 % de communes non renseignées et 4 % de domiciliés hors territoire.
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Sur les **1 282** séjours liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » et cumulés sur la période de 2021 à 2023, **50 % (chez les hommes) à 55 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 40 ans** (Figure 9).

Les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent **1,4 % des évacuations sanitaires de 2020** (0,8 % en 2019 et 0,3 % en 2018).

Figure 9 : 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 2021 et 2023



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 2021 à 2023, le « **diabète** » représente 37 % des motifs de séjour liés aux « maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques » chez les femmes et 54 % chez les hommes. Viennent ensuite les « **anomalies du métabolisme** » (22 % chez les femmes et 19 % chez les hommes). Les « **affections de la glande thyroïde** » sont le troisième motif de séjour pour cette nomenclature chez les femmes (16 %) tandis que pour les hommes il s'agit de la « **malnutrition** » (11 %) (Tableau 4).

Tableau 4 : Détail des motifs de séjour au CHM liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » chez les femmes et les hommes de 2021 à 2023

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Affections de la glande thyroïde	114	12	16	2
Diabète sucré	259	313	37	54
Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne	19	36	3	6
Maladie des autres glandes endocrines	47	25	7	4
Malnutrition	62	63	9	11
Autres carences nutritionnelles	43	23	6	4
Obésité et autres excès d'apport	2	1	0	0
Anomalies du métabolisme	152	111	22	19
Total	698	584	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

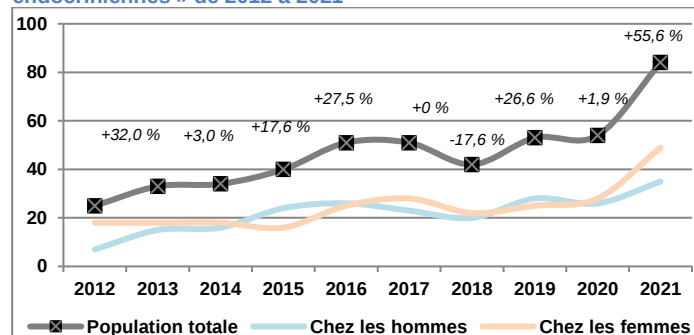
Les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent **6 % des décès** sur la période 2012 à 2021 (6 % chez les hommes et 7 % chez les femmes), soit 467 décès cumulés (220 hommes – 47 % – et 247 femmes – 53 % –) et, en moyenne, **47 décès par an**.

Les « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » représentent la **troisième cause de décès à Mayotte** (7 % des décès domiciliés) sur la période de 2019 à 2021. S'il s'agit également de la **3^{ème} cause de mortalité chez les femmes**, elle en est la **5^{ème} cause chez les hommes**.

À structure de population équivalente, les habitants de Mayotte meurent **3,9 fois plus** de ces pathologies que ceux de l'Hexagone et les habitantes de Mayotte **6,1 fois plus** que celles de l'Hexagone, respectivement 3,0 et 4,8 fois moins sur la période 2016 à 2018 [13].

Sur la période de 2019 à 2021, chez les femmes et les hommes, respectivement 102 et 89 décès domiciliés sont liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes ». C'est le « diabète sucré » (64 % chez les femmes et 73 % chez les hommes) suivies des « anomalies du métabolisme » (23 % et 19 %) et de la « malnutrition » (5 % et 6 %) qui ressortent le plus (Tableau 5).

Figure 10 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » de 2012 à 2021



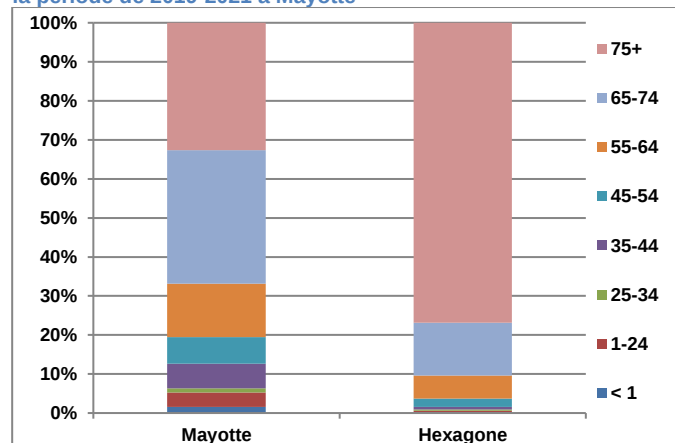
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 11 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » sur la période de 2019-2021 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 5 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « maladies nutritionnelles, métaboliques et endocriniennes » chez les femmes et les hommes sur la période de 2019 à 2021 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Affection de la glande thyroïde	<10	1	<10	1
Diabète sucré	65	64	65	73
Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne	<10	3	0	0
Maladies des autres glandes endocrines	0	0	0	0
Malnutrition	<10	5	<10	6
Autres carences nutritionnelles	0	0	0	0
Obésité et autres excès d'apport	<10	5	<10	1
Anomalies du métabolisme	23	23	17	19
Somme 2019 à 2021	102	100	89	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 diabète³⁷ est particulièrement important dans les Drom, Tom et collectivités d'outre-mer où la prévalence y est en moyenne bien plus élevée que dans l'Hexagone. En effet, différents facteurs en favorisent l'émergence rapide : changements des habitudes alimentaires relativement récents, alcoolisation, « coca-cola-nisation », changements du mode de vie avec sédentarité croissante (voiture, vie urbaine, désintérêt pour le travail en campagne, etc.), population jeune sensible à ces influences et génétiquement à risque.

Prévalence

En 2019, 11 % des personnes âgées de **15 à 69 ans** sont prédiabétiques³⁸ tandis que le diabète connu s'élève à 7 % et non connu à 4 %, portant la **prévalence globale du diabète à Mayotte à 11 %** [14]. 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 [14]. En 2008 et selon une méthodologie différente, la prévalence était de 11 % chez les 30 à 69 ans (14 % pour le prédiabète) [7], 18 % selon la méthodologie de 2019 sur cette même classe d'âge [14] (Tableau 6).

En 2019, les personnes ayant un **diabète connu** était **plus âgées** que celles ayant un statut non diabétique avec une moyenne de **49 ans contre 34 ans (48 ans contre 34 ans pour le diabète non connu)** et un déséquilibre vis-à-vis du sexe de **61 % en faveur des femmes** (59 % pour le diabète non connu) [14]. 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 glyquée³⁹ de 8 %** (identique pour le diabète non connu) [14]. 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)** [14]. Enfin, 43 % sont natifs de Mayotte et 55 % des Comores (respectivement 37 % et 57 % pour le diabète non connu) [14].

Tableau 6 : Prévalence du diabète connu et non connu (dépisté) à Mayotte selon l'âge et selon deux méthodologies différentes, en 2008 et 2019

		2008* [7]			2019** [14]		
		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 [7], Enquête Unono Wa Maoré de 2019 [14]

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Rediab'Ylang est une association mahoraise de lutte contre le diabète sur l'île de Mayotte, dont la vocation est la prise en charge des personnes atteintes de diabète, notamment de type 2, mais aussi de tous les types. Sur les **2 806 personnes dépistées par l'association** pour la période de 2020 à 2022, **17 %** présentaient une **glycémie élevée** et **31 %** une **tension artérielle élevée** [15] (Tableau 7).

Tableau 7 : Dépistages du diabète et de la tension artérielle par Rediab'Ylang à Mayotte entre 2015 et 2022

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de personnes dépistées	130	103	296	216	289	436	931	1 439
Nombre de personnes présentant une glycémie élevée*	51	40	71	67	42	65	138	276
Nombre de personnes présentant une tension artérielle élevée					66	148	244	483
Proportion avec glycémie élevée (%)	39 %	39 %	24 %	31 %	15 %	15 %	15 %	19 %
Proportion avec tension artérielle élevée (%)					23 %	34 %	26 %	34 %

Note : * le résultat est considéré comme « élevée » lorsque qu'un patient présente une glycémie supérieure à 1.10 gr à jeun ou au-dessus de 1.40 gr en post prandial (soit 1h30 après un repas)

Source : ORS Mayotte, tableau de Bord Nutrition Santé

³⁷ Le diabète de type 1 représente environ 6 % des cas traités chez l'adulte en France, débutant en général dans l'enfance ou l'adolescence. Il s'agit d'une pathologie auto-immune, aboutissant à une absence de sécrétion d'insuline. Ce type de diabète est dit insulino-dépendant car le traitement par insuline est indispensable (injection quotidienne d'insuline pour assurer la survie). Le diabète de Type 2, dit non insulino-dépendant, est la forme la plus fréquente du diabète (plus de 92 % des cas traités). Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les adultes d'âge mûr mais peut également survenir à un âge plus jeune, voire même pendant l'adolescence dans un contexte d'obésité. Le traitement repose sur des mesures hygiéno-diététiques (régimes alimentaires, activité physique) qui peuvent être associées à des médicaments antidiabétiques oraux ou à l'insuline. Le diabète de type « Autre » comme le diabète gestationnel correspond à une intolérance au glucose chez les femmes enceintes ou celui résultant de conditions spécifiques ou génétiques.

³⁸ La notion de prédiabète renvoie à l'absence de déclaration d'un diabète par la personne et un taux d'HbA1c comprise entre 6 % (inclu) et 6,5 % (exclu) [14].

³⁹ HbA1c, l'hémoglobine glyquée représente le biomarqueur de référence permettant de déterminer le statut diabétique d'un individu.

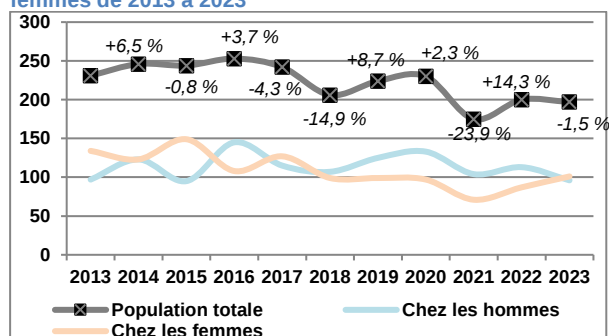
Motifs de séjour hospitalier

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 % jusqu'en 2018. En 2020, il **accroît** de 12 % puis diminue en 2021 (24 %). En 2023, on constate **197 séjours**, soit une légère chute des hospitalisations de -1,5 % par rapport à 2022 (Figure 12).

Sur la période 2020 à 2022, dans 58 % des cas il s'agit d'hommes (42 % de femmes), le diabète représente 2,8 séjours sur 1 000. Dans l'Hexagone, ce taux est de 5,4 pour 1 000.

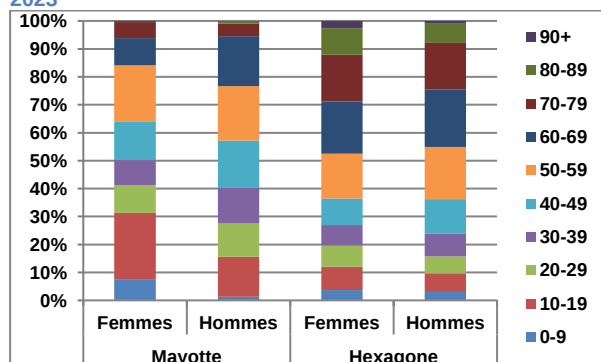
Entre 2021 et 2023, la durée moyenne de séjour hospitalier est alors de **8,5 jours** contre 6,4 dans l'Hexagone. Sur les **572 séjours** liés au « diabète » et cumulés sur la période de 2021 à 2023, **57 % (chez les hommes) à 64 % (chez les femmes)** des cas concernent un individu de **moins de 50 ans**.

Figure 12 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés au diabète chez les hommes et les femmes de 2013 à 2023



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 13 : Répartition des différentes classes d'âge chez les femmes et les hommes pour les motifs de séjour au CHM associés au « diabète » entre 2021 et 2023



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

Prises en charge

Sur la période 2017 à 2019, le **diabète** représente **15 %** des motifs de prise en charge renseignés (35 %) des assurés sociaux⁴⁰.

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 standardisé⁴¹ est de **103,5 diabétiques pour 1 000 habitants**.

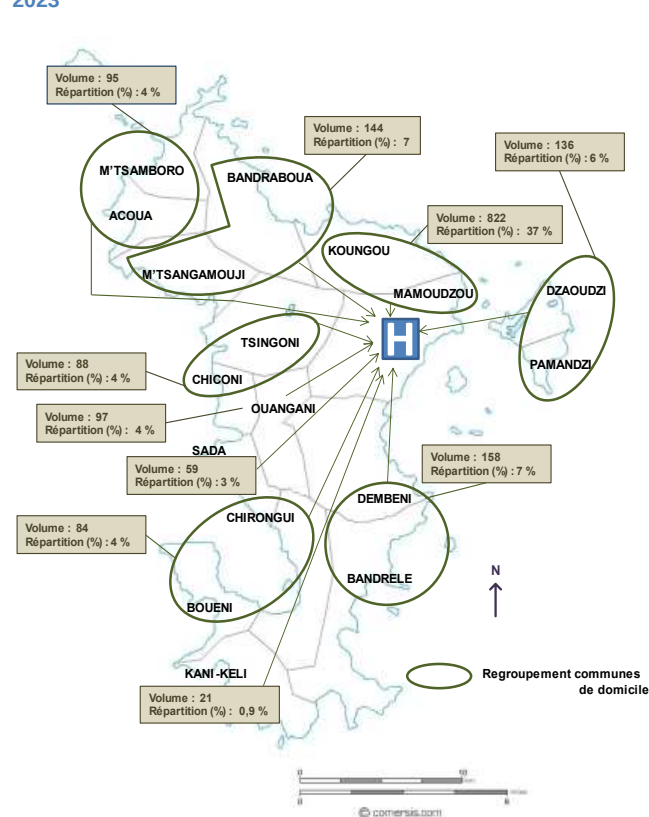
⁴⁰ Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit trois habitants sur quatre de 18-79 ans et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans [125] [126], et trois habitants sur cinq en 2019 [2].

⁴¹ 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).

Figure 14 : Répartition du volume cumulé de recours au CHM pour motif « Diabète » par commune et de 2014 à 2023



Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme de 2014 à 2022 des volumes associés au « Diabète ». La somme des pourcentages donne 77 % auquel il faut rajouter 18 % de communes non renseignées et 5 % de domiciliés hors territoire.
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Mortalité

Le « **diabète** » représentent **4 % des décès** sur la période 2012 à 2021 (4 % chez les hommes et 5 % chez les femmes), soit 323 décès cumulés (154 hommes – 48 % – et 169 femmes – 52 % –) et, en moyenne, **32 décès par an**.

Sur la période de 2019 à 2021, **130 décès** domiciliés liés au « diabète sucré », ont pu être observés (**65 chez les hommes et 65 chez les femmes**).

À structure de population équivalente, les habitants de Mayotte meurent **4,8 fois plus** du diabète sucré que ceux de l'Hexagone et les habitantes de Mayotte **7,9 fois plus** que celles de l'Hexagone, respectivement 3,9 et 7,0 fois plus sur la période 2016 à 2018 [13].

Tableau 8 : Détail des causes de décès domiciliés liées au « diabète » chez les femmes et les hommes sur la période de 2019 à 2021 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	%	Effectif	%
Diabète sucré de type 1	<10	9	<10	12
Diabète sucré de type 2	21	32	11	17
Diabète sucré de malnutrition	0	0	0	0
Autres diabètes sucrés précisés	0	0	0	0
Diabète sucré, sans précision	38	58	46	71
Somme 2019 à 2021	65	100	65	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 9).

Par ailleurs, une unité d'autodialyse gérée par Maydia a été ouverte en 2015 à M'Ramadoudou.

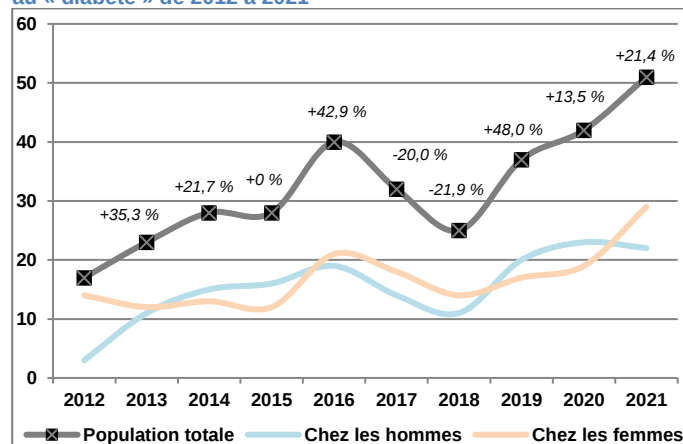
Tableau 9 : Equipements et activité en dialyse à Mayotte de 2013 à 2023

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Autodialyse	Nombre de postes utilisés	19	19		30		16	16	20	22	22	22
	Nombre de patients pris en charge	48		33	22	30	23	17	33	30	35	35
	Nombre de séances dans l'année	5 364	2 856	9 188	2 903	3 165	2 986	3 177	4 280	4 885	4 509	5 366
Hémodialyse en centre	Nombre de postes utilisés		16	16	14	19	19	19	12	19	19	19
	Nombre de patients pris en charge		77	84	56	58	49	75	105	62	68	73
	Nombre de séances dans l'année		6 921	4 821	8 226	8 321	7 533	8 024	8 749	9 300	9 009	10 254
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	Nombre de postes utilisés				16	35	35	35	38	37	37	36
	Nombre de patients pris en charge				47	60	84	50	111	142	177	132
	Nombre de séances dans l'année				5 732	8 789	11 619	7 962	15 810	17 352	21 807	20 122

Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 15 : Nombre de décès domiciliés à Mayotte liés au « diabète » de 2012 à 2021



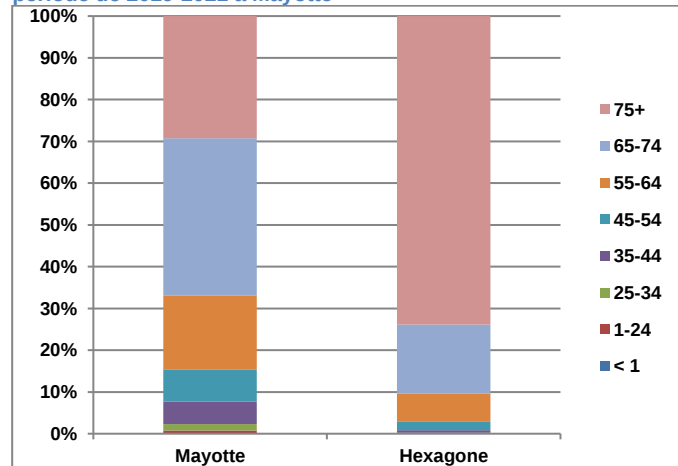
Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.

Champ : Décès domiciliés liés au « diabète », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

Figure 16 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés au « diabète » sur la période de 2019-2021 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés au « diabète », causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outil OR2S

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.

i) Références

- [1] ARS Mayotte, «Extractions de l'enquête de séroprévalence Covid-19 à Mayotte de 2021».
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] ARS Mayotte-ORS Mayotte-Rectorat Mayotte, J. Balicchi, A.-M. Aurousseau, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «A 10-12 ans, les filles sont trois fois plus touchées par le surpoids que les garçons de Mayotte,» *In extenso*, 2022, Septembre.
- [7] InVS, J. Solet et N. Baroux, «Étude Maydia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte,» 2008.
- [8] SpF, V. Deschamps, I. Soulaïmana, J. Chesneau, D. Jezewski-Serran, P. Bernillon, B. Salanave, C. Verdot et Y. Hassani, «Etat nutritionnel de la population mahoraise enfants et adultes : résultats de l'étude Unono Wa Maoré 2019 et évolutions depuis 2006,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, Mai.
- [9] 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.
- [10] Insee, L. Audoux et C. Mallemanche, «En 2017, les dépenses de consommation des ménages des DOM sont moindres qu'en métropole,» 2020, Janvier.
- [11] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».
- [12] Insee, V. Genay et S. Merceron, «256 500 habitants à Mayotte en 2017 : la population augmente plus rapidement qu'avant,» *Insee Analyses*, 2017, Décembre.
- [13] ARS et J. Balicchi, «La mortalité à Mayotte entre 2012 et 2014,» *Fiches nos îles notre santé*, 2018.
- [14] 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.
- [15] A. A. S. E. ORS Mayotte, «Indicateurs sur la Nutrition Santé à Mayotte en 2022,» Avril 2023.