

Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2024

Chapitre III

Focus 5 à 14 ans

Version 2.1.0 du 22/09/2024

SOMMAIRE

Nutrition-Santé.....	3
Vaccination	5
Accès aux soins.....	5
Dépistages infirmiers en classe de 6 ^{ème}	7
Accidents de la vie courante.....	7
Santé mentale	7
Handicap.....	8
Principales pathologies.....	9
Principales causes de décès.....	10
Références	12

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

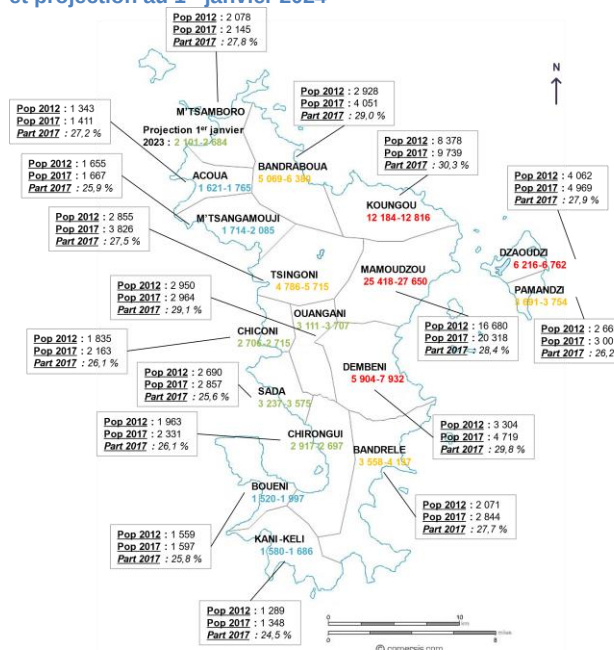
Caractéristiques

► **Part** : Les 5-14 ans représentaient **28 % de la population** en 2017 [1] (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 1^{er} janvier 2024, on peut estimer que le volume de 5-14 ans serait compris entre **90 010 et 95 379 enfants** (90 052 selon les estimations actualisées de l'Insee [3]).

À horizon 2050, et quel que soit les hypothèses de projection sélectionnées, la **part d'enfants de 5-14 ans** diminuerait d'environ un tiers de points et se porterait à **20 % de la population** [4] (Figure 1).

Figure 2 : Nombre d'enfants de 5-14 ans par commune et projection au 1^{er} janvier 2024



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 1^{er} janvier 2024 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

► Structure familiale :

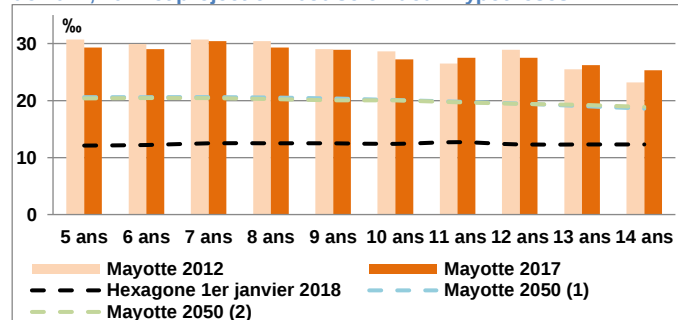
En 2017, trois enfants de 6-14 ans sur dix vivent dans une famille monoparentale [6], soit deux points de plus qu'en 2012 [2]. Un enfant sur cinq est concerné dans l'Hexagone [6] (Figure 4).

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 %) [7].

► Mineurs isolés :

À Mayotte en 2017, environ **5 400 enfants mineurs** vivent dans un logement, mais **sans leurs parents** [6]. Autant de filles que de garçons sont concernées [6].

Figure 1 : Pyramide des âges des 5 à 14 ans de Mayotte de 2012, 2017 et projection 2050 selon deux hypothèses

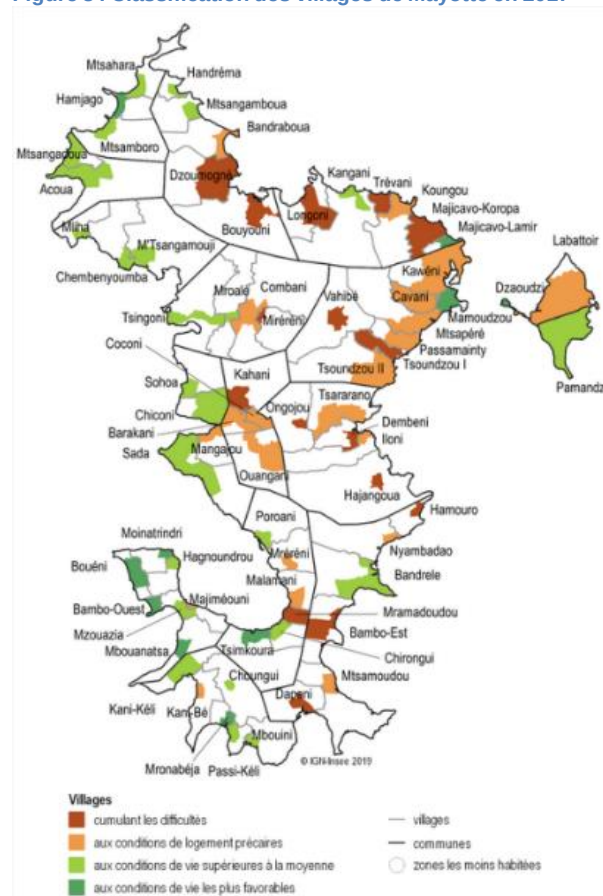


Note : (1) désigne la projection 2050 sous l'hypothèse d'un solde migratoire nul et (2) sous celle d'un déficit migratoire.

Champ : Habitants de 5 à 14 ans Mayotte

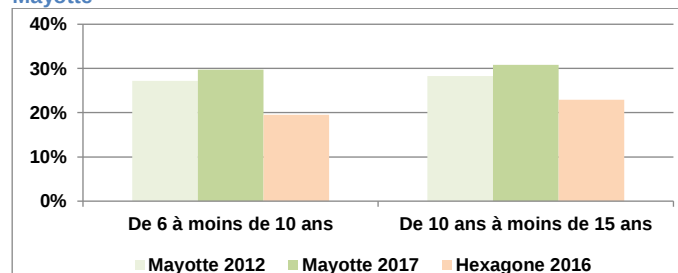
Source : Insee, recensement de la population de 2017 [1], projection de population [4]

Figure 3 : Classification des villages de Mayotte en 2017



Source : Insee, recensement de la population de 2017 [5]

Figure 4 : 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] [1]

La moitié d'entre eux n'est pas inscrite dans un établissement scolaire alors que **61 % ont entre 6 et 16 ans** [6]. Près de la moitié (44 %) est de nationalité française [6].

► **Scolarisation :**

En 2017, le taux d'enfants **non scolarisés est de 11 %** chez les 5 ans, **soit 7 points de plus qu'en 2012** [7].

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**, soit +3 points par rapport à 2012 (**16 % chez les 2 à 18 ans**) [7] (Tableau 1).

Tableau 1 : 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 [7]

► **Mortalité :**

En 2022, chez les **5-19 ans**, le taux de décès est de **0,4 pour 1 000 enfants** (0,3 en 2019) de cette classe d'âge (**3,1 décès pour 1 000 habitants sur l'ensemble de la population**). Comparé à l'**Hexagone**, **le taux global est quatre fois supérieur**.

Chez les **filles**, il est de **0,3 pour 1 000** (0,8 en 2019) et de **0,5 pour 1 000** chez les **garçons** (0,3 en 2019 [8]).

► **Consommation d'alcool, de tabac et de drogue :**

2 % des enfants de 10-12 ans¹ ont déjà connu une consommation d'**alcool** (59 % dans l'Hexagone) et **2 % de cigarettes** (9 % dans l'Hexagone) [9].

Concernant la consommation de **chimique**² : **quatre sur mille** en déclarent une, et parmi les autres 2 % s'en sont vus proposer [9].

► **Grossesses et recours à l'IVG :**

En 2013, 54 filles de 5-14 ans sont venues au CHM pour « **grossesses, accouchements et puerpéralité** »³. Ce nombre a atteint un pic de 101 en 2016, avant de redescendre à 75 en 2023 (Tableau 2). Sur la période 2021 à 2023, Il s'agit exclusivement d'adolescentes de **10 à 14 ans**, soit 0,6 % de l'ensemble des classes d'âge.

L'âge le plus représenté parmi les 10-14 ans est celui des **14 ans (61 %)**. 29 % ont **13 ans**.

Tableau 2 : Nombre de grossesses chez les filles de 5-14 ans et ayant recours au CHM de 2013 à 2023

Venu au CHM pour motifs :	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
« Grossesses, accouchements et puerpéralité »	54	85	78	101	93	76	81	70	84	61	75

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** [10] 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) [11].

En 2021, **le taux de mères mineures de moins de 15 ans** est de : **0,59 %** contre 0,01 dans l'Hexagone [12]. Sur l'ensemble des 1 652 IVG relevées en 2021, la part des **moins de 15 ans représentait 1,2 %** (1,4 % en 2020 et 2 % en 2019) [12].

Nutrition-Santé

En 2019, **10 %** des enfants de 10-12 ans sont en situation d'**insuffisance pondérale** (contre 4 % dans l'Hexagone) et le **surpoids (et obésité)** en concerne une **part similaire** (22 % dans l'Hexagone) [9]. Ces taux sont proches de ceux de 2006 : 10 % chez les 11-14 ans pour l'insuffisance pondérale et 13 % pour le surpoids [13].

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)** [14].

¹ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [7].

² Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [23]. 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 [23]. 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 [23]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [23].

³ 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.

L'obésité représente 3 % des enfants de 10-12 ans de Mayotte (1,6 % chez les 11-14 ans en 2006 [13] et 3 % chez les 5-14 ans en 2019, 28 % chez les 15 ans ou plus [14]) (Figure 5) et est équivalent au taux observé dans l'Hexagone : 4 % [9].

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 [14]) ; 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 [14]) et 5 % chez les garçons [9] (9 % chez ceux de 5-14 ans, 44 % de celles de 15 ans ou plus [14]) (Figure 5).

La précarité a un fort impact sur le taux d'insuffisance pondérale [9]. Ainsi, elle est deux fois plus présente chez les enfants dépourvus d'eau et d'électricité : 17 % contre 9 % [9]. Tandis que pour le surpoids, ce sont les enfants ayant les deux qui sont quatre fois plus concernés : 12 % contre 3 % [9] (Figure 5).

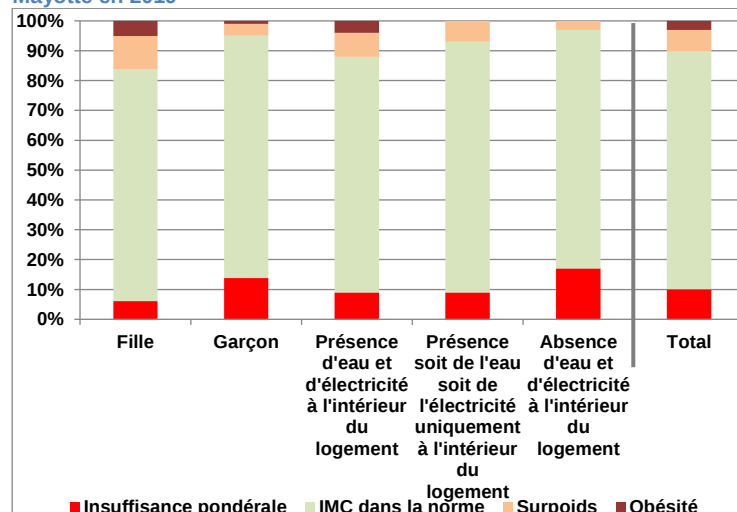
Trois enfants de 10-12 ans⁴ sur dix déclarent prendre **trois repas par jour de manière quotidienne** [15]. Ils sont la moitié pour la prise de deux repas, parmi eux trois sur dix en consomment un troisième de manière irrégulière [15]. Concernant la prise d'un seul repas régulièrement : un sur cinq, les trois quarts déclarent alors manger au moins l'un des deux autres repas de manière irrégulière [15]. **Un enfant sur cinquante est concerné par un rythme alimentaire particulièrement irrégulier**, n'en déclarant la prise d'aucun de manière quotidienne [15] (Figure 6).

Les garçons déclarent plus souvent la prise de trois repas que les filles : 34 % contre 24 % [15]. 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 précaires⁵** [15] (Figure 6).

En 2019, **un enfant de 10-12 ans⁸ 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 dans l'Hexagone) et **sept sur dix des fruits⁹** [9]. **Six enfants sur dix** déclarent une telle consommation pour les **boissons sucrées et sucreries** (dont 22 % tous les jours contre 20 % dans l'Hexagone)¹⁰ [9].

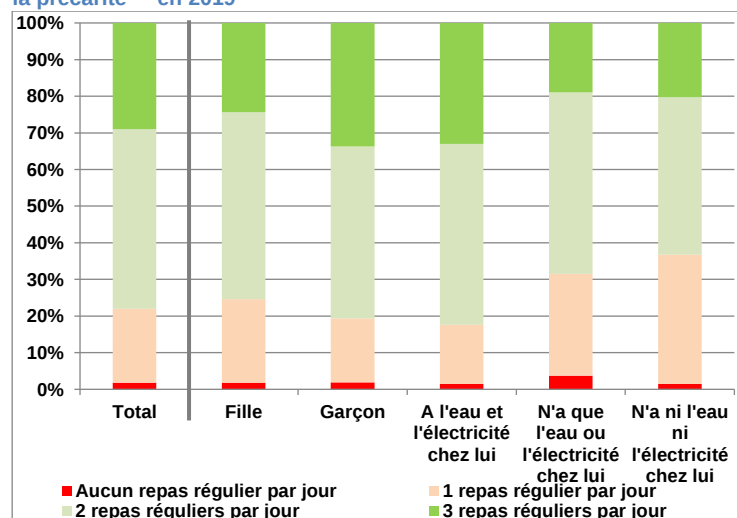
Ils sont **97 % a déclaré une consommation de féculents** plusieurs fois dans la semaine ou tous les jours, **80 % pour les viandes hors poulet**, **50 % pour les poissons¹¹** et **64 % pour les laitages¹²** [9] (Tableau 3).

Figure 5 : 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 [9]

Figure 6 : Nombre de repas par jour pris régulièrement chez les 10-12 ans de Mayotte en fonction du sexe et de la précarité^{6 7} 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 [15]

⁴ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [7].

⁵ 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) [15].

⁶ Le matin, 47 % des filles déclarent manger régulièrement et 59 % chez les garçons [15]. 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 [15]. 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 [15].

⁷ 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 [15]. Ils sont également deux fois plus nombreux à se retrouver en surpoids (10 %) par rapport aux enfants prenant trois repas par jour (5 %) [15]. Les enfants prenant trois repas par jour ont la plus forte proportion de corpulence dans la norme [15].

⁸ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [7].

⁹ En 2006, 9 % des 5-10 ans et 8 % des 11-14 ans déclaraient la consommation d'au moins cinq portions par jour de fruits et légumes [13].

¹⁰ 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 [13].

¹¹ 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 [13].

¹² 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 [13].

Tableau 3 : 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
Féculets	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 [15]

Vaccination

En 2019, un tiers des enfants de 7-11 ans sont à jour pour 10 ou plus vaccins [16], et ce taux chute à un sur cinq chez ceux de 10-12 ans [9]. Respectivement 7 % et 10 % pour aucun [16].

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 [17] [16].

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 [17] [16] (Tableau 4).

Tableau 4 : Taux de couverture vaccinale à 7-11 et 10-12 ans à Mayotte en 2010 et 2019

Taux de couverture vaccinale (%)	7-11 ans		10-12 ans
	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 [9], InVS-SpF-ARS Mayotte, enquête Couverture Vaccinale de 2010 et de 2019 [17] [16]

Accès aux soins

► Recours à l'activité libérale :

Sur la période 2017 à 2019, les 0-14 ans représentent 36 % des prises en charge¹³ attribuées, soit un volume moyen de 39 067 par an (60 % ont moins de 35 ans) (Figure 7).

En 2019, 6 % des enfants de 10-12 ans¹⁴ citaient le médecin libéral comme lieu de recours aux soins [9].

¹³ 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.

¹⁴ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [7].

► Recours au centre hospitalier :

Sur la période de 2021 à 2023, en moyenne **1 944 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 8). En 2023, le taux de recours au CHM est de 0,02 par enfant de cette classe d'âge¹⁵ (0,16).

En 2019, **42 %** des enfants de 10-12 ans citaient le **Centre hospitalier et ses services périphériques** comme lieu de recours aux soins [9].

En 2022, les 6-15 ans représentent **10 % des Evasan**, part stable sur la période 2020-2021. Le taux de recours aux Evasan est de 0,002 par enfant cette classe d'âge (0,005).

► Recours aux centres de consultations et permanences de soins :

Sur la période 2020 à 2023, les 5-14 ans représentent **14 %** des passages **aux centres de consultations** (45 % ont moins de 25 ans) et **16 % aux permanences de soins** (56 % ont moins de 25 ans), soient des volumes respectifs de **33 626** et **8 655 passages par an** (Figure 9). En 2023, le taux de recours aux centres de consultations est de 0,29 par enfant (0,56) de cette classe d'âge, 0,10 aux permanences de soins (0,18).

En 2019, **22 %** des enfants de 10-12 ans¹⁶ citaient les **centres de consultations** comme lieu de recours aux soins [9].

► 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 %** [9]. L'infirmier de l'**établissement scolaire** est cité dans **21 %** des cas [9].

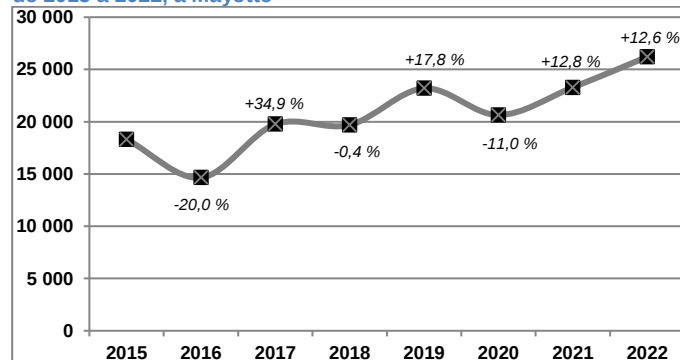
► Renoncement aux soins :

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 [9]. 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** [9] (*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 :

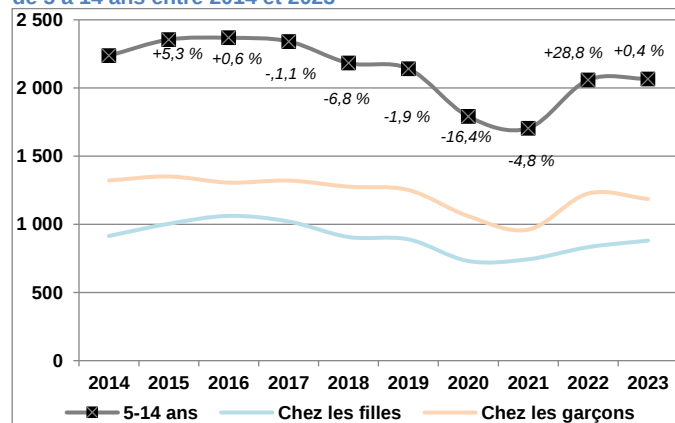
En 2016, une estimation de 32 500 enfants dépourvus de la PUMa¹⁷ peut être réalisée [18]. C'est donc potentiellement 18 500 enfants de 5-14 ans qui auraient été concernés¹⁸, soit 27 % des 5-14 ans (27 % chez les 18-79 ans).

Figure 7 : Volume de prises en charge chez les 5-14 ans de 2015 à 2022, à Mayotte



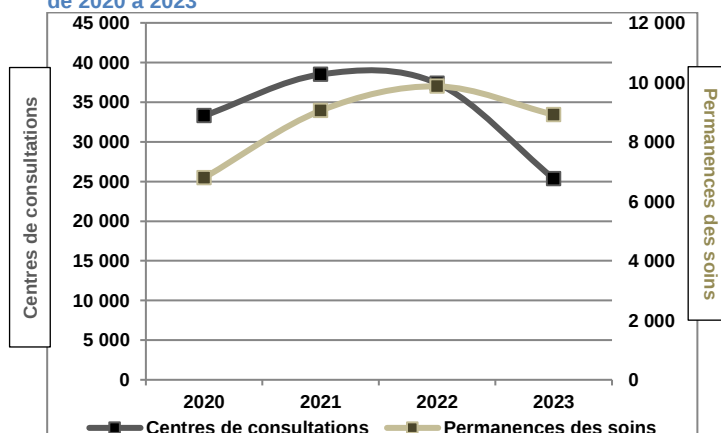
Champ : Bénéficiaires de 5-14 ans de l'assurance maladie obligatoire
Source : Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Figure 8 : Nombre de séjours au CHM chez les enfants de 5 à 14 ans entre 2014 et 2023



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

Figure 9 : Nombre de recours aux centres de consultations et permanences des soins des 5-14 ans de 2020 à 2023



Source : CHM [19]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

¹⁵ 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 1^{er} janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

¹⁶ Enfants scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [7].

¹⁷ Depuis 2016, la Sécurité sociale est devenue la PUMa.

¹⁸ 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.

Dépistages infirmiers en classe de 6^{ème}

► **Dépistage visuel** : En 2019, **un enfant de 10-12 ans sur dix porte des lunettes** ou des lentilles correctrices, même occasionnellement (32 % dans l'Hexagone) [9]. 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 % dans l'Hexagone), taux comparable à celui des enfants scolarisés en établissement d'éducation prioritaire dans l'Hexagone [9]. 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 [9].

► **Dépistage auditif** : En 2019, **14 %** des dépistages chez les 10-12 ans révélaient une **anomalie** [9]. 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 [9].

► **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** [9]. Cette part est équivalente à celle de l'Hexagone, et c'est sur la définition de la carie que les différences sont à soulever¹⁹ [9]. **16 % des enfants ont au moins une dent absente** [9].

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, **les garçons (48 %) plus souvent que les filles (35 %)** [20]. 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 [20].

Il s'agit le plus souvent d'accidents ayant lieu **à domicile** (42 %), notamment pour les **filles**, et **dans la rue** (34 %), plus souvent chez les **garçons** [20]. Les accidents **à l'école** ne représentent qu'**un cas sur dix** [20]. Dans **7 %** des situations, l'accident est arrivé suite à une **agression** (9 % chez les garçons et 4 % chez les filles) et dans 1 % à une bagarre [20].

Un accident sur trois est lié à une **chute** et **un sur dix à une brûlure** [20]. Sur ce dernier type d'accident, les **filles sont trois fois plus touchées que les garçons** : 14 % contre 5 % [20]. Les collisions (10 % des garçons et 3 % des filles) et les coupures ressortent dans des proportions équivalentes (8 %) [20].

Santé mentale

Neuf enfants de 10-12 ans²⁰ sur dix s'estiment en bonne santé, 90 % chez les garçons et 85 % chez les filles [21]. **Logiquement dépendant de la présence de problème(s) de santé** dépisté(s)²¹ par les infirmier(e)s de l'Education Nationale : 3 % s'estiment en mauvaise santé chez ceux sans et 26 % pour au moins quatre dépistés. Ce sont toutefois **les filles** qui en **sont les plus affectées** : +33 points (pour l'estimation d'une mauvaise santé) contre +15 points pour les garçons [21].

La **mauvaise qualité des nuitées²²** 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 [21]. 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) [21]. 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 [21].

Les problèmes de concentration interpellent : la moitié (55 %) en déclare [21]. 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 [21]. **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 [21]. 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) [21].

¹⁹ Les caries observées la plupart du temps sont concernées par un délabrement de la dent avec émail, dentine et parfois pulpe touchée [9].

²⁰ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [7].

²¹ 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 %) [21].

²² 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 [21]. 11 % ont dormi moins de 8 heures [21].

Les enfants déclarant la consommation d'une substance psychoactive sont alors plus fréquemment en colère : 27 % contre 12 % chez ceux n'en consommant pas [21]. 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 % [21].

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 %) [21]. A contrario, **un quart a ressenti les quatre émotions proposées** (colère, heure, triste et calme), sans distinction du sexe cette fois-ci [21].

En cumulant les différents indicateurs disponibles, il ressort qu'**un enfant sur dix connaît au moins cinq problèmes liés au bien-être** [21]. Le Sud et la Petite-Terre sont les deux régions regroupant le plus d'enfants en situation de mal-être [21].

Handicap

En 2021, **3 %** des enfants de 5-14 ans à Mayotte déclarent des **restrictions d'activité depuis au moins 6 mois** en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, dont **2 % fortement** (11 % dont 3 % chez les 15 ans ou plus), taux similaire à l'Hexagone : 3 % dont 1 % [22].

20 % ont au moins une **limitation fonctionnelle sévère** (4 % dans l'Hexagone, 12 % chez les 15 ans ou plus) dont **18 %** ont une limitation fonctionnelle **cognitive**²³ (3 % dans l'Hexagone, 4 %), **2 %** une limitation fonctionnelle **sensorielle**²⁴ (1 % dans l'Hexagone, 5 %) et **1 %** une limitation fonctionnelle **physique**²⁵ (1 % dans l'Hexagone, 5 %) [22].

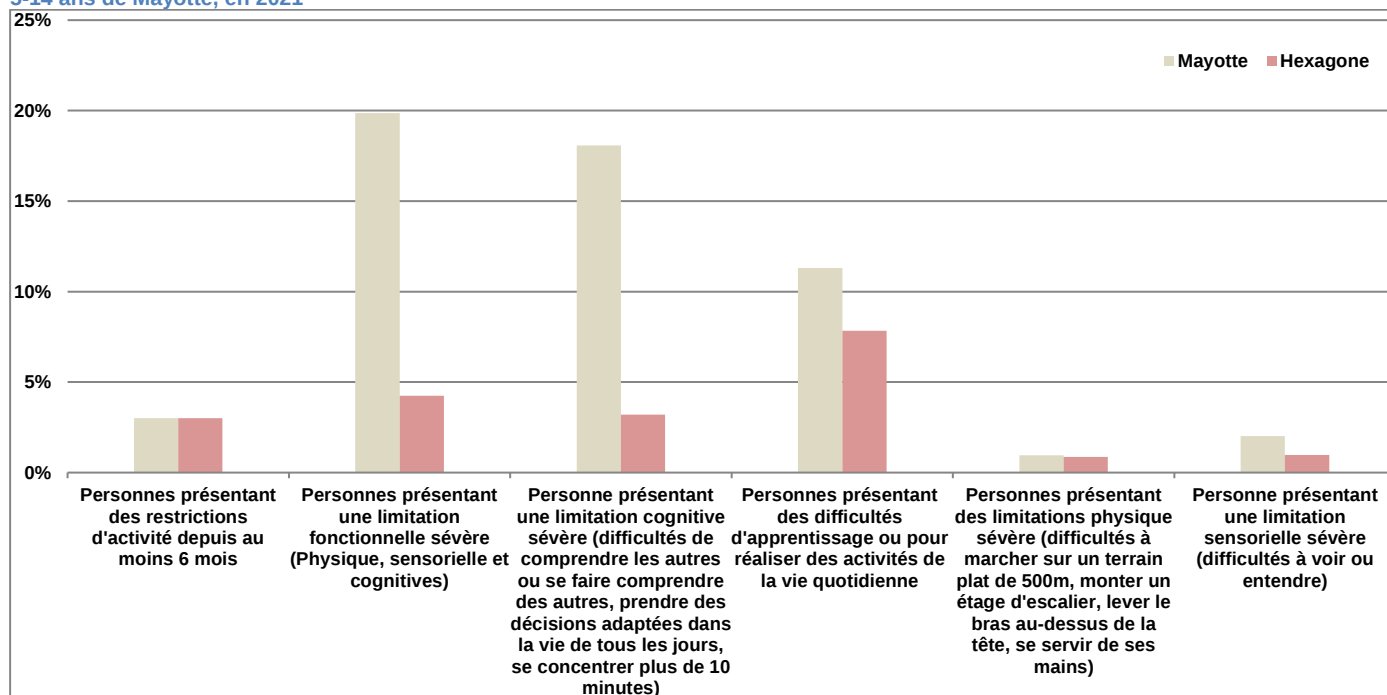
Parmi les **limitations cognitives**, les difficultés à prendre des décisions adaptées dans la vie de tous les jours, sont les plus déclarées par les 5-14 ans (22 %, 7 % chez les 15 ans ou plus), suivies des difficultés à se concentrer plus de 10 minutes (12 %, 7 %) et à comprendre les autres ou se faire comprendre des autres (4 %, 2 %) [22].

En ce qui concerne, les **limitations sensorielles**, les difficultés pour **voir** sont les plus fréquemment déclarées : **6 %**, et **2 %** pour celles liées à **l'audition** (respectivement 19 % et 3 % chez les 15 ans ou plus) [22].

Par ailleurs, **11 %** des 5-14 ans ont **de fortes difficultés d'apprentissage ou pour réaliser des activités de la vie quotidienne** en raison d'un problème de santé ou d'un handicap (12 % chez les 5-18 ans) [22].

Enfin, 1,3 % des enfants reçoivent une aide d'un professionnel ou de leur entourage et 0,2 % des enfants utilise une aide technique ou un aménagement du logement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap [22].

Figure 10 : Part des différentes limitations fonctionnelles en raison de leur état de santé ou d'un handicap chez les 5-14 ans de Mayotte, en 2021



Champ : Habitants de 5-14 ans de Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [22]

Exploitation : ORS Mayotte

²³ Les limitations fonctionnelles cognitives correspondent aux difficultés de comprendre les autres ou se faire comprendre des autres, prendre des décisions adaptées dans la vie et se concentrer plus de 10 minutes

²⁴ Les limitations fonctionnelles sensorielles font références aux difficultés de voir et entendre.

²⁵ Les limitations fonctionnelles physiques correspondent aux difficultés de marcher sur un terrain plat de 500m ou monter un étage d'escalier, lever le bras au-dessus de la tête et se servir de ses mains.

Principales pathologies

► **Motifs de séjours hospitaliers** : Sur la période 2021 à 2023, la **durée moyenne de séjour** des 5-14 ans est de **4,9 jours** (5,0 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** » (16 %, 47 % sur l'ensemble des classes d'âge, 32 % dans l'Hexagone)²⁶, suivis des « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines conséquences de causes externes** » (15 %, 3 %²⁷, 10 % dans l'Hexagone), et des « **maladies de l'appareil respiratoire** » (11 %, 4 %, 9 % dans l'Hexagone) (Tableau 5).

Tableau 5 : Motifs de consultation au CHM chez les 5-14 ans entre 2018 et 2023

CIM10			Mayotte				Hexagone
	Taux de Variation*** 2018-2020 (%)	Taux de Variation*** 2021-2023 (%)	Effectif 2023	Durée moyenne de séjour 2021- 2023 (En jours)	Répartition 2021-2022- 2023	Répartition sans * et **	Répartition 2021-2022-2023
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	4,1	6,0	73	6,9	4,3	5,5	3,2
Maladies de l'appareil respiratoire	-6,0	21,8	261	3,3	11,4	14,3	13,1
Maladies de l'appareil digestif	-7,9	16,0	144	5,1	6,8	8,5	16,5
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-15,2	-7,6	157	3,9	8,9	11,2	3,6
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-4,4	12,5	76	11,3	3,7	4,7	3,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	-11,2	38,2	86	3,5	3,5	4,4	8,8
Grossesse, accouchement et puerpéralité *	-4,0	-5,5	75	4,7	3,8		
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	-41,6	11,8	45	4,7	2,5	3,1	5,4
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	-3,6	10,6	115	2,2	5,4	6,8	9,4
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-20,3	14,7	321	3,9	14,8	18,6	15,3
Tumeurs	-3,4	-9,7	22	3,8	1,2	1,6	1,8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé **	-5,9	8,0	335	3,0	16,4		
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	-7,2	10,3	140	4,9	6,6	8,3	1,8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	-1,4	7,3	38	12,1	2,0	2,5	3,6
Troubles mentaux et du comportement	-7,4	95,4	42	2,8	1,7	2,1	4,0
Maladies du système nerveux	-9,3	3,0	70	6,2	3,8	4,8	2,7
Maladies de l'œil et de ses annexes	-27,5	10,2	17	4,7	0,7	0,8	2,2
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0,0	-14,7	8	7,4	0,4	0,5	3,1
Maladies de l'appareil circulatoire	52,2	-2,4	40	10,1	2,0	2,5	1,5
Total	-9,7	10,2	2 065	4,9	100	100	100

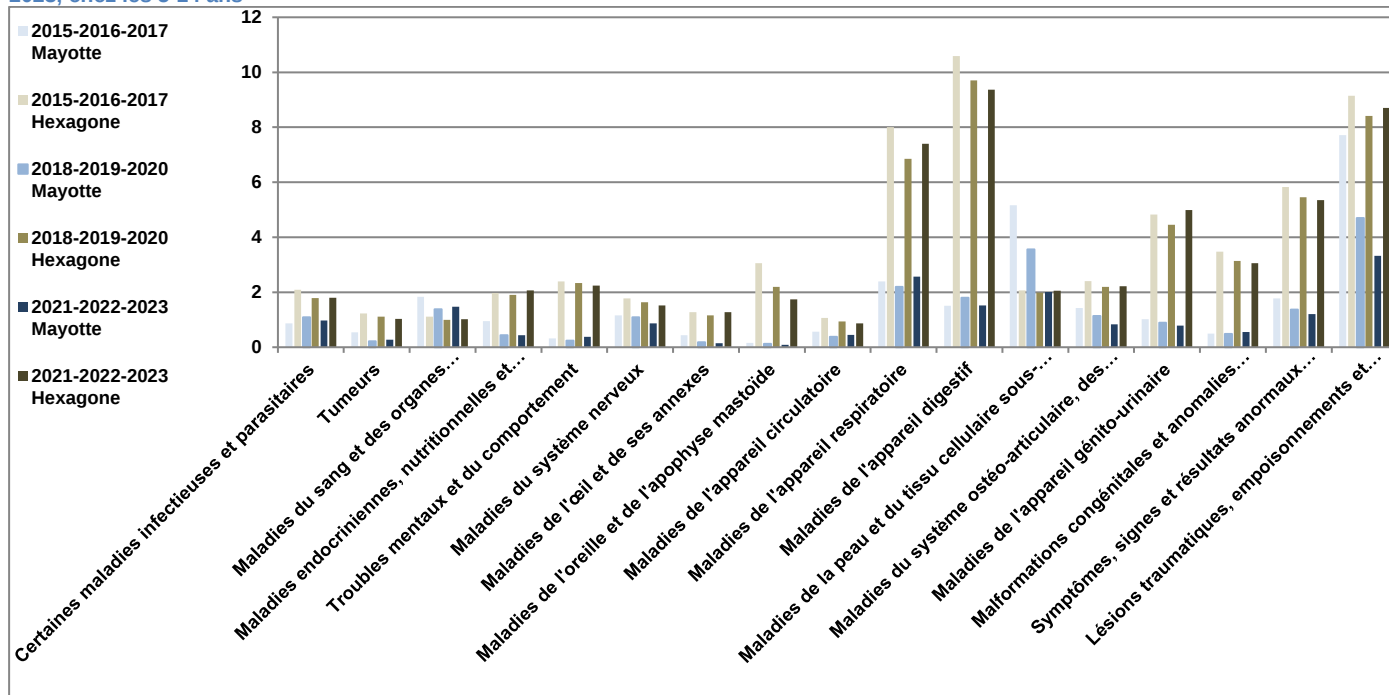
Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » (N = 1 en 2023, 6 en 2022, 4 en 2021, 10 en 2020 et 0 en 2019) n'est pas considérée dans ces analyses. *** Taux de variation annuel moyen.

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 11 : Taux de recours brut²⁸ au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2015 à 2023, 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.

²⁶ La nomenclature des « codes d'utilisation particulière » représente 0,3 % des motifs de séjour chez les 5-14 ans (0,7 %, 0,09 % dans l'Hexagone).

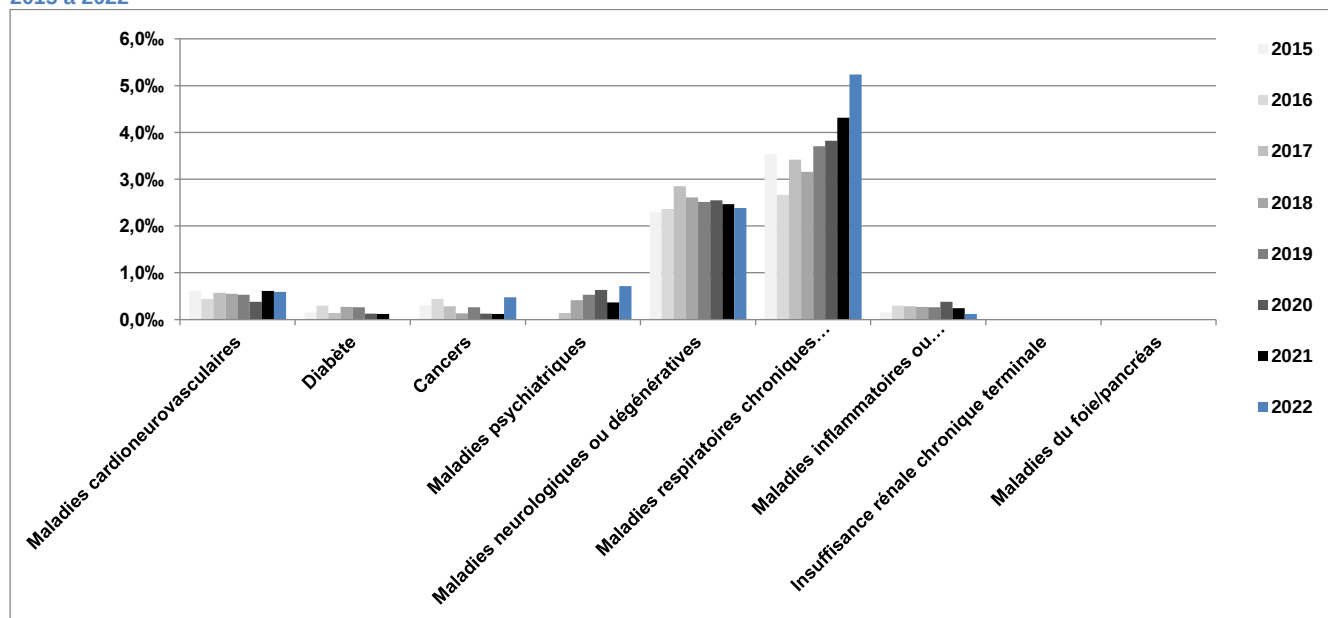
²⁷ En incluant toutes les nomenclatures.

²⁸ Ces indicateurs sont basés sur les différentes estimations de population au 1^{er} janvier [3] et ne prennent pas en compte le recours multiple d'un même individu.

► **Prises en charge**²⁹ : Les **pathologies respiratoires** représentent les principaux motifs de prises en charge : 5,2 pour 1 000 enfants de 5-14 ans en 2022 (3,5 en 2015, +1,7 point, et 8,8 *sur l'ensemble des affiliés*). Elles sont suivies des **maladies neurologiques ou dégénératives**, 2,4 pour 1 000 (2,3 en 2015, +0,1 point, et 4,7 *sur l'ensemble des affiliés*) et des **maladies cardio-neurovasculaires** : 0,6 pour 1 000 (0,6 en 2015, stable, et 15,7 *sur l'ensemble des affiliés*) (Figure 12).

Les « autres types de prises en charge » ont un taux de 14,4 pour 1 000 enfants de 5-14 ans en 2022 (151,2 *sur l'ensemble des affiliés*), et ont diminué de 2 points par rapport à 2015. Elles ont notamment progressé de 2015 à 2017 (18,0‰), puis diminuent à 13,1‰ en 2021 avant une reprise en 2022.

Figure 12 : Taux de prises en charge des différentes pathologies pour 1 000 enfants de 5-14 ans assurés à Mayotte de 2015 à 2022



Champ : Bénéficiaires de 5-14 ans de l'assurance maladie obligatoire

Source : Assurance maladie

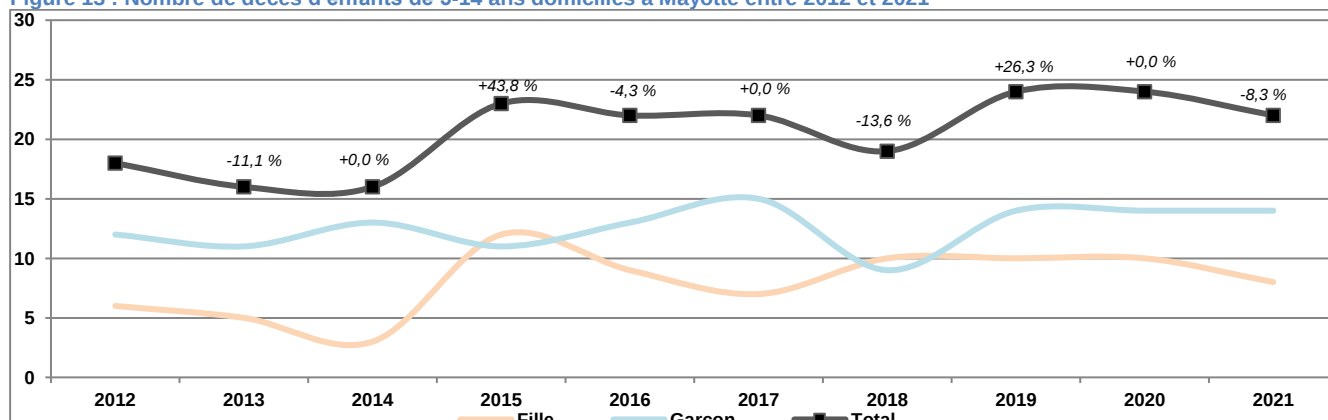
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Principales causes de décès

Sur la période de 2019 à 2021, en moyenne **23 décès par an** d'enfant de 5-14 ans ont été observés en moyenne par année, soit **2 %** des décès sur cette période (0,1 % dans l'Hexagone). **26 % concerne une « cause externe de mortalité et de morbidité »** (7 % *sur l'ensemble des classes d'âge*).

À noter que chez les 5-14 ans, la part de décès classés « **Symptômes et états morbides mal définis** » est de **29 %** (24 % *sur l'ensemble des classes d'âge*).

Figure 13 : 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

²⁹ 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.

Tableau 6 : Moyenne par an et part de décès de 5-14 ans domiciliés à Mayotte par cause sur la période de 2019 à 2021

Cause détaillée	Mayotte		Hexagone	
	Nombre	Part (%)	Nombre	Part (%)
Maladies infectieuses et parasitaires	2	7,1	9	1,5
Tumeurs	1	4,3	169	28,8
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0,0	13	2,2
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	1	2,9	26	4,4
Troubles mentaux et du comportement	0	0,0	2	0,3
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3	14,3	56	9,6
Maladie de l'appareil circulatoire	2	8,6	28	4,8
Maladies de l'appareil respiratoire	1	2,9	14	2,4
Maladies de l'appareil digestif	0	0,0	9	1,5
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	0,0	0	0,0
Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	0	0,0	3	0,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	0,0	2	0,3
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0	0,0	0	0,0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1	4,3	41	7,0
Causes externes de mortalité et de morbidité	6	25,7	165	28,1
Symptômes et états morbides mal définis	7	28,6	48	8,2
Covid-19	0	1,4	2	0,3
Toutes causes confondues	23	100,0	586	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

Références

- [1] Insee, C. Chaussy, S. Merceron et V. Genay, «À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère,» *Insee Première*, 2019, Février.
- [2] Insee, 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 et P. Thibault, «Des conditions de vie inégales entre les villages - Les villages de Mayotte en 2017,» *Insee Analyses*, 2019, Octobre.
- [6] Insee et P. Thibault, «Beaucoup de familles nombreuses - Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017,» *Insee Flash*, 2020, Janvier.
- [7] Insee, «Extraction des données du recensement de la population de 2007, 2012 et 2017».
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] ARS-SpF, F. Parenton et Y. Hassani, «Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte,» *In Extenso*, 2018, Octobre.
- [11] ARS Mayotte, J. Balicchi, F. Chauvin, A. Barbail et N. Guy, «Enquête Migrations-Famille-Vieillesse : Perception de la parentalité et contraception,» 2020, Octobre.
- [12] Répéma-ARS, «Panel des indicateurs de santé périnatale à Mayotte,» 2021.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] SpF, «Rapport enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2019,» 2022.
- [17] ARS OI - InVS, «Maladies infectieuses - Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010,» 2012, Janvier.
- [18] 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.
- [19] CHM, «Données détaillées des centres de consultations».
- [20] ARS Mayotte-Rectorat Mayotte-ORS Mayotte, Y. Kilani, J. Balicchi, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «Santé des jeunes de 10-12 ans scolarisés en classe de 6ème à Mayotte : Accidents de la vie courante,» *In extenso*, 2023, Novembre.
- [21] ORS Mayotte-ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, Y. Kilani, J. Balicchi, A. Aboudou, M. Arnaud et F. Mazeau, «Santé des jeunes de 10-12 ans : la moitié des enfants déclarent des difficultés pour se concentrer,» *In extenso*, 2023, Février.
- [22] Drees, «Extraction des données de l'Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) de 2021,» Février 2023.
- [23] A. Cadet-Taïrou et M. Grandilhon, «L'offre, l'usage et l'impact des consommations de "chimiques" à Mayotte : une étude qualitative,» 2018, Mai.