



Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2025

Version 3.0.0 du 15/04/2025

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

ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte

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

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

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

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono®
Tout va bien, tout va mieux !

Liste des Acronymes :

AAH	Allocation pour Adulte Handicapé
ACEKB	Association Culturelle Educative Kawéni Bandrajou
ADAPEI	Association Départementale des parents et d'Amis des Personnes handicapées mentales
ADELI	Automatisation Des Listes des professionnels de santé
ADSM	Association pour les Déficiants Sensoriels de Mayotte
ADVEM	Association pour le Développement et le Vivre Ensemble pour Montlegun
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AESA	Apport Energétique Sans Alcool
AGF	Association Générations Futures
AJA	Adolescents et Jeunes Adultes
AJK	Association des Jeunes de Kani-Kéli
ALD	Affection Longue Durée
ALEFPA	Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie
AME	Aide Médicale d'Etat
ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APAJH	Association pour Adultes et Jeunes Handicapés
APIJK	Association d'accompagnement social et professionnel ainsi que centre de formation de Kawéni
APGAR	Score Apparence, Pouls, Grimace, Activité, Respiration
ARS	Agence régionale de Santé
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
ASSU	Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AURAR	Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à La Réunion
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin (contre la tuberculose)
BFM	Borne Fontaine Monétique
BIT	Bureau International du Travail
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDS	Centre De Santé
Cépi-DC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès
CFE	Caisse des Français à l'étranger
CHM	Centre Hospitalier de Mayotte
CIM-10	10 ^{ème} révision de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
CMR	Centre Médicaux de Références
CMU-C	Couverture Maladie Universelle-Complémentaire
CMRS	Centre Météorologique Régional Spécialisé Cyclones
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNR	Centre National de Référence
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
CO	Monoxyde de carbone
CO ₂	Dioxyde de carbone
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEFA	Conseiller des Parents d'Elèves du collège Frédéric d'Achery
CRA	Centres de Ressources sur l'Autisme
CRE	Cellule Régionale d'Epidémiologie
CRF	Croix-Rouge Française
CSSM	Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
DAAF	Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DÉSUS	Département de la Sécurité et des Urgences Sanitaires de l'ARS Mayotte
DIAT	Dispositif Innovant d'Accueil Temporaire
DIME	Dispositif Médico-Educatif
DITEP	Dispositif Intégré des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
DOM	Département d'Outre-Mer
DOSA	Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'ARS Mayotte
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSP	Direction de la Santé Publique
DTP	Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite
DTPc	Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche
EA	Entreprise adaptée
EAM	Etablissement d'Accueil Médicalisé
EEAP	Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EDAP	Equipes Diagnostic Autisme de Proximité
EHIS	European Health Interview Survey
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERM	Electroradiologie médicale
ESA	Equipes Spécialisées Alzheimer
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESCRIM	Elément de Sécurité Civile Rapide d'Intervention Médicale
EVASAN	Evacuation Sanitaire
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAV	Fédération Associations Vahibé
FIC	Fond d'Initiative Citoyenne
FVR	Fièvre de la vallée du Rift
GEM	Groupeement d'Entraide Mutuelle
GIE	Groupeement d'Intérêt Economique
HAD	Hospitalisation à Domicile
HiB	Haemophilus influenza de type B
HFSSM	Household Food Security Survey Module
HPV	Papillomavirus Humains
HTA	Hypertension Artérielle
IIM	Intoxication Invasive à Méningocoque
INED	Institut National des Etudes Démographiques
IRA	Infections Respiratoires Aigües
INSEE	Institut National Statistique des Etudes Economiques
INSERM	Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale
INSMI	l'Institut National des Sciences Mathématiques et de leurs Interactions
IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Institut Médico Educatif
IMG	Intervention Médicale de de Grossesse
InVS	Institut national de la Veille Sanitaire
IPLESP	Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LAV	Service de Lutte Anti-Vectorielle de l'ARS Mayotte
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDPH	Maison Départementale pour Personnes Handicapées
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MFP	Protection sociale des fonctionnaires
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MPP	Motif de prise en charge principal
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OI	Océan Indien
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPP	Ordonnance Provisoire de Placement
ORS	Observatoire Régionale de la Santé
OR2S	Observatoire Régionale de la Santé et du Social
OZM	Association Ouoizissa Ziféli Maoré
PA	Personnes âgées
PAF	Police Aux Frontières
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PCPE	Pôle de Compensations et de Prestations Externalisées
PEA	Plateforme d'Entraide pour l'Autonomie
PH	Personnes Handicapées
PHQ9	Patient Health Questionnaire
PiB	Produit intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de médicalisation des Systèmes d'Information
POPAM	Plateforme Oppelia de Prévention et de soin des Addiction à Mayotte
PPF-ASH	Préprofessionnelles de Formations-Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés
PPM	Partie Par Million
PPRAP	Plateforme de Parcours Renforcés d'Accès à la Professionnalisation
PTI	Protection du Travailleur Isolé
PUMa	Protection Universelle Maladie
PUV	Petites Unités de Vie
ROR	Rubéole-Oreillons-Rougeole
RP	Recensement de la population
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSI	Régime Social des Indépendants
SAAAS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation
SAE	Statistiques annuels des établissements de santé
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAS	Société par Actions Simplifiée
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SI-DEP	Système d'Information de Dépistage Populationnel
SI-VIC	Système d'Information pour le suivi des Victimes d'attentats et de Situations sanitaires exceptionnelles
SAMU	Service d'aide Médicale Urgente
SBC	Réseau de Surveillance à Base Communautaire
SMAE	Société Mahoraise des Eaux
SMEAM	Syndicat Mixte d'Eau et Assainissement de Mayotte
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SNDS	Système National des Données de Santé
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SPF	Santé Publique France
SSAD	Service de soins et d'aide à domicile
SSEFS	Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation
SSFMT	Secouristes Sans Frontières Médical Team
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STD	Standardisé
TVAM	Taux de variation annuel moyen
UC	Unité de Consommation
UDI	Unité de Distribution
UE	Union Européenne
UEEA	Unité d'Enseignement en élémentaire pour Enfants Autistes
UEMA	Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UP	Unité de Production
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VGAI	Valeurs Guides de Qualité d'Air Intérieur
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	Virus de l'Hépatite C
VRS	Virus Respiratoire Syncytial
VSL	Ambulance et véhicule Sanitaire Léger



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



Sommaire

1 - Caractéristiques de la population	6
a) Population	6
b) Migrations	7
c) Pyramide des âges	8
d) Nationalités et titres de séjour	9
e) Répartition de la population sur les différentes communes	9
2 - Précarité et emploi	10
a) Revenus	10
b) Consommation des ménages	11
c) Coût de la vie	11
d) Emploi	11
e) Diplômes et compétences à l'écrit et l'oral	13
3 - Natalité, fécondité et structure familiale	14
a) Courbes des naissances survenues	14
b) Spécificité de la courbe des naissances survenues	15
c) Indicateur conjoncturel de fécondité	16
d) Famille	17
e) Perception de la parentalité	18
4 - Solidarité familiale	18
5 - Le logement	19
6 - Couverture maladie	23
7 - Organisation du système de santé	24
a) Les structures	24
b) Capacité du CHM	27
c) Capacité du médico-social	28
d) Professionnels de santé (hors remplaçants)	28
e) Attractivité	32
8 - Le recours aux soins	33
a) Profil de population	33
b) Recours au CHM	37
c) Recours aux centres de consultations et centres de référence (permanences de soins)	40
d) Recours aux centres de santé	43
e) Prises en charge	43
f) Recours aux PMI	44
g) Recours à la médecine traditionnelle	45
h) Evacuations sanitaires	47
9 - Le renoncement aux soins	48
10 - Prévention	49
a) Littératie en Santé	49
b) Dépistages	50
c) Couverture vaccinale	51
d) Alimentation et indice de masse corporelle	54
e) Santé sexuelle	57
f) Santé mentale	60
g) Addictions	62
h) Associations	65
11 - Handicap	66
a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte	66
b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap	68
12 - Santé environnementale	70
a) Climat et relief	70
b) Les moustiques	71
c) Qualité de l'air	72
d) Déchets et évacuation des eaux usées	78
e) Nuisances sonores	80
f) Produits phytosanitaires	82
g) Eau de consommation	82
h) Eau de baignade	86



i)	Connaissances et perception de l'information sur l'environnement et santé perçue	89
j)	Hygiène des mains	91
k)	Accidents de la vie courante.....	92
13 –	Indicateurs de morbidité	92
14 –	Principales pathologies.....	93
a)	Motifs de séjour au centre hospitalier de Mayotte.....	93
b)	Motifs d'évacuations sanitaires.....	96
c)	Motifs de recours aux Urgences.....	96
d)	MPP en HAD	97
e)	Motifs de prise en charge	98
f)	Diabète	101
g)	Hypertension artérielle.....	102
h)	Maladies sexuellement transmissibles	102
i)	MDO et pathologies suivies par le DÉSUS.....	105
15 -	Principales épidémies et crises	108
a)	La Covid-19	108
b)	La FVR.....	110
c)	La Gale	111
d)	La gastro-entérite.....	113
e)	Le choléra	113
f)	La Variole du singe	113
g)	La grippe.....	113
h)	La bronchiolite	114
i)	La coqueluche	114
j)	La dengue.....	114
k)	Le chikungunya.....	115
l)	La conjonctivite	115
m)	Chronologie	115
n)	Crise de l'eau.....	115
o)	Crise « Chido »	116
16 -	Causes de mortalité	119
a)	Espérance de vie	119
b)	Nombre de décès	119
c)	Taux de mortalité	120
d)	Causes de décès, données brutes	120
e)	Causes de décès, données standardisées	122
f)	Lieux de décès.....	122
Synthèse.....		124
Références		128
De la V2.0.0 à la V3.0.0.....		134



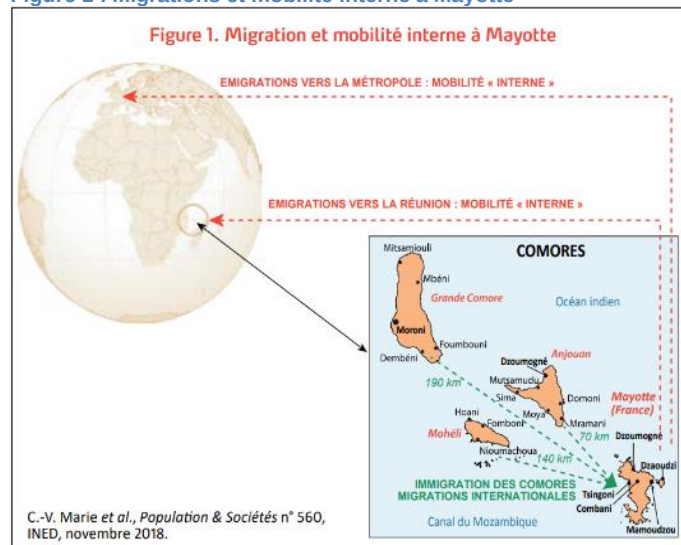
1 - Caractéristiques de la population

a) Population

En 2017, date du dernier recensement¹, l'île de Mayotte² recense **256 518 habitants**³, soit **690 par km²**, plaçant le territoire au **7^{ème} rang des départements les plus densément peuplés**⁴ de France [1]. Depuis 2012, la **population s'accroît de +3,8 % par an en moyenne** [1]. Le rythme s'accroît par rapport à la période de 2007-2012 (+2,7 % par an [2]), rompant avec deux décennies au cours desquelles il avait progressivement ralenti [1] (Figure 2). Mayotte reste ainsi le département ayant la **plus forte croissance démographique de France**, tout territoire confondu [1].

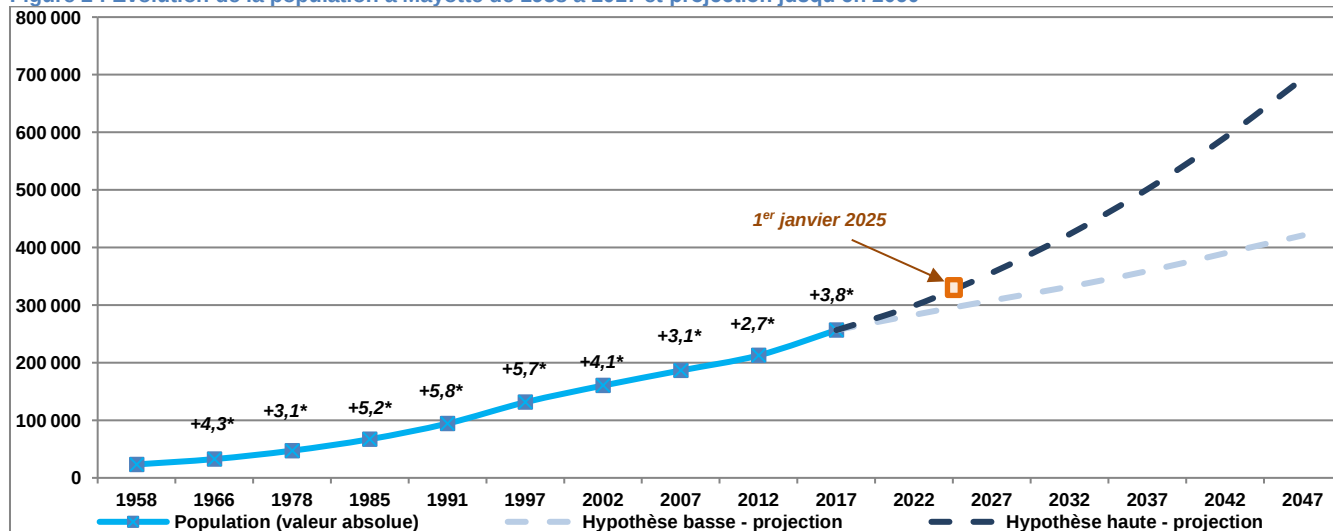
En termes de projection, au 1^{er} janvier 2025, 329 282 habitants seraient présents sur le territoire⁵ [4]. À l'horizon **2050**, entre **440 000**⁶ et **760 000**⁷ habitants vivraient à Mayotte selon différents scénarios étudiés⁸ [5] (Figure 2). La croissance de la population serait alimentée en grande partie par la natalité, **plus ou moins importante selon les hypothèses sur les migrations**, les femmes natives de l'étranger résidant à Mayotte ayant une fécondité bien plus élevée que celles natives de Mayotte [5].

Figure 1 : Migrations et mobilité interne à Mayotte



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

Figure 2 : Evolution de la population à Mayotte de 1958 à 2017 et projection jusqu'en 2050



Note : * TVAM

Champ : Habitants de Mayotte

Source : Insee, projections de la population [5]

Concernant les densités par commune en 2017 [1] (Figure 4), ce sont les communes de Petite-Terre :

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

¹ Depuis 2017, le recensement initialement quinquennal a basculé selon le format national annualisé. Les premiers résultats sont attendus à horizon 2025. Toutefois, suite au passage du cyclone « Chido », l'Insee pourrait reporter cette diffusion.

² La superficie du département est de 374 km², dont 11 km² pour la Petite-Terre.

³ Mamoudzou, Koungou, Dzaoudzi et Pamandzi concentrent la moitié de la population [1].

⁴ Derrière les départements de Paris (20 720 habitants par km² en 2018), de Hauts-de-Seine (9 200), de Seine-Saint-Denis (6 918), du Val-de-Marne (5 702), du Val-d'Oise (994) et de l'Essonne (719) [3].

⁵ Soit une estimation de 880 habitants par km².

⁶ Soit une estimation de 1 176 habitants par km².

⁷ Soit une estimation de 2 032 habitants par km².

⁸ Trois scénarios ont été bâtis et reposant sur des hypothèses en matière de fécondité, mortalité et de migrations [5].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !

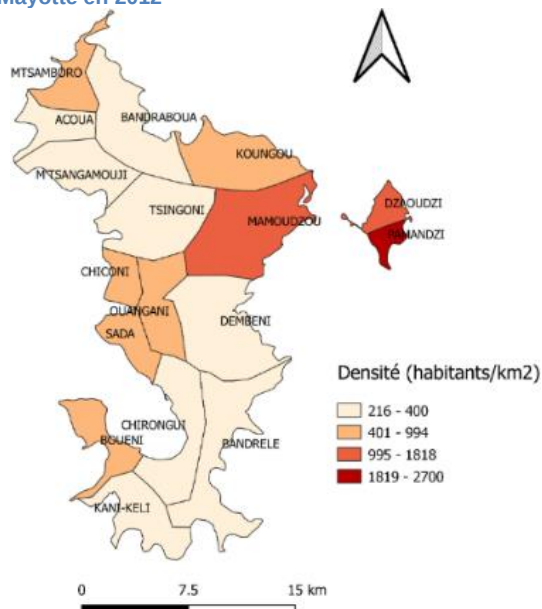


qui sont les **plus peuplées**, suivies de celles de :

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

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

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



Champ : Habitants de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2012 [7]

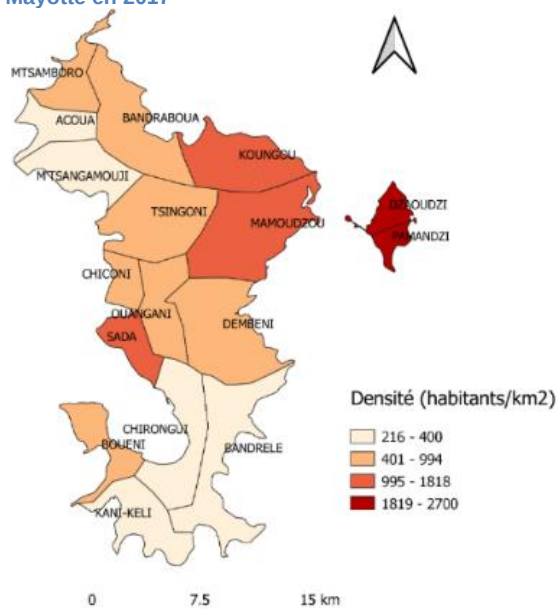
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

b) Migrations⁹

Entre 2007 et 2012, le **solde migratoire**¹⁰ apparent était **déficitaire** (-0,4 %) [1]. Positif pour les natifs d'autres départements français et pour les natifs de l'étranger, alors qu'il était nettement **négatif pour les natifs de Mayotte** [1]. Sur la période de 2012 à 2017, l'**excédent migratoire redevient positif** (+0,5 %). Le solde naturel apporte en moyenne chaque année 7 700 personnes de plus, soit davantage que par le passé, principalement porté par l'excédent des naissances sur les décès [8] (Figure 5).

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

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

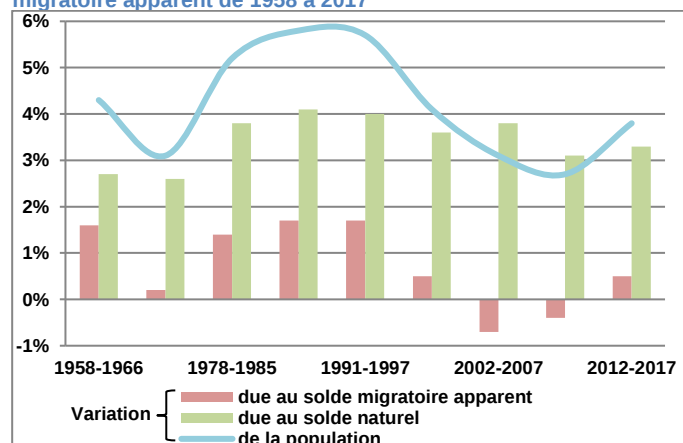


Champ : Habitants de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [8]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

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



Champ : Population de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017, Fichier d'état civil [8]

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

¹⁰ Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées dans une zone géographique donnée et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours d'une période fixée, c'est-à-dire la différence entre l'immigration et l'émigration. Ce concept est indépendant de la nationalité. En démographie, la variation naturelle ou le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès sur un territoire au cours d'une période.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

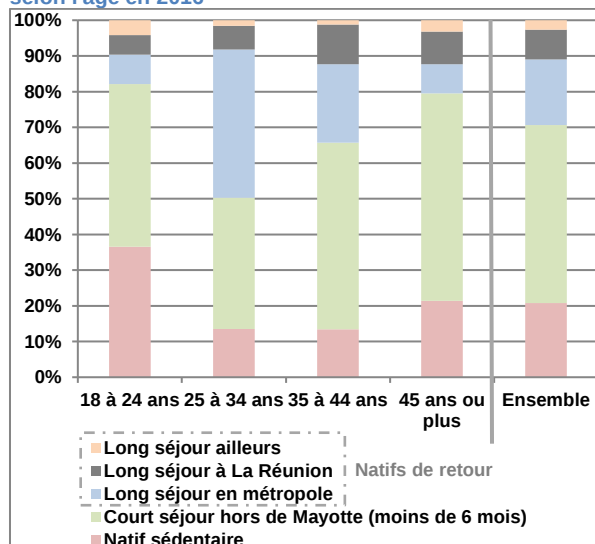
*La vie, c'est la santé !



En 2016, **26 % des adultes natifs de Mayotte résidant en France vivent hors du département**, principalement dans l'Hexagone et à La Réunion (45 % chez les 18-24 ans) [10]. **La mobilité des jeunes y est plus forte que dans les autres DOM**, comparée à la génération des 35 ans ou plus [10]. Sans cette émigration, les natifs de Mayotte seraient majoritaires parmi les adultes résidant sur le territoire (57 % contre 45 % actuellement) [10]. Les natifs de Mayotte de retour sur leur île forment 30 % de l'ensemble des adultes de Mayotte et près de la moitié des 24-35 ans [6] (Figure 7).

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

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

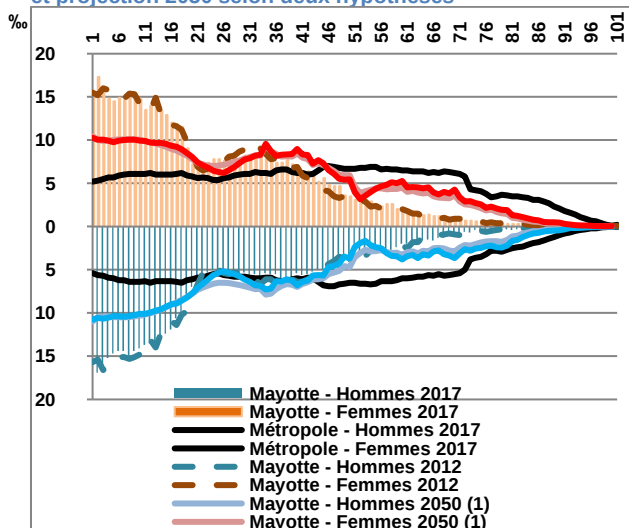


Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte
Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

c) Pyramide des âges

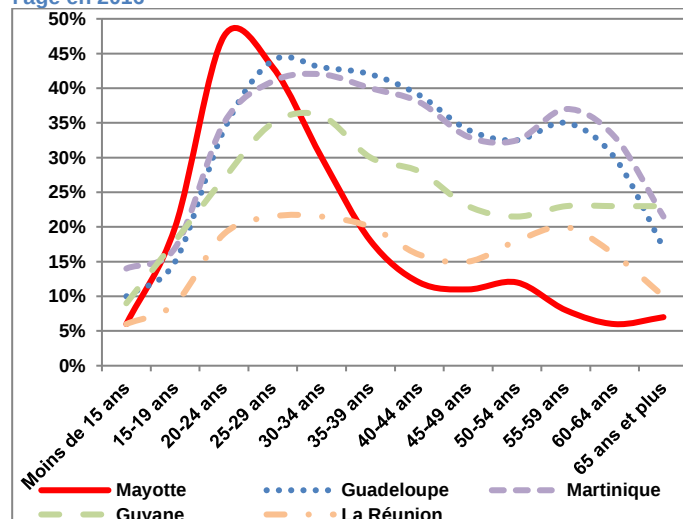
La dynamique démographique se traduit par une population très jeune où, en 2017, **les moins de 18 ans représentent la moitié des habitants de Mayotte** (contre un sur cinq dans l'Hexagone en 2017). Six sur vingt ont moins de 10 ans et **un sur vingt de la population a 60 ans ou plus** (soit cinq fois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

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



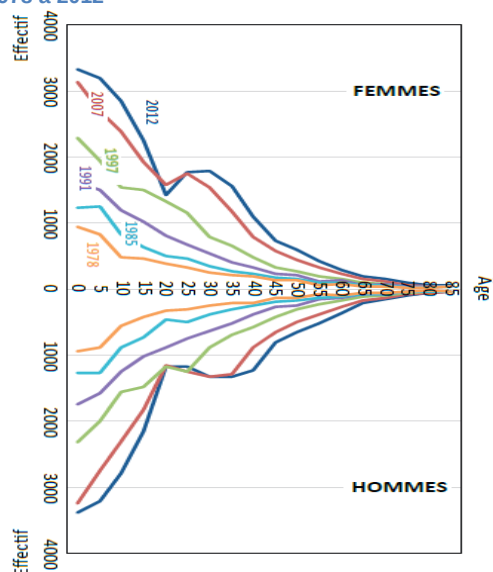
Note : (1) désigne la projection 2050 sous l'hypothèse d'un solde migratoire nul et (2) sous celle d'un déficit migratoire.
Champ : Habitants de Mayotte
Source : Insee, recensement de la population de 2017 [8], projection de population [5]

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



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

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



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

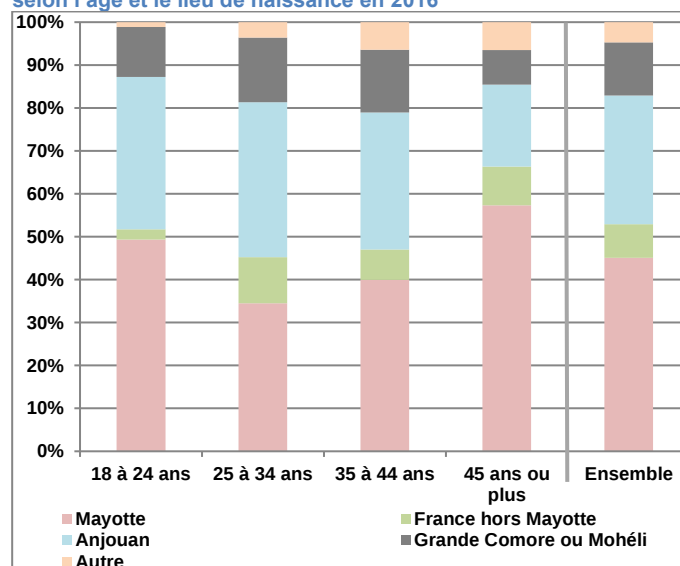


d) Nationalités et titres de séjour

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

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

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

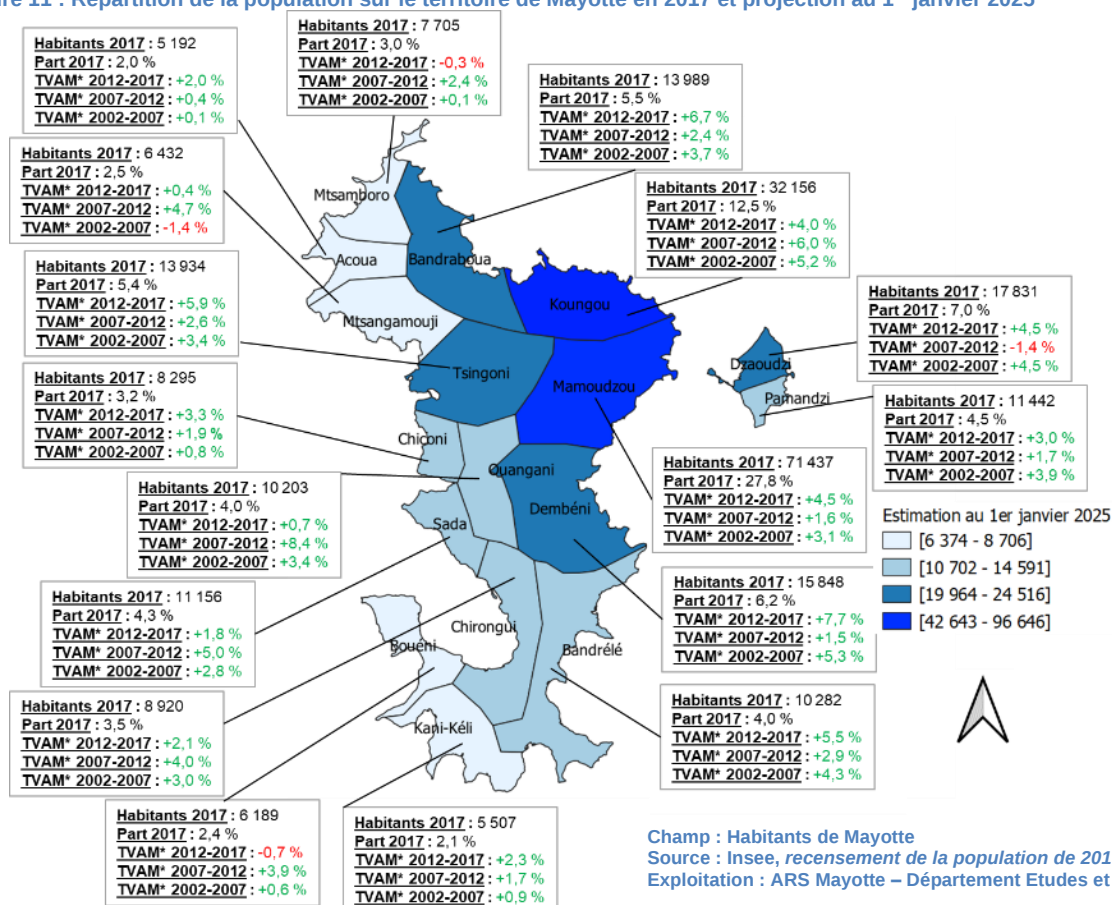


Champ : Habitants de 18 à 79 ans de Mayotte

Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

e) Répartition de la population sur les différentes communes

Figure 11 : Répartition de la population sur le territoire de Mayotte en 2017 et projection au 1^{er} janvier 2025¹¹



Champ : Habitants de Mayotte

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

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

¹¹ Les projections de population au 1^{er} janvier 2025 par commune se basent sur la moyenne entre : l'estimation depuis les taux de variation par commune de 2012-2017 appliqués à 2025 et celle depuis la population totale estimée en 2025 puis ventilée par commune selon les pourcentages observés de 2017.



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

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

2 - Précarité et emploi

a) Revenus

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

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

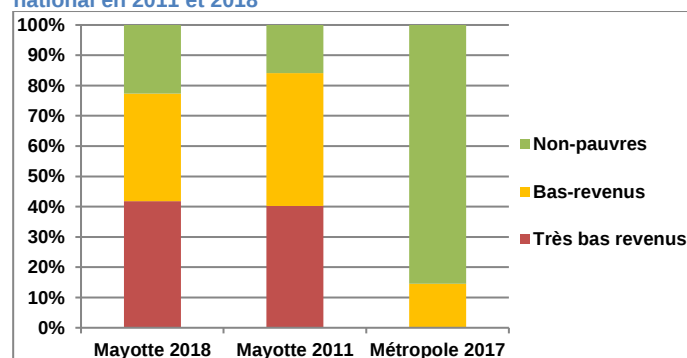
En euros par mois et par UC	Mayotte				France Hexagonale 2017
	1995	2005	2011	2018	
D1	24	70			
D2	50	98			
D3	71	129			
D4	94	166	180	140	1 520
D5 (niveau de vie médian)	118	201	300	260	1 700
D6	143	242	440	410	1 900
D7	176	300	590	740	2 130
D8	220	394	820	1 090	2 440
D9	300	679	1 200	1 780	3 010
Rapport D9 / D5	2,5	3,4	4,0	6,8	1,8

NB : Les trois premiers déciles de niveaux de vie ne sont pas représentés ici, car particulièrement faibles et soumis à aléa.
Note de lecture : Les 40 % les plus pauvres perçoivent moins de 140 euros par mois et par UC à Mayotte en 2018, moins de 180 euros à Mayotte en 2011 et moins de 1 520 euros dans l'Hexagone en 2017.

Champ : Ménages de Mayotte

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

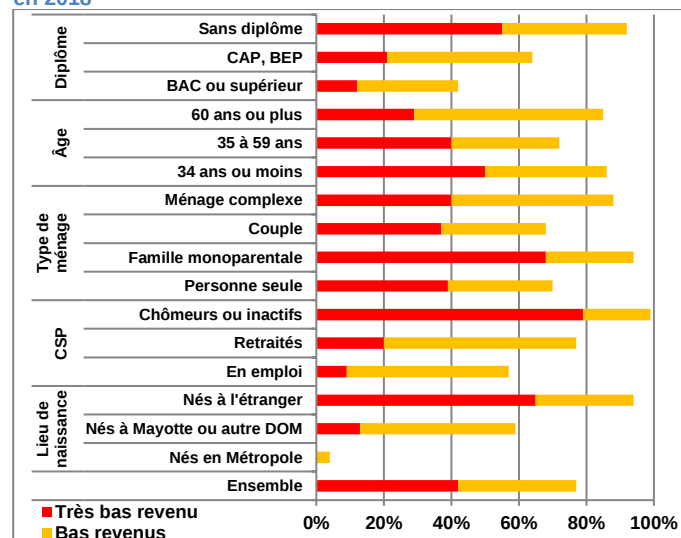
Figure 12 : Répartition de la population selon le seuil de pauvreté local de Mayotte et le seuil de pauvreté national en 2011 et 2018



Champ : Ménages de Mayotte

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

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



Champ : Ménages de Mayotte

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

¹² Un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian.

¹³ Le PiB est l'un des agrégats majeurs des comptes nationaux. En tant qu'indicateur économique principal de mesure de la production économique réalisée à l'intérieur d'un pays donné, le PiB vise à quantifier — pour un pays et une année donnée — la valeur totale de la « production de richesse » effectuée par les agents économiques résidant à l'intérieur de ce territoire (ménages, entreprises, administrations publiques). Le PiB reflète donc l'activité économique interne d'un pays et la variation du PiB d'une période à l'autre est censée mesurer son taux de croissance économique. Le PiB/habitant mesure le niveau de vie et — de façon approximative — celui du pouvoir d'achat car n'est pas prise en compte de façon dynamique l'incidence de l'évolution du niveau général des prix.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



b) Consommation des ménages

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

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

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

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

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

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

Champ : Ménages de Mayotte, comptabilité nationale hors autoconsommation

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

c) Coût de la vie

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

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

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

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

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

d) Emploi

Le taux d'emploi chez les 15-64 ans à Mayotte continue de baisser sur les quatre dernières années : 29 % en 2023¹⁴ [21] contre 38 % en 2018 [22], année où il était le plus fort observé depuis 2009 (34 % [23]) [24].

¹⁴ Contre 68 % en France Hexagonale en 2021-2022, 51 % en Guadeloupe, 57 % en Martinique, 42 % en Guyane, 49 % à La Réunion [25].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

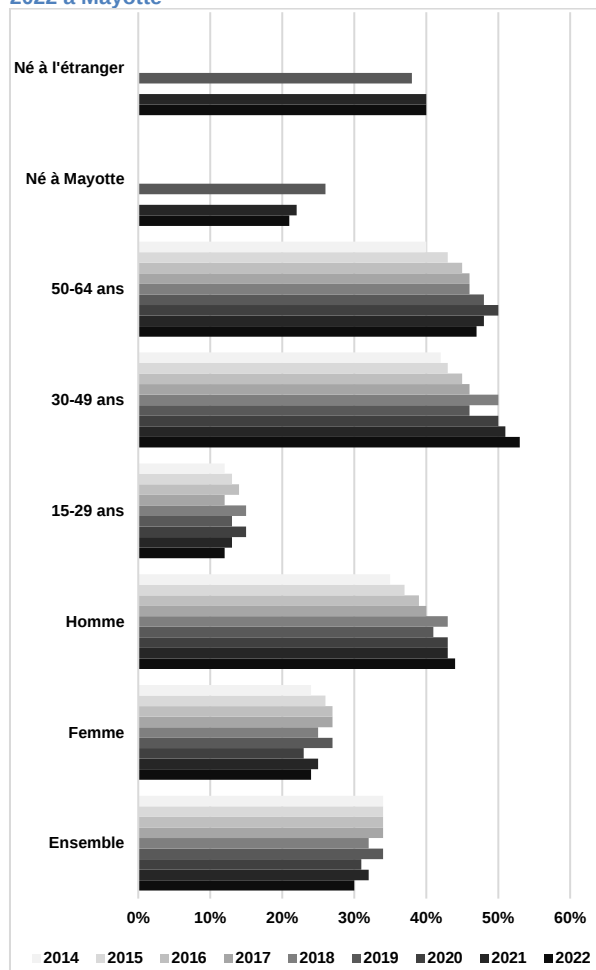
www.ars.mayotte.santé



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

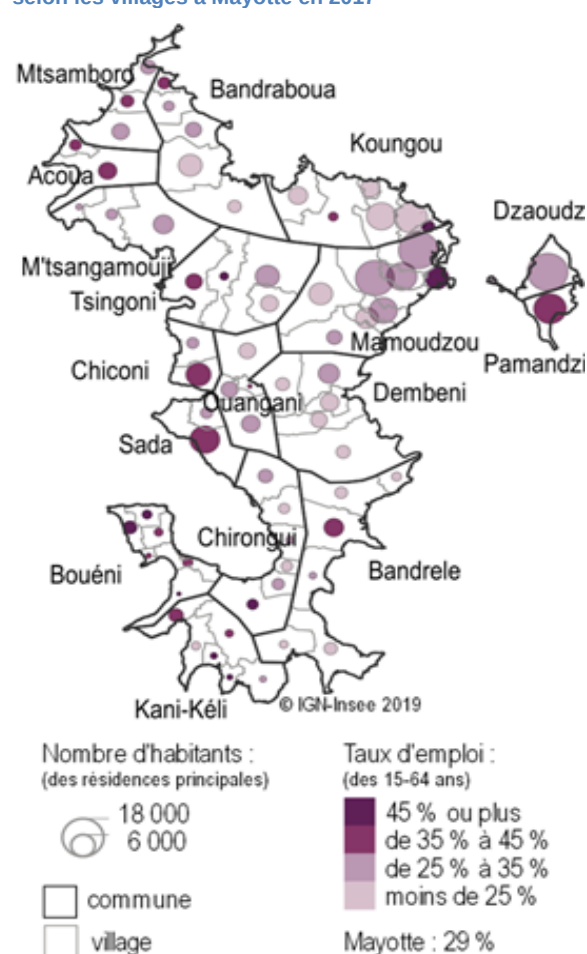
Le taux de chômage¹⁵ au sens du BIT s'établit à 37 % de la population active¹⁶ à Mayotte en 2023 [21], alors qu'il était de 18 % en 2009 [23]. Mayotte reste le **département français au taux de chômage le plus élevé¹⁷** [25]. En 2020, il avait baissé en trompe-l'œil (28 %) en raison du confinement qui avait conduit nombre de personnes sans emploi à réduire leurs recherches d'emploi [27]. En 2018, le chômage avait été particulièrement élevé (35 %) à la suite des mouvements sociaux et la baisse des contrats aidés [28].

Figure 14 : Taux d'emploi, au sens du BIT, de 2014 à 2022 à Mayotte



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

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



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

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

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

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

¹⁵ La définition et la mesure du chômage est complexe et extrêmement sensible aux critères retenus. En effet, les frontières entre emploi, chômage et inactivité ne sont pas toujours faciles à établir (exemple d'un étudiant qui travaille quelques heures par semaine...). Le BIT a cependant fourni une définition stricte du chômage, mais qui ignore certaines interactions qu'il peut y avoir avec l'emploi (travail occasionnel, sous-emploi), ou avec l'inactivité : en effet, certaines personnes souhaitent travailler mais sont « classées » comme inactives, soit parce qu'elles ne sont pas disponibles rapidement pour travailler (deux semaines), soit parce qu'elles ne recherchent pas activement un emploi. Ces personnes forment ce que l'on appelle un « halo » autour du chômage.

¹⁶ Partie de la population d'un territoire en capacité de travailler chez les 15 ans ou plus.

¹⁷ 15 % des 15 à 64 ans sur la période 2021-2022, 11 % en Guadeloupe, 8 % en Martinique, 7 % en Guyane, 11 % à La Réunion et 5 % en France Hexagonale [25].

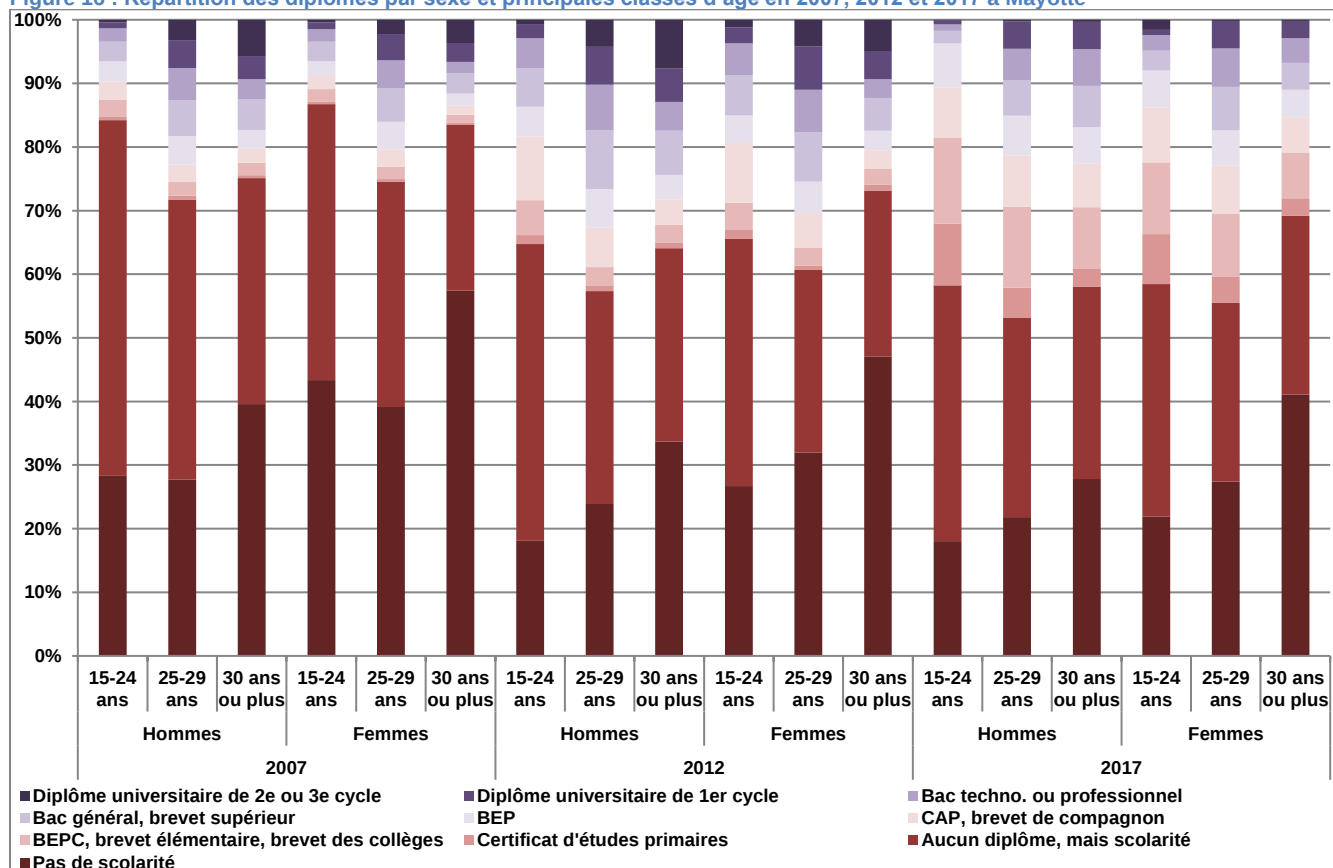


e) Diplômes et compétences à l'écrit et l'oral

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

Les niveaux de formation sont très différents selon l'origine : 86 % des natifs de l'étranger n'ont pas de diplôme qualifiant, 62 % pour les natifs de Mayotte [30]. Quel que soit le lieu de naissance, grâce au développement de la scolarisation, **les jeunes générations sont plus diplômées** que leurs aînés [30]. En 2018, la part d'individus de 15 ans ou plus **non scolarisés** est de **31 %** (38 % chez les natifs de l'étranger, 25 % chez ceux de Mayotte) contre 40 % en 2009, et 21 % ont un diplôme supérieur ou égal au Baccalauréat contre 13 % en 2009 [30].

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



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Insee, recensements de la population [31]

En 2012, **Les personnes n'ayant jamais été scolarisées représentent près du tiers des 16-64 ans** et sont pour la **quasi-totalité en grande difficulté à l'écrit** (96 %) [32]. Il s'agit principalement de personnes âgées de plus de 40 ans (55 %) et majoritairement de femmes (68 %) [32] (Figure 17).

Les habitants de Mayotte qui ont été scolarisés éprouvent souvent des difficultés à réaliser des exercices de calcul. Elles sont aussi fréquentes qu'à l'écrit : **43 % des personnes scolarisées ont du mal à effectuer des calculs simples** (contre 16 % dans l'Hexagone) [32]. Cependant, les difficultés rencontrées en calcul **diminuent en fonction de l'âge** (48 % chez les 16-24 ans et 34 % chez les 45-64 ans) [32]. En compréhension orale, elles sont moins fréquentes : **38 % des personnes scolarisées éprouvent des difficultés à comprendre un texte d'information** (contre 15 % dans l'Hexagone) [32]. **Les mauvaises performances ont tendance à se cumuler** : 64 % des personnes en grande difficulté à l'écrit le sont aussi en calcul et 66 % pour la compréhension orale [32] (Figure 18).

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



ARS MAYOTTE

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

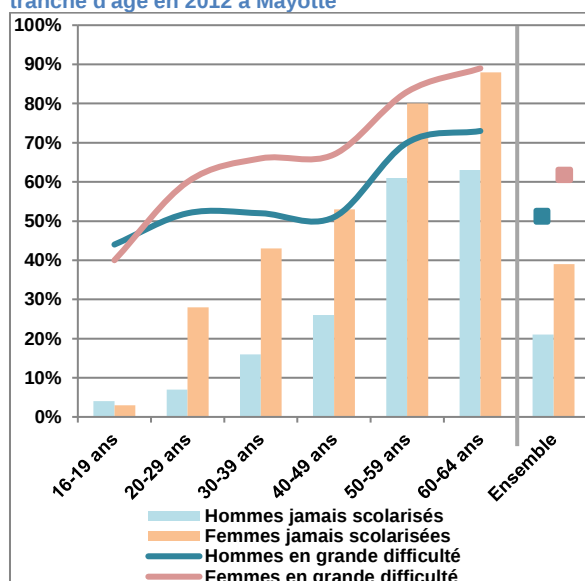
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

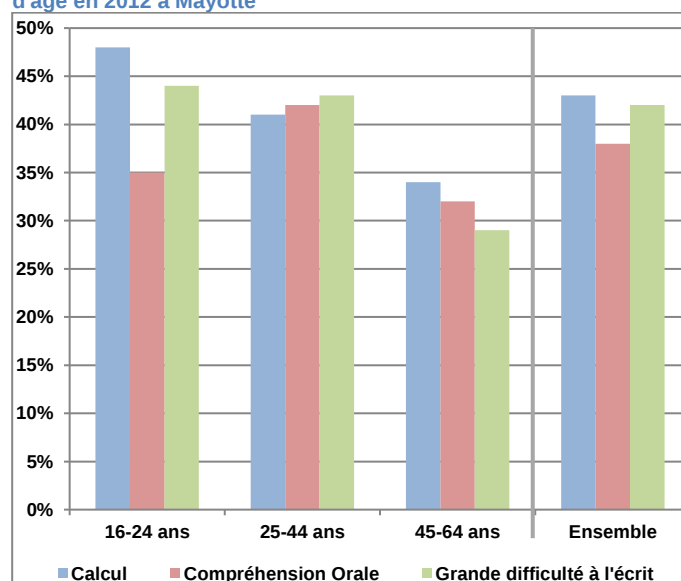
Figure 17 : Part de la population jamais scolarisée et part en grande difficulté à l'écrit selon le sexe et la tranche d'âge en 2012 à Mayotte



Champ : Habitants de 16-64 ans de Mayotte

Source : Insee, enquête Information Vie Quotidienne de 2012 [32]

Figure 18 : Part des personnes en grande difficulté en calcul ou en compréhension orale selon la tranche d'âge en 2012 à Mayotte



Champ : Habitants de 16-64 ans de Mayotte ayant été scolarisés

Source : Insee, enquête Information Vie Quotidienne de 2012 [32]

3 – Natalité, fécondité et structure familiale

a) Courbes des naissances survenues

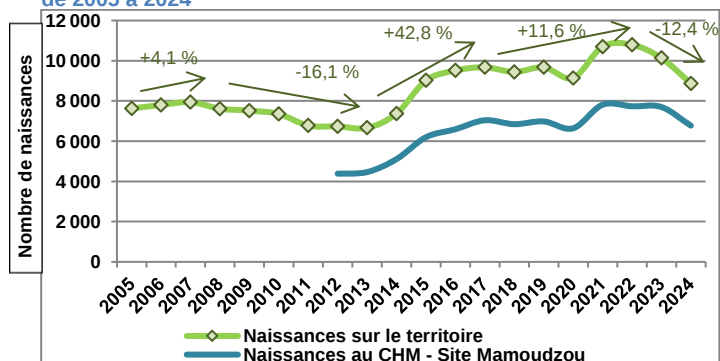
Sur l'année 2024, 8 874 naissances ont eu lieu à Mayotte, dont 76 % à la maternité centrale.

Après plusieurs années de baisse, -16 % entre 2007 et 2013, le nombre de naissances augmente de 43 % entre 2013 et 2016.

Il se stabilise ensuite autour des 9 600 naissances de 2016 à 2019 [33] puis diminue de 6 % en 2020. En 2021, le nombre des naissances augmente à nouveau très fortement de 17 % par rapport à 2020 et franchit un nouveau palier.

Enfin, sur l'année 2024 complète, le nombre de naissance a fortement diminué : -12 % (Figure 19).

Figure 19 : Courbe des naissances survenues à Mayotte de 2005 à 2024



Champ : Naissances survenues à Mayotte

Source : CHM

Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

En 2023, sur les 330 mères domiciliées à Mayotte et ayant accouché hors du territoire¹⁸, la moitié ont accouché à La Réunion et l'autre moitié dans l'Hexagone [34].

Tableau 4 : Naissances survenues et naissances domiciliées de 2014 à 2024 à Mayotte

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Naissances survenues ¹⁹	7 374	9 019	9 514	9 674	9 441	9 673	9 145	10 704	10 795	10 133	8 874
Naissances domiciliées ²⁰	7 306	8 997	9 496	9 762	9 590	9 770	9 184	10 610	10 770	10 280	
Delta	+68	+22	+18	-88	-149	-97	-31	+94	+25	-147	
Indice de fécondité (enfants par femme)	4,1	4,9	5,0	4,9	4,7	4,6	4,2	4,6	4,7	4,5 ²¹	
Taux de natalité (naissances pour mille habitants)	32,7	38,7	39,4	39,0	37,4	36,2	32,9	36,6	36,1	34,9 ²²	

Source : CHM (survenues), Insee (domiciliées) bilan démographique [34]

Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

¹⁸ En 2022, 298 femmes domiciliées à Mayotte ont accouché hors du territoire [40]. 241 en 2021 [35], 236 en 2020 [36], 300 en 2019 [37], 325 en 2018 [38], 300 en 2017 [39]. La répartition entre accouchement à La Réunion et en dans l'Hexagone est stable avec 2021 sur les années précédentes [35].

¹⁹ Les naissances survenues correspondent à celles ayant lieu sur le territoire de Mayotte que la mère soit domiciliée ou non.

²⁰ Les naissances domiciliées correspondent à celles ayant lieu en France entière et dont la mère est domiciliée à Mayotte.

²¹ 1,6 en 2023 en France Hexagonale [34].

²² 9,7 en 2023 en France Hexagonale [34].



ARS MAYOTTE

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

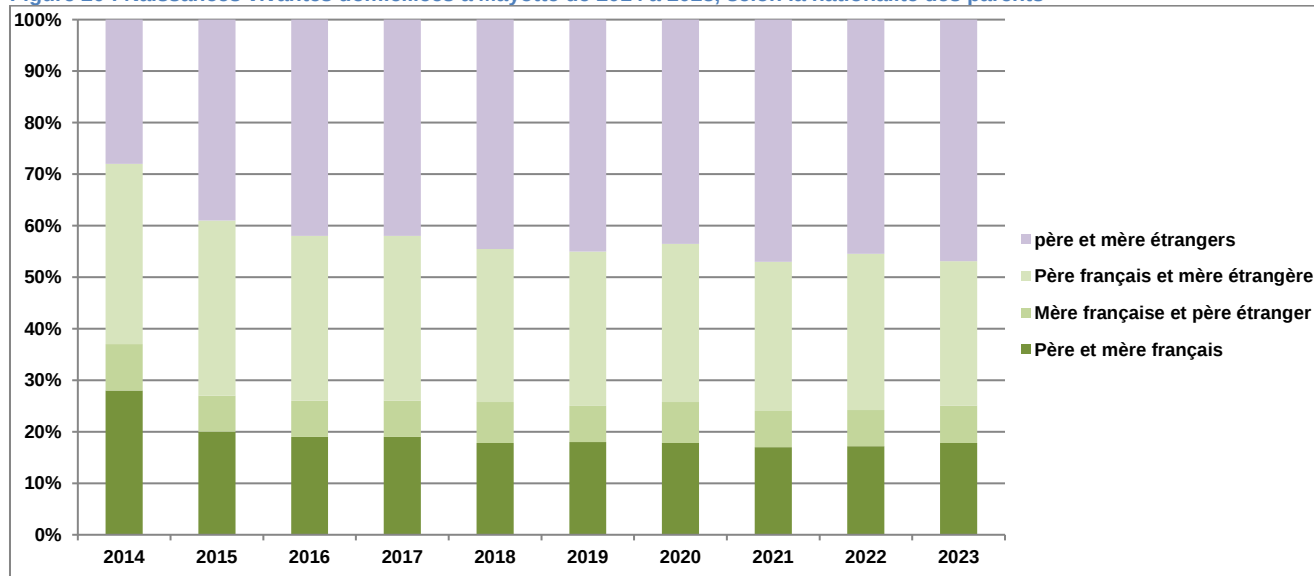
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



53 % des nouveau-nés²³ de 2023 ont au moins un parent français et **naissent ainsi français** alors qu'en 2014 la part était de 72 % [34] (Figure 20).

Figure 20 : Naissances vivantes domiciliées à Mayotte de 2014 à 2023, selon la nationalité des parents



Champ : Naissances domiciliées à Mayotte

Source : Insee, bilan démographique [34]

Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

Mayotte est également le deuxième département à avoir le plus fort taux de grossesses chez les mineures après la Guyane : 4 % en 2023 (440 enfants nés de mères mineurs, dont 120 de 15 ans ou moins), contre 0,4 % dans l'Hexagone [34] et 4 % en 2022 (soit 470 naissances [40], 4 % en 2021 – 470 naissances – [35], 5 % en 2020 – 415 – [36], 4 % en 2019 – 430 – [37], 5 % en 2018 – 470 – [38] et 2017 – 470 – [39]). En 2023, l'âge moyen des mères s'élève à **28,0 ans** à Mayotte, soit 2,8 ans de moins qu'au niveau national. Les pères sont plus âgés (**34 ans en moyenne**), en lien avec un écart d'âge entre conjoints plus élevé qu'au niveau national [34].

La maternité du CHM de Mamoudzou représente en moyenne par an **72 % des naissances survenues** sur le territoire. Les centres périphériques de Kahani, Dzoumogné, M'Ramadoudou et Pamandzi en rassemblant respectivement 11 %, 7 %, 6 % et 4 %²⁴ (Tableau 5).

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

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

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

Champ : Naissances survenues à Mayotte

Source : CHM

Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques

b) Spécificité de la courbe des naissances survenues

L'augmentation et la diminution du nombre de naissances d'un mois à l'autre se fait de manière graduelle et non « brusque » avec une **hausse de janvier à avril** suivie d'une **stabilisation sur avril/mai**. Puis une **baisse de juin à septembre** est observée et se finissant par une nouvelle **stabilisation d'octobre à décembre** [33].

²³ En 2018, un nouveau-né sur dix n'était pas reconnu à la naissance par le père, équivalent à l'Hexagone, contre 15 % en 2014. En fonction de l'âge de la mère, ce constat est plus accentué : 18 % chez les mères mineures (15 ans ou moins) contre 9 % chez majeurs [38].

²⁴ En 2023, 7 % des naissances ont lieu hors maternités [40]. 7 % en 2022 contre 0,8 % dans l'Hexagone [40]. Respectivement 9 % et 0,9 % en 2021 [35], 6 % et 0,5 % en 2019 [37], 5 % et 0,7 % en 2018 [38], 6 % et 0,5 % en 2017 [39]. 5 % de naissances hors maternités en 2020 [36].



ARS MAYOTTE

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

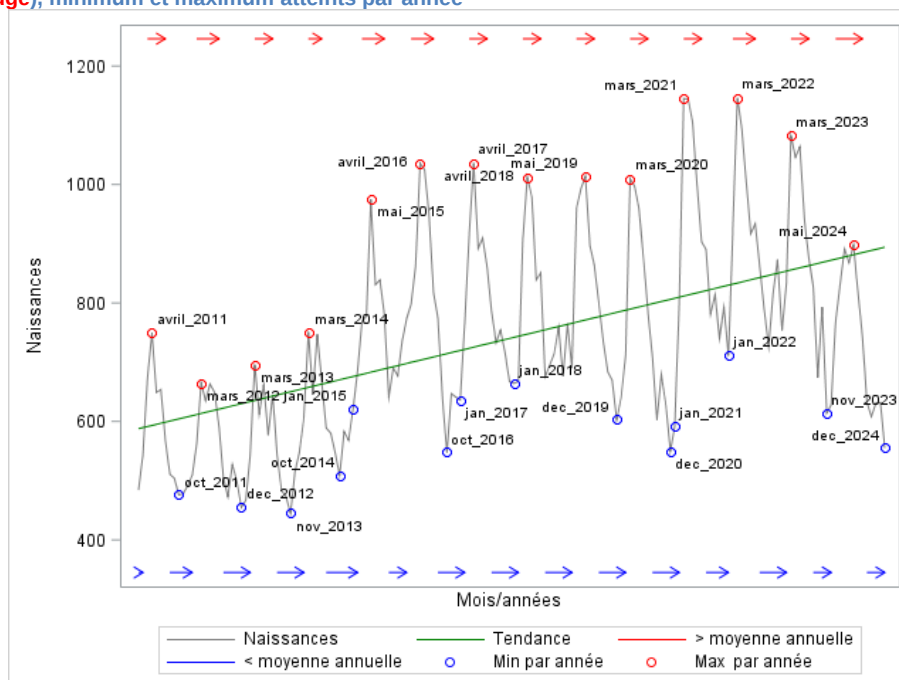
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Ainsi, les mois connaissant une **explosion du nombre de naissances** sont ceux de : **mars, avril, mai et juin**. A contrario, les mois dont le nombre de naissances est le plus **faible** sont ceux de : **janvier, septembre, octobre et novembre** [33] (Figure 21).

Figure 21 : Evolution de 2012 à 2024 du nombre de naissances par mois (en gris), tendance globale (en vert), saisonnalité (en bleu et rouge), minimum et maximum atteints par année



Champ : Naissances survenues à Mayotte

Source : CHM

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques – Automate M.A.R.C.

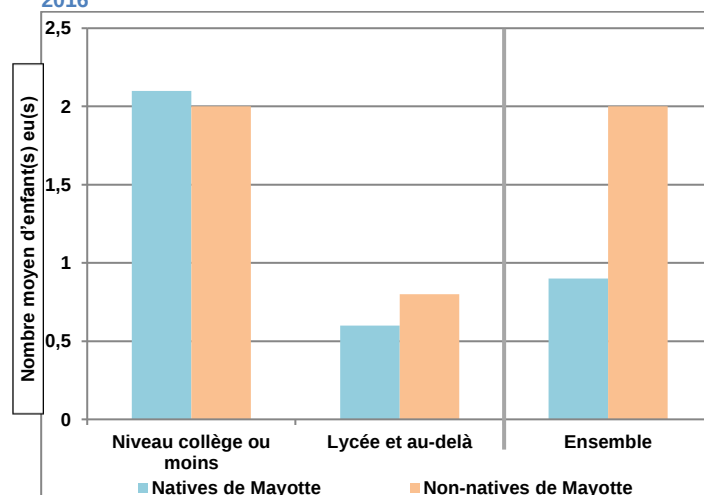
c) Indicateur conjoncturel de fécondité

En 2023, l'indicateur conjoncturel de fécondité²⁵ s'élève à **4,5 enfants par femme à Mayotte**. Le territoire est alors le **département français où la fécondité est la plus élevée** [34]. Il se situe à un **niveau très supérieur à l'Hexagone** (1,6 enfant par femme) malgré qu'il ait été divisé par deux entre 1978 et 2012 [8], **en lien avec la généralisation de la scolarisation** [10] (Figure 22).

La fécondité est déjà importante chez les jeunes : 1,3 enfant pour les femmes de 15 à 24 ans à Mayotte contre 0,2 dans l'Hexagone [34]. **Elle reste élevée chez les plus âgées** : 1,0 enfant chez les 35-49 ans contre 0,4 dans l'Hexagone [34].

Cette hausse est due pour l'essentiel au surcroît de naissances de mères d'origine étrangère arrivées récemment à Mayotte²⁶. La fécondité est près de deux fois plus élevée pour les femmes **nées à l'étranger** : **6,0 enfants par femme en 2017** (6,4 en 2007), que pour celles **nées à Mayotte** : **3,5** (3,4 en 2007) [8].

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



Champ : Femmes nées entre 1980 et 1989, habitantes de Mayotte

Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

²⁵ L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là. D'un niveau souvent comparable à la descendance finale des générations, cet indicateur peut s'en écarter durablement lorsque le calendrier de la fécondité se modifie : un retard de calendrier conduit ainsi à une baisse de l'indicateur conjoncturel de fécondité, même si la descendance finale des générations n'est pas modifiée.

²⁶ 11 % des femmes enceintes l'étaient avant leur arrivée à Mayotte en 2016, 27 % chez les natives de l'étranger [81].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

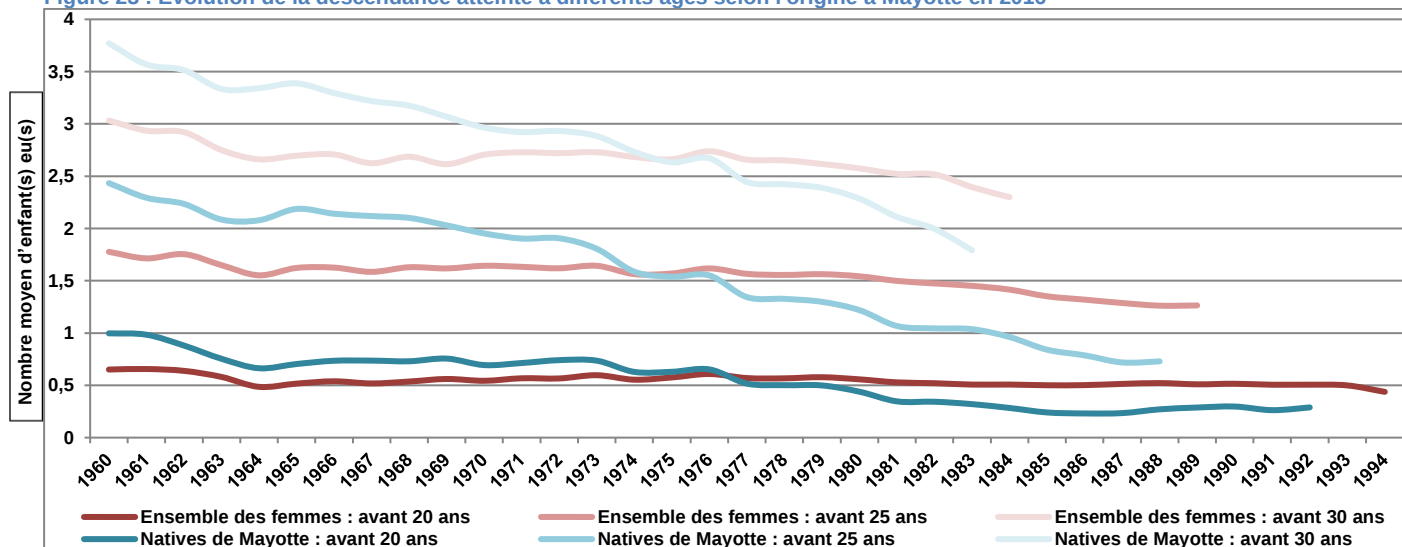
www.ars.mayotte.santé

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



Ce résultat ne doit pas masquer l'importance des changements en cours puisque **la proportion de femmes ayant eu 7 enfants ou plus a été divisée par deux entre les générations 1940-1949 et 1970-1976** (38 % contre 20 %) [10]. De plus, l'indicateur diminue pour les générations de 1960 à 3,8 et à moins de 2 pour la génération de 1980 [10] (Figure 23).

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



Champ : Femmes nées entre 1960 et 1992, habitantes de Mayotte

Source : Ined-Insee, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [10]

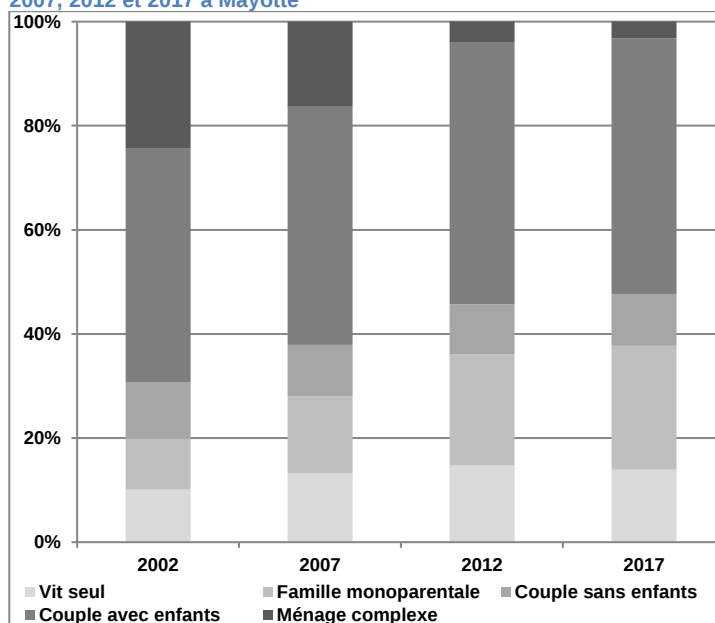
d) Famille

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

Concernant cette partie de la population, après 6 ans, 7 à 9 % des enfants vivent dans un ménage sans aucun de leurs parents [10]. Le nombre de mineurs vivant sans leurs parents est estimé à 5 400 enfants dont 44 % sont de nationalité française [41]. **La moitié de ces mineurs ne sont pas inscrits dans un établissement scolaire** alors que 61 % ont entre 6 et 16 ans [41]. Pour la majorité d'entre eux, ils vivent avec d'autres membres familiaux et dont le chef de famille n'est pas né à Mayotte [10].

En 2017, la moitié des habitants de Mayotte de 14 ans ou plus vivent en couple [42] (Six sur dix en 2007 [43]). **Les femmes débutent leur vie de couple plus tôt** (deux sur cinq chez les 20-24 ans contre un sur cinq chez les hommes du même âge), **mais après 30 ans elles le sont moins souvent** que dans le reste de la France (63 % contre 70 %) [42]. Très peu de couples sont sans enfant : 17 % contre la moitié ailleurs en France [42]. **La**

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



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

Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, recensements de la population [31]

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

²⁸ Dont 23 % sont composées de 4 enfants ou plus [41].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



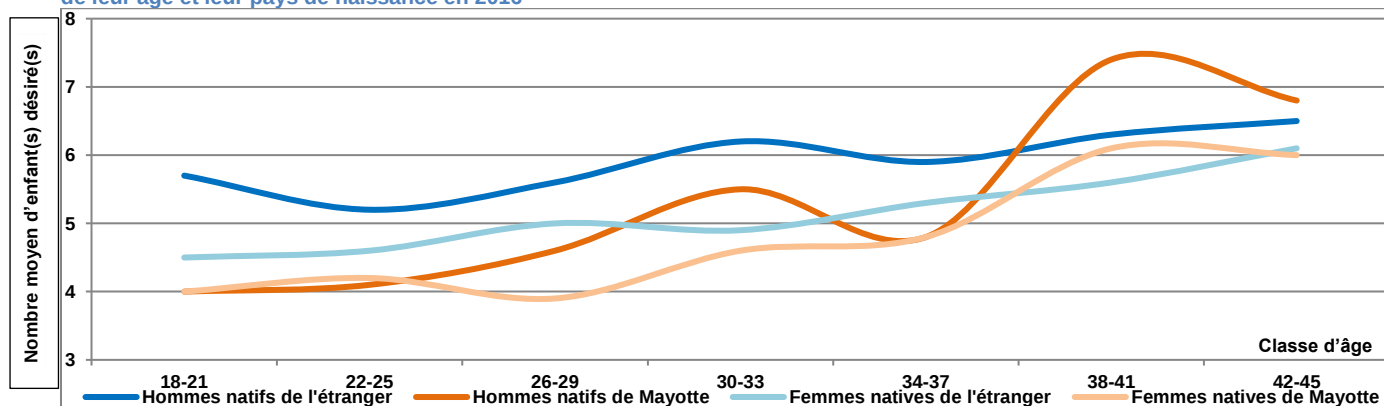
mixité est trois fois plus fréquente à Mayotte : trois couples sur dix unissent une personne née dans un pays étranger et une personne née à Mayotte ou ailleurs en France (12 % dans l'Hexagone) [42].

e) Perception de la parentalité

En 2016, **les familles de plus de cinq enfants restent la norme souhaitée** [44].

Cependant, les plus jeunes souhaitent deux enfants de moins que leurs aînés [44]. Si les femmes, natives de Mayotte et de l'étranger, ont des projets familiaux comparables à ceux des hommes nés à Mayotte, il est observé que les **hommes natifs de l'étranger se démarquent particulièrement** [44]. Ainsi, on peut constater : une forte **diminution** du nombre d'enfants désirés par les hommes natifs de **Mayotte** avec trois enfants de moins entre les 18-25 ans et les plus de 40 ans ; une certaine **stabilité** autour de **six enfants** chez les hommes **natifs de l'étranger**, quel que soit l'âge ; et jusqu'à 30 ans, les femmes **natives de l'étranger** désirent en moyenne **un enfant de plus que celles nées à Mayotte** [44] (Figure 25).

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



Champ : Habitants de 18-44 ans de Mayotte

Source : ARS Mayotte-Ined, enquête Migrations, Famille, Vieillesse de 2016 [44]

La solidarité intergénérationnelle représente la principale motivation à avoir « beaucoup d'enfants », aussi bien pour les natifs de l'étranger que ceux de Mayotte [44].

En effet, **l'avantage** le plus souvent cité demeure le **soutien dans la vieillesse** (59 %) [44]. Il est suivi des motifs concernant **l'aide dans le travail** (40 %) et la **solidarité des grandes familles** (39 %) [44]. 21 % des personnes citent n'y voir aucun avantage et seulement 1 % un épanouissement affectif [44]. Les habitants nés dans un autre département français et ceux ayant un diplôme supérieur ou équivalent à un BAC+2 déclarent plus souvent aucun avantage à avoir beaucoup d'enfants (respectivement 49 % et 39 %), l'épanouissement et l'aspect affectif (8 % et 7 %) [44].

Les motifs de solidarité intergénérationnelle sont moins souvent cités chez les personnes ayant un BAC+2 ou supérieur et les jeunes (18-25 ans) [44]. D'ailleurs, ces derniers sont plus nombreux que les plus de 45 ans à déclarer avoir des enfants par fierté et affirmation de soi (25 % contre 19 %) ou pour les allocations familiales (6 % contre 3 %) [44].

Les obligations religieuses/sociales ne sont quasiment pas citées chez les natifs d'un autre département français : moins de 1 % contre 6-7 % pour les autres [44].

Le **désavantage** le plus souvent cité à avoir beaucoup d'enfants demeure le **coût/aspect financier** (70 %) [44]. **L'inquiétude sur l'avenir de leur(s) enfant(s)** (55 %) et les **problèmes d'éducation et de discipline** (55 %) sont ensuite les plus déclarés [44]. Un habitant sur dix ne cite aucun désavantage [44]. Les individus nés dans un département français hors Mayotte, les plus diplômés et ceux estimant leurs revenus comme suffisants évoquent moins souvent que les autres les coûts financiers et les problèmes d'éducation comme des désavantages à avoir beaucoup d'enfants [44].

Toutefois, ces trois sous-catégories de population déclarent plus régulièrement les « contraintes pour les parents » [44].

4 - Solidarité familiale

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

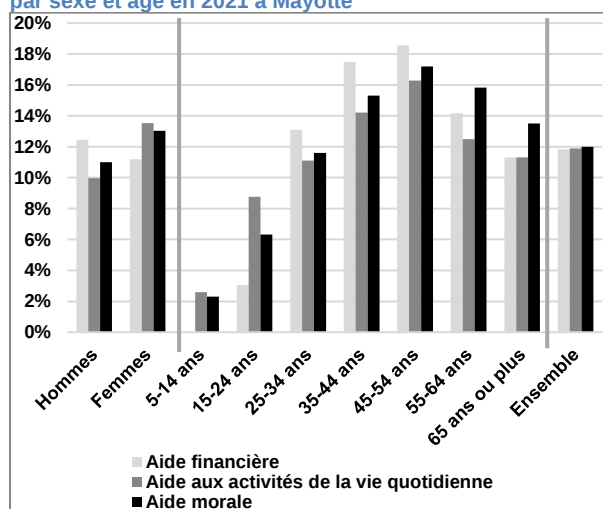
www.ars.mayotte.santé



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

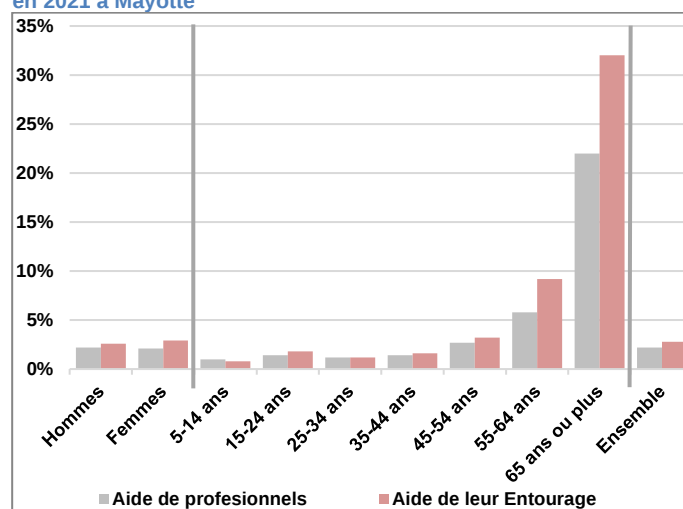
Quant aux **65 ans ou plus**, **22 %** reçoivent l'aide d'un professionnel de santé et **32 %** de celle de leur entourage [45] (Figure 27).

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



Champ : Habitants de 5 ans et plus de Mayotte
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [45]

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



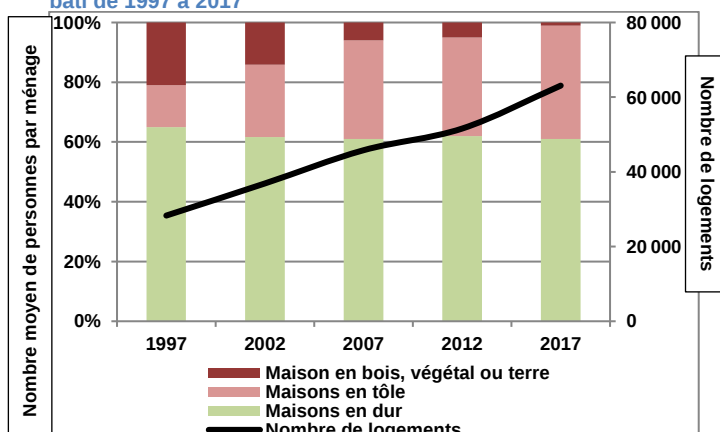
Champ : Habitants de 5 ans et plus de Mayotte
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [45]

5 - Le logement

Entre 2012 et 2017, la croissance du nombre de logements est dynamique à **+4,1 % en moyenne** par an [8]. Ce volume d'habitats a ainsi été multiplié par 5 vis-à-vis de 1978 [46] (Figure 28). La taille des ménages est de 4,1 personnes soit une moyenne de **1,4 personne par pièce** (0,6 dans l'Hexagone) [8] (Figure 29). En 2017, **39 %** des 63 100 résidences principales²⁹ sur le territoire **sont des maisons individuelles en tôle** (+1 point par rapport à 2012), les autres étant construites en dur [8]. La nature du bâti a fortement évolué ces 20 dernières années, 21 % des habitations avaient des murs en torchis, raphia, feuilles de cocotiers, tandis que la tôle ne constituait que 14 % du parc de logement en 1997 [47]. Désormais, **les cases en tôle³⁰ sont quatre fois plus nombreuses**, et celles en torchis ou raphia ont **diminué de moitié** (6 %) [47]. Les **maisons en bois, végétal ou terre** n'étant plus que de **1 % en 2017** [47]. Concernant les habitats en **dur**, ils concernent **61 %** du parc immobilier actuel, **65 % en 1997** (-4 points) [47] (Figure 1).

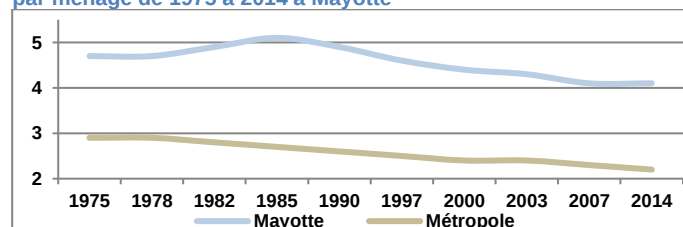
Les **natifs de l'étranger** vivent près de **trois fois plus souvent en habitat précaire³¹** que les natifs de Mayotte [8]. L'écart, qui s'est accru

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



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, enquête Logements de 2013 [47]

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



Champ : Résidences principales de Mayotte
Source : Insee, enquête Logements de 2013 [46]

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

³⁰ Ou habitat précaire.

³¹ Le type de revêtement du sol des logements reflète également la précarité de l'habitat à Mayotte [46]. Ainsi, en 2013, le sol était recouvert de carrelage dans seulement 40 % des logements [46]. Dans les autres, il s'agit de béton nu (26 %), de revêtement plastique (25 %) ou simplement de terre battue (8 %) [46].



depuis 2012, est **plus fort** encore avec les natifs de l'Hexagone ou des autres DOM, qui bénéficient des conditions de logement les plus favorables [8].

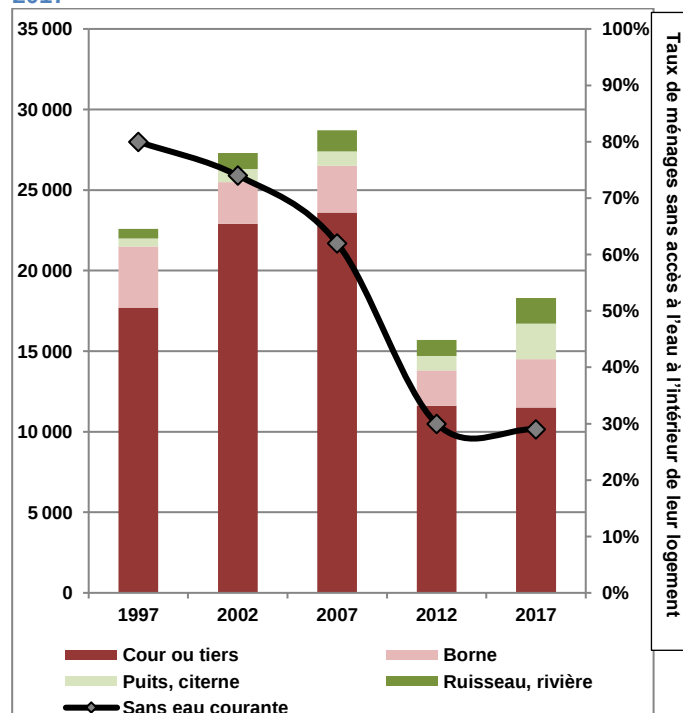
En 2017, **29 % des ménages n'ont pas accès à un point d'eau à l'intérieur** de leur résidence principale, **soit quasiment autant qu'en 2012** (30 %) [8]. L'accès à l'eau s'était pourtant nettement amélioré entre 2007 et 2012 : 63 % des ménages n'en disposaient pas en 2007 [8] et 80 % en 1997 [47]. Plus particulièrement, ils sont 17 % à n'avoir accès à l'eau courante ni dans leur logement ni dans leur cour (12 % pour exclusivement la cour) [47]. Les logements en tôle, particulièrement précaire ou indigne, sont **56 % à ne pas avoir l'eau courante à l'intérieur du logement** (36 % ni chez eux ni dans la cour), soit cinq fois plus que dans l'habitat en dur (12 %) [8] (Figure 30).

Dès lors, **6 % de ces ménages s'approvisionnent chez un proche ou une tierce personne** [47]. Les autres ont recours à une BFM³² (5 %), un puits ou une citerne (3 %), à un ruisseau ou la rivière (3 %) [47] (Figure 30). 15 % déclaraient en 2013 devoir faire un trajet supérieur à 20 mètres pour pouvoir s'approvisionner en eau [46].

En 2017, c'est tout le secteur gravitant autour de **Mamoudzou** qui est le plus touché : **Bandraboua, Koungou, Tsingoni, Ouangani** et **Dembéni** avec un taux d'accès à l'eau à l'intérieur des logements compris entre **57 % et 70 %** [47]. Suivies des communes de **Dzaoudzi, Chirongui** et **Bandré** (71 % à 80 %) [47]. Les autres communes ont un accès à l'eau bien supérieur et compris entre 81 % et 90 % [47]. Les communes recensant le **moins de logements en tôle** sont également celles où l'accès à l'eau y est le plus important [47] (Figure 31).

En 2017, **l'électricité reste absente dans 10 % des logements** [8]. En 2013, 6 % des logements n'en disposaient et par rapport à 2002 cette part a été **divisée par quatre** (8 % en 2007, stable depuis) [46]. Les habitants des maisons en tôle sont 15 % à être concernés contre 1 % pour ceux des logements en dur [46]. A Mayotte, **avoir l'électricité dans son logement ne signifie pas pour autant avoir son propre compteur** : 58 % des ménages déclarent en avoir un (43 % au sein des maisons en tôle), tandis que **17 % déclarent être raccordés au compteur d'un autre logement** [46]. De plus, la qualité de l'installation électrique y est souvent mauvaise : **46 % des ménages sont concernés par des installations aux fils non protégés et, pour 9 %, dans un état dégradé** (respectivement 62 % et 12 %

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

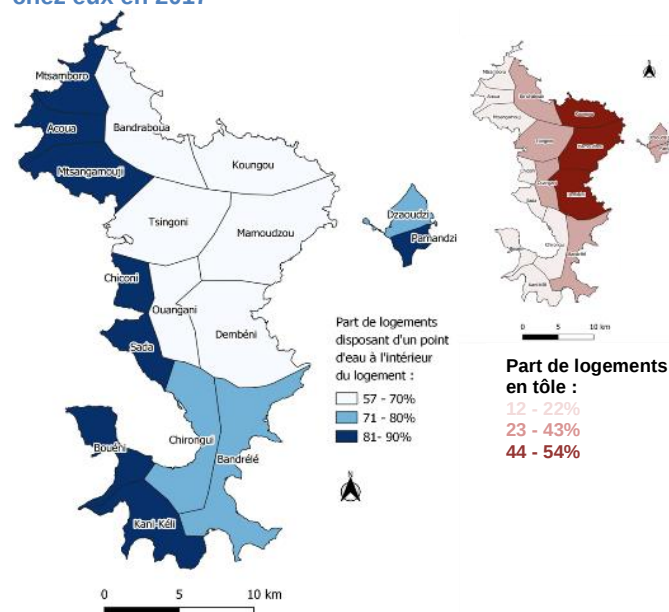


Note de lecture : En 1997, 22 600 ménages n'ont pas de point d'eau à l'intérieur de leur logement (échelle de gauche), soit 80 % de l'ensemble des ménages (échelle de droite). Parmi eux, 17 700 disposent d'un robinet dans leur cour ou font appel à un tiers (famille, ami ou voisin).

Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, recensements de la population [47]

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



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [47]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



pour les ménages raccordés à un tiers) [46]. **Entre 2002 et 2012**, la part de ménages **n'ayant pas l'électricité** dans leur logement avait été **divisée par quatre** [2]. En 2013, 6 % n'en disposaient pas [46]. Quatre années plus tard, **l'accès à l'électricité** n'est toujours pas généralisé à Mayotte et **recul même : 10 % des résidences principales en sont dépourvues** en 2017 [8].

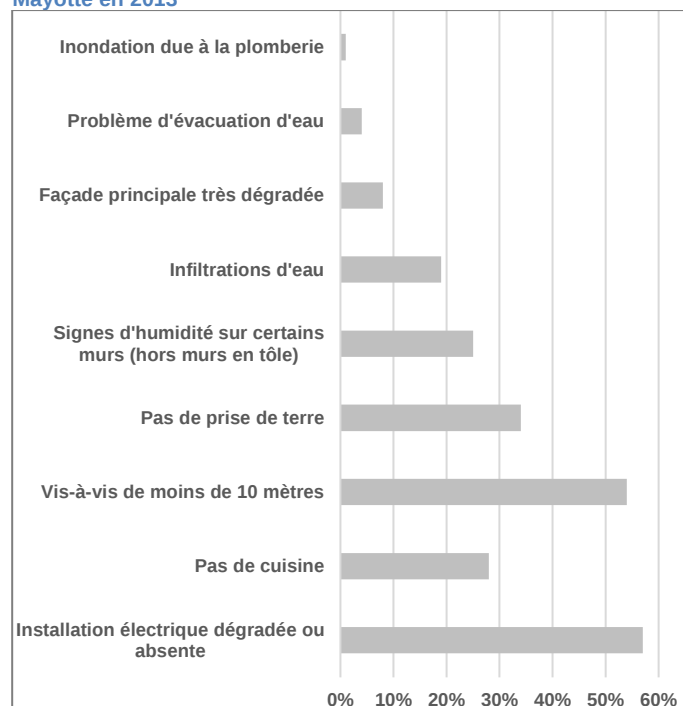
En 2013, **63 % des ménages sont en situation de surpeuplement**³³, 84 % lorsque la personne de référence est étrangère contre 53 % lorsqu'elle est née à Mayotte (9 % chez les natifs d'un autre département français) [46]. Les **familles monoparentales** (79 %) et les **couples avec enfants** (75 %) sont les plus concernés (contre 26-27 % pour les personnes seules et les couples sans enfant) [46].

61 % des ménages occupent un logement avec au moins deux défauts graves (27 % pour aucun défaut) : notamment les maisons en tôle (98 % contre 39 % pour celles en dur) [46]. Les **familles monoparentales** sont à nouveau les plus défavorisées : 76 %, 64 % pour les personnes seules et 43 à 58 % pour les couples avec/sans enfant(s) [46]. Parmi les problèmes signalés en 2013, ressortent les **logements trop petits** et la **chaleur** [46]. En fonction du type de bâti, le troisième défaut cité est l'absence d'eau pour les maisons en tôle et le **prix du loyer** pour les locataires des maisons en dur [46]. **Le bruit** reste cité dans des parts similaires : 11 % à 14 % se plaignent de leur voisinage [46] (Figures 32 & 33).

32 % des ménages estimaient leurs conditions de logement « insuffisantes » voire « **très insuffisantes** » (8 %) [46]. Notamment, ceux dépourvus **d'électricité** (61 %), occupants d'une **maison en tôle** (52 %) et ne bénéficiant pas du **confort sanitaire de base** (45 %) [46]. En 2017, **59 % des résidences principales ne bénéficient pas du confort sanitaire de base**³⁴ [8]. Si cette proportion se réduit par rapport à 2012 (- 5 points), cela reste moins importante qu'au cours des cinq années précédentes (- 13 points entre 2007 et 2012) [8]. Cette amélioration concerne uniquement l'habitat construit en dur. **Le confort sanitaire des habitations précaires ne progresse pas : 95 % n'en disposent pas** contre 37 % pour les habitations en dur [8] (Figure 37).

De nombreux ménages désiraient, en 2013, changer de logement (23 %) ou estiment y être contraints dans les trois ans à venir (19 %) [46]. **Ils sont cependant 13 % à juger leur souhait**

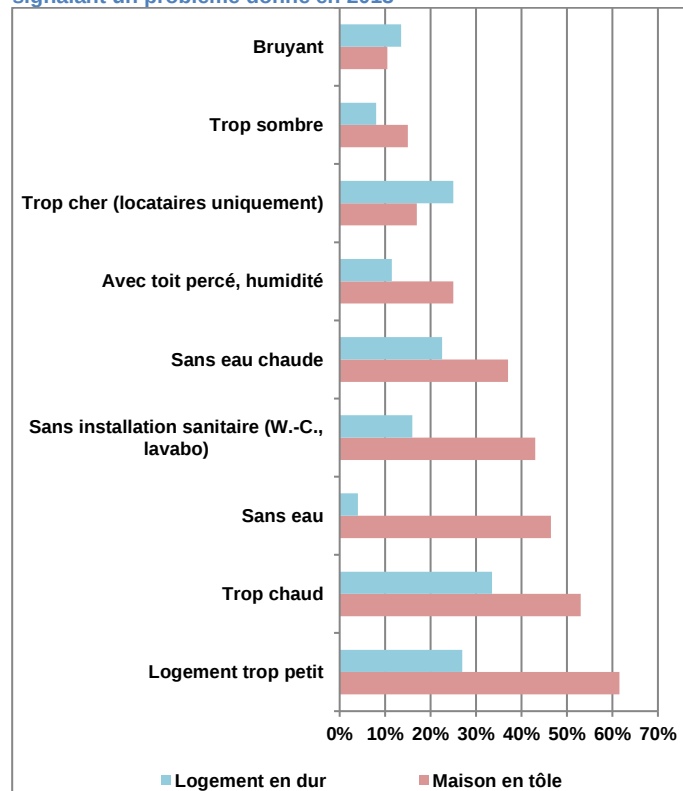
Figure 32 : Part des différents défauts des ménages de Mayotte en 2013



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [46]

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



Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, enquête Logements de 2013 [46]

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

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



ARS MAYOTTE

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

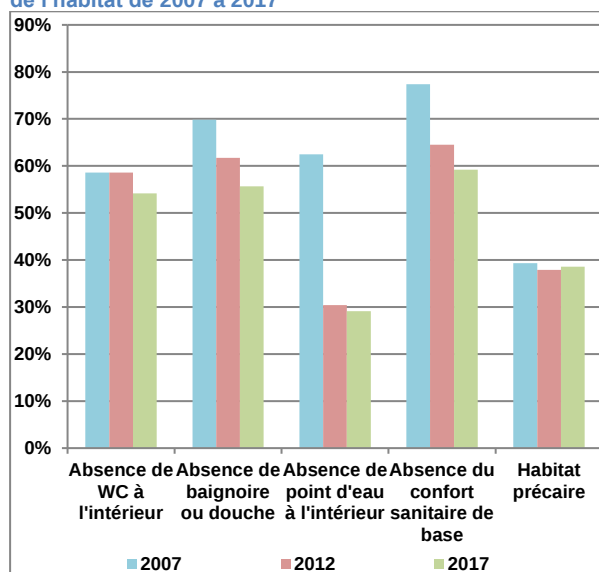
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



de changement irréalisable [46].

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

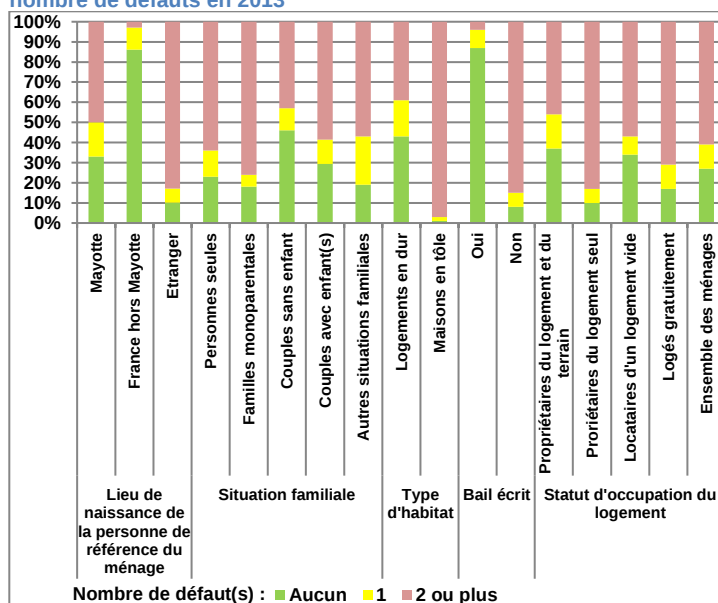


Note : Au sens de l'Insee, un habitat précaire désigne une maison faite en tôle, bois ou végétal.

Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [8]

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



Champ : Ménages de Mayotte

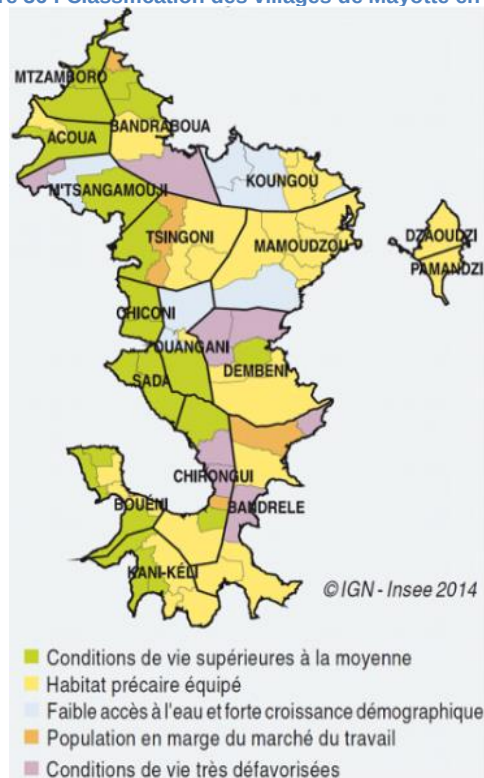
Source : Insee, enquête logement de 2013 [46]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

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

C'est en tout 16 villages sur 72 qui cumulent toutes les difficultés, soit en 2017 : **57 700 habitants pour 12 800 logements** [29]. En 2012, les 23 villages où les conditions de vies sont les meilleures abritaient, comme en 2017, un quart de la population de Mayotte [48].

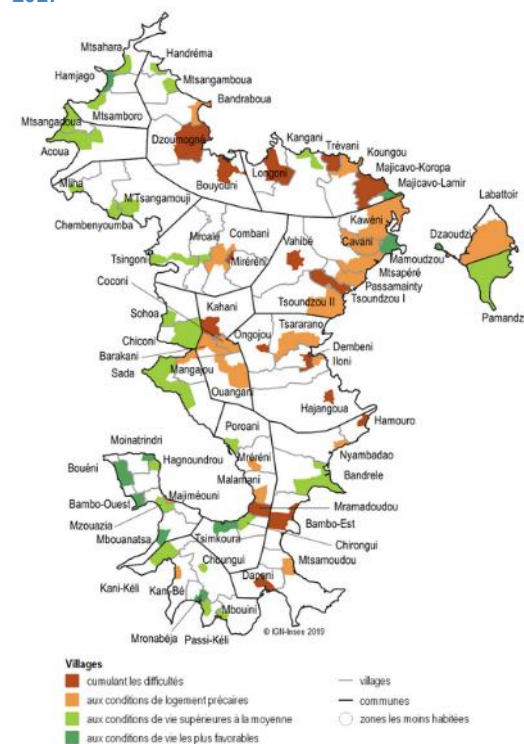
Figure 36 : Classification des villages de Mayotte en 2012



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2012 [48]

Figure 37 : Classification des villages de Mayotte en 2017



Champ : Ménages de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [29]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



6 – Couverture maladie

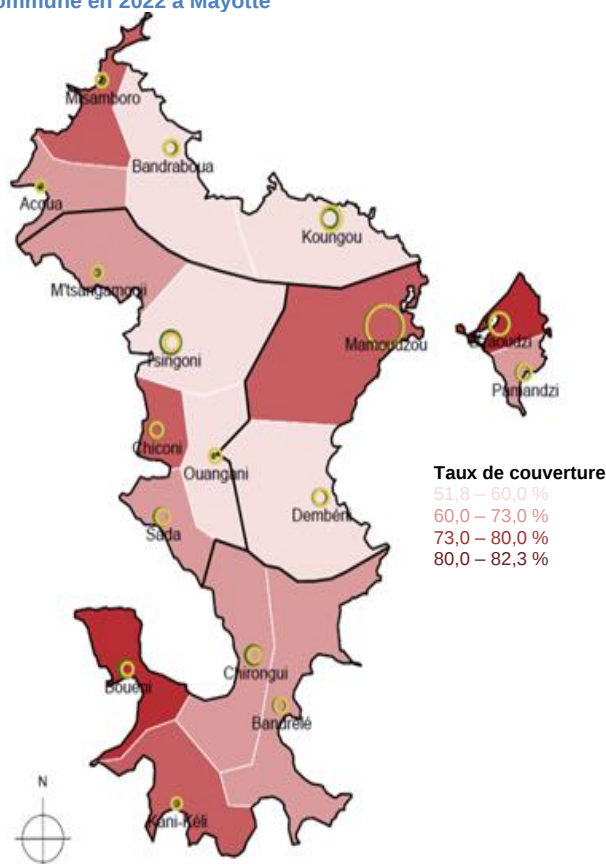
Selon les données de la CSSM, **un peu moins de la moitié** de la population totale était affiliée à la Sécurité sociale³⁵ en **2012** [49]. Ce taux a nettement **augmenté depuis** avec 70 % de la population couverte en 2018, **et 67 %³⁶ en 2023** [50], restant toutefois encore très éloigné de celui observé en France Hexagonale (88 % en 2019). Parmi les secteurs les **mieux pourvus³⁷** : les **extrémités** de l'île (M'tsamboro, Kani-Kéli et Bouéni) ainsi que les communes de **Mamoudzou, Dzaoudzi et Chiconi** avec un taux supérieur à 73 % [51] (*Figure 38*).

En 2016, la couverture était **particulièrement faible chez les moins de 30 ans³⁸ et ceux sans titre de séjour** [49] (*Figure 40*). Plus généralement, en 2019, 34 % des 15 ans ou plus de nationalité étrangère sont affiliés à la Sécurité sociale [52] (41 % chez les 18-79 ans de cette même catégorie de population en 2016 [49]).

L'inégalité est plus vive encore s'agissant de la « **complémentaire santé** », sachant que ni la CMU-C ni l'AME n'y ont été étendues sur l'île : **seul un habitant sur dix y souscrit³⁹** [53], le plus souvent natif d'un autre département français [49]. On note peu de différence en fonction du sexe, même si les hommes (12 %) sont un peu plus fréquents que les femmes (9 %) à y souscrire [49].

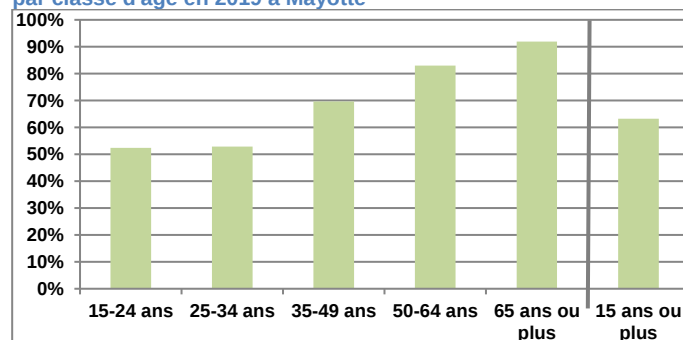
Également selon l'âge avec, d'un côté les **18-25 ans (2 %)** et les **60 ans ou plus (9 %)** qui affichent les taux d'adhésion les plus faibles, et de l'autre les **45-59 ans** qui ont le taux le plus fort (**13 %**) [49].

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



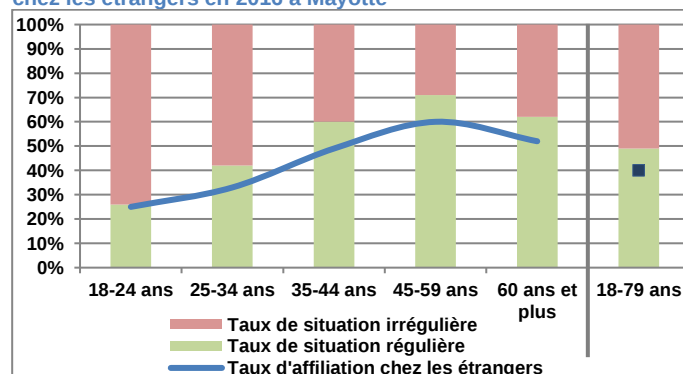
Note : Taux déterminés sur la population de 2017.
Champ : Habitants de Mayotte
Source : CSSM [51]

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



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]
Exploitation : Insee

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



Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [49]

³⁵ Depuis 2016, la Sécurité sociale est devenue la PUMA. Par simplicité, car la série chronologique de ces données débute en 2012, le terme d'origine sera conservé.

³⁶ Taux calculés sur nombre d'affiliés à la PUMA en 2023 sur estimation de la population au 1^{er} janvier 2024 de l'Insee.

³⁷ Taux déterminé par la CSSM par le ratio entre nombre d'affiliés sociaux à l'échelle des communes en 2022 et population de 2017. A défaut de disposer des données du nouveau recensement de la population, ces taux permettent de calculer une borne supérieure du niveau de couverture à Mayotte.

³⁸ On peut estimer le volume d'enfants âgés de moins de 18 ans **non couverts** par la Sécurité sociale à environ : 32 500, soit **un enfant sur quatre** de cette classe d'âge [58].

³⁹ Mayotte (12 % en 2019) se situe fortement en deçà de La Réunion (97 %), l'Hexagone (96 %), la Martinique (93 %), la Guadeloupe (91 %) et la Guyane (80 %) [53].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



7 – Organisation du système de santé

a) Les structures

Structures sanitaires

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

- **D'un site principal situé à Mamoudzou** qui abrite les services d'hospitalisations et un plateau technique (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, réanimation, SAMU-urgences, bloc opératoire, laboratoire de biologie, service d'imagerie équipé de scanners et d'appareils IRM dans le cadre d'un GIE, caisson hyperbare) ;
- **De 4 CMR** assurant des consultations médicales de premier recours et une permanence des soins organisée 24h/24, 7 jours sur 7. Chaque CMR dispose d'un service de maternité de proximité ;
- **De 9 centres de consultations⁴⁰ de proximité** ouverts du lundi au vendredi de 7h à 14h qui assurent des consultations médicales et/ou paramédicales de premier recours.

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

Une clinique privée, SAS Maydia, met en œuvre deux unités d'autodialyse, deux unités de dialyse médicalisées (M'Ramadoudou et Kawéni) et un centre lourd de dialyse médicalisée qui est situé au sein du CHM. **Une autre est présente, SAS les Flamboyants**, en tant que SMR polyvalent, locomoteur et neuro à Mamoudzou. Enfin, une **troisième avec SAS AURAR** à Ouangani, pour la prise en charge de l'IRCT par dialyse péritonéal.

Deux dispositifs de HAD, (dont un est porté par un opérateur privé, **viennent compléter** l'offre d'hospitalisation du CHM en médecine polyvalente et périnatale et se déploient sur l'ensemble du département.

Treize entreprises privées de transports sanitaires sont agréées à Mayotte pour un total de 74 véhicules sanitaires autorisés (ASSU - ambulances et VSL), complétant l'offre de transport proposée par les taxis conventionnés avec la CSSM pour les seuls transports sanitaires vers les centres de dialyse. Enfin, un **SMUR hélicoptère** est en appui aux transports sanitaires routiers, et un **avion sanitaire** permet d'effectuer les Evasan de Mayotte vers La Réunion et retours.

Quatre MSP sont autorisées à Mayotte :

- La **MSP Dago ya ounono**, basée à M'Zouazia (Sud), prenant en charge l'activité de soins de 1er recours, les thématiques sur la santé sexuelle, la contraception et la prévention primaire et pluri-spécialités. Elle intègre des sage-femmes, des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers ;
- La **MSP du Lagon**, basée à Mamoudzou, prenant en charge les thématiques du diabète, de l'hypertension artérielle et plaies cicatrisations. Elle intègre des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers ;
- La **MSP Suha N'Djema** basée à Chiconi (centre ouest), prenant en charge dans son projet de santé la rétention aiguë d'urine, l'IVG médicamenteuse, la régulation SMUR/ambulatorie, le suivi de patients chroniques à domicile par les infirmiers diplômés d'état, le suivi de grossesses, la prévention des plaies diabétiques et escarres⁴¹. Elle intègre des sage-femmes, des masseurs kinésithérapeutes, des infirmiers et un centre de prélèvement sanguin ;
- La **MSP des Hauts Vallons**, prenant en charge dans son projet de santé les soins non programmés, le suivi des patients chroniques et le développement d'une offre d'accès à l'IVG médicamenteuse. Elle intègre des sage-femmes, des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers.

Et Trois CDS sont habilités à Mayotte :

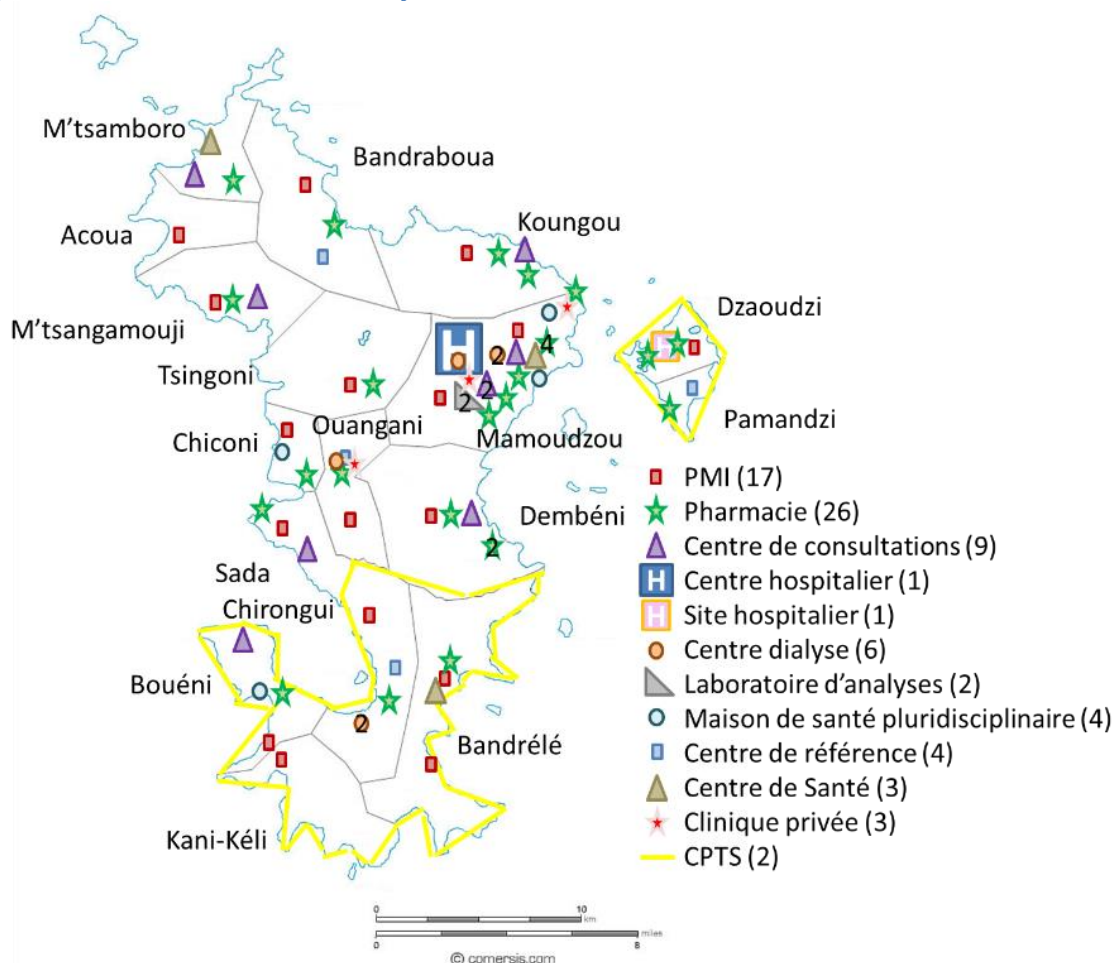
- Le centre polyvalent **Onakia**, à Kawéni, qui prend en charge les thématiques de l'audition de la vision et la médecine générale ;
- Le centre **Ounono Wa Matso**, à Bandré, spécialisé en télé-ophtalmologie. Il comporte une antenne à Hamjago.
- Un **centre de télésanté** assisté et adapté qui s'est installé à Hamjago, contigu au centre de santé. Il propose des consultations de télémedecine (téléconsultation/téléexpertise), et quelques jours par semaine des consultations en présentiel de médecine générale et spécialisées (psychiatre et gynécologue) par des professionnels installés en cabinet secondaire et regroupant un cabinet d'infirmiers et un cabinet de masseurs kinésithérapeutes.

⁴⁰ Anciennement appelés « Dispensaires ».

⁴¹ Plaies cutanées provoquées par une mauvaise irrigation sanguine liée à une pression prolongée. Les escarres résultent souvent d'une pression associée à une traction exercée sur la peau, une friction et une humidité, en particulier, dans les régions osseuses.



Figure 41 : Etablissements sanitaires à Mayotte au 15/04/2025



Source : ARS Mayotte – DOSA

Exploitation : ARS Mayotte - Département Etudes et Statistiques

Structures médico-sociales

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

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

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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

- **Services et répits** : SSIAD, AJA.

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

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

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

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

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



Equipements lourds

Concernant les équipements lourds soumis à autorisation, **un scanner et un caisson hyperbare fonctionnels** depuis 2009 ainsi qu'une **IRM** sont installés sur le site du CHM. En 2022, **un second scanner** est installé au CHM. **10 388 examens ont été réalisés pour des patients en consultation externe en 2023** par les scanners publics. L'IRM cogérée par le CHM et le cabinet de radiologie libéral (lequel possède également un scanner) comptabilisent **2 364 examens** cette même année (*Tableau 7*).

Tableau 7 : Equipements lourds et activités entre 2013 et 2023 à Mayotte

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

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

Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

c) Capacité du médico-social

En 2023, chez les jeunes, le taux d'équipement pour **handicapés** est de **1,4 équipements pour 1 000 individus de moins de 20 ans**, et de **2,0 en équipement global en SESSAD**. Ces deux taux étant **nettement inférieurs à l'Hexagone** : respectivement 7,3 et 3,4 [54].

Concernant les **20-59 ans**, les taux sont nuls par manque de structure, à l'exception de celui en **MAS** : **0,1 pour 1 000 individus**, stable depuis 2013 mais **neuf fois inférieur à l'Hexagone** : 0,9 [54].

Enfin, chez les personnes âgées, seul le taux d'équipements en **SESSAD/SSIAD** et **SPASAD** est non nul et cela depuis 2017, il **triple** par rapport à 2020 : **53,9 pour 1 000 individus de 75 ans ou plus** en 2023, et dépasse même celui de l'Hexagone (18,0) [54] (*Tableau 8*).

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

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

Source : Statiss Mayotte [54]

d) Professionnels de santé (hors remplaçants)

De nombreuses professions de Santé salariés et/ou libéraux sont peu présentes sur le territoire, notamment chez les paramédicaux et le secteur libéral [55] (*Tableaux 9 & 10, Figures 43 & 44*).

Ainsi, chez les effectifs « non remplaçants », au 1^{er} janvier 2023⁴², on observe des **densités** particulièrement **faibles** de **chirurgiens-dentistes** (7 pour 100 000 habitants, stable par rapport à 2013), **orthoptistes** (1 pour 100 000 habitants contre 0 en 2013, +1 point), **psychomotriciens** (4 pour 100 000 habitants contre 0 en 2013, +4 points), **manipulateurs ERM** (7 pour 100 000 habitants contre 4 en 2013, +3 points), **diététiciens** (5 pour 100 000 habitants contre 1 en 2013, +4 points), **opticiens-lunetiers** (6 pour 100 000 contre 4 en 2013, +2 points), **pédicures-podologues** (1 pour 100 000 habitants contre 1 en 2015, stable), **orthophonistes** (4 pour 100 000 habitants contre 3 en 2013, +1 point) et **ergothérapeutes** (5 pour 100 000 habitants contre 1 en 2013, +4 points) [55].

Ces professions présentent des densités cinq à dix fois inférieures à celles de l'Hexagone [55] (*Tableaux 9 & 10, Figures 43 & 44*). À contrario, les densités de **sage-femmes** (303 pour 100 000 femmes de 15-49 ans en 2023 contre 282 en 2013, +21 points) et d'**infirmiers** (289 pour 100 000 habitants en 2022 contre 303 en 2013, -14 points) sont **les plus importantes** sur le territoire. Si les densités de **sage-femmes** restent **au-dessus** de celles de l'hexagone : deux fois⁴³, ce n'est pas le cas des **infirmiers dont la densité est quatre fois inférieure** [55] (*Tableaux 9 & 10, Figures 43 & 44*).

⁴² Suite au travail de comparaison mené sur les bases antérieures à 2019, les effectifs observés des sage-femmes depuis le RPPS sont fortement sous-évalués vis-à-vis des fichiers du CHM. Le nombre de sage-femmes non-remplaçantes a été redressé par régression linéaire afin de fournir une estimation. Une approche similaire a également été menée pour les effectifs des masseur-kinésithérapeutes suite à la perte observée et associée au passage d'ADELI au RPPS. Cette fois-ci le redressement par régression linéaire est basé sur les effectifs observés avant ce changement d'enregistrement.

⁴³ Au 1^{er} janvier 2023, 241 sages-femmes non-remplaçantes sont estimées présentes sur le territoire, soit un taux de 42,0 naissances pour 1 sage-femme à Mayotte. À titre de comparaison, ce taux serait de 33,3 naissances pour 1 sage-femme dans l'Hexagone la même année.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

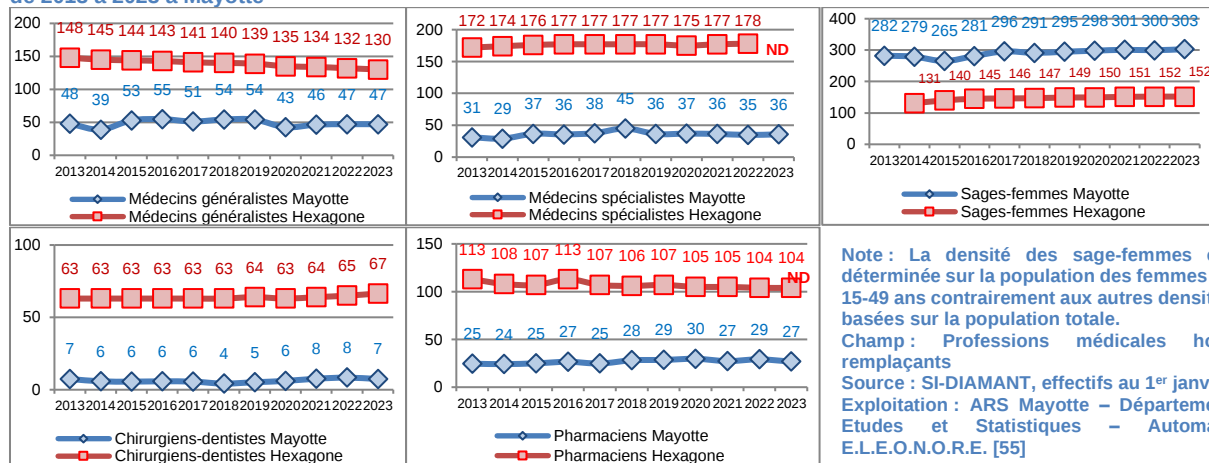
www.ars.mayotte.santé



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

Les **professionnels de santé libéraux sont répartis sur toute l'île** même si une grande majorité exerce à Mamoudzou et ses environs où se concentre la moitié de la population de Mayotte [55]. Cependant, des inégalités territoriales persistent avec certaines zones denses mais qui demeurent très sous-dotées, notamment le sud de l'île [55] (*Figure 46*).

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



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

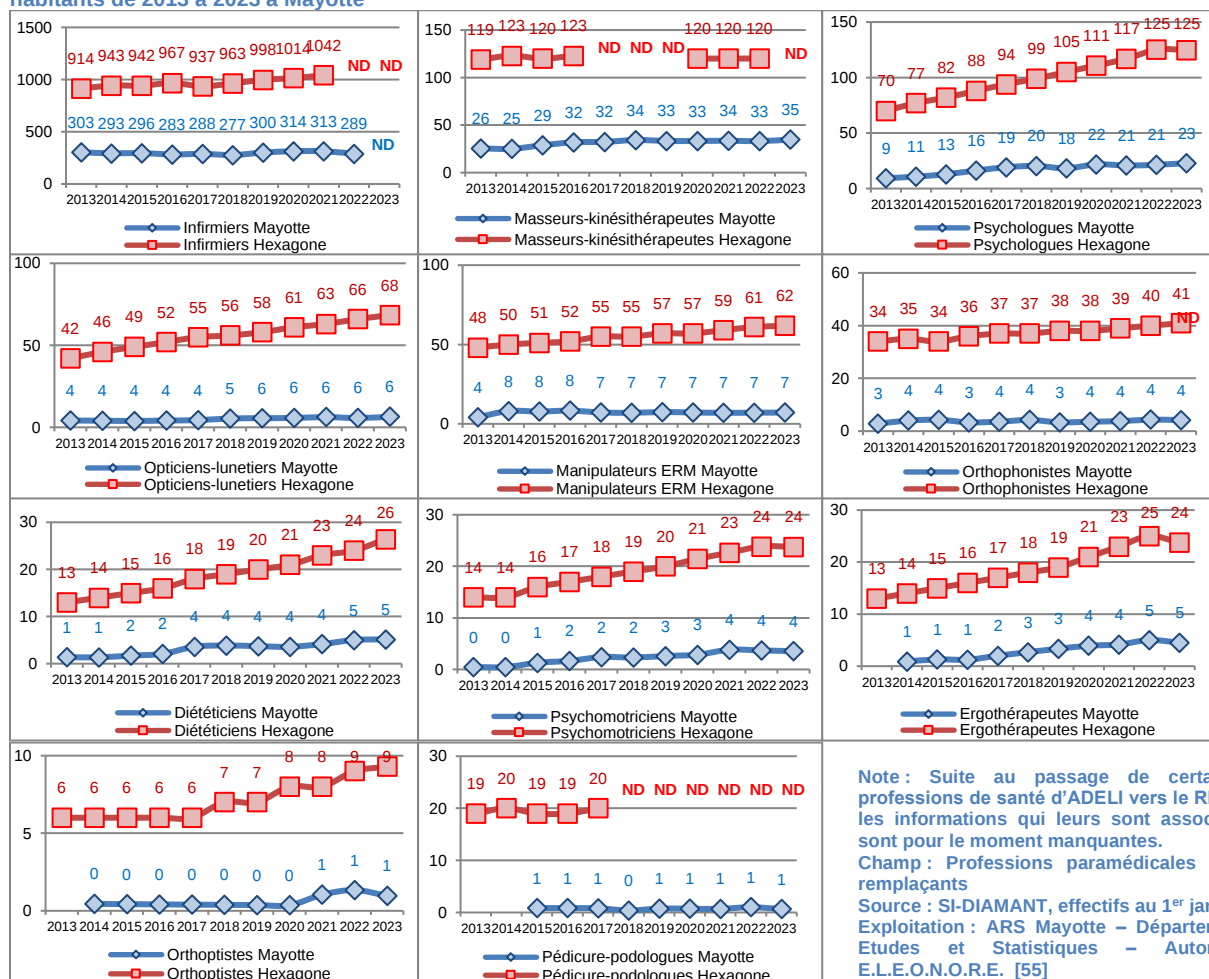


Tableau 9 : Tableau détaillé des effectifs des professionnels de santé (hors remplaçants) en 2013 et 2023 (au 1^{er} janvier) à Mayotte

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

Champ : Effectifs hors remplaçants

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

Exploitation : ARS Mayotte – Services Etudes et Statistiques – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [55]

⁴⁴ Densités déterminées sur la population totale estimée au 1^{er} janvier sauf pour les sage-femmes : volume estimé des femmes de 15-49 ans au 1^{er} janvier, les pédiatres : volume estimé des enfants de moins de 15 ans au 1^{er} janvier, les gynécologues médicaux et obstétricaux : volume estimé des femmes de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier [4].

⁴⁵ Suite au travail de comparaison mené sur les bases antérieures à 2019, les effectifs observés des sage-femmes depuis le RPPS sont fortement sous-évalués vis-à-vis des fichiers du CHM. Le nombre de sage-femmes non-remplaçantes a été redressé par régression linéaire afin de fournir une estimation.

⁴⁶ Effectifs au 1^{er} janvier incluant les titulaires d'officine, les pharmaciens de l'industrie, les fabricants import/export, pharmaciens de la distribution en gros, adjoints d'officine, pharmaciens biologistes, pharmaciens en établissement de santé y compris les remplaçants.

⁴⁷ Une approche similaire à celle des sage-femmes a également été menée pour les effectifs des masseur-kinésithérapeutes suite à la perte observée et associée au passage d'ADELI au RPPS. Cette fois-ci le redressement par régression linéaire est basé sur les effectifs observés avant ce changement d'enregistrement.



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

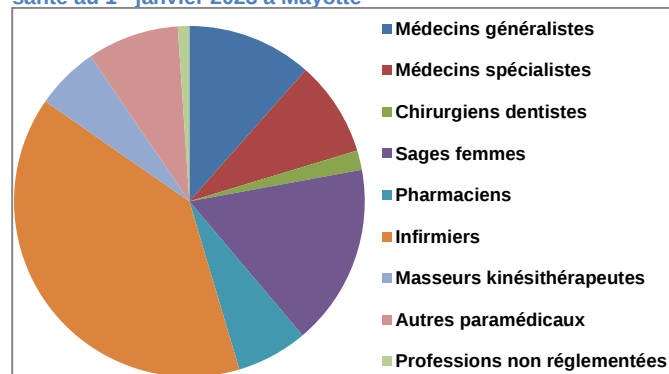
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Médicaux											
Généralistes	103	87	123	132	128	141	146	119	134	141	146
Spécialistes	67	65	85	86	94	117	98	103	105	104	111
Anesthésie-réanimation	11	13	14	11	13	12	16	12	12	13	14
Cardiologie			1	2	2		2	2	3	3	4
Endocrinologie et métabolisme		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

Champ : Effectifs hors remplaçants

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

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques – Automate E.L.E.O.N.O.R.E. [55]

L'activité médicale représente 43 % des professions de santé hors remplaçants, tandis que l'activité paramédicale en représente 57 % (Figure 45).

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

Champ : Effectifs hors remplaçants

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

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques [55]



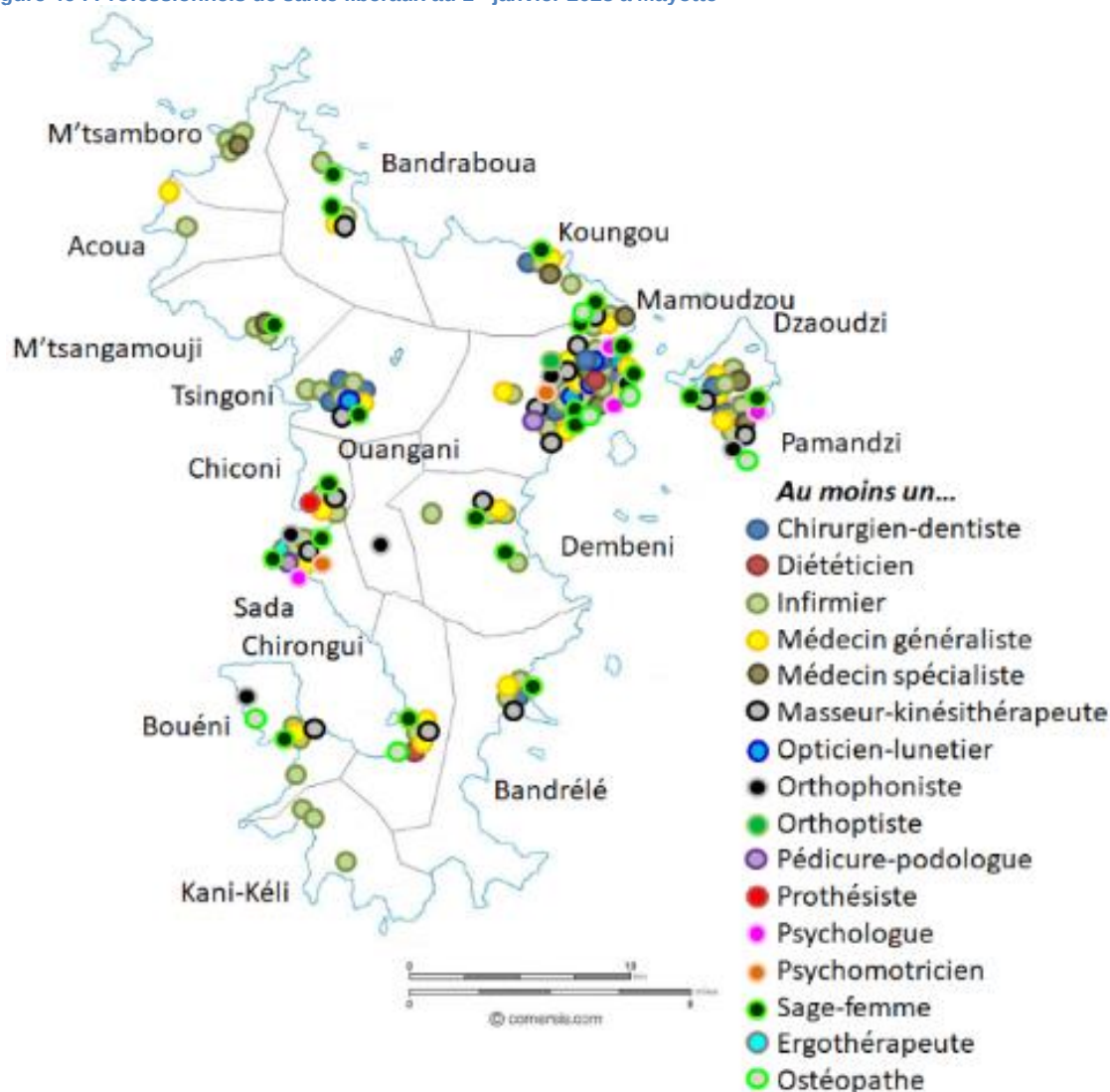
ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Champ : Effectifs libéraux

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

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques [55]

e) Attractivité

En 2022, l'enquête sur l'attractivité des professionnels de Santé basée sur le volontariat⁴⁸ a permis de recueillir des informations inédites sur les leviers liés à la venue, l'exercice, la vie à Mayotte ainsi que la durée de présence sur le territoire [56].

Il en ressort que la venue sur le territoire pour **motif professionnel** est le plus régulièrement cité : **deux praticiens sur cinq** [56]. **Lors de leur installation, plus de la moitié déclare avoir rencontré des difficultés** [56]. Les **aides**, le **salaire**, le **logement** et l'**optimisation de la prise en charge des patients** sont les principales propositions remontées pour **rester** ou **attirer** d'autres praticiens en Santé [56].

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

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

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

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

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Maescha dé Unono*

*La vie, c'est la santé !



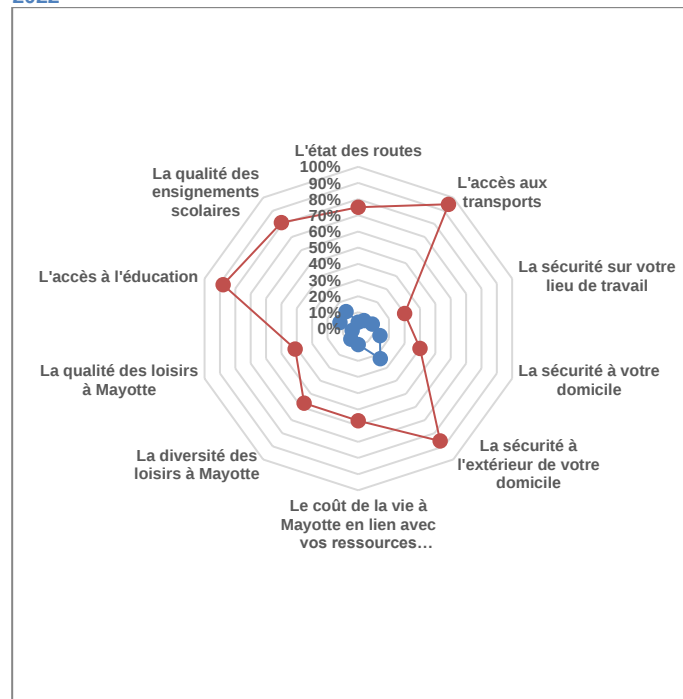
pathologies figurent comme les points positifs principaux de l'exercice sur le territoire ; tandis que l'accès aux transports, l'éducation et la sécurité, représentent les points de la vie quotidienne pouvant les inciter au départ [56] (Figure 47, Tableau 11).

La surcharge de travail, le manque de personnel et la barrière de la langue constituent quant à eux les difficultés professionnelles qu'ils remontent le plus [56]. Malgré ces contraintes persistantes évoquées par les praticiens en Santé, leur durée moyenne de présence à Mayotte est de 14 années [56].

Les profils qui ont le plus de chance de rester encore au moins 3 ans sur le territoire sont : les 51 à 60 ans, ceux installés depuis plus de 5 ans et les professionnels venant d'un autre territoire d'Outre-mer [56].

Suite à l'étude, l'ARS de Mayotte a mis en place de premières actions visant à sécuriser l'exercice des professionnels de Santé libéraux. Elle fournit aux professionnels de santé qui en font la demande des **plastiques de protection** à placer sur les parebrises afin de limiter les dégâts potentiels suite aux jets de pierre⁴⁹, ainsi que des **dispositifs PTI** en cas d'agression ou tentative d'agression physique.

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



Champ : Professionnels de santé ayant répondu volontairement au questionnaire auto-administré
Source : ARS Mayotte, enquête attractivité des professionnels de santé de 2022 [56]

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

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

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

Champ : Professionnels de santé ayant répondu volontairement au questionnaire auto-administré
Source : ARS Mayotte, enquête attractivité des professionnels de santé de 2022 [56]

8 – Le recours aux soins

a) Profil de population

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

⁴⁹ « Caillassage ».

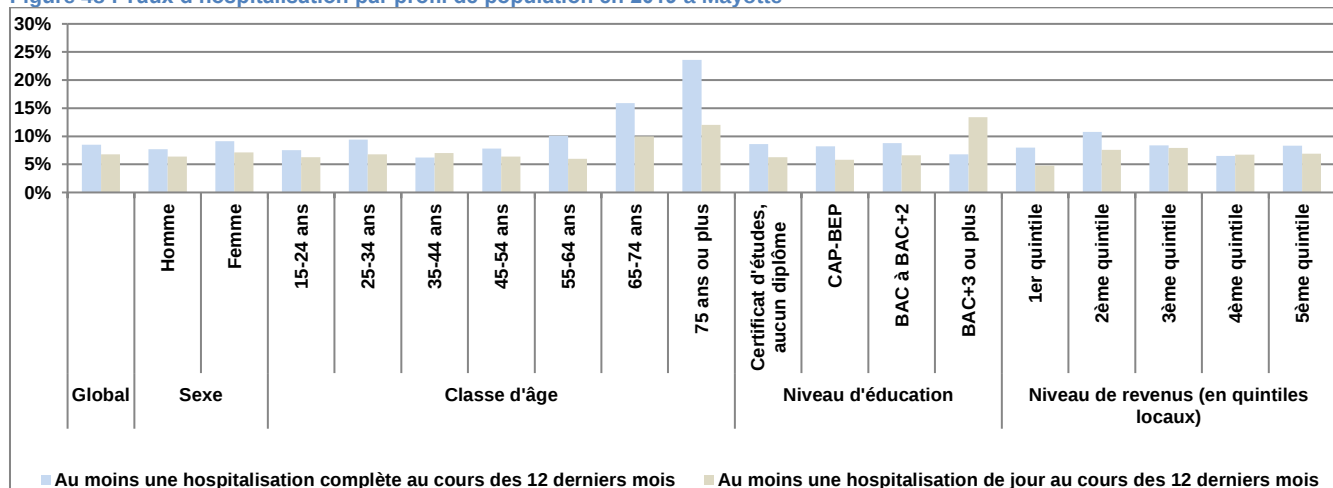


En 2019, **9 %** des 15 ans ou plus déclarent avoir réalisé au moins **une hospitalisation complète** dans l'année⁵⁰ [52]. Ce taux triple entre les plus jeunes et les plus âgés : 8 % contre 24 % [52] (*Figure 48*). Ils sont 30 % des 15 ans ou plus à déclarer n'être jamais allés au centre de consultations⁵¹ [52], **8 % des habitants se sont fait soigner hors de Mayotte**⁵² qui est alors le Drom le plus concerné par cette pratique [57].

60 % des habitants ont consulté un médecin généraliste il y a moins d'un an⁵³, que ce soit un cabinet ou en centre de consultations (85 % dans l'Hexagone⁵⁴) [57]. **22 %** des habitants de Mayotte ont consulté **un dentiste**⁵⁵ (*Figure 49*), contre 57 % dans l'Hexagone⁵⁶, alors qu'ils sont aussi nombreux à déclarer une santé bucco-dentaire altérée [57].

Plus les personnes sont pauvres, moins elles consultent : 53 % des personnes très modestes pour une consultation au généraliste et seulement 11 % pour un spécialiste, contre 70 % et 31 % des personnes « non pauvres » [57]. **Le constat est le même pour les soins dentaires** [57].

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

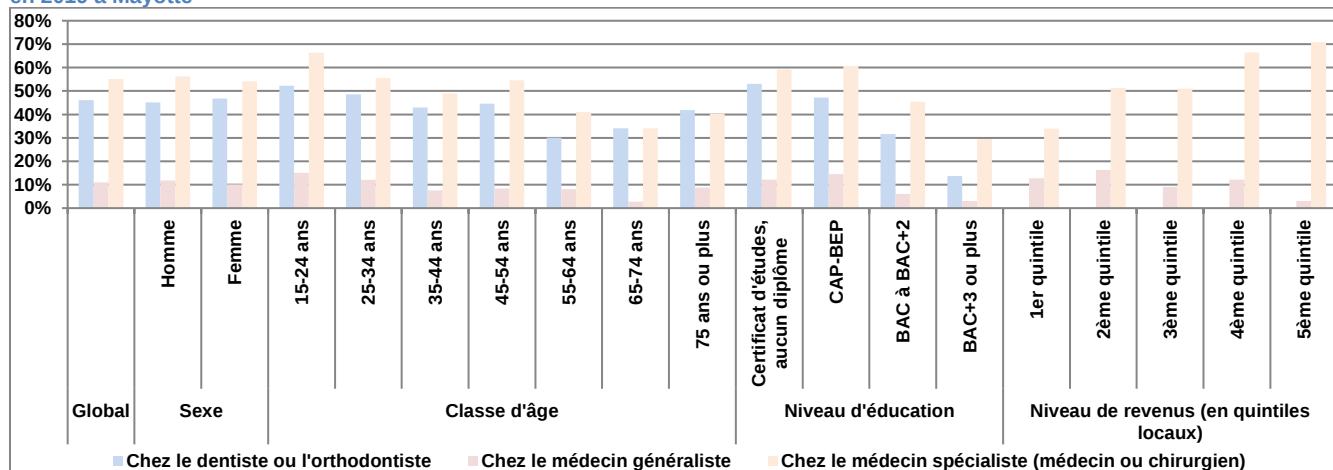


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

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



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

⁵⁰ 10 % pour l'Hexagone, La Réunion et la Guyane, 11 % pour la Martinique et 12 % pour la Guadeloupe [52].

⁵¹ 37 % chez les femmes de nationalité française contre 36 % chez celles de femmes étrangères ; et 28 % chez les hommes français contre 21 % chez ceux étrangers [52].

⁵² 4 % chez les 15-24 ans, 8 % chez les 25-49 ans, 15 % chez les 50-64 ans et 24 % chez les 65 ans ou plus [52].

⁵³ 30 % il y a plus d'un an et 11 % jamais pour le généraliste [52]. Pour le spécialiste : 20 % il y a moins d'un an, 25 % plus d'un an et 55 % jamais [52]. De manière générale, 59 % n'ont pas consulté un médecin généraliste ou spécialiste au cours des 4 dernières semaines, 27 % ont réalisé une consultation, 9 % deux et 5 % trois consultations ou plus [52].

⁵⁴ 87 % pour La Réunion, 82 % pour la Guadeloupe et la Martinique, et 75 % pour la Guyane [52].

⁵⁵ 13 % il y a moins de 6 mois, 9 % entre 6 et 12 mois, 32 % il y a plus de 12 mois et 46 % jamais [52].

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



ARS MAYOTTE

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

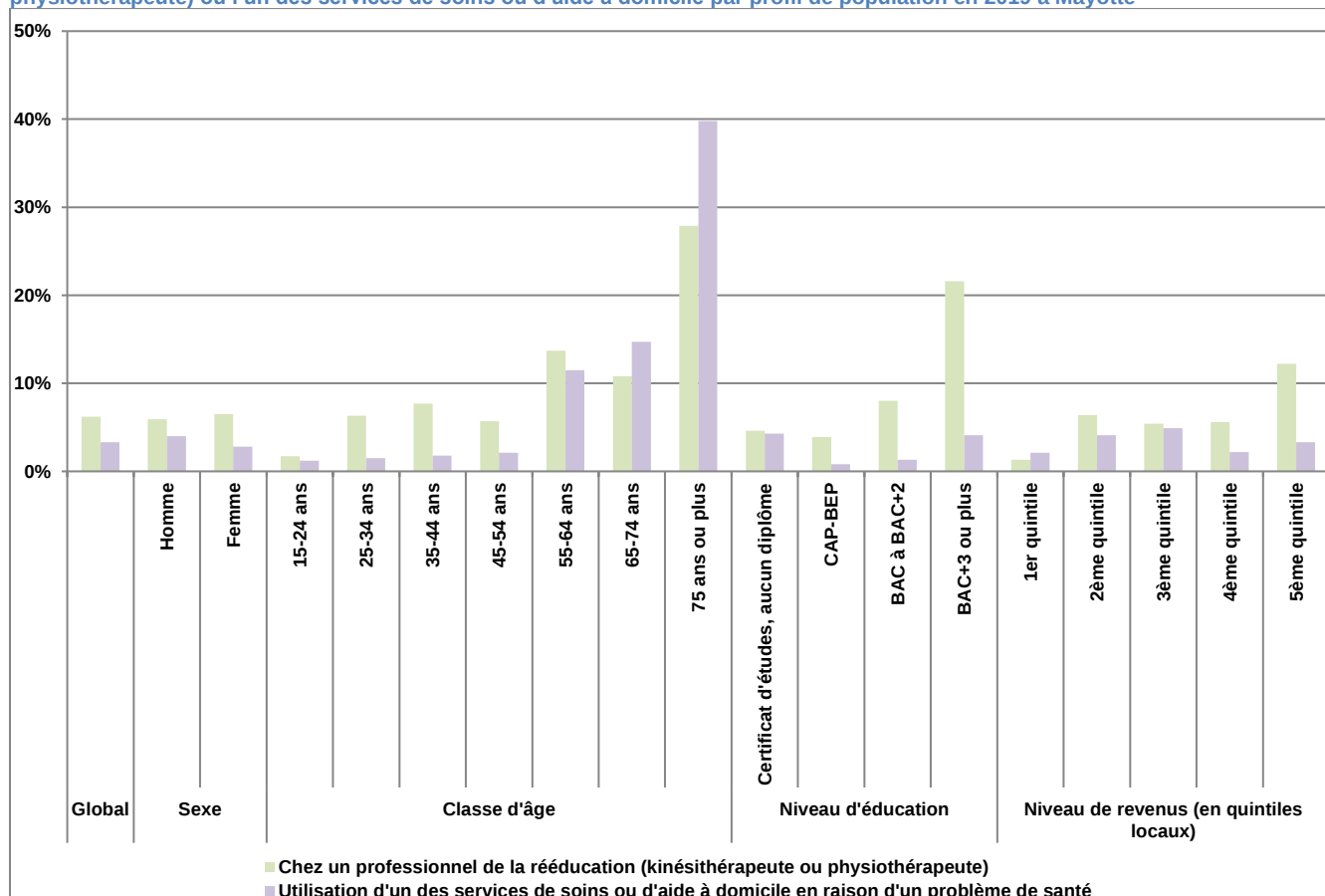
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



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



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

En 2016⁵⁷ et en première intention, la **population adulte déclare un fort recours au secteur libéral**, allant de 25 % en cas de maladie de faible intensité à 45 % en cas de maladie grave [58].

Un adulte sur trois a recours aux centres de consultations et aux centres de référence du CHM (Figures 51, 52, 53 & 54) [58]. **Les jeunes** ont plus recours aux **centres de consultations et aux centres de référence**. Les **25 à 60 ans** ont des habitudes **plus variées** et les **personnes âgées** vont plus souvent au **médecin libéral** [58].

La couverture maladie influence fortement le type de recours : neuf individus sur dix ayant recours au secteur libéral sont affiliés à la Sécurité sociale contre deux tiers pour le secteur public [58].

Le **profil** des hommes et des femmes allant se soigner (en cas de grave maladie) chez le **médecin libéral est plus favorable** que ceux utilisant d'autres recours [58]. Néanmoins, 34 % des hommes et 42 % des femmes qui y recourent s'estiment en difficulté financière [58]. Celles et ceux ayant recours à ce type de soins s'estiment également en **meilleure santé** que les autres [58].

Les personnes ayant recours aux **centres de consultations et au CHM ou à la médecine traditionnelle** présentent un profil plus similaire et **plus précaire** (deux individus sur trois en 2016) [58]. En 2019, 41 % des personnes très modestes, 33 % des modestes et 23 % des « non-pauvres » déclarent fréquenter les centres de consultations [57]. Plus généralement, **13 % pour le recours à l'hôpital** [57].

La part d'individus de nationalité étrangère est plus importante parmi ceux ayant recours aux centres de consultations et aux centres de référence ou au CHM avec 64 % des femmes et 52 % des hommes

⁵⁷ En 2016, les migrations pour « raison de santé » n'occupent globalement qu'une part relativement modeste des motifs évoqués par les étrangers pour expliquer leur venue à Mayotte : 9 % [58]. Pour 57 % d'entre eux, l'objectif premier est la recherche d'une « meilleure vie » : notion qui recouvre à la fois les « conditions de vie », la « santé » et « l'éducation » [58].

Parmi les femmes arrivées en 2010 et toujours présentes sur le territoire, 22 % évoquent ce motif de venue exclusivement liée à la santé, 8 % pour celles qui se sont installées au cours des années précédentes [58].

Lorsque les étrangers sont interrogés sur les avantages de la vie dans le département, « l'offre de soins » apparaît comme le plus important à Mayotte : pour 54 % de ceux en situation régulière et 60 % de ceux ne disposant pas de titre de séjour [58]. Les « conditions de vie » ne viennent qu'en deuxième position [58].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

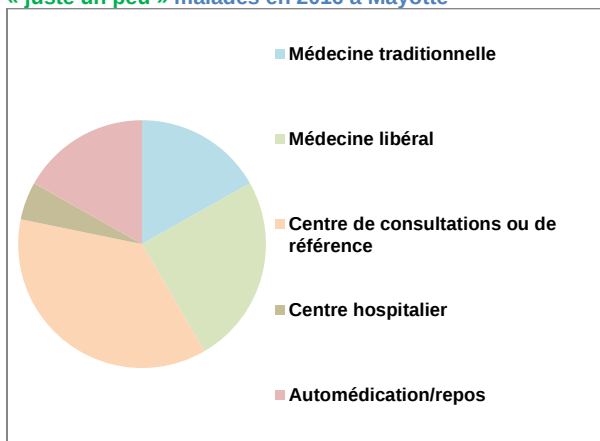
www.ars.mayotte.santé



(contre respectivement 51 % et 26 % pour celles et ceux ayant recours à la médecine traditionnelle) [58].

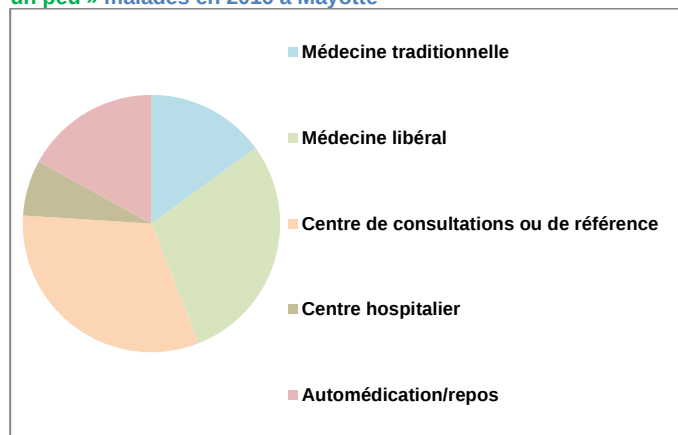
Quatre femmes sur dix qui ont recours à la médecine traditionnelle se disent en bonne santé contre sept sur dix pour celles qui ont recours aux centres de consultations et au CHM ou à la médecine libérale [58]. Sept hommes sur dix s'estiment en bonne santé quelle que soit l'offre à laquelle ils ont recours [58].

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



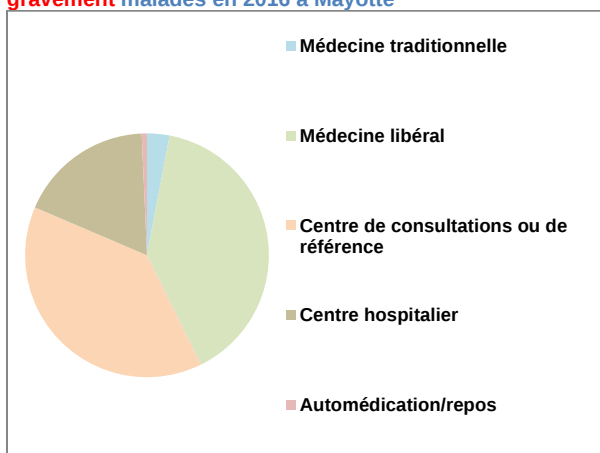
Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
Champ : Habitantes de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [58]

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



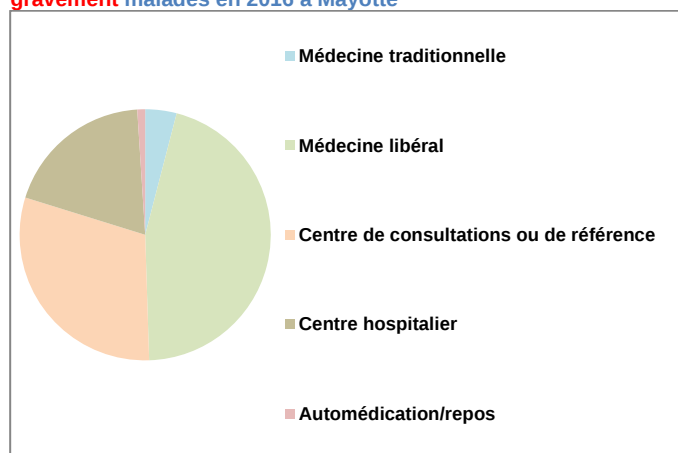
Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [58]

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



Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
Champ : Habitantes de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [58]

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



Note : Un seul lieu de consultation pouvait être cité.
Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [58]

Chez les enfants de 10-12 ans⁵⁸ en 2019, les lieux d'accès aux soins les plus cités⁵⁹ lorsqu'ils s'estiment gravement malades sont : le CHM et ses services périphériques qui ressortent nettement (42 %) suivis des centres de consultations et de l'infirmier de l'établissement scolaire (respectivement 22 % et 21 %) [59].

Plus détaché, le médecin libéral figure dans 6 % des déclarations [59]. L'automédication représente 8 % des modes de recours cités par l'enfant et la consultation du Foundi⁶⁰ : 2 % [59].

⁵⁸ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

⁵⁹ Contrairement aux données présentées avant, les enfants pouvaient citer plusieurs lieux de consultation à l'instar des informations disponibles depuis l'enquête EHIS.

⁶⁰ Enseignant de l'école coranique.



Consommation médicamenteuse

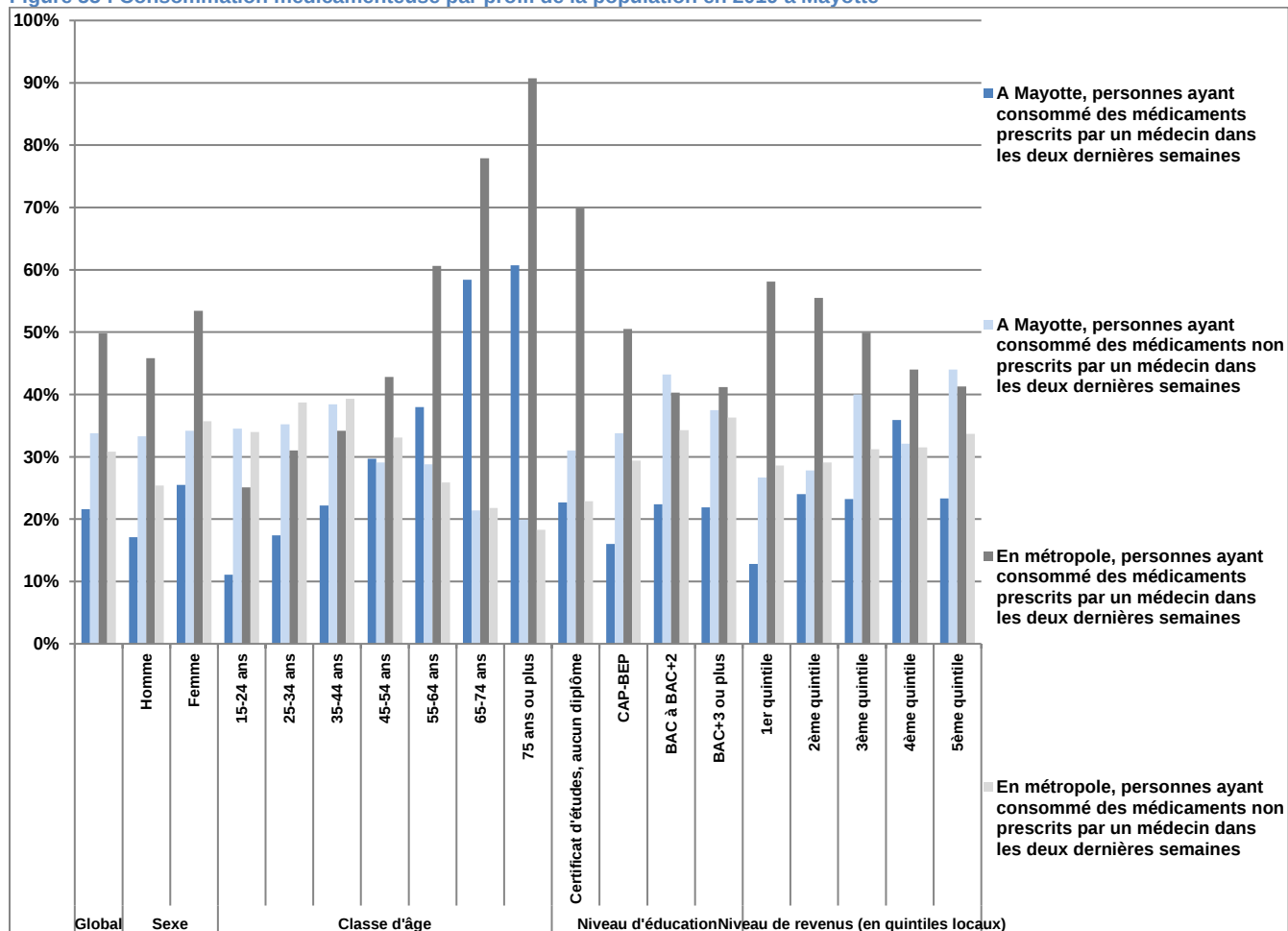
Près d'un habitant de 15 ans ou plus **sur quatre déclare avoir consommé des médicaments prescrits** par un médecin lors des deux dernières semaines, ce qui est **deux fois inférieur à ceux de l'Hexagone**⁶¹ [52].

Concernant la consommation de médicaments non prescrits, les **déclarations sont plus proches entre les deux populations** : 34 % à Mayotte et 31 % dans l'Hexagone⁶² [52].

Que la consommation soit à la suite d'une prescription ou non auprès d'un médecin, **les femmes de Mayotte ont une consommation supérieure à celle des hommes** alors que dans l'Hexagone le phénomène inverse est constaté [52] (Figure 55).

En fonction de l'âge, deux phénomènes sont observables : pour les médicaments prescrits, la **consommation augmente nettement** (11 % chez les 15-24 ans à 61 % chez les 75 ans ou plus), mais demeure à tout âge largement inférieure à celle de l'Hexagone ; pour les médicaments non prescrits, elle **diminue** (35 % chez les 15-24 ans à 20 % chez les 75 ans ou plus) et reste **proche de celle de l'Hexagone** [52] (Figure 55).

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



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

b) Recours au CHM

En 2023, **50 059 séjours au CHM ont eu lieu**, soit un taux de recours de 0,16 par habitant⁶³. Dans 60 % des cas il s'agit de femmes. Depuis 2013, le nombre de passages a **augmenté de 67 %**, principalement entre 2014 et 2015 (+26 %), et tend à **se stabiliser depuis 2021** (Figure 56).

La baisse du recours de -3,3 % en 2019-2020 peut être associée, en grande partie, à la crise Covid-19.

⁶¹ 50 %, 48 % en Guadeloupe et Martinique, 47 % à La Réunion et 34 % en Guyane [52].

⁶² 33 % en Martinique, 30 % en Guadeloupe, 29 % à La Réunion et 25 % en Guyane [52].

⁶³ Déterminé par nombre de séjours sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

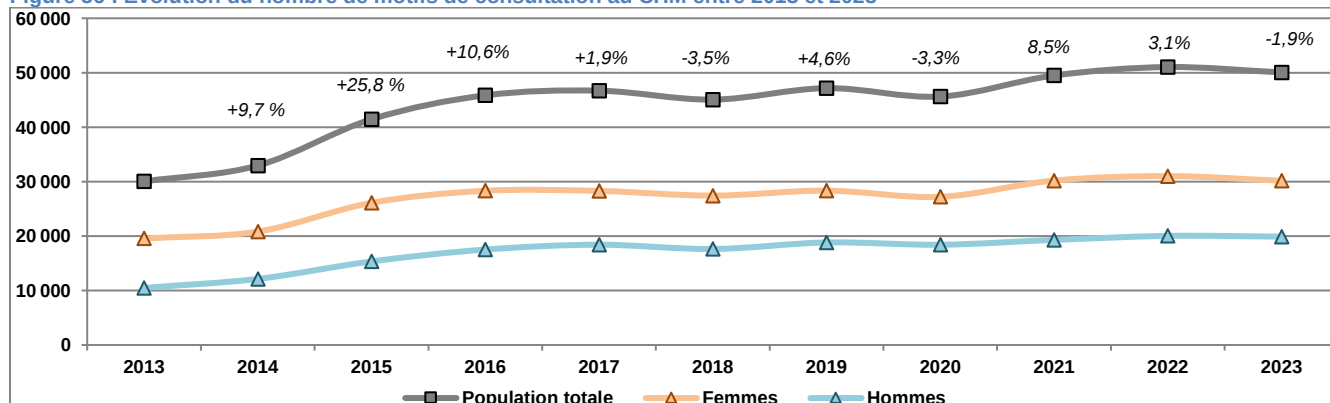
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 56 : Evolution du nombre de motifs de consultation au CHM entre 2013 et 2023



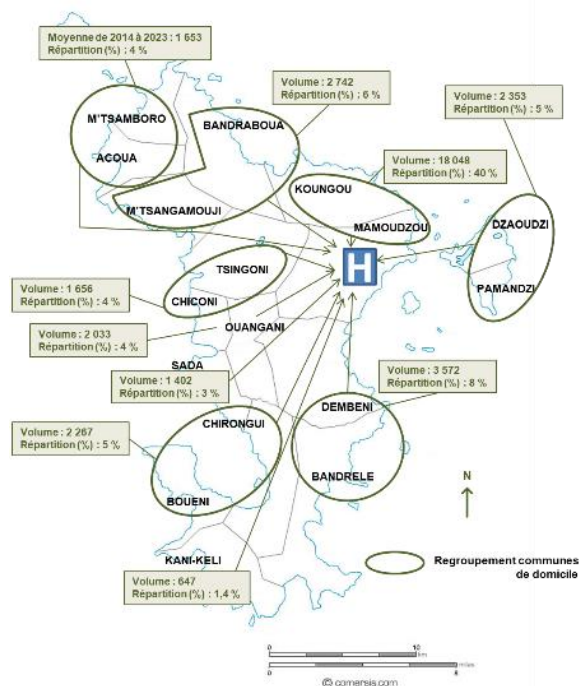
Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : PMSI

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

Sur la période 2014 à 2023, **quatre individus sur dix** ayant eu recours au CHM vivent dans le secteur **Koungou-Mamoudzou**. C'est ensuite le secteur Bandréle-Dembéni qui est le plus représenté : un individu sur dix. **Les parts chutent fortement pour les habitants vivant de plus en plus loin de Mamoudzou**, notamment la commune de Kani-Kéli avec seulement 1,1 % d'individu représenté (Figure 60).

Figure 57 : Volume moyen de recours des habitants au CHM par an et par commune, de 2014 à 2023



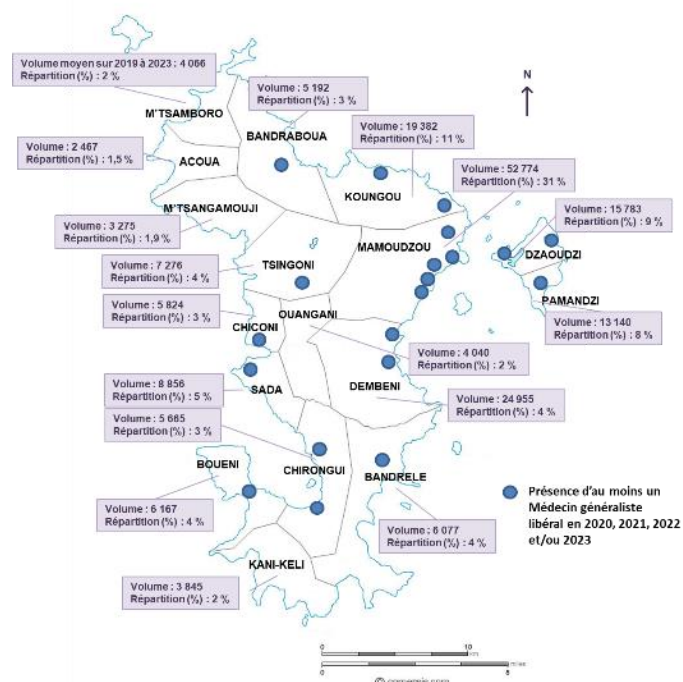
Note : Les données du PMSI sont ventilées selon un regroupement des 17 communes en 11. Il s'agit de la somme des volumes de 2014 à 2023. La somme des pourcentages donne 79 % auquel il faut rajouter 15 % de communes non renseignées et 6 % de domiciliés hors du territoire.

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : PMSI

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 58 : Volume moyen de consultations des habitants aux médecins généralistes libéraux par an et par commune, de 2019 à 2023



Note : Les moyennes présentées sont calculées sur les cinq années 2019 à 2023.

Champ : Individus ayant consulté un médecin libéral

Source : CSSM

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

La part des entrées en obstétrique est beaucoup plus élevée à Mayotte que dans l'Hexagone (Taux standardisé deux fois supérieur, deux fois inférieur en médecine et en chirurgie [60]).

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

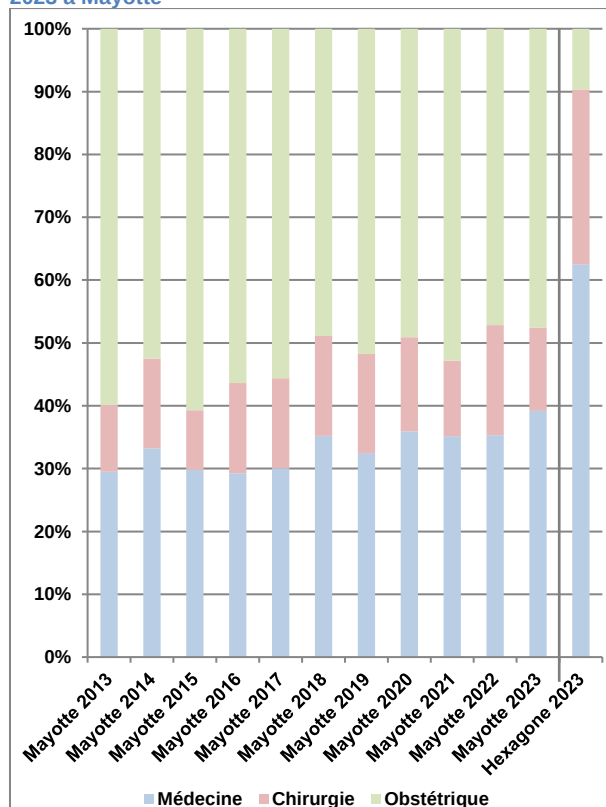
www.ars.mayotte.santé

Maescha de Unono*

*La vie, c'est la santé !



Figure 59 : Parts d'hospitalisation complète de 2013 à 2023 à Mayotte



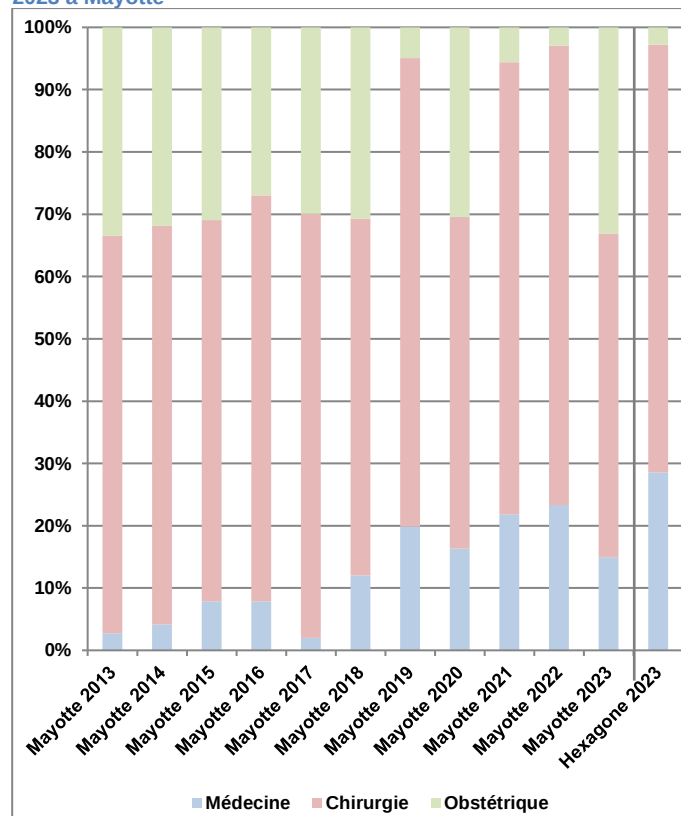
Note : les hospitalisations complètes concernent les séjours hospitaliers d'une durée généralement supérieure à 24 heures où la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients.

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 60 : Parts d'hospitalisation partielle de 2013 à 2023 à Mayotte



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

Champ : Individus ayant consulté au CHM

Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Soins de suite et de réadaptation

Depuis 2022, les SSR ont été mis en place au CHM avec 50 lits et 5 places déployées avec 252 séjours enregistrés sur cette année. En 2023, les nombres de lits et de places sont maintenus, pour 328 séjours (+30 % vis-à-vis de l'année précédente).

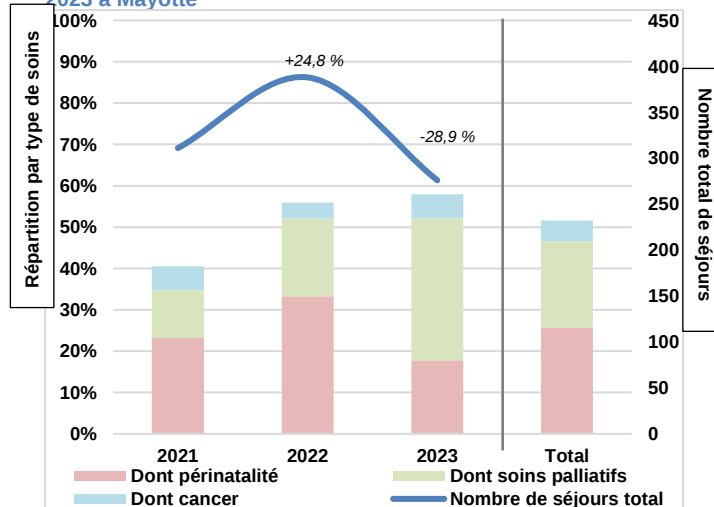
Hospitalisations à domicile

En 2021, la première HAD a été mise en place à Mayotte. Elle est portée par le CHM sur les mentions polyvalente et périnatale. En 2023, l'association MDZHADE lance la seconde HAD. Sur cette dernière année, 276 séjours ont été réalisés. En baisse vis-à-vis de l'année de lancement : -11 %.

Depuis leur lancement, la périnatalité représente cinq HAD sur vingt à Mayotte, quatre sur vingt pour celles en lien avec les soins palliatifs et une sur vingt pour les cancers (Figure 61).

En 2023, l'HAD à Mayotte prend en charge 26 habitants sur 100 000 (taux identique en 2022). Un taux très proche de celui en France entière (29,3) [61].

Figure 61 : Nombre de séjours en HAD entre 2021 et 2023 à Mayotte



Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



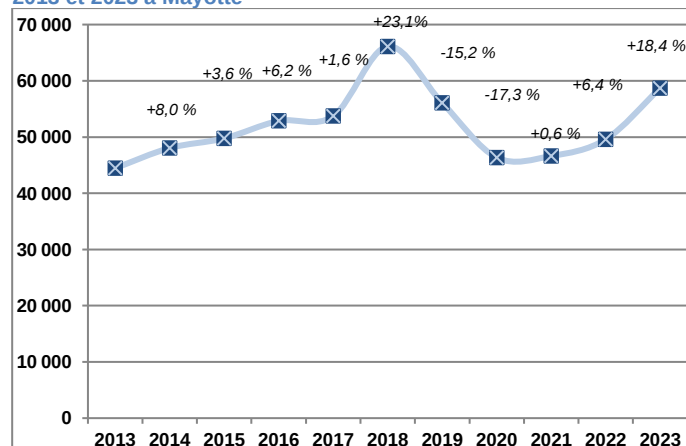
Passages aux urgences

Le nombre de passages aux Urgences est de **58 710 passages** en 2023 (+18,4 % par rapport à 2022), soit un taux de recours de 0,19⁶⁴ par habitant (Figure 62).

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

0,7 % des individus concernés ont **plus de 80 ans** (parmi eux, 51 % sont ensuite hospitalisés) et **34 % moins de 18 ans** (parmi eux, 24 % sont ensuite hospitalisés).

Figure 62 : Nombre de passages aux Urgences entre 2013 et 2023 à Mayotte



Source : SAE

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

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

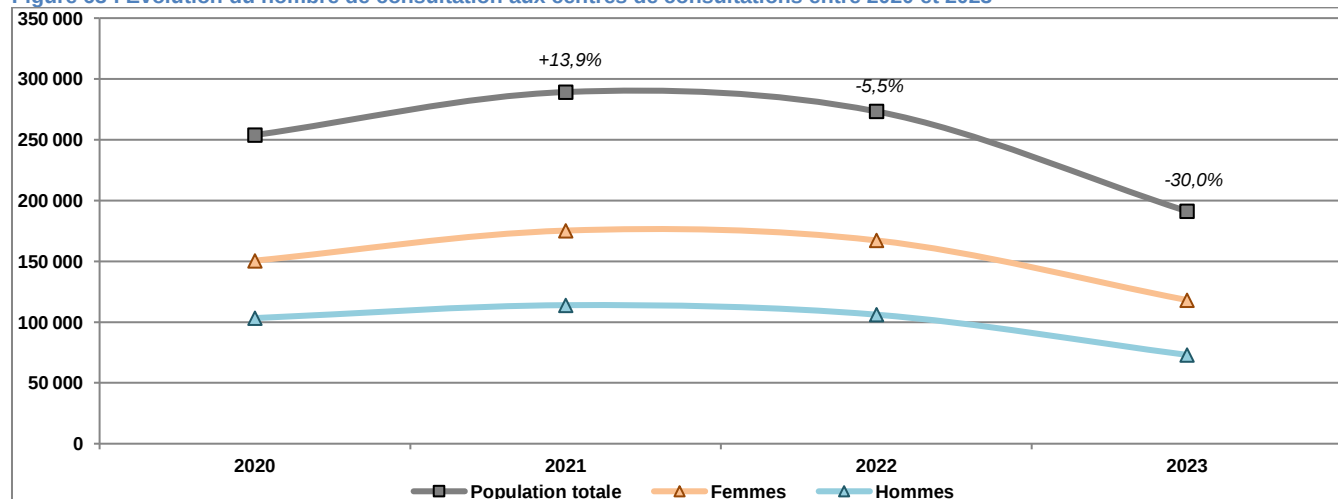
Centres de consultations

Les centres de consultations⁶⁵ jouissent depuis fin 2019 d'un système d'informations qui continue de monter en puissance. Sur l'année 2023, **191 178 séjours** ont été observés (soit une baisse de 30 % par rapport à 2022), pour un taux de recours de 0,62⁶⁶ par habitant. Dans 62 % des cas il s'agit de femmes. La baisse observée depuis 2021 est à mettre en lien avec les **fermetures des sites de Dzaoudzi, Pamandzi et Bandré** (Figure 63).

Les **25-49 ans** représentent **33 % du recours aux centres de consultations** (38 % chez les femmes et 26 % chez les hommes) suivis des enfants en bas âge (0-4 ans) qui sont la seconde classe d'âge allant le plus s'y faire soigner (18 %, 14 % chez les filles et 23 % chez les garçons). Quant aux seniors, ils sont les moins nombreux à aller aux centres de consultations (6 %, 6 % chez les femmes et 7 % chez les hommes) (Figure 64).

Neuf séjours sur dix ont lieu le matin et 0,2 % le soir ou la nuit. Dans **38 % des cas le centre de consultations recours correspond à celui de la commune de domicile** (Figure 66).

Figure 63 : Evolution du nombre de consultation aux centres de consultations entre 2020 et 2023



Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations

Source : CHM

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

⁶⁴ Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

⁶⁵ Parfois appelés « dispensaires ».

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



ARS MAYOTTE

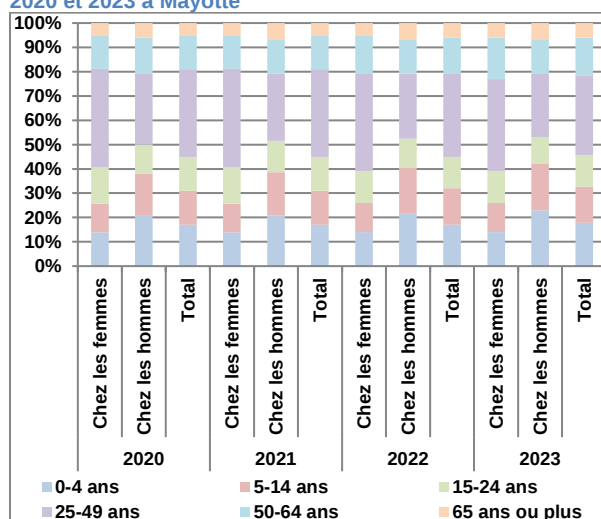
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

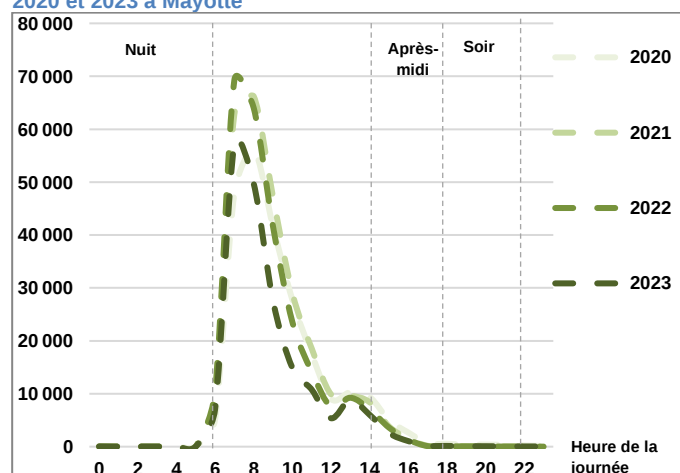


Figure 64 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe pour le recours aux centres de consultations entre 2020 et 2023 à Mayotte



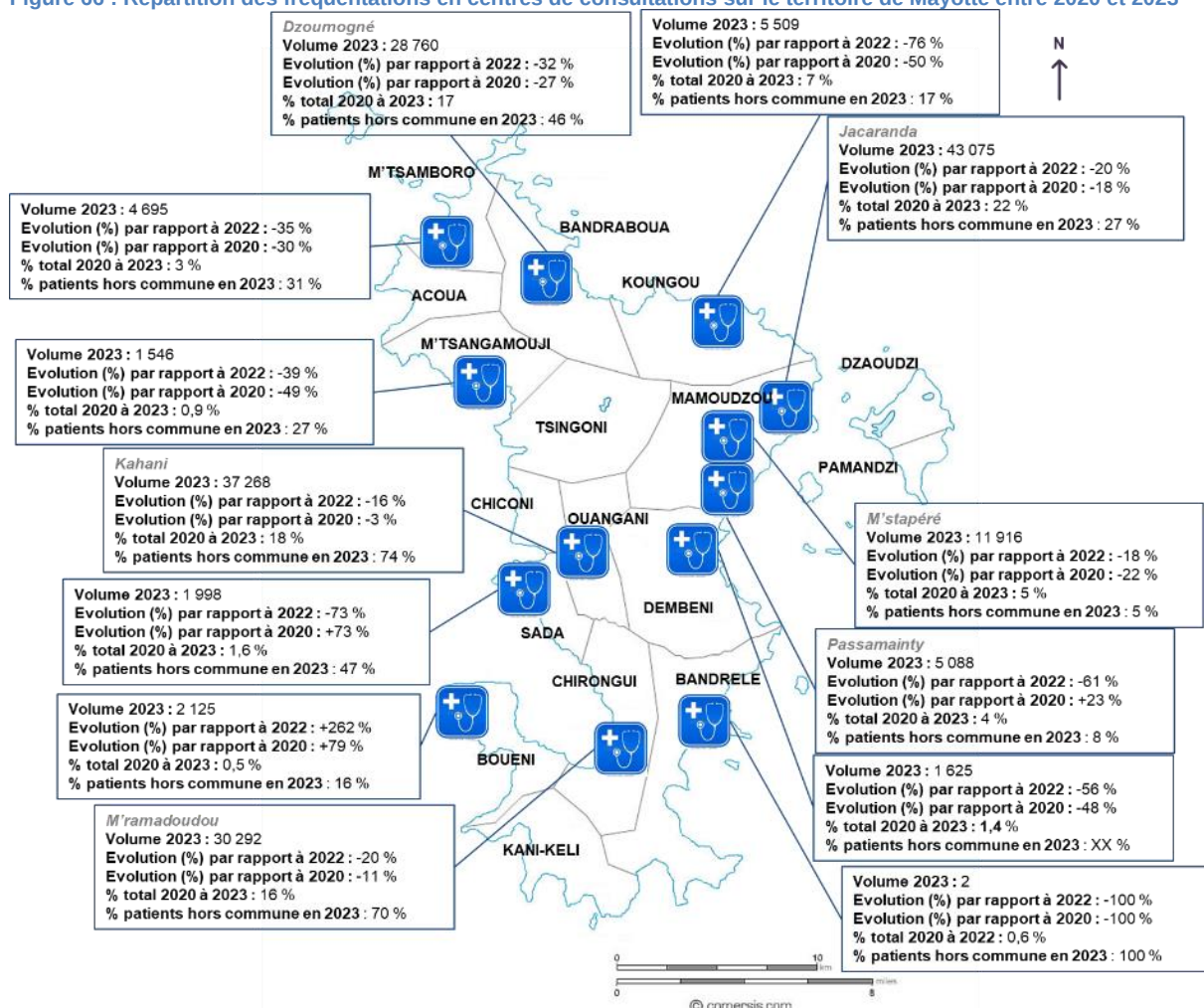
Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 65 : Volume d'individus ayant recours aux centres de consultations en fonction de l'heure entre 2020 et 2023 à Mayotte



Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations
Note de lecture : En 2023, 57 128 recours ont lieu aux centres de consultations à 7h du matin
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 66 : Répartition des fréquentations en centres de consultations sur le territoire de Mayotte entre 2020 et 2023



Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations, le curseur est positionné du point de vue des centres
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.



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

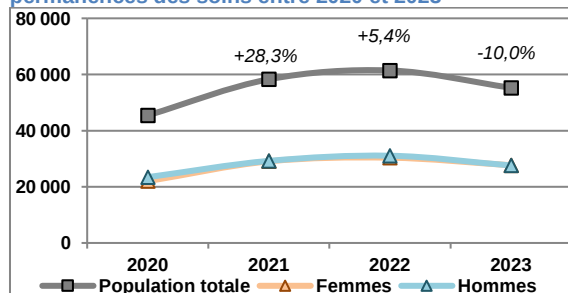


Permanences de soins

Quatre permanences de soins sont positionnées au sein des maternités périphériques, avec le service présent au CHM, elles permettent d'avoir recours aux Urgences. En 2023, **55 273 séjours** y ont été observés, soit un taux de recours de 0,18⁶⁷ par habitant. Vis-à-vis de 2022, il s'agit le volume baisse de 10 %, mais augmente de 22 % vis-à-vis de 2020 (Figure 67). **Trois séjours sur dix ont lieu le soir ou la nuit** (Figure 70).

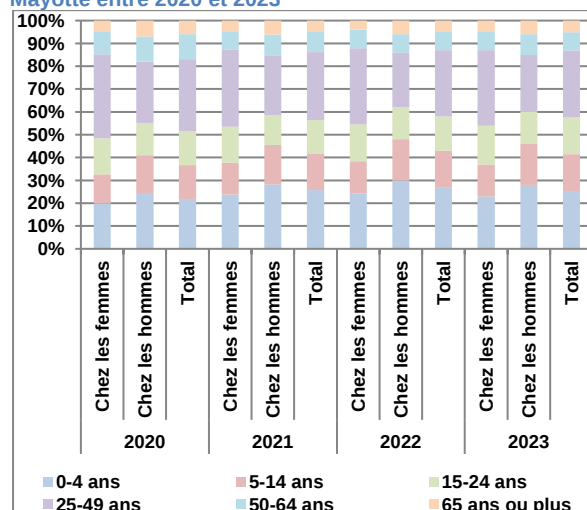
Concernant les profils sexe/âge sur la période 2020 à 2023, on constate autant d'hommes (50 %) que de femmes (50 %). Les **25-49 ans** représentent **29 %** des individus ayant recours aux permanences de soins. **Dans un cas sur quatre, il s'agit d'enfants en bas âge**. Quant aux **seniors**, ils sont **peu représentés** : 5 % (Figure 69).

Figure 67 : Evolution du nombre de consultation aux permanences des soins entre 2020 et 2023



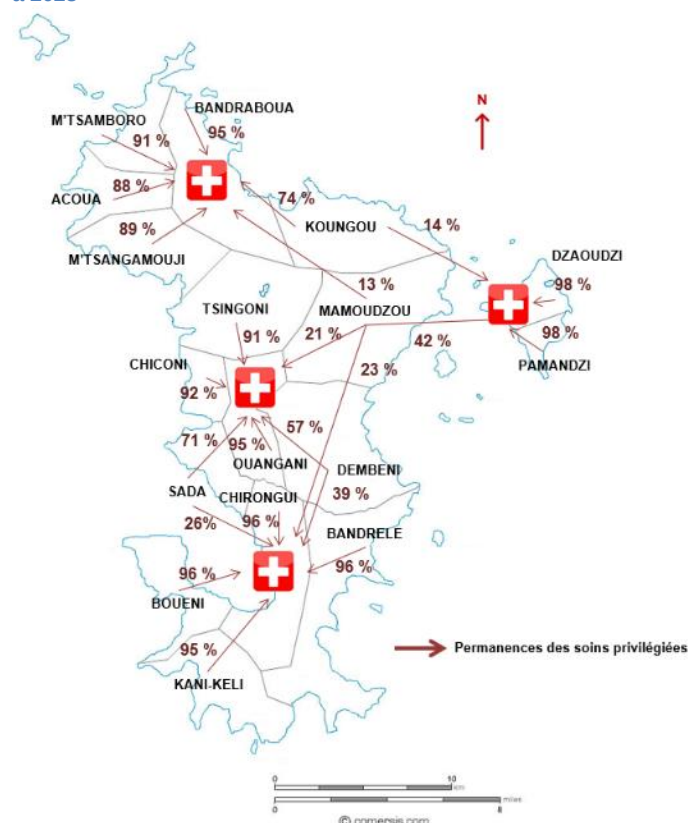
Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques – Automate R.O.L.A.N.D.

Figure 69 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe pour le recours aux permanences de soins de Mayotte entre 2020 et 2023



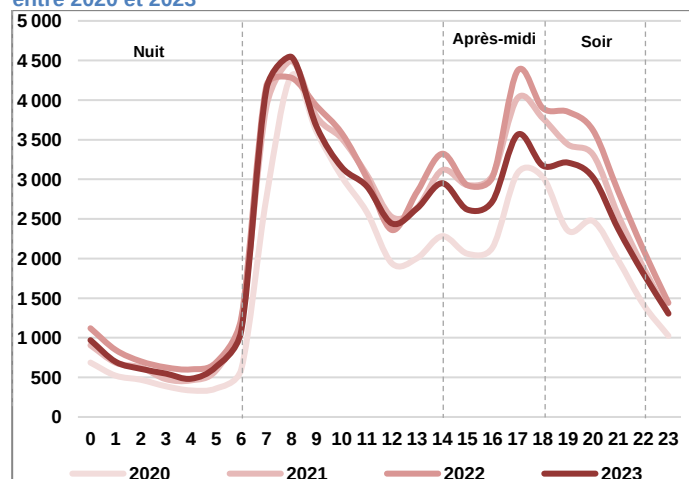
Champ : Habitants ayant eu recours aux permanences de soins
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 68 : Trajectoires principales de la population pour le recours aux permanences de soins de de 2020 à 2023



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

Figure 70 : Volume d'individus ayant recours aux permanences de soins en fonction de l'heure à Mayotte entre 2020 et 2023



Champ : Habitants ayant eu recours aux permanences de soins
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

⁶⁷ Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



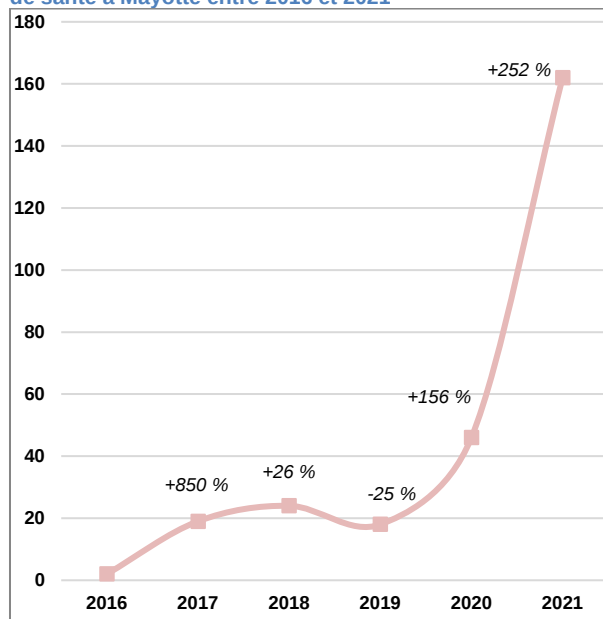
d) Recours aux centres de santé

Les systèmes d'information des trois centres de santé de l'île sont rattachés au SNDS, dont le niveau de couverture pour Mayotte demeurait faible jusqu'en 2020, date à partir de laquelle sa montée en puissance peut être observée. Pour autant, même la lecture des données de 2021 doit se faire avec prudence, la crise COVID-19 ayant entraîné la fermeture de certains CDS sur plusieurs mois.

En termes de tendance et sur l'année 2021, **162 consultations** sont visibles, pour un taux de recours de 0,0005 par habitant⁶⁸.

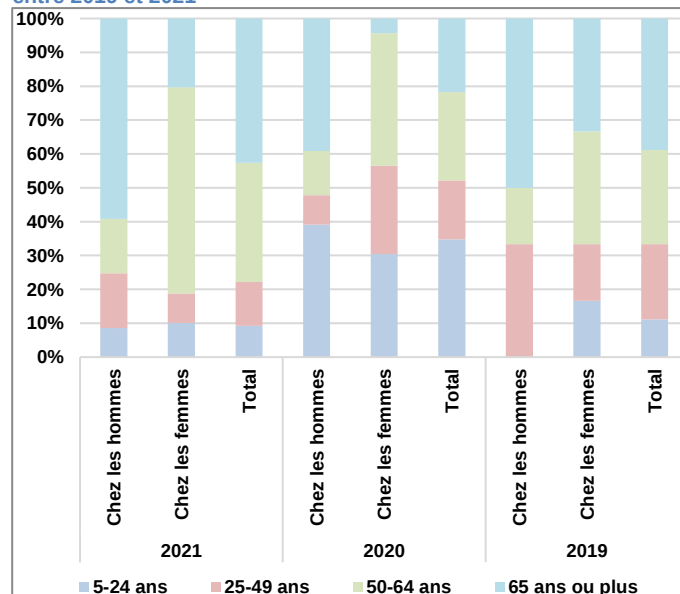
57 % des individus y ayant eu recours sont des **hommes**. Les **65 ans et plus** représentent **43 % du recours aux centres de santé** (20 % chez les femmes et 59 % chez les hommes) (Figures 71 & 72).

Figure 71 : Evolution du volume de recours aux centres de santé à Mayotte entre 2016 et 2021



Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de santé
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 72 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe pour le recours aux centres de santé à Mayotte entre 2019 et 2021



Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de santé
Source : CHM
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

e) Prises en charge⁶⁹

En 2022, **144 860 personnes prises en charge** sont à dénombrer, soit une **hausse de 41 %** par rapport à 2015 (Figure 73). Sur les années considérées, dans plus de la moitié des cas il s'agit de femmes (stable sur la période observée).

⁶⁸ Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2021. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

⁶⁹ Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.

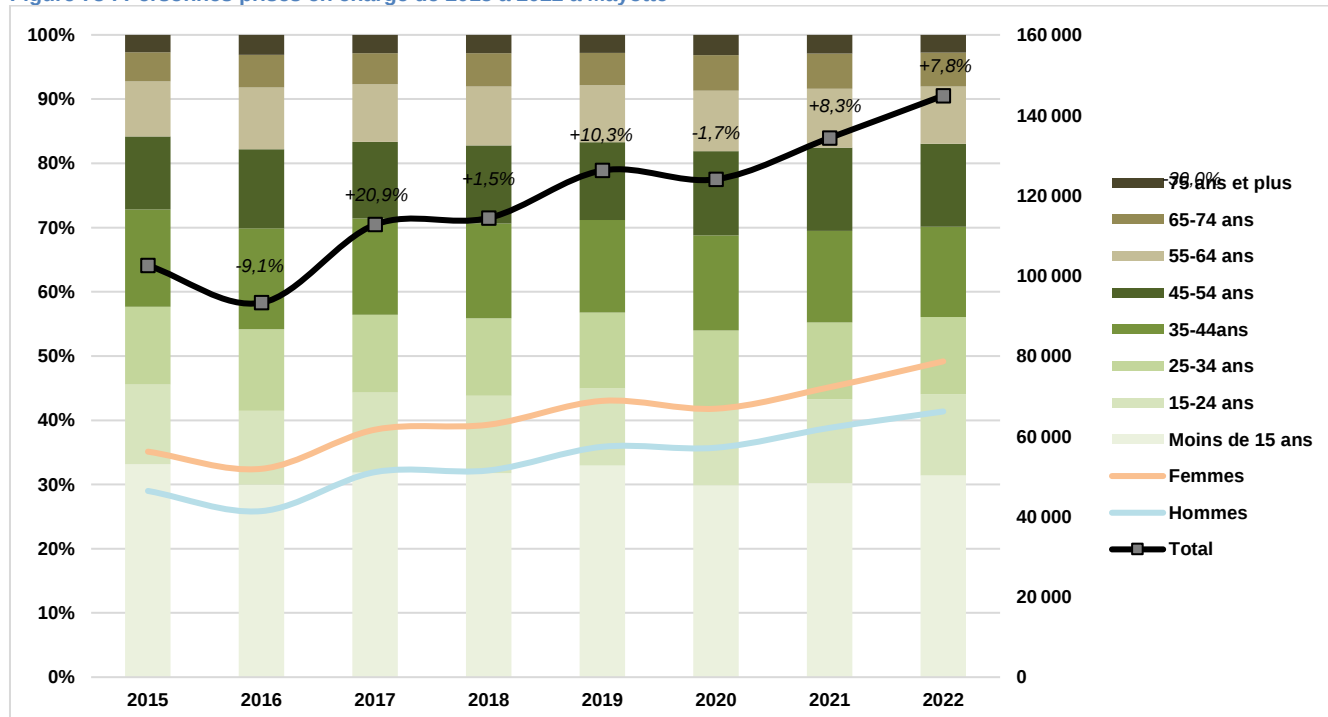
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une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

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

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



Figure 73 : Personnes prises en charge de 2015 à 2022 à Mayotte



Champ : Habitants ayant eu recours aux centres de consultations

Source : CHM

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

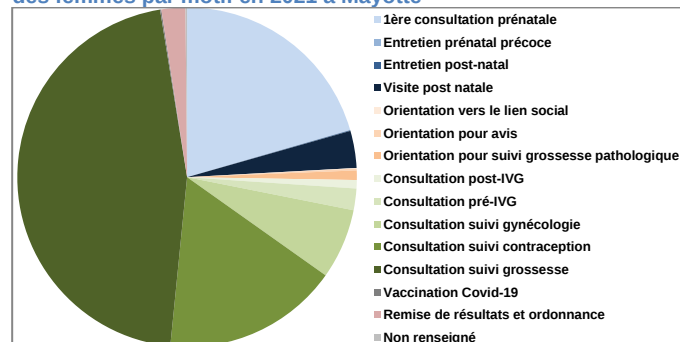
f) Recours aux PMI

En 2023, l'activité des PMI avait été fortement **impactée** d'une part **par la crise de l'eau**, forçant la fermeture plus d'un jour sur deux pendant plus de trois mois, puis d'une autre part **par les mouvements sociaux**, avec la fermeture totale des trois quarts du parc de PMI [62]. Malgré cela, **23 307 consultations⁷⁰ pour 11 407 femmes** ont eu lieu, soit un taux de recours globale de 0,14 par habitante de 15-49 ans⁷¹, et **32 671 consultations pour 18 671 enfants**, soit un taux de recours globale de 0,28 par 0-6 ans⁷² [62].

Des données plus détaillées en 2021, une année où les PMI avait réalisé 26 293 consultations pour les femmes, mettent en évidence que pour **les trois quarts** elles étaient **en lien avec la grossesse** [63]. Pour 46 %, il s'agit de **suivis de grossesse**, 21 % d'une **première consultation prénatale**, 17 % d'une consultation de **suivi de contraception**, 7 % d'une consultation de **suivi en gynécologie** et 4 % d'une **visite post-natale** [63] (Figure 74). Une part significative du temps de travail des sage-femmes est également associée à la remise des résultats des examens biologiques et la prescription d'ordonnance sur la base des résultats : 2 % [63] (Figure 74).

D'une manière générale, le **pourcentage de consultations** de femmes réalisées par chaque PMI **correspond au pourcentage de naissances** domiciliées dans leur commune à l'exception de celles d'Acoua et M'tsamgamouji et dans une moindre mesure de Poroani qui desservent visiblement un nombre important de femmes d'autres communes [63]. A l'inverse, les **PMI de Bouéni, Chiconi, M'tsamoudou** et, un peu moins **Sada**, **couvrent moins bien** les populations domiciliées dans leurs communes [63] (Figure 75).

Figure 74 : Répartition (%) des consultations aux PMI des femmes par motif en 2021 à Mayotte



Source : PMI [63]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

⁷⁰ La 8^{ème} consultation prénatale au 9^{ème} mois doit se dérouler au CHM, ainsi que les consultations prénatales de femmes enceintes présentant des pathologies [63].

⁷¹ Déterminé par nombre de consultations sur nombre de femmes de 15-49 ans estimé au 1^{er} janvier 2023.

⁷² Déterminé par nombre de consultations sur nombre d'enfants de 0-6 ans estimé au 1^{er} janvier 2023.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

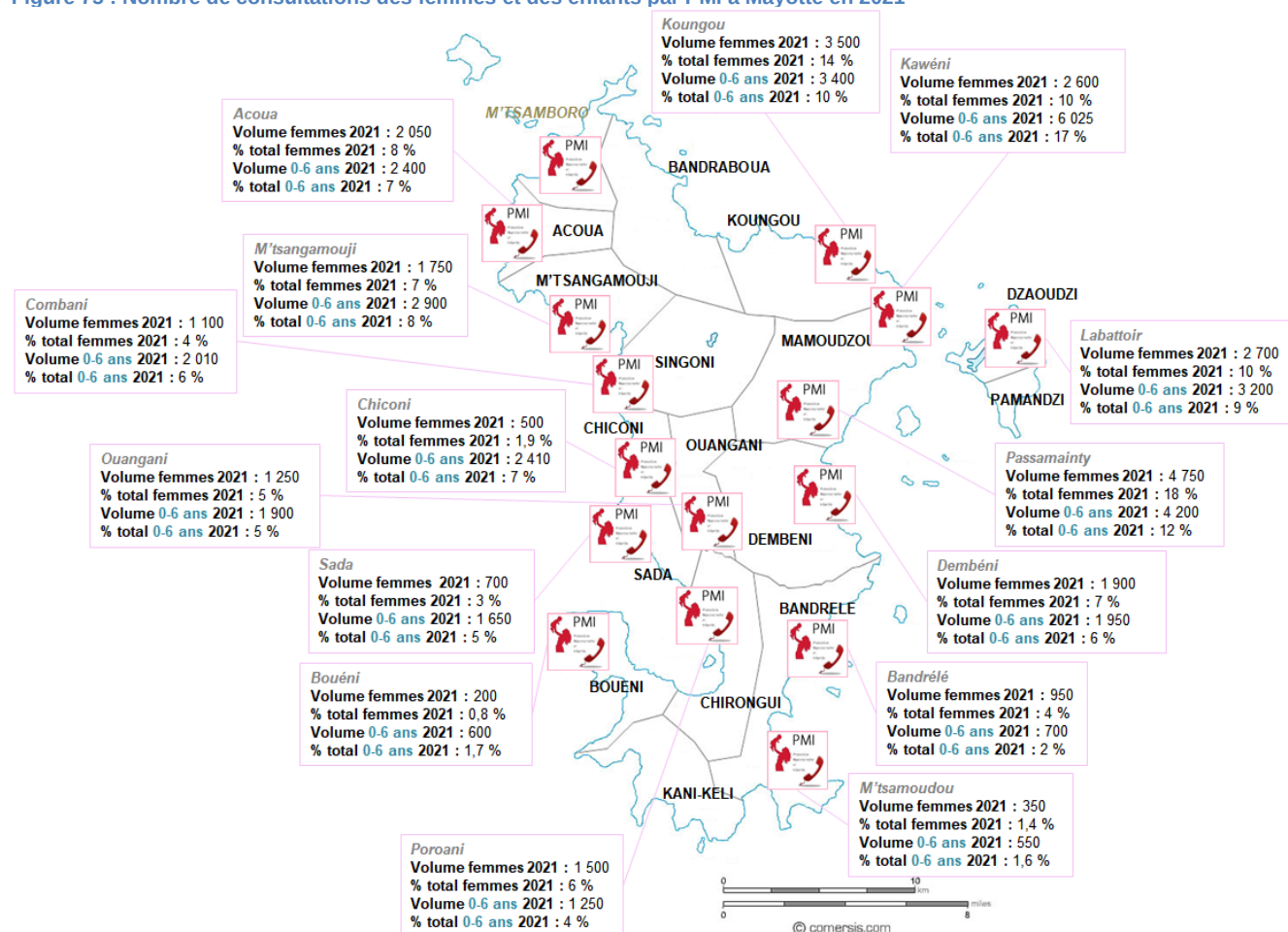
www.ars.mayotte.santé



A nouveau en 2021, le nombre de consultations d'**enfants de 0 à 6 ans** dans les PMI avait fortement augmenté comparé à 2020 : 10 708 consultations supplémentaires (+43,3 %, près de 35 000 en 2021), soit un taux de recours de 0,56 par enfant de cette classe d'âge⁷³ [63]. L'impact de la seconde vague de Covid-19 a donc été moindre que lors de la première du fait de l'expérience acquise et du maintien de l'ouverture des centres de PMI malgré les difficultés rencontrées avec de nombreux personnels absents pour maladie ou cas contact [63].

Sur une **période de dix ans** (2011-2021), la **tendance** du nombre de consultations a été **baissière**, d'abord faiblement à partir de 2013 puis **très fortement à partir de 2016**, évoluant toutefois en dents de scie [63]. Ces variations restent inexpliquées sauf en 2020 en raison de l'épidémie de Covid-19 qui a entraîné la fermeture partielle de nombreuses PMI et des temps de travail très réduits [63].

Figure 75 : Nombre de consultations des femmes et des enfants par PMI à Mayotte en 2021



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

Source : PMI [63]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

g) Recours à la médecine traditionnelle⁷⁴

En 2016, **15** (chez les hommes) à **17 %** (chez les femmes) des habitants de 18-79 ans déclarent avoir recours à la **médecine traditionnelle** en première intention lorsqu'il s'agit d'une **maladie estimée sans gravité** [64]. Cette part tombe entre **3** (chez les femmes) et **4 %** (chez les hommes) pour une estimation

⁷³ Déterminé par nombre de consultations chez les enfants de 0-6 ans sur nombre d'enfants de 0-6 ans estimé au 1^{er} janvier 2021 à Mayotte. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

⁷⁴ La médecine traditionnelle à Mayotte renvoie à des pratiques multiples héritées de savoir-faire non conceptualisés basés sur les traditions orales ou des écrits religieux. Le "fundi" (le maître) y joue le rôle de médiateur essentiel entre l'affection et le malade. En effet, les habitants de Mayotte distinguent deux grands groupes de maladies dont le traitement dépend généralement de ce qu'ils pensent être la cause. Le recours aux soins, reste délicat du fait de la coexistence de plusieurs recours thérapeutiques exercés par les "fundis". Parmi eux, on trouve : les herboristes qui traitent les pathologies externes surtout, à l'aide des plantes, les guérisseurs islamiques qui utilisent les textes coraniques et les "fundis wa madjini" (medium d'esprit) qui soignent selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux djinns.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

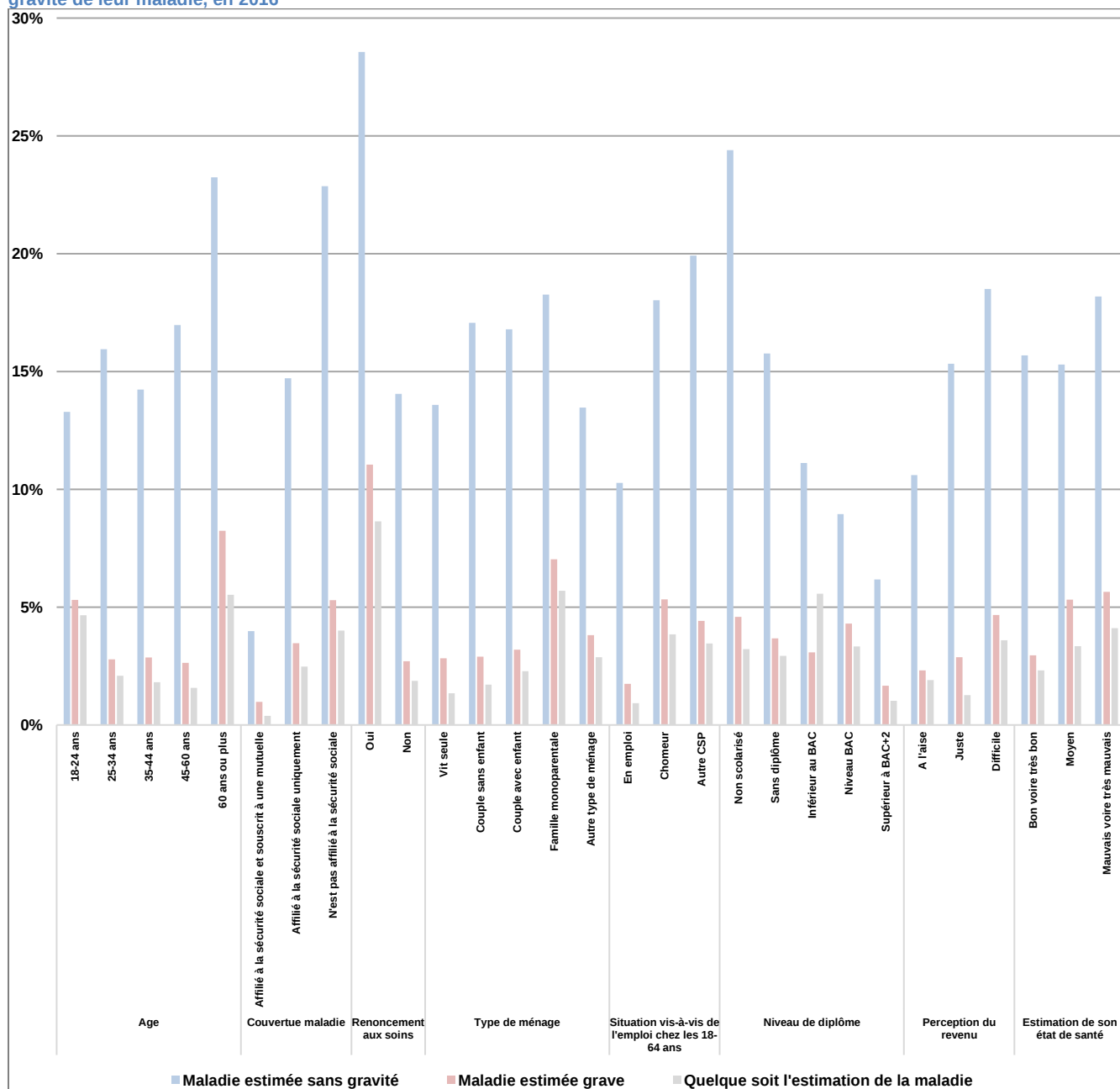
www.ars.mayotte.santé



plus grave de la pathologie nécessitant un recours aux soins, concernant néanmoins près de 4 000 individus vivant sur le territoire [64].

Ils sont **3 % à citer ce même type de soins quel que soit la catégorie de pathologie**⁷⁵, concernant plus souvent **les jeunes (5 %)** et **les personnes âgées (6 %)** [64]. En fonction de la couverture maladie, une forte distinction peut être observée : les **affiliés à la Sécurité sociale et également souscripteurs d'une mutuelle sont 0,4 %** à recourir à la médecine traditionnelle en première intention quel que soit leur maladie, tandis que **ceux dépourvus des deux représentent 4 %** des 18-79 ans de Mayotte [64]. Un lien avec le renoncement aux soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants au cours des douze derniers mois est aussi visible : **9 % chez ceux renonçant contre 1,9 % chez les autres** [64]. Ressortent notamment les familles **monoparentales (6 % contre 1,4-3 %)** et les **chômeurs (4 % contre 0,9 %)** [64] (Figure 76).

Figure 76 : Part de recours à la médecine traditionnelle en première intention à Mayotte en fonction de l'estimation de la gravité de leur maladie, en 2016



Champ : Habitants de 18 ans ou plus

Source : Ined, extraction enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [64]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

⁷⁵ 72 % déclarant ce type de recours pour une pathologie estimée grave vont également avoir recours à la médecine traditionnelle pour une maladie moins grave.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



h) Evacuations sanitaires

1 792 Evasan ont été réalisées en 2023 (pour une moyenne de 149 patients évacués par mois et un taux de recours de 0,006⁷⁶ par habitant) soit une **hausse de +13 %** par rapport à 2022, faisant suite à la hausse de +28 % entre 2020 et 2021 [65]. La cassure significative entre 2014 et 2015 est secondaire à l'établissement de la convention médicale entre la CSSM et le CHM [65] (Figure 77).

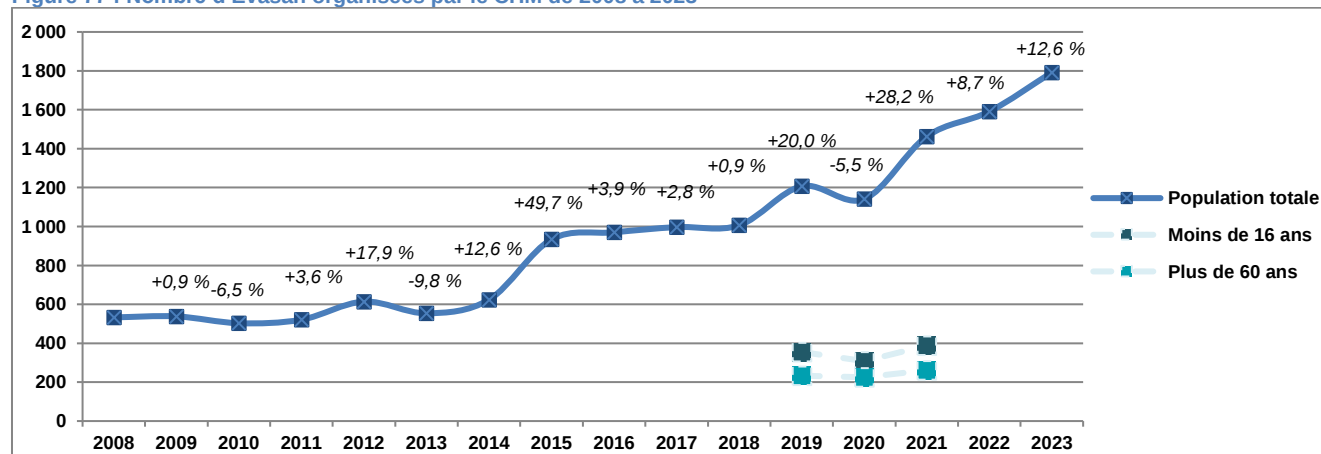
Dans 87 %⁷⁷ des cas le demandeur est le CHM et dans 5 %, les médecins libéraux [65].

De 2015 à 2022, **dans deux tiers des cas** (68 % en 2019 et 63 % en 2022), le patient ayant bénéficié d'une évacuation sanitaire est **affilié à la Sécurité sociale** [65].

De 2017 à 2022 et pour **90 à 94 % des évacuations**, le territoire récepteur est **La Réunion** [65]. Pour 6 à 9 %, il s'agit de la France Hexagonale ; 0,9 % de l'Union des Comores en 2022 contre 1,4 % en 2017 [65].

Les moins de 16 ans représentent 27 % des personnes évacuées sur les trois dernières années [65] (Figure 78).

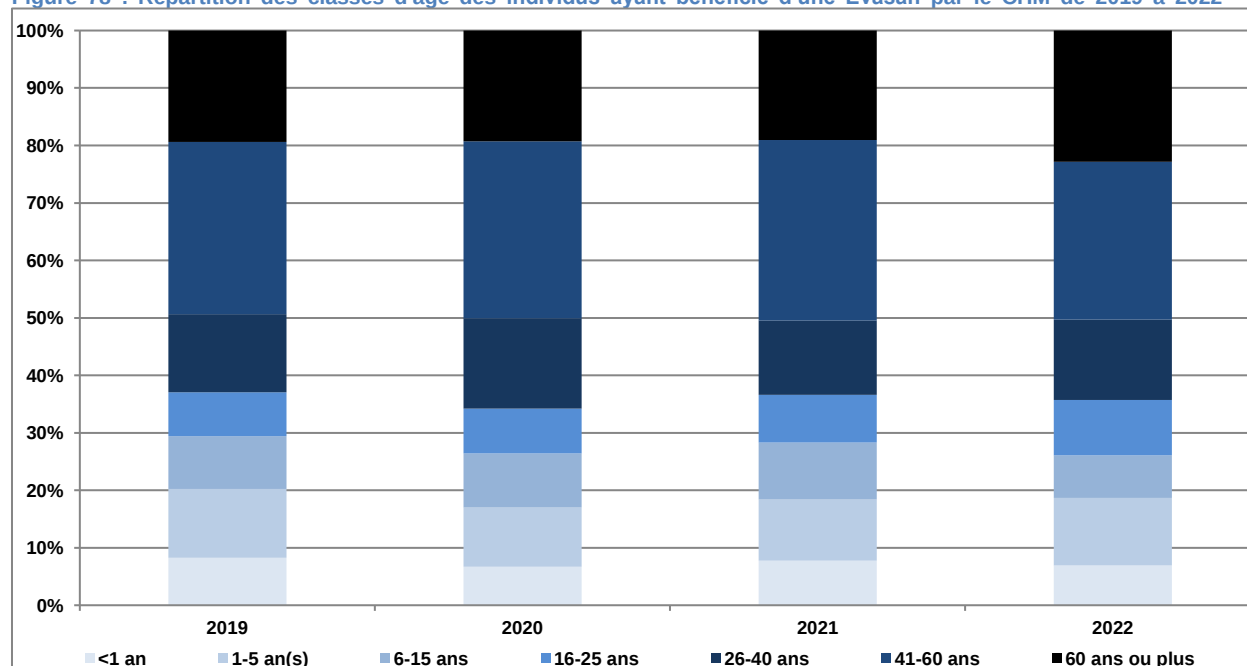
Figure 77 : Nombre d'Evasan organisées par le CHM de 2008 à 2023



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

Source : CHM [65]

Figure 78 : Répartition des classes d'âge des individus ayant bénéficié d'une Evasan par le CHM de 2019 à 2022



Source : CHM [65]

⁷⁶ Déterminé par nombre d'Evasan en 2023 sur population estimée au 1^{er} janvier 2023 à Mayotte. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.

⁷⁷ Données 2019 à 2022.



9 – Le renoncement aux soins

En 2016 et en 2019⁷⁸, deux mesures différentes permettant de déterminer le taux de renoncement aux soins ont été menées.

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

En 2016 et au cours des douze derniers mois, **12 %** des habitants de 18-79 ans déclarent avoir **renoncé à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants** [58]. En 2019, **45 %** des 15 ans ou plus **déclarent avoir renoncé ou reporté des soins pour eux-mêmes** [57].

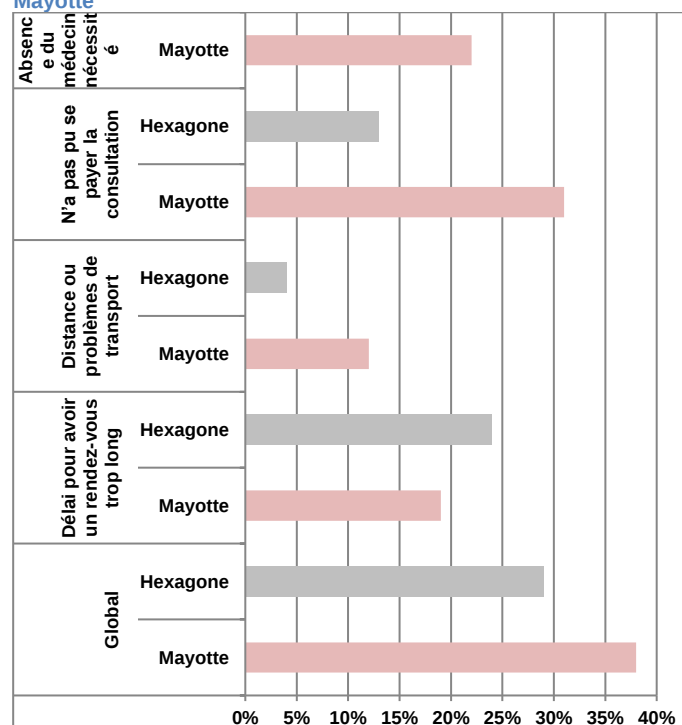
En 2019, **le taux de renoncement aux soins est supérieur de +9 points à celui de l'Hexagone** : 38 % contre 29 % [57]. **La question financière en est la principale cause** à Mayotte : 34 % des habitants ont déjà renoncé à des soins en raison d'un manque de revenus [57] [58] (Figure 79).

Les personnes les plus fragiles financièrement sont ainsi très pénalisées (54 %) et les personnes non affiliées à la Sécurité sociale le sont encore plus (60 %) [57] [58]. **Chez les femmes**, en 2016, d'autres facteurs de risque apparaissent : **l'âge** et la **scolarité** [58].

Pour raison financière en 2019, **un quart** ont renoncé à recourir à des « **soins ou examens médicaux** », ainsi qu'à des « **soins dentaires** » ou l'achat de « **lunettes ou lentilles de contact** » [52]. **Un sur cinq** à l'achat de leurs « **médicaments prescrits** » et **un sur dix** à un « **suivi psychologique** » ou à l'achat de « **prothèses auditives** » [52] (Figure 80). Le renoncement du fait de **délais de rendez-vous trop longs** (22 % des habitants) et les **difficultés d'accès à l'offre** (19 %) suivent celui lié à l'aspect financier (55 %) [57] (Figure 81).

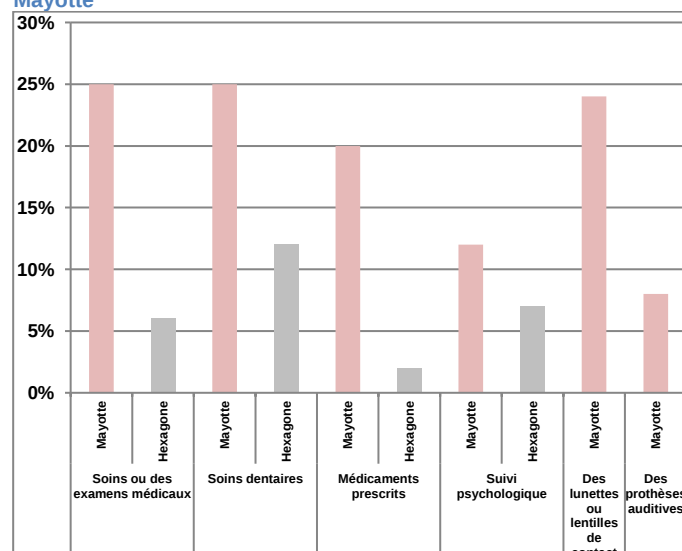
Pour les personnes en très **mauvaise santé**, le **manque d'offre est le premier motif** de renoncement à des soins, devant le motif financier [57]. On retrouvait en 2016 un second motif similaire : le **renoncement de manière délibéré**, qui est le premier chez les Français, les 60 ans ou plus, les hommes, les affiliés à la Sécurité sociale et ceux ayant un emploi [58]. Pour les **étrangers**, en 2016, **qui renoncent à des soins pour eux-mêmes, leur conjoint ou l'un de leurs enfants**, en lien avec leur situation administrative et comparé aux Français, les « **sans-papiers** » renoncent trois

Figure 79 : Motifs de report de soins ou d'exams médicaux au cours des 12 derniers mois en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-75 ans de Mayotte déclarant renoncer ou reporter des soins pour eux-mêmes au cours des douze derniers mois alors qu'ils en auraient eu besoin
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 80 : Offres de soins retardées au cours des douze derniers mois pour raison financière, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-75 ans de Mayotte déclarant renoncer ou reporter (financier) des soins pour eux-mêmes au cours des douze derniers mois alors qu'ils en auraient eu besoin
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

⁷⁸ Question unique en 2016 [58]. Pour 2019, l'indicateur résulte de neuf questions relatives au report ou à l'annulation de consultations ou de soins pour différentes raisons [57].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



fois plus : 22 % contre 8 % [58]. Les étrangers étaient alors **un sur cinq à citer la peur d'une reconduite aux frontières** comme motif de renoncement [58].

En 2016, chez les 18-79 ans remontant un état de « santé altérée » et/ou une « maladie chronique », **un tiers déclaraient ne pas avoir trouvé une solution adaptée à leur problème de santé** [58]. Parmi les moins de 35 ans, un peu plus d'un individu sur deux est concerné, et notamment **les hommes de 25-34 ans (62 %)** [58]. Passé cet âge, la part diminue à **39 % pour les 35-44 ans** et n'est plus que **d'un quart pour les 45 ans ou plus** [58]. Aux âges les plus jeunes, où les déclarations sont les plus élevées, elles sont principalement le fait des natifs des Comores [58].

10 – Prévention

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

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

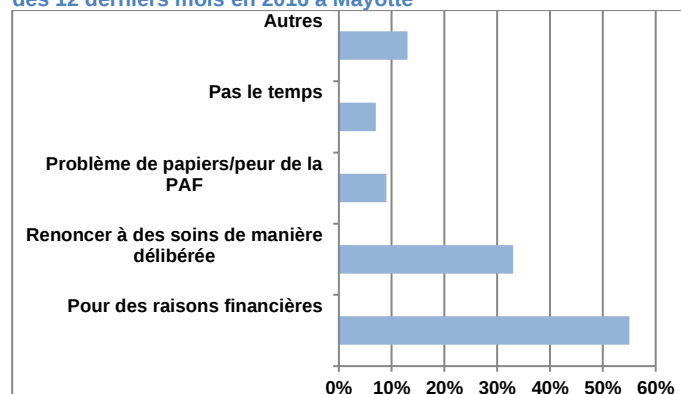
a) Littératie en Santé

2019, **47 % des 15 ans ou plus présentent des difficultés en littératie en santé**⁷⁹, contre 11 % dans l'Hexagone. **À structure de population équivalente, l'écart avec l'Hexagone se creuse d'autant plus**⁸⁰ : 59 % d'individus concernés [66].

Ces difficultés augmentent considérablement avec l'âge, de **29 % chez 15-24 ans à 93 % chez les 75 ans et plus**⁸¹ [66] (Figure 82). Parmi les caractéristiques socio-économiques ayant le plus d'impact sur le score moyen de littératie en santé : **ne pas avoir de diplôme** (2,6 contre 4,8 pour les Bac +3), avoir des **restrictions d'activité** (2,1 contre 2,9) et déclarer un **état de santé dégradé** (1,8 contre 3,5) [66] (Figure 83). On observe également que les 15 ans ou plus n'ayant pas de syndrome dépressif ont un score inférieur de 0,4 point à ceux en présentant [66].

En 2016, **87 % des habitants de Mayotte estiment que les messages de l'ARS sont clairs**⁸² [49]. Globalement bien compris par la population, ces messages le sont moins par les **individus sans titre de séjour** qui sont alors **22 % à déclarer ne pas saisir le sens des messages** contre 8 % pour les étrangers en situation régulière [49]. Ce problème se retrouve chez les **personnes âgées de 60 ans**

Figure 81 : Raisons du renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois en 2016 à Mayotte



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

Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migration, familles, vieillissement de 2016 [58]

⁷⁹ La littératie en santé représente un ensemble de compétences et de connaissances qui permettent à une personne d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser les informations nécessaires à sa santé, elle est de plus en plus mesurée dans différents pays et ressort comme dimension indispensable à prendre en compte dans l'objectif de lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé [67]. La littératie en santé est mesurée par un score moyen et s'il est inférieur au seuil de 3,5, alors l'individu est considéré comme étant en difficulté [67]. A Mayotte, à taux standardisé, ce score est de 3,0 (contre 4,3 dans l'Hexagone), plus faible chez les femmes de 15 ans ou plus : 2,7, que chez les hommes : 3,2 [66].

⁸⁰ Avec ou sans standardisation, Mayotte se retrouve à la première place, devant la Guyane (30 % en standardisé et 26 % en non standardisé), La Réunion (respectivement 21 % et 18 %), la Martinique (respectivement 19 % et 20 %), la Guadeloupe (18 % pour les deux taux) et l'Hexagone [66].

⁸¹ Une proportion 1,7 fois plus élevée

⁸² En 2021, l'ARS de Mayotte en lien avec la préfecture s'est servi de cinq vecteurs de communication différents afin d'informer les habitants sur les gestes anti-Covid-19 à appliquer : par la télévision, par la radio, par les médiateurs en santé, par des affiches et par internet [68]. Les vecteurs ayant le plus de succès (quelle que soit la classe d'âge) sont la télévision et la radio : respectivement 81 % et 62 % des habitants de 15 ans ou plus déclarent les avoir vus, les comprendre et en appliquer les messages transmis [68]. A un degré nettement inférieur, les messages transmis par les médiateurs en santé sont vus, compris et suivis par près de 45 % de la population quel que soit l'âge. Concernant ceux des affiches et transmis par internet, ils connaissent un succès dépendant de la génération, respectivement vus, compris et appliqués par 78 % et 73 % des 15-24 ans, ces taux diminuent respectivement à 42 et 18 % chez les 75 ans ou plus [68].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

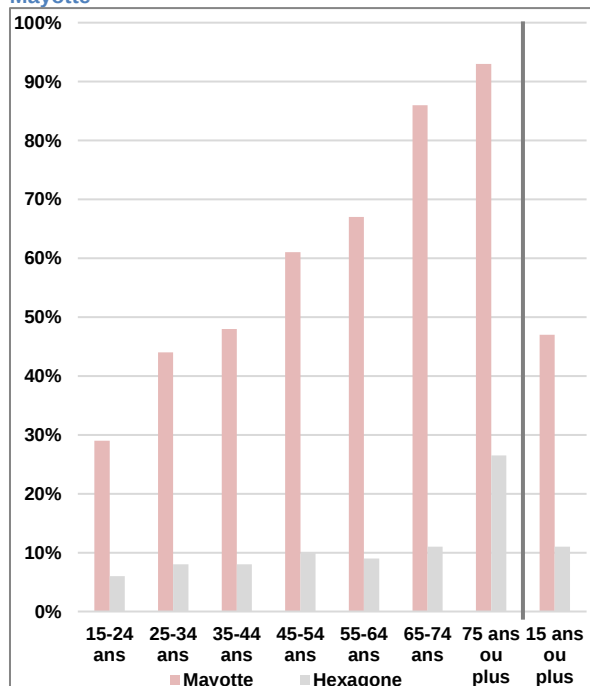


ou plus, frange de la population la plus touchée par les problèmes de santé, **un sur cinq juge les messages peu compréhensibles** [49].

Plus préoccupant, les individus ayant **une mauvaise voire très mauvaise** perception de leur **santé** sont deux fois plus nombreux à rencontrer des difficultés pour comprendre les messages de l'ARS : **23 %** contre 11-12 % pour les autres [49].

Parmi ceux comprenant les messages, ils ne sont que 7 % à ne pas suivre les recommandations transmises, concernant davantage les **jeunes** (12 %) et les **personnes âgées** (11 %) [49]. De plus, **une partie de la population semble réfractaire** à suivre les gestes préventifs recommandés par l'ARS : un **natif de Mayotte** sur dix, un **diplômé d'un BAC ou BAC+2** sur dix et un individu sur dix déclarant **parler, lire et écrire le français**, ne les suivent pas [49].

Figure 82 : Part de la population rencontrant des difficultés en littératie en santé en 2019 selon l'âge à Mayotte

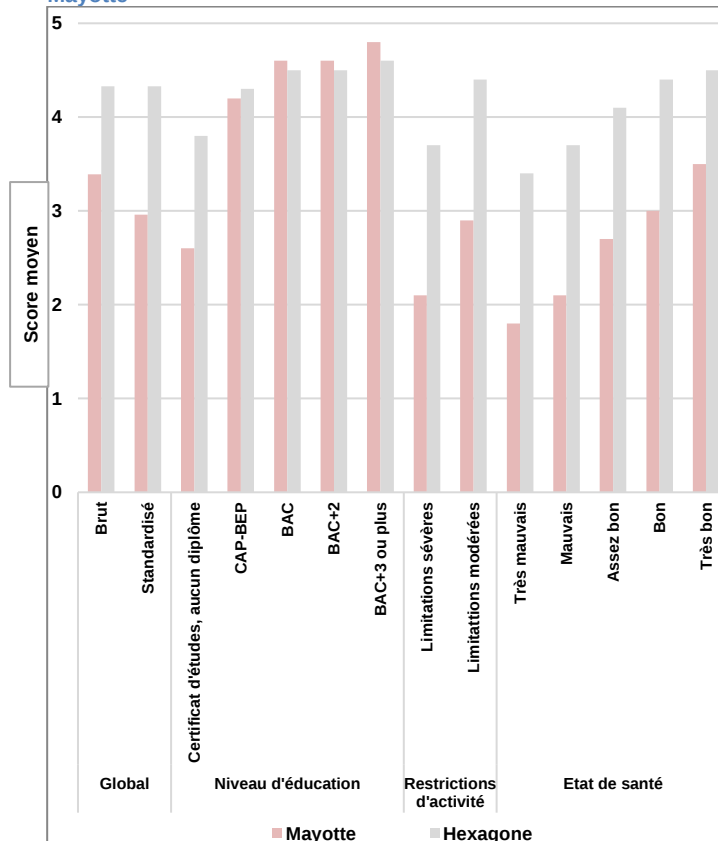


Champ : Habitants de 15 ans ou plus

Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [66] [69]

Exploitation : ORS Mayotte

Figure 83 : Score moyen de littératie en santé en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus

Source : Drees-Insee, *enquête EHIS de 2019* [66] [69]

Exploitation : ORS Mayotte

b) Dépistages

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

L'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont souvent associées à l'obésité, très présente à Mayotte. Or, en 2019, **8 % des habitants** de 15 ans ou plus de Mayotte **n'ont jamais mesuré leur tension artérielle par un professionnel de santé**, c'est **quatre fois plus que dans l'Hexagone** (2 %) [57].

De même, 49 % des habitants n'ont jamais contrôlé leur taux de cholestérol et **39 % leur glycémie**, soit trois fois plus que dans l'Hexagone [57] (*Figure 84*).

Les personnes en bonne santé, éprouvent moins le besoin de se faire dépister : 41 % n'ont jamais fait contrôler leur glycémie⁸³ par exemple, contre 21 % des personnes en mauvaise santé [57]. **Les hommes se font aussi moins dépister que les femmes, les jeunes que les seniors, les très modestes que les non pauvres** [57]. **La moitié des habitants de Mayotte éprouvent des difficultés à comprendre les recommandations des professionnels de santé** [57].

⁸³ En réponse aux chiffres très élevés de prévalence du **diabète** et de l'**hypertension artérielle** de l'enquête Unono Wa Maoré de 2019, une **campagne de dépistage portée par l'ARS de Mayotte en collaboration avec le CHM** a été menée sur le territoire, et à laquelle près de 10 000 personnes ont répondu favorable.



ARS MAYOTTE

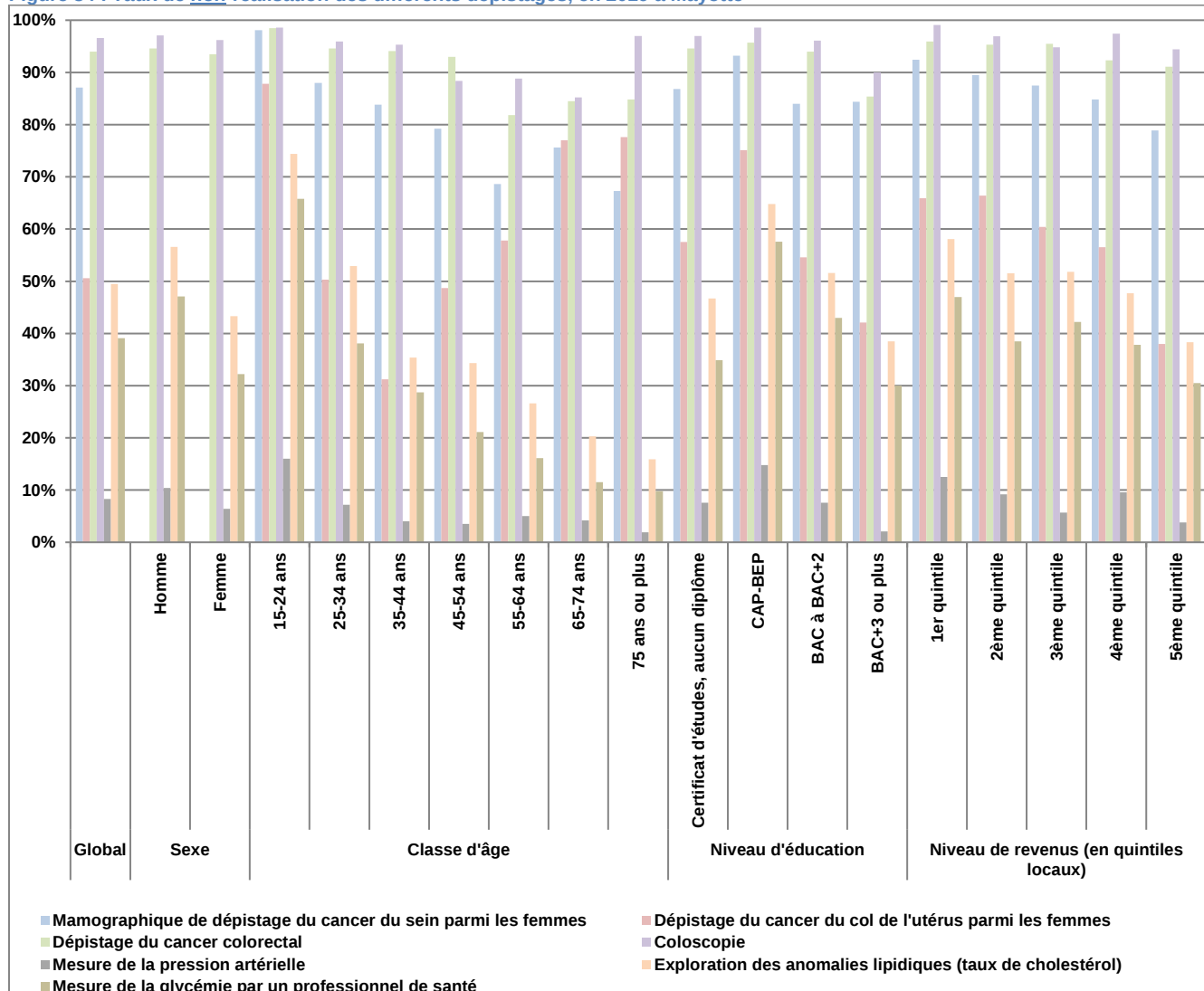
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 – Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Figure 84 : Taux de non-réalisation des différents dépistages, en 2019 à Mayotte

Champ : Habitants de 15 ans ou plus

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

c) Couverture vaccinale

En 2024, un adulte de Mayotte de 18 ans ou plus sur cinq ne connaît pas son statut vaccinal [70]. Mesuré depuis les prélèvements sanguins réalisés, 29 % présente un taux d'anticorps suffisant pour garantir une **immunité induite par la vaccination contre l'hépatite B** [70]. Les 18 à 24 ans sont particulièrement concernés par la vaccination contre l'hépatite B par rapport aux 65 ans ou plus (29 points de différence) [70]. Ce faible taux explique alors la part non négligeable d'adultes (4 %) ayant une infection en cours, soit quasiment dix fois supérieur à la prévalence estimée dans toute la France (0,4 %) [70].

Pour la poliomyélite, et par extension la **vaccination au DTPc**, 91 % des individus présentent des **anticorps suffisamment nombreux pour leur garantir une immunité** [70]. A l'inverse de l'hépatite B, cette fois-ci les plus jeunes (12 %) sont trois fois moins couverts que les plus âgés (4 %) [70].

La rubéole, et selon la même approche la **couverture vaccinale au ROR**, est également importante : **86 % des adultes sont immunisés** [70]. Toutefois, une femme adulte enceinte sur dix ne présente pas suffisamment d'anticorps contre cette pathologie, ce qui représente un risque sanitaire accru pour la santé du futur nouveau-né [70]. Par ailleurs des différences existent entre les déclarations des personnes concernant leur statut vaccinal et la recherche d'anticorps dans leur sang [70].

Pour la poliomyélite on observe que 95 % des dits vaccinés ont également des anticorps suffisamment nombreux dans leur sang, **81 % lorsqu'il s'agit de la rubéole** [70]. C'est surtout pour l'hépatite B que déclaration et analyse biologique divergent fortement : **seulement 42 % des adultes s'estimant à jour de leur vaccin sont réellement immunisés** [70].



ARS MAYOTTE

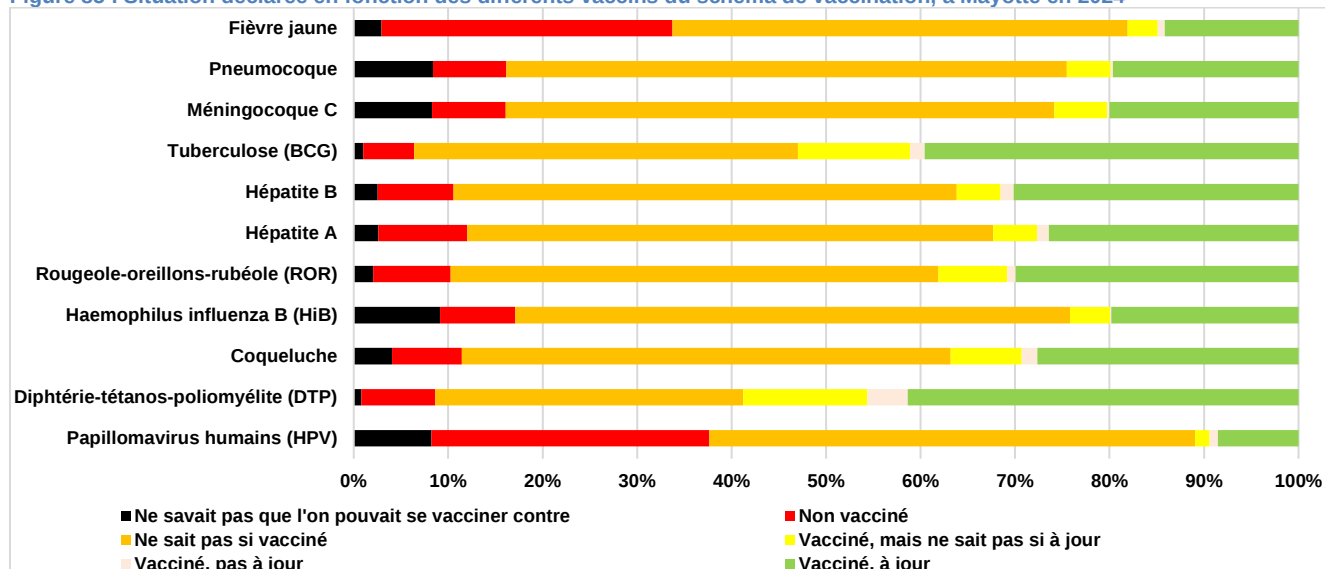
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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

Figure 85 : Situation déclarée en fonction des différents vaccins du schéma de vaccination, à Mayotte en 2024



Champ : Habitants de 18 ans ou plus

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, enquête EpiMay 2024 [70]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Parmi les quatre habitants sur dix de Mayotte qui déclarent **ne pas être vaccinés ou à jour**, pour la moitié il s'agit d'un **renoncement en lien avec le manque de temps** (un tiers de ceux renonçant), la peur de la PAF (un quart) et leurs **moyens financiers** principalement (un cinquième) [70] (Tableau 12).

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

			Taux chez les renoncateurs								
		Taux de renoncement ⁸⁴	Pas le temps	Peur de la PAF	N'en a pas les moyens financiers	Sans intérêt	Peur des vaccins	Problème d'accès	Trop loin	Contre les vaccins	Autre
Adultes de 18 ans ou plus		27%	32%	26%	21%	18%	13%	9%	2%	0,6%	1,3%
Sexe	Homme	31%	27%	31%	26%	21%	14%	11%	1,3%	0%	1,2%
	Femme	23%	38%	20%	16%	14%	12%	6%	3%	1,3%	1,4%
Age	18-24 ans	26%	32%	35%	9%	13%	11%	5%	0%	0%	3%
	25-44 ans	29%	32%	31%	29%	16%	13%	9%	1,9%	0%	1,0%
	45-64 ans	24%	31%	11%	17%	24%	18%	10%	5%	3%	0%
	65 ans ou plus	21%	37%	0%	0%	31%	16%	12%	2%	0%	2%
Nationalité	Française	22%	46%	0%	7%	31%	16%	4%	1,6%	1,0%	3%
	Etrangère	31%	24%	42%	29%	10%	12%	12%	2%	0,4%	0,2%
Temps de présence sur le territoire	A toujours vécu à Mayotte	24%	35%	11%	15%	32%	14%	6%	2%	1,3%	3%
	Plus de 10 ans, sans y avoir toujours vécu	27%	26%	28%	22%	16%	12%	7%	1,2%	0,7%	0,3%
	6 à 10 ans	31%	36%	28%	30%	10%	15%	12%	1,7%	0%	0%
	2 à 5 ans	29%	27%	46%	25%	8%	11%	13%	1,4%	0%	3%
	Moins d'un an	27%	48%	31%	13%	8%	17%	10%	7%	0%	0%
Aspect du bâti	En dur	25%	39%	16%	17%	20%	13%	9%	1,5%	0,7%	0,8%
	En tôle, bois, terre, matière végétale	32%	19%	45%	29%	14%	14%	9%	3%	0,4%	2%
Diplôme	Non scolarisé	28%	21%	35%	40%	16%	16%	19%	4%	0,5%	0%
	Scolarisé sans diplôme, CEP, CAP, BEP, Brevet des collèges, BEPC	28%	29%	29%	19%	19%	11%	5%	1,1%	0,9%	0,4%
	Baccalauréat, diplôme équivalent ou supérieur	25%	46%	15%	15%	17%	16%	10%	3%	0%	4%
Situation vis-à-vis de l'emploi	En emploi	23%	60%	0%	10%	27%	12%	4%	0,5%	0,7%	2%
	Au chômage ou sans emploi	25%	24%	33%	27%	14%	16%	12%	4%	0,8%	0,3%
	Emploi informel	40%	15%	44%	30%	17%	11%	11%	1,1%	0,5%	0%
Revenu par mois et par unité de consommation	< 410 euros	31%	21%	39%	25%	17%	12%	12%	2%	0%	0,3%
	Entre 410 et 740 euros	17%	41%	3%	5%	25%	11%	15%	1,3%	1,3%	0%
	> 740 euros	25%	64%	2%	8%	26%	11%	0%	0%	0,8%	3%

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

Champ : Habitants de Mayotte déclarant être non vacciné ou pas à jour de leur vaccin par renoncement

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, enquête EpiMay 2024 [70]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

En 2019, **chez les enfants**, quel que soit la valence observée, le premier constat marquant est la **forte chute du taux de couverture entre les 2 à 5 ans et les 14 à 15 ans**, aussi bien en 2010 qu'en 2019 [71].

⁸⁴ Taux en population général.

ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

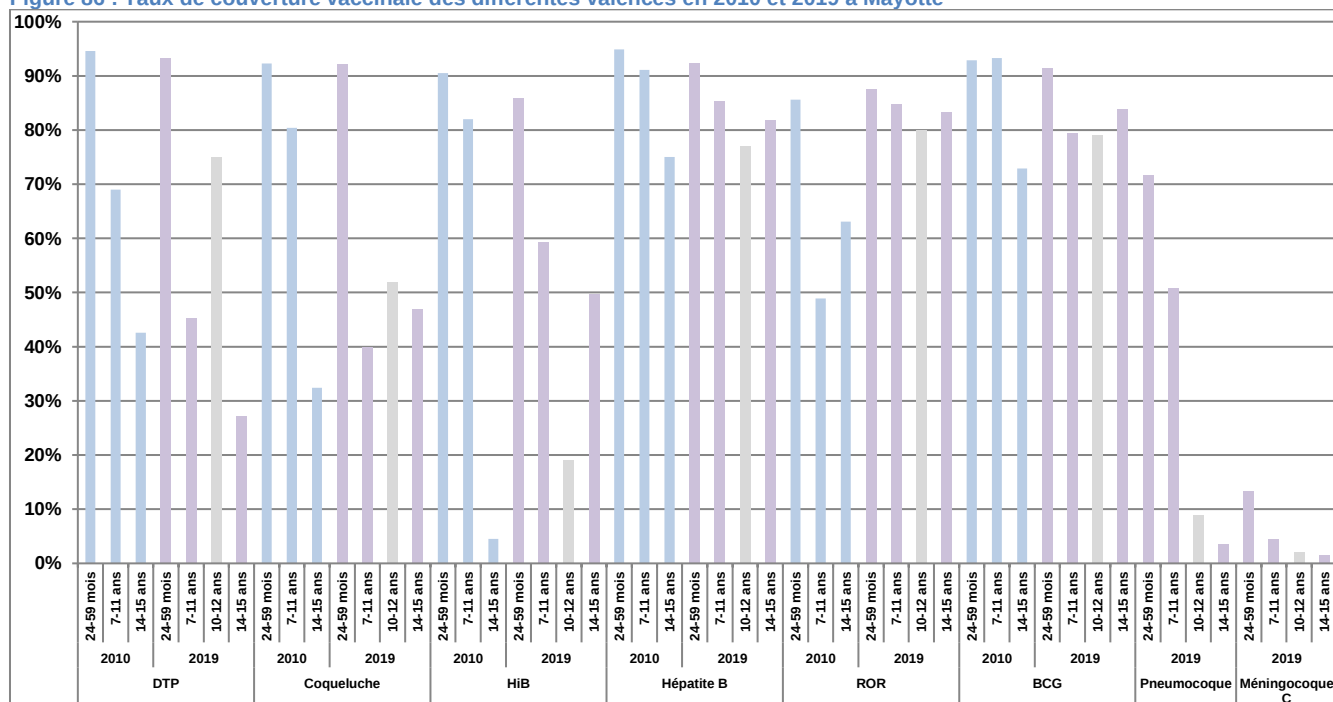
www.ars.mayotte.santé

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

Les baisses **les plus marquées** en 2019 sont alors pour le **pneumocoque** : 72 % chez les 2 à 5 ans à 4 % chez les 14 à 16 ans (-68 points), liées au fait que cette dernière classe d'âge n'est alors plus éligible à la vaccination ; le **DTP** : 93 % et 27 % (-66 points en 2019 et -52 points en 2010), la **coqueluche** : 92 % et 47 % (-45 points en 2019 et -60 points en 2010) et l'**HiB** : 86 % et 50 % (-36 points en 2019 et -86 points en 2010) [71] (Figure 86).

Entre 2010 et 2019 la **couverture vaccinale ne s'est améliorée que pour une partie des vaccins** et des classes d'âge [71]. Ainsi, à l'exception du ROR, les **7 à 11 ans sont ceux pour lesquels le recul de la vaccination est constante** : -41 points pour la coqueluche, près de -20 points pour le DTP et l'HiB, -14 points pour le BCG [71]. **Même constat**, dans des mesures beaucoup moins fortes, **pour les 2 à 5 ans** [71]. Cependant, concernant les **14 à 15 ans** et sauf pour le DTP, la **couverture augmente** sur toutes les valences : +45 points pour le HiB, +20 points pour le ROR et +15 points pour la coqueluche [71] (Figure 87).

Figure 86 : Taux de couverture vaccinale des différentes valences en 2010 et 2019 à Mayotte



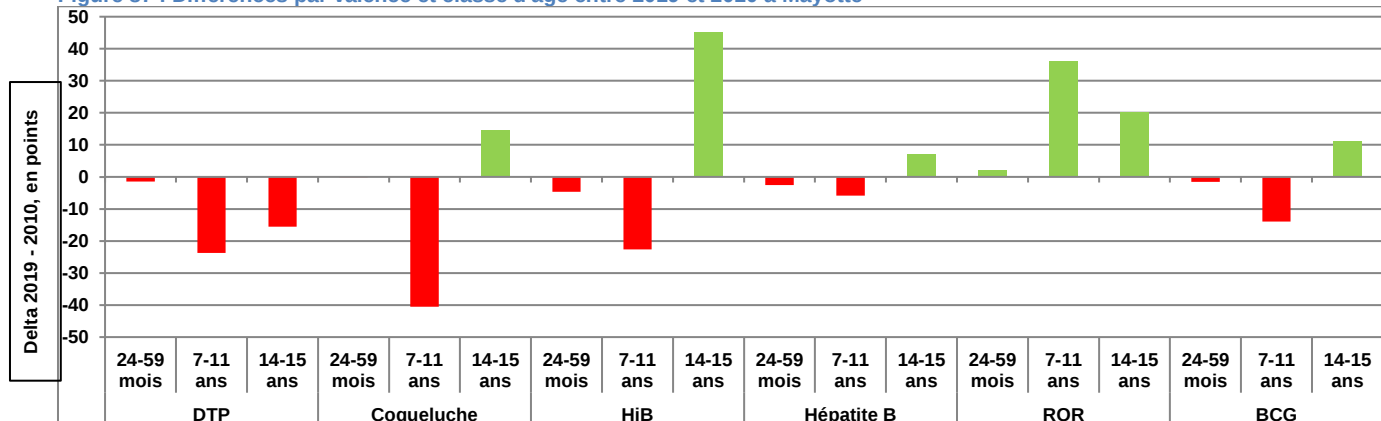
Note : Les histogrammes en gris sont déterminés chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème}. Pour deux vaccins la classe d'âge des 10-12 correspondait à une période où une nouvelle dose était attendue, Le DTP où l'on constate 75 % d'enfants à jour dont 23 % doivent recevoir une nouvelle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

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

Source : ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [71] et ARS Mayotte-Rectorat de Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [59]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 87 : Différences par valence et classe d'âge entre 2019 et 2010 à Mayotte



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

Source : ARS Mayotte-SpF, enquête couverture vaccinale de 2019 [71]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Les campagnes

En 2018, le Directeur Général de la santé a chargé l'ARS de mener une campagne de rattrapage vaccinal à destination des enfants de moins de 6 ans sur tout le territoire, avec un taux de participation de 47 % cette année-là, soit près de 47 200 individus [72].

L'ARS Mayotte et le Rectorat de Mayotte ont mis en place deux nouvelles campagnes de rattrapage vaccinal en 2022 et 2023 à destination des enfants scolarisés en primaire et au collège sur l'ensemble du territoire. Ce sont 27 655 enfants de 6 à 15 ans⁸⁵, soit un tiers de cette classe d'âge qui y ont pris part.

Dans l'ensemble, 72 % ont bénéficié d'un rattrapage pour le DTPc, 82 % pour le ROR et 80 % ont pu être vacciné contre l'HPV. Enfin, deux tiers des enfants de 6 à 15 ans n'étaient pas à jour des vaccins proposés, avec peu de disparité selon l'âge ou le sexe (65 % des filles et 67 % des garçons). Toutefois, les enfants nés de Mayotte le sont moins souvent que ceux nés ailleurs, respectivement 63 % et 71 % de couverture vaccinale.

d) Alimentation et indice de masse corporelle

Indice de masse corporelle

En 2019, 7 % des 15 ans ou plus étaient en situation de maigreur⁸⁶ (8 % chez les hommes et 6 % chez les femmes, et 5 % chez les 18 ans ou plus en 2021 [73]) [53], soit une hausse de +4 points chez les hommes et une baisse de -1 point chez les femmes par rapport à 2006 [74]. Chez les enfants de 10-12 ans⁸⁷, deux fois plus de garçons que de filles⁸⁸ sont dans cette catégorie [59] (Tableau 14).

Un individu sur deux de 15 ans ou plus est en situation de surpoids (dont obésité)⁸⁹ [53]. 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 [53] [74].

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 [73]) : 34 % contre 16 %⁹⁰ [53].

Avec l'âge, ce taux augmente fortement en fonction du sexe : 5 % chez les filles et 1 % chez les garçons de 10-12 ans [59], 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 [53] [57] (Tableau 13, Figure 88).

Tableau 13 : IMC de 2006 à 2021 à Mayotte

	2006 – 15 ans ou plus [74]			2008 – 30-69 ans [76]			2019 – 15 ans ou plus [53]			2019 - 15-64 ans [77]			2021 - 18 ans ou plus [73]		
	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 ^{91 92} [59]			2019 – 5-14 ans [77]			2006 - 5-14 ans [74]
	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 [74], InVS, enquête Maydia 2008 [76], ARS-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [59], Insee-Drees-IRDES, enquête EHIS de 2019 [53], SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [77], ARS Mayotte, enquête de séroprévalence Covid-19 de 2021 [73]

⁸⁵ 17 554 sur la 1^{ère} campagne de novembre 2022 à mars 2023, et 10 101 sur la 2^{nde} d'octobre à décembre 2023.

⁸⁶ Mayotte se situe au premier rang, devant La Réunion (6 %), la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane (5 %) et l'Hexagone (4 %) [53].

⁸⁷ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

⁸⁸ Le taux de maigreur global est de 10 %, soit deux fois supérieur aux enfants de CM2 dans l'Hexagone : 4 % [59].

⁸⁹ Sur le regroupement surpoids et obésité (et ses différents stades), Mayotte se situe au premier rang (54 %), a ex-aequo avec la Martinique (dont 20 % d'obésité), devant la Guadeloupe (52 % dont 19 % d'obésité), la Guyane (49 % dont 19 % d'obésité), l'Hexagone (45 % dont 14 % d'obésité) et La Réunion (44 % dont 16 % d'obésité) [53]. Restreint uniquement à l'obésité, elle tient également le premier rang, toute seule [53].

⁹⁰ Chez les hommes, l'emploi prédispose à l'obésité : 27 % des hommes en emploi sont obèses, soit trois fois plus que ceux sans travail [57]. Ce facteur influe davantage que le niveau de vie dans la probabilité d'être obèse [57]. 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 [57].

⁹¹ 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 [59].

⁹² 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 [75]. Dès lors, cela implique que pour une baisse mineure de leur poids, 15 % des filles et 22 % des garçons se situeraient en insuffisance pondérale [75].



ARS MAYOTTE

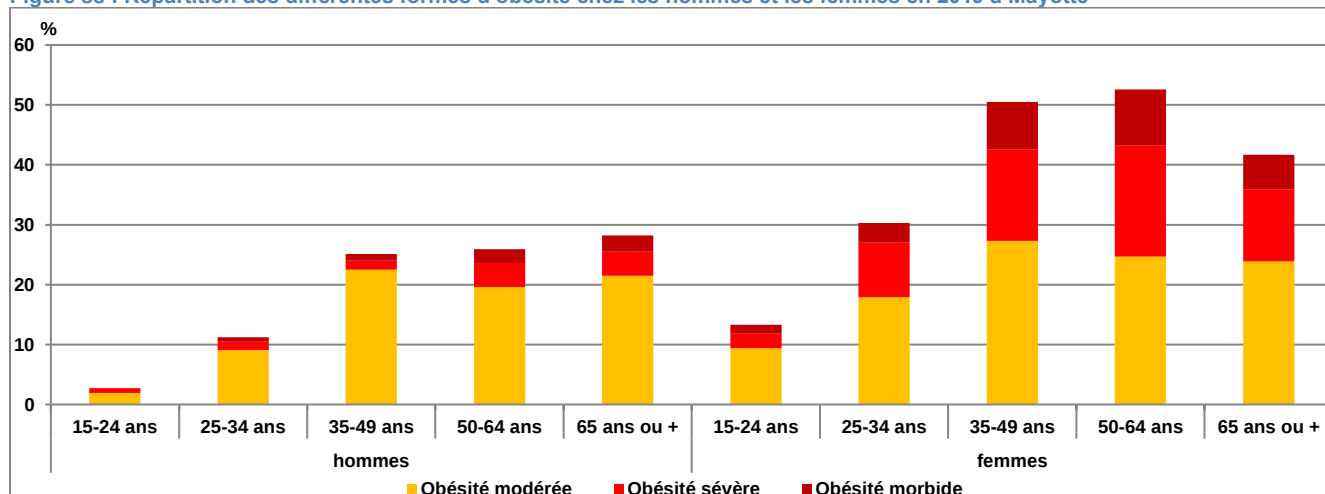
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 88 : 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 [57]

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) [77]. Chez les **0 à 3 ans**, la mesure du périmètre brachial permettait d'estimer que **3 %** d'entre eux présentaient une **malnutrition modérée**⁹³ et **5 % une malnutrition sévère**⁹⁴ [77].

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) [77]. Lorsque les enfants étaient sous-nutris, il s'agissait souvent d'un stade **modéré** [77]. Cependant, 2 % présentaient une maigreur sévère [77].

Nutrition

En 2019, **16 % des 15 ans ou plus** déclarent consommer **tous les jours des fruits**⁹⁵ et **9 % des légumes**⁹⁶, soit des fréquences nettement inférieures à celles de l'Hexagone (respectivement 59 % et 63 %) [53]. **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 [53]. Concernant les **enfants de 10-12 ans**⁹⁷, **35 %** déclarent consommer tous les jours des **fruits** (36 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) et **15 % des légumes** [59].

Pour les **boissons sucrées**⁹⁸ chez les 15 ans ou plus en 2019, **les consommations sont plus importantes à Mayotte** que dans l'Hexagone : **15 %**^{99 100} (tous les jours) contre 10 % [53]. **La fréquence, contrôlée sur l'âge et le niveau de vie, augmente parmi les jeunes et reste indépendante du niveau de vie** [53]. Les **enfants de 10-12 ans** sont **22 %** à en déclarer une quotidienne (20 % chez les enfants scolarisés en CM2 dans l'Hexagone) [59].

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

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

Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [77]

⁹³ Périmètre brachial compris entre 11,5 et 12,5.

⁹⁴ Périmètre brachial inférieur à 11,5.

⁹⁵ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guyane (30 %), la Martinique (39 %), La Réunion (42 %), la Guadeloupe (45 %) et l'Hexagone (59 %) [53].

⁹⁶ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Martinique, la Guyane (35 %), la Guadeloupe (38 %), La Réunion (44 %) et l'Hexagone (63 %) [53].

⁹⁷ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

⁹⁸ Boissons industrielles sucrées : sodas ou jus industriels, boissons allégées exclues.

⁹⁹ 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 [74].

¹⁰⁰ Mayotte se situe au second rang, devant la Guyane (16 %), La Réunion (13 %), la Guadeloupe (12 %), l'Hexagone (10 %) et la Martinique (9 %) [53].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

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

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

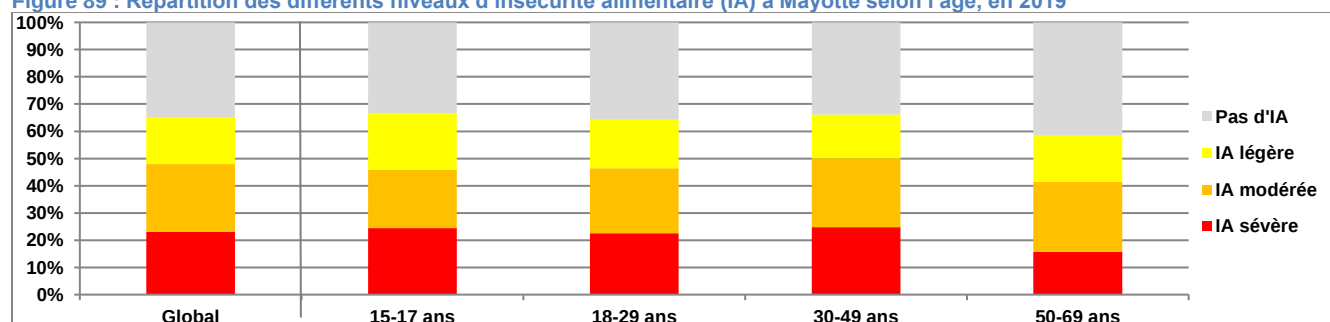
Source : ARS Mayotte, Enquête Santé des jeunes de 2019 [75]

Insécurité alimentaire¹⁰¹

En 2019, **près de la moitié des adultes de 15-69 ans sont en insécurité alimentaire¹⁰² modérée (25 %) ou sévère (23 %)**, contre 6 % en France Hexagonale ou dans les autres DOM [77].

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 [77] (Figure 89).

Figure 89 : Répartition des différents niveaux d'insécurité alimentaire (IA) à Mayotte selon l'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [77]

Trois enfants de 10-12 ans¹⁰³ sur dix déclarent prendre trois repas par jour de manière quotidienne^{104 105} [75]. Ils sont la moitié pour la prise de deux repas, parmi eux trois sur dix en

¹⁰¹ 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 [76]. 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 %) [76]. L'anémie (carence en fer) concernait 2 % des hommes et 10 % des femmes, soit un ensemble de 6 % [76]. Aucun homme était touché par l'anémie régénérative, il s'agissait alors exclusivement d'anémie régénérative tandis que chez les femmes, elles étaient 7 % pour la première forme [76].

¹⁰² 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.

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

¹⁰⁴ Le matin, 47 % des filles déclarent manger régulièrement et 59 % chez les garçons [75]. 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 [75]. 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 [75].

¹⁰⁵ 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 [75]. Ils sont également deux fois plus nombreux à se retrouver en surpoids (10 %) par rapport aux enfants prenant trois repas par jour (5 %) [75]. Les enfants prenant trois repas par jour ont la plus forte proportion de corpulence « normale » [75].

**ARS MAYOTTE**

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

Standard : 02 69 61 12 25

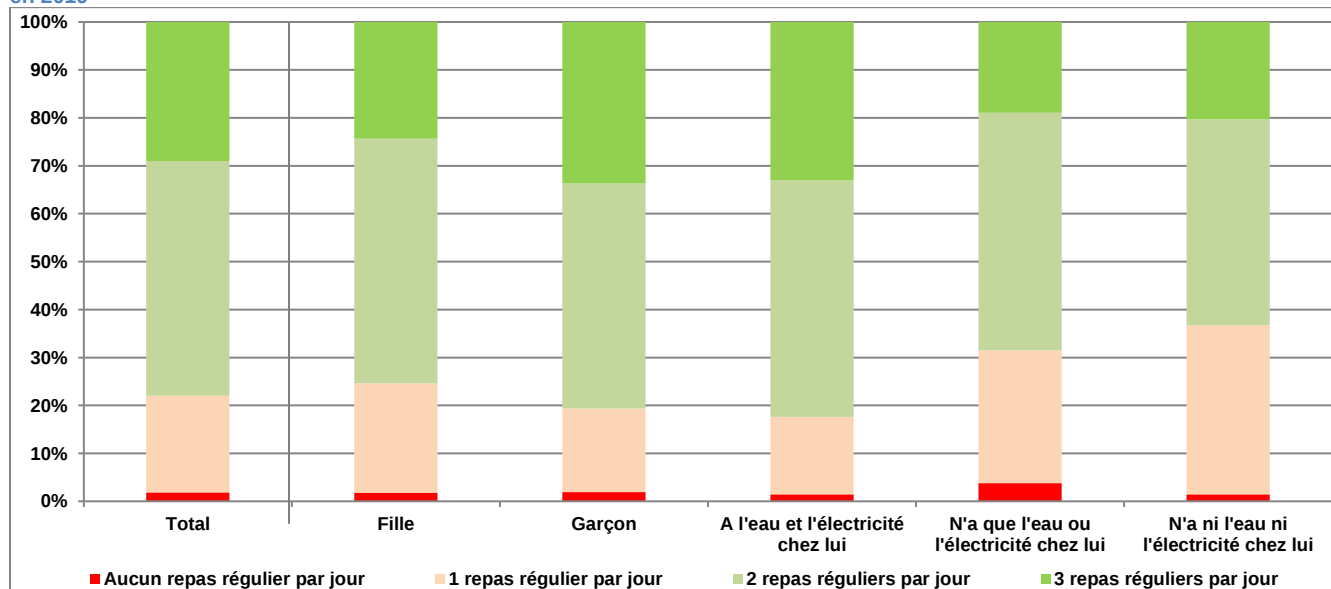
www.ars.mayotte.santé



consomment un troisième de manière irrégulière [75]. 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 [75].

Un enfant sur cinquante est concerné par un rythme alimentaire particulièrement inconstant, n'en déclarant la prise d'aucun de manière quotidienne [75]. Les garçons déclarent plus souvent la prise de trois repas que les filles : 34 % contre 24 % [75]. 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 [75] (Figure 90).

Figure 90 : 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 [75]

e) Santé sexuelle

Santé périnatale

En 2021, **11 % des parturientes ont moins de 20 ans**, contre 1,4 % dans l'Hexagone [80] (11 % en 2010 [81]).

L'âge moyen **est de 28 ans** [82] (27 ans en 2010 [81]) et celui des **primipares de 22 ans**, respectivement 31 ans et 29 ans dans l'Hexagone en 2021 [83].

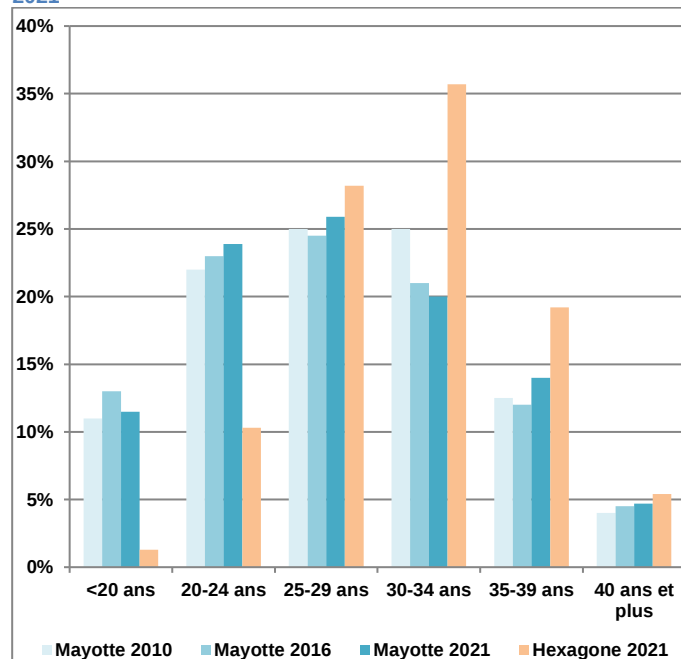
Le **taux de mères mineurs est de 5 %** contre 0,3 % dans l'Hexagone, stables avec 2019 et 2020 [83].

En 2021, **sept femmes sur dix étaient heureuses que la grossesse arrive maintenant** (plus qu'en 2016 [81]), équivalent à l'Hexagone (71 %) [82].

Cependant, **elles sont beaucoup plus nombreuses à ne pas vouloir tomber enceinte**, 16 % contre 4 % dans l'Hexagone [82].

Malgré le maillage de l'offre de soins en 2021, le **temps d'accès à la maternité est plus long à Mayotte**, 68 % des mères mettent moins de 30 minutes pour se rendre à la maternité contre 74 % dans l'Hexagone. Sachant que le trajet ne s'effectue en **voiture** que pour à peine une

Figure 91 : Age des parturientes de Mayotte en 2010 et 2021



Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2016 [80]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

mère sur deux (45 % contre 88 % dans l'Hexagone), dans l'autre moitié des cas le trajet s'effectue en **taxi** (27 % contre 3 %) ou en **transport d'urgence** (20 % contre 5 %) [82].

Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, moins de 1 % des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse et 1,3 % fumait pendant le troisième trimestre (contre respectivement 3 % et 12 % dans l'Hexagone) [82].

Du fait de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, **les sage-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse** à Mayotte en 2021, désignées comme professionnel principal [82].

Une parturiente sur deux (56 %) déclare avoir consulté un **professionnel de la PMI** et **une sur dix** déclare avoir consulté une sage-femme en **maternité publique ou en CPP** [82].

Les **libérales** ont été sollicitées par **une parturiente sur trois** (soit plus qu'en 2016 : 27 %) [82] (Figure 92).

Malgré leur implication, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant en 2021, tout comme en 2016 [82]. Le nombre déclaré d'échographies reste bien en deçà des recommandations (malgré une nette amélioration) : **seulement 32 % déclarent avoir réalisées plus de trois échographies** contre plus de 86 % dans l'Hexagone [82] (Tableau 18).

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

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

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [82]

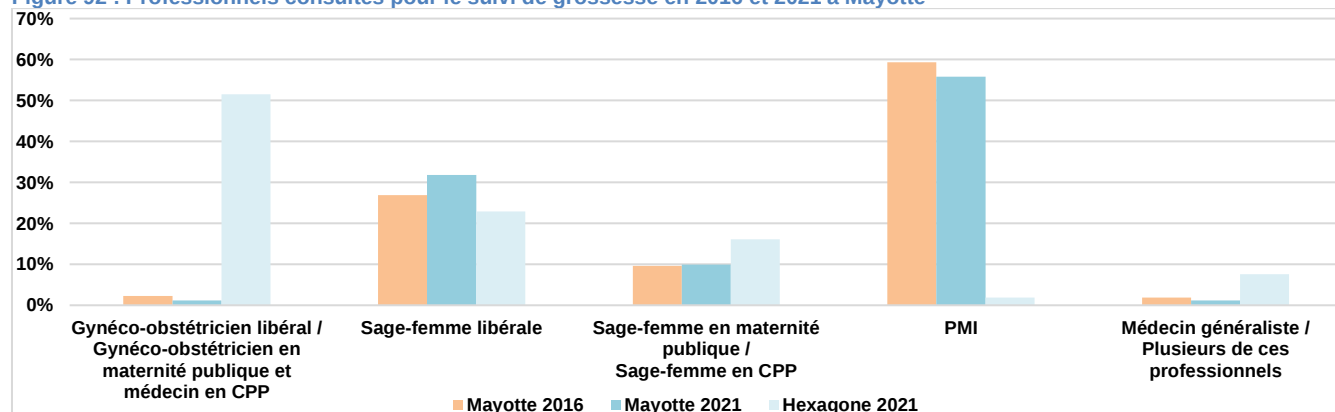
Tableau 17 : Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation en 2021 à Mayotte

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

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [82]

Figure 92 : Professionnels consultés pour le suivi de grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte



Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [82]

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

	%	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Nombre de consultations en urgence	Oui	20	28	30	50
	Non	19	72	70	50
Entretien du 4ème mois	Oui	4	7	1,8	37
	Non / Ne sait pas	96	94	98	64
Nombre d'échographies réalisées	Moins de 3	48	46	34	0,4
	3	33	32	34	13
	Plus de 3	19	22	32	86

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [82]

Le **taux de césarienne est de 14 %** en 2021, bien en deçà de celui observé dans l'Hexagone (21 %) [82] (Tableau 19). De plus, près d'une femme sur dix déclare avoir ressenti une douleur forte voire insupportable lors de l'accouchement (89 % contre 56 % dans l'Hexagone) [82].

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

Les **épisiotomies** ont concerné seulement **1,7 % des accouchements par voie basse**, contre 8 % dans l'Hexagone [82].

Le **faible interventionnisme médical** peut être expliqué par la **parité plus importante** et le fait que la très **grande majorité des accouchements est réalisée par des sage-femmes** (76 %) du fait de **l'absence de gynécologues-obstétriciens** dans les maternités périphériques [82].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

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

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

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [82]

La prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue que dans l'Hexagone [82]. La très grande majorité des parturientes (75 %, 88 % en 2016) n'a **bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail** contre 15 % dans l'Hexagone [82]. Deux faits contribuent à ce constat : la **faible accessibilité** à ces pratiques, anesthésistes présents uniquement sur le site de Mamoudzou et en nombre insuffisant, et une **demande plus faible** des parturientes, seulement 12 % des parturientes souhaitaient absolument une analgésie péridurale avant leur accouchement sachant que 34 % d'entre elles ne l'ont pas reçue [82].

En 2021, les **taux de prématurité** (10 %) et de **petits poids** (11 %) sont en **légère baisse** par rapport à 2016 (respectivement 12 % et 13 %), mais **restent toujours supérieurs à l'Hexagone** (7 %) [82].

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

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

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [82]

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

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

Champ : Mères venant d'accoucher

Source : ARS Mayotte, enquête périnatale de 2021 [82]

Contraception

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

Entre **18 et 21 ans**, les femmes natives de l'étranger et de Mayotte en ont un **recours identique**, alors qu'un écart est remarqué parmi les **26-29 ans** [44]. Sur cette tranche d'âge, les **natives de l'étranger sont presque deux fois plus nombreuses** à utiliser une contraception que les natives de Mayotte (75 % contre 40 %) [44]. Chez les **30-33 ans**, le recours est ensuite **plus proche** (60-70 %) [44]. Il se **maintient** avec l'âge chez les **natives de Mayotte** mais **décroit après 40 ans** chez les **natives de l'étranger** [44].

L'utilisation de contraceptif(s) évolue fortement en fonction du nombre d'enfants [44]. **Sans distinction du lieu de naissance, les femmes qui n'ont pas eu d'enfant vont en déclarer un recours beaucoup plus faible** (14 %) que celles en ayant au moins un (70 %), particulièrement chez les plus jeunes [44]. Le type de contraceptif le plus souvent cité est **la pilule** (64 %), suivie de **l'implant** (27 %) et du **stérilet/dispositif intra-utérin (DIU)** (11 %) [44].

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Recours à l'interruption volontaire de grossesse

En 2021, **1 652 IVG ont été réalisés** soit un taux de **15,5 IVG pour 100 naissances vivantes** (30 dans l'Hexagone), **demeurant deux fois plus bas que dans l'Hexagone** : 30 pour 100 naissances vivantes [83].

Se déterminant également comme un **taux pour 1 000 femmes de 15-49 ans** : il est de **22,3** contre 15,0 dans l'Hexagone [83].

f) Santé mentale

En 2016, **quatre adultes sur dix** **présentaient au moins un trouble de santé mentale**, notamment chez les moins de 30 ans [84]. Les **troubles anxieux** étaient les plus fréquents (24 %), suivis par les **troubles de l'humeur** (19 %) [84].

Un peu plus de **3 %** présentaient un problème lié aux **drogues** (3 %) et à la consommation **d'alcool** (4 %) [84] (Tableau 22).

Si on n'observait pas de différence du risque de présenter au moins un trouble psychique en fonction du sexe, les femmes et les hommes présentaient néanmoins des types de troubles différents : davantage de **troubles anxieux et dépressifs chez les femmes**, davantage de **troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes** [84] (Figure 93).

Le fait d'être **célibataire, séparé, ou divorcé**, et le fait d'être **sans emploi** (40 % contre 30 % pour ceux en emploi) représentait un facteur de risque d'avoir un trouble psychique [84].

En 2019 et selon le PHQ9¹⁰⁶, **20 % des habitants de 15 ans ou plus** présentent des **symptômes dépressifs**^{107 108} (22 % chez les femmes et 19 % chez les hommes, 11 % dans l'Hexagone), 17 % en 2016 selon le MINI¹⁰⁹ chez les 18 ans et plus [84], et **6 % des symptômes majeurs**^{110 111} (4 % dans l'Hexagone), notamment les jeunes de **15 à 29 ans**¹¹² : 8 % contre 3 % dans l'Hexagone [53] (Figure 94). Dans tous les territoires, un niveau de vie plus élevé a un effet protecteur sur la présence de symptômes dépressifs, confirmant l'association entre pauvreté relative et

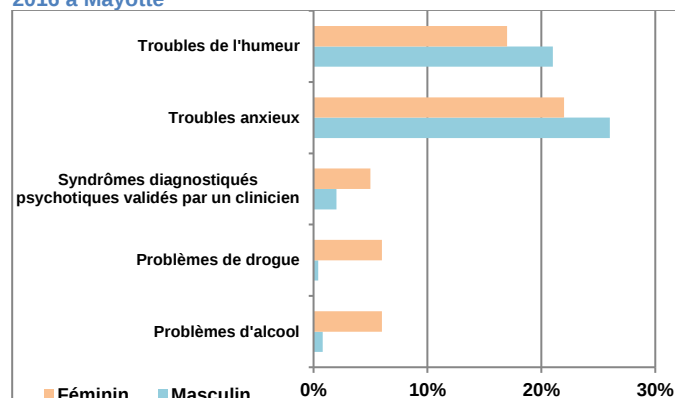
Tableau 22 : Prévalence des différents troubles repérés par le MINI chez les personnes de 18 ans et plus en 2016 à Mayotte

Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)		36 %
Troubles de l'humeur	19 %	
	Episode dépressif (2 dernières semaines)	17 %
	... Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	6 %
	Dysthymie ¹¹³ (2 dernières années)	3 %
	Episode maniaque (vie entière)	2 %
Troubles anxieux		4 %
Problèmes de drogue		3 %
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	4 %	
	Syndrôme psychotique isolé actuel	0,6 %
	Syndrôme psychotique isolé passé	0,6 %
	Syndrôme psychotique récurrent actuel	2 %
	Syndrôme psychotique isolé récurrent passé	0,7 %
Risque suicidaire	10 %	
	Léger	6 %
	Moyen	2 %
	Elevé	2 %
Insomnie		11 %

Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [84]

Figure 93 : Prévalence des troubles selon le sexe en 2016 à Mayotte



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

Champ : Habitants de 18 ans et plus à Mayotte

Source : OMS, enquête Santé mentale de 2016 [84]

¹⁰⁶ Le PHQ9 est un bref outil utilisé pour diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression. Il est plus court que d'autres instruments de dépistage comme le MINI par exemple, et présente l'intérêt de pouvoir être auto-administré. Il est également adapté à la DSM IV-R.

¹⁰⁷ La dépression constitue un trouble de l'humeur courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

¹⁰⁸ Pour les épisodes dépressifs modérés, Mayotte se situe au premier rang, devant la Guyane (19 %), la Martinique (17 %), la Guadeloupe (15 %), La Réunion et l'Hexagone [53].

¹⁰⁹ Le MINI se base sur un entretien diagnostique structuré compatible avec les nomenclatures DSM IV-R et CIM-10.

¹¹⁰ Sont dits « majeurs » si la personne ressent « plus de la moitié des jours »/« presque tous les jours » au moins cinq des symptômes dont un des deux premiers.

¹¹¹ Mayotte se situe au second rang, à ex-aequo avec la Martinique, derrière la Guyane (7 %) et devant la Guadeloupe, La Réunion et l'Hexagone (4 %) [53].

¹¹² La société traditionnelle à Mayotte est l'objet de « changements sociaux fondamentaux : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive et multiplication des habitats insalubres et dépourvus de confort de base » [53]. Les jeunes de moins de 20 ans sont particulièrement exposés à ces mutations sociétales ce qui peut engendrer « des conflits familiaux et sociaux (voire ruptures), des violences physiques/sexuelles, des échecs scolaires, des troubles du comportement et conduites addictives » [53].

¹¹³ La dysthymie est un trouble de l'humeur, chronique et persistant, impliquant un spectre dépressif. Elle est moins sévère qu'une dépression clinique.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



dégradation de la santé mentale [53]. **Une fois contrôlés, le sexe et le niveau de vie, la moins bonne santé mentale des jeunes à Mayotte ne ressort plus [53].**

Chez les 15 ans ou plus, les **troubles du sommeil** sont les plus fréquents à Mayotte : **22 %** de la population, contre 18 % en **France entière** [85].

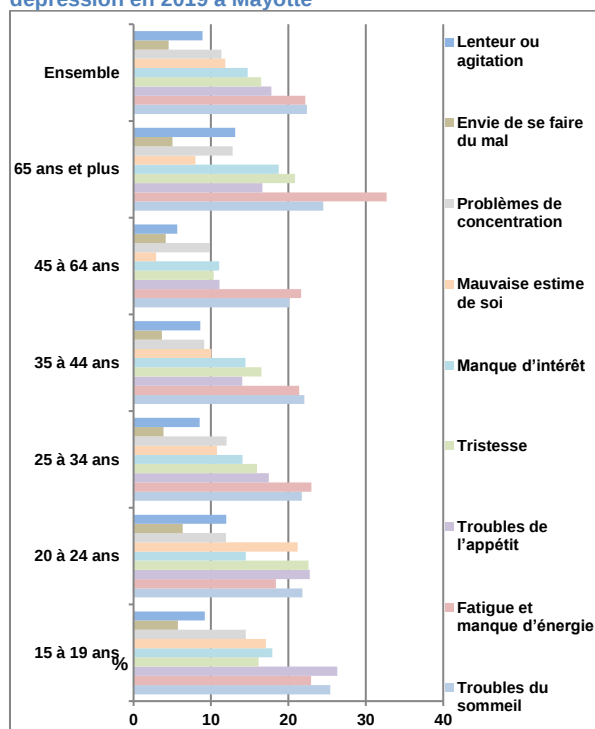
Les **troubles de l'appétit** sont également importants, **18 %** sont concernés [85].

Les deux symptômes généraux de la dépression y sont aussi plus fréquents : **16 %** des habitants déclarent s'être sentis « **tristes, déprimés ou désespérés** »¹¹⁴ et **15 %** estiment avoir eu « **peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses** » [85].

22 % de la population évoque avoir ressenti une **fatigue ou un manque d'énergie**¹¹⁵ [85] (Figure 95).

Le niveau de satisfaction de la vie¹¹⁶ à Mayotte est faible, avec une moyenne de 5,6 chez les individus sans épisode dépressif (7,1 dans l'Hexagone) [53]. Il baisse de -1 point (4,7) chez ceux avec épisodes dépressifs mais reste en deçà du niveau Hexagonal (5,3) [53].

Figure 95 : Prévalence des différents syndromes de la dépression en 2019 à Mayotte



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

Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

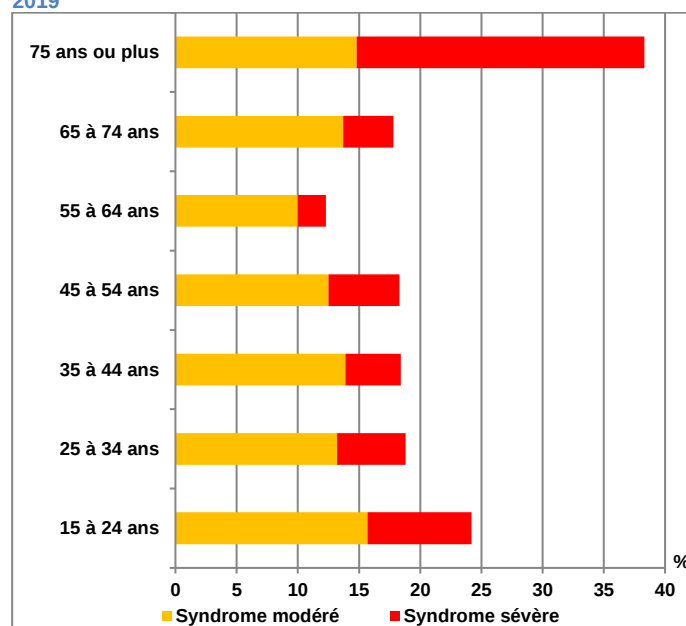
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

¹¹⁴ Dans les deux dernières semaines.

¹¹⁵ « Plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours ».

¹¹⁶ Mayotte se situe au dernier rang, derrière la Guadeloupe, la Guyane, l'Hexagone (7,1), la Martinique et La Réunion (7,0) [53]. Du fait de l'ampleur de la délinquance, principale préoccupation des habitants de l'île, six habitants sur dix se sentent en insécurité à leur domicile ou dans leur quartier, plus particulièrement les femmes et les victimes de vols/menaces [86] [87].

Figure 94 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré ou sévère selon l'âge en 2019

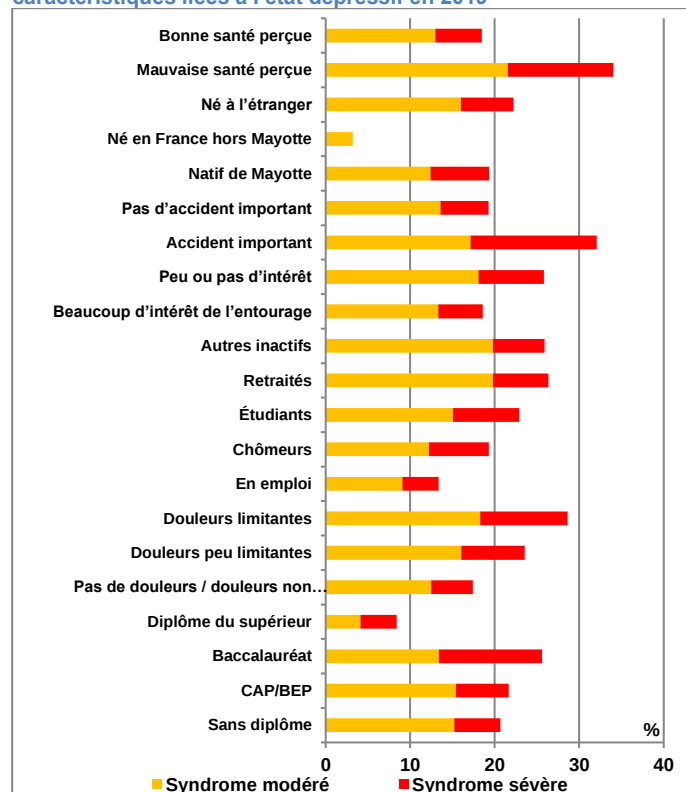


Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 96 : Part des habitants de Mayotte présentant un syndrome dépressif modéré ou sévère selon les caractéristiques liées à l'état dépressif en 2019



Champ : Habitants de 15 ans et plus à Mayotte

Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [85]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Neuf enfants de 10-12 ans¹¹⁷ sur dix s'estiment en bonne santé, 90 % chez les garçons et 85 % chez les filles [88]. **Logiquement dépendant de la présence de problème(s) de santé dépisté(s)¹¹⁸** par les infirmier(e)s de l'EN : 3 % s'estiment en mauvaise santé chez ceux sans et 26 % pour au moins quatre dépistés. Ce sont toutefois **les filles qui sont les plus affectées** : +33 points (pour l'estimation d'une mauvaise santé) contre +15 points pour les garçons [88].

La **mauvaise qualité des nuits¹¹⁹** 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 [88]. 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) [88]. 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 [88].

Les problèmes de concentration interpellent : la moitié (55 %) en déclare [88]. Un enfant sur dix se sent mal chez lui ou à l'école, renforcé par un dialogue pas forcément systématique entre lui et ses parents [88].

11 à 12 % des 10 à 12 ans déclarent avoir ressenti « en permanence ou souvent » de la **tristesse** et de la **colère**, la **moitié** de l'**apaisement** et de la **joie** au cours des trois derniers jours [88]. 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) [88]. **Les enfants déclarant la consommation d'une substance psychoactive sont alors plus fréquemment en colère** : 27 % contre 12 % chez ceux n'en consommant pas [88]. 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 % [88]. 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 %) [88]**. A contrario, **un quart a ressenti les quatre émotions proposées** (colère, heure, triste et calme), sans distinction du sexe cette fois-ci [88].

En cumulant les différents indicateurs disponibles, il ressort qu'**un enfant sur dix connaît au moins cinq problèmes liés au bien-être** [88]. Le Sud et la Petite-Terre sont les deux régions regroupant le plus d'enfants en situation de mal-être [88].

g) Addictions

Consommation de tabac

En 2019, **11 %** des 15 ans ou plus déclarent **fumer quotidiennement^{120 121}**, **particulièrement les hommes** : 18 % (22 % dans l'Hexagone) contre 5 % chez les femmes (16 % dans l'Hexagone) qui se déclarent non fumeuses dans 89 % des cas (60 % chez les hommes) [53] (*Figure 100*). **Il s'agit d'une baisse de -6 points** par rapport à ce qui avait été constaté **en 2006¹²²**, principalement influencée par la consommation chez les hommes : 32 %, soit une baisse de -14 points tandis que chez les femmes la fréquence augmente de +1 point : 4 % [89].

À Mayotte, **6 %** des habitants se définissent comme d'**ancien fumeur d'un an au moins¹²³** (12 % chez les hommes et 2 % chez les femmes), contre 31 % dans l'Hexagone [53].

En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**, **2 %** déclarent avoir déjà consommé du **tabac** (9 % dans l'Hexagone) [59].

L'augmentation du niveau de vie est corrélée à celui de la consommation de tabac, probablement lié au coût du paquet de cigarettes [53]. **L'influence de l'âge est assez faible**, les 15-29 ans ont une fréquence plus basse de consommation quotidienne que les 30-54 et les 55-74 ans [53]. Les 75 ans ou plus sont très peu à fumer quotidiennement vis-à-vis des 30-54 ans [53] (*Figure 97*). Les fumeurs de

¹¹⁷ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹¹⁸ 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 %) [88].

¹¹⁹ 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 [88]. 11 % ont dormi moins de 8 heures [88].

¹²⁰ Mayotte se situe au troisième rang, derrière l'Hexagone (19 %) et La Réunion (16 %), et devant la Guyane, la Guadeloupe (10 %) et la Martinique (9 %) [53].

¹²¹ Le tabagisme passif concerne 10 % des individus contre 13 % dans l'Hexagone [53].

¹²² En 2006, 55 % des hommes déclaraient être non-fumeur et 90 % pour les femmes [89]. En 2008, les 30-69 ans étaient : 13 % d'ex-fumeurs (22 % chez les hommes et 4 % chez les femmes) et 17 % actuellement fumeurs (31 % chez les hommes dont la moitié consommait 10 cigarettes/jour, et 3 % chez les femmes dont les trois quarts consommaient 10 cigarettes/jour) [76]. Soit 70 % étaient ainsi non-fumeurs [76].

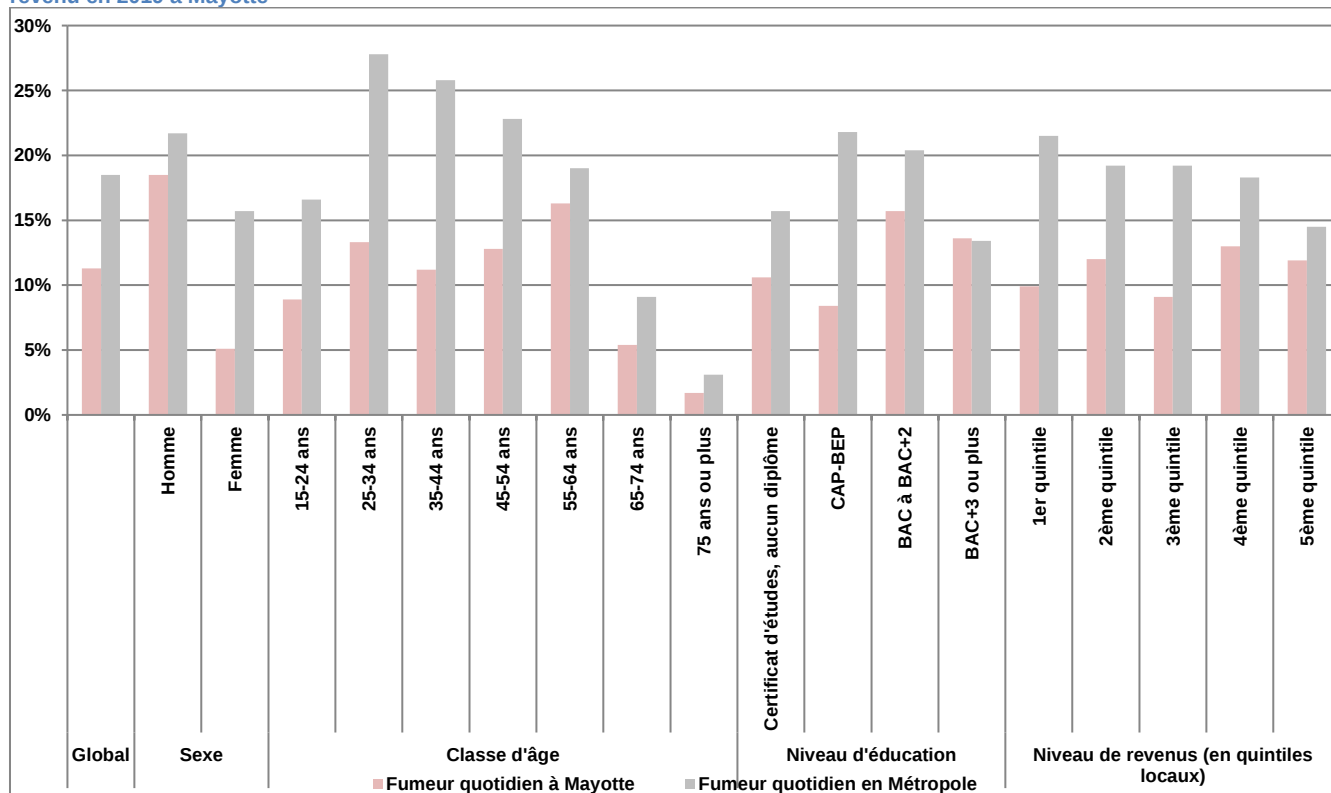
¹²³ 9 % en 2006 [89].



Mayotte de 15 ans ou plus déclarent une **consommation moyenne de 12 cigarettes par jour**, comparable à l'Hexagone (12,4) [53].

La cigarette électronique reste marginalement utilisée : 1 %, trois fois moins que dans l'Hexagone (3 %), et 92 % n'y ont jamais eu recours (84 % dans l'Hexagone) [53].

Figure 97 : Habitudes de consommation tabagique en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation et du niveau de revenu en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte

Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Consommation d'alcool

En 2019, un quart (23 %) des 15-69 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie (95 % des 18-75 ans dans l'Hexagone), 8 % des mineurs (85 % des lycéens d'Hexagone) et 26 % des adultes [90]. La part des 15-69 ans en ayant consommé dans l'année est de 14 % (85 % des Hexagonaux), respectivement 3 % et 14 % [90].

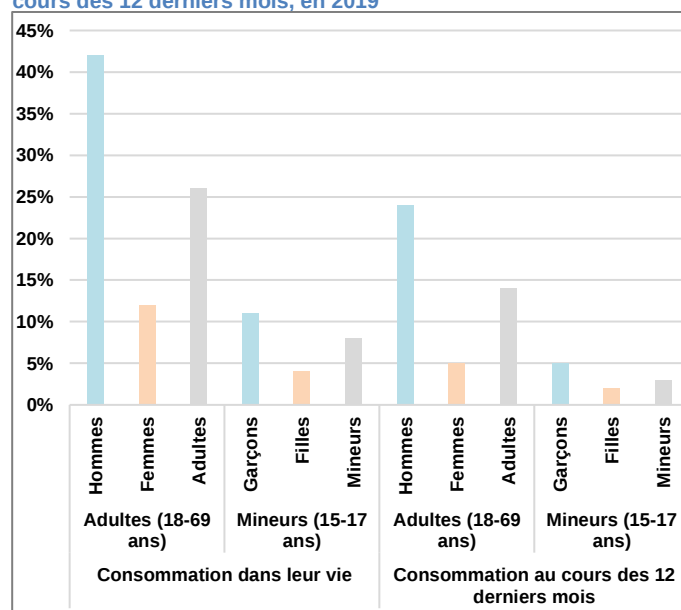
Ces deux comportements étaient plus fréquents parmi les hommes adultes, 42 % avaient expérimenté l'alcool et 24 % en avaient consommé dans l'année, contre 12 % et 5 % des femmes [90].

Parmi les mineurs, l'écart entre garçons et filles est également marqué [90] (Figures 98 & 99).

33 % des hommes consommateurs et **60 % des femmes** consommatrices ont une fréquence d'une fois par mois ou moins, 26 % des hommes et 24 % des femmes deux à quatre fois par mois, respectivement 28 % et 13 % deux à trois fois par semaine [90].

13 % des hommes et 3 % des femmes avaient une consommation plus régulière [90].

Figure 98 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool dans leur vie et au cours des 12 derniers mois, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte

Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [90]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



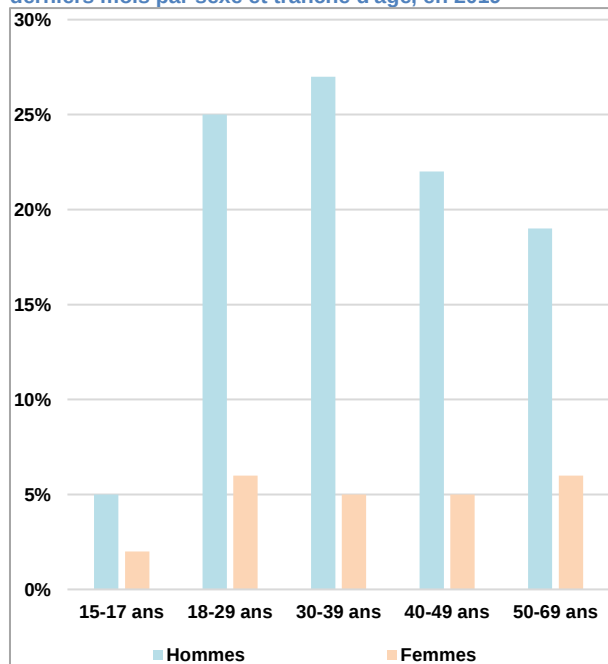
De plus, parmi les adultes consommateurs d'alcool dans l'année, dont **52 % des hommes et 72 % des femmes en consomment un ou deux verre(s)** [90] (Figure 100).

En 2008, **92 % des 30-69 ans déclaraient ne pas consommer d'alcool** avec une nette distinction entre hommes et femmes [76]. Ainsi, **15 % des hommes déclaraient une consommation d'au moins d'une fois par semaine** (3 % tous les jours) contrairement aux **femmes** qui n'étaient que **0,3 %** et auraient toutes une consommation quotidienne [76].

En 2016, **6 % des hommes** de 18 ans ou plus avaient un **problème d'alcool** contre **0,8 % des femmes**, 6 % des 18-29 ans, 3 % des 30-49 ans et 1,1 % des 50-59 ans [84].

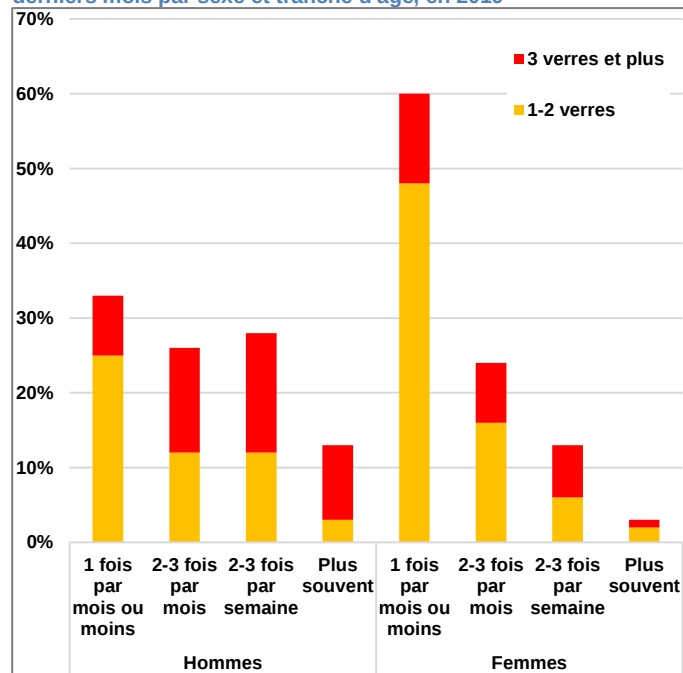
En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**¹²⁴, **2 %** ont déjà connu une consommation d'alcool (59 % dans l'Hexagone) [59].

Figure 99 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [90]

Figure 100 : Proportion d'habitants de 15-69 ans de Mayotte ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, en 2019



Champ : Habitants de 15-69 ans de Mayotte
Source : SpF, enquête Unono Wa Maoré de 2019 [90]

Consommation de cannabis

En 2019, l'**expérimentation de cannabis**¹²⁵ concerne **6 % des adultes** (11 % des hommes et 1 % des femmes) et **3 % des mineurs** (5 % des garçons et 1 % des filles), contre 45 % et 33 % dans l'Hexagone [90].

La **consommation dans l'année** est déclarée par **2 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et par **2 % des mineurs** (2 % des garçons et 1 % des filles) [90]. Enfin, celle **dans le mois** l'est par **1 % des adultes** (3 % des hommes et moins de 1 % des femmes) et **1 % des mineurs** (2 % des garçons et moins de 1 % des filles) [90]. Elle est alors plus fréquente parmi les **hommes de 18-39 ans** : 5 % [90] (Figure 209).

De plus, l'**accès au cannabis était jugé facile** (8 %) ou **très facile** (56 %) pour la très large majorité des personnes en ayant déjà consommé [90].

Consommation de chimique¹²⁶

L'**expérimentation de la chimique** a été déclarée par **5 % des hommes et moins de 1 % des femmes de 15-69 ans** [90]. Elle est particulièrement importante chez les jeunes **hommes de 18-29 ans** (4 %) et les **filles de 15-17 ans** (0,2 %) [90].

¹²⁴ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹²⁵ Couramment appelé bangué.

¹²⁶ Depuis le début des années 2010, l'île de Mayotte est touchée par un phénomène de consommation de la chimique [91]. Un profil peut être érigé : jeune, de sexe masculin, vivant en situation de fragilité à la fois sociale et surtout affective [91]. 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 [91]. L'âge le plus jeune recensé de consommation de ce type de drogue est de 9 ans [91].



En 2019 et chez les enfants de **10-12 ans**¹²⁷ : **quatre sur mille** déclarent consommer de la **chimique**, et parmi les autres 2 % s'en sont vus proposer [59].

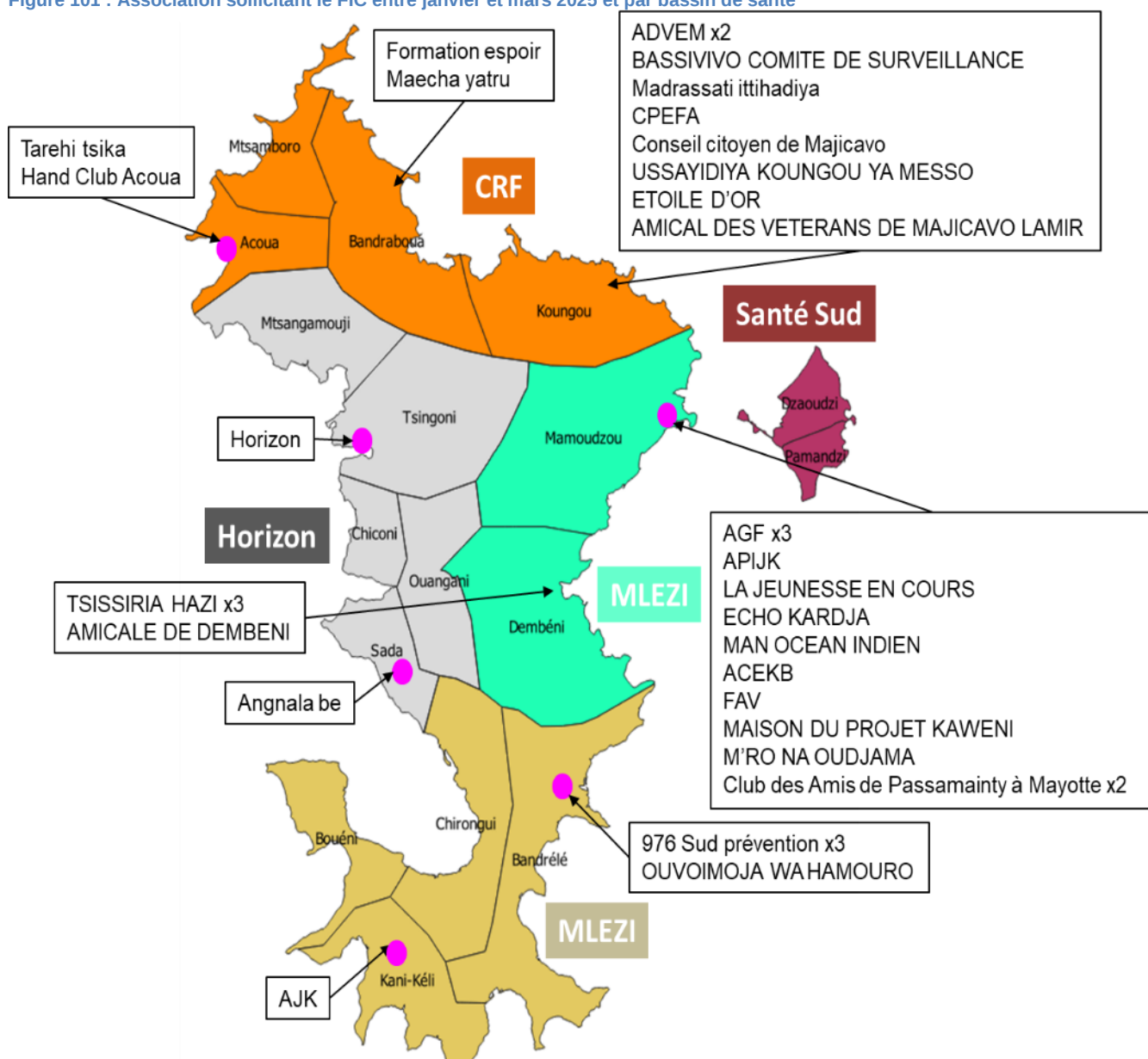
h) Associations

Afin de mener à bien ses missions, notamment de prévention, **l'ARS travaille avec de nombreuses associations présentes sur le territoire**. Il s'agit notamment de **structures bénévoles** qui agissent **en mobilisant le FIC**.

Bien que **principalement concentrées dans la commune de Mamoudzou**, elles sont réparties sur l'ensemble du territoire et permettent ainsi à l'ARS d'**intervenir sur l'ensemble du territoire mahorais**.

Sur l'année 2024, 34 % des actions financées par le FIC sont en lien avec dans la **sensibilisation** et la **lutte épidémique**, 30 % pour **l'eau et l'assainissement**, 29 % pour la gestion des **déchets** et le **nettoyage**, 6 % pour la **nutrition** et le **sport** et 1 % pour sur la santé sexuelle, l'aide à la mobilité, etc. Il s'agit au total de 266 initiatives financées, 82 collectifs et associations mobilisés, 95 639 bénéficiaires directs et 6 865 bénévoles mobilisés.

Figure 101 : Association sollicitant le FIC entre janvier et mars 2025 et par bassin de santé



Source : ARS Mayotte – DSP

¹²⁷ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



11 – Handicap

a) Prévalence des restrictions d'activité à Mayotte

En 2021, **11 % de la population de 15 ans ou plus déclarent des restrictions d'activité depuis au moins 6 mois à Mayotte contre 20 % dans l'Hexagone** [45] (Figure 102).

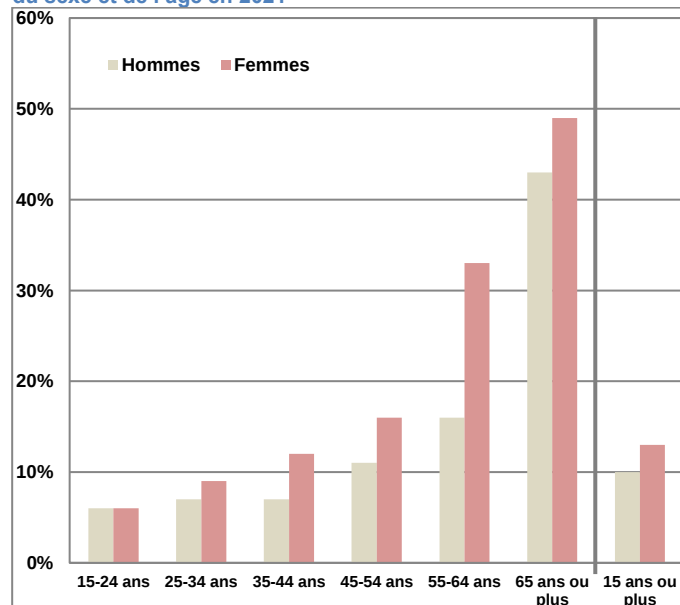
Ces résultats sont liés à la jeunesse de la population de Mayotte. À structure d'âge comparable avec l'Hexagone et en 2019, la part des restrictions d'activité y est **plus élevée à Mayotte**¹²⁸ (28 %) [53].

En 2016 et chez les 18-79 ans, les hommes (**20 %**) et femmes (**16 %**) **natifs de l'étranger déclarent être limités dans leur activité depuis au moins 6 mois dans des proportions plus importantes** que les natifs de Mayotte (12 %) [49]. **Dès 45 ans**, les déclarations deviennent particulièrement fréquentes : 34 % chez les femmes natives de l'étranger de 45-59 ans puis **66 % chez celles de 60 ans ou plus** et **59 % chez les hommes natifs de l'étranger de 60 ans ou plus** ; 41 % chez les femmes natives de Mayotte et 35 % chez les hommes natifs de Mayotte [49]. **Chez les plus jeunes, la situation des hommes natifs de l'étranger de 18-24 ans interpelle avec un taux de 30 %** [49] (Figure 103).

En 2021, **dès 55 ans**, les habitants de Mayotte sont souvent limités voire **handicapés** dans certaines activités de la vie de tous les jours [45]. Leur motricité est affectée : **24 % d'entre eux rencontrent de fortes difficultés à gravir quelques marches d'un escalier ou marcher 500 mètres sur terrain plat** (13 % dans l'Hexagone) [45] (Figure 104).

Ils sont aussi plus souvent atteints de déficiences sensorielles : **12 % éprouvent beaucoup de difficultés pour voir** (5 % dans l'Hexagone). Ils évoquent aussi des troubles de l'attention : **9 % ont beaucoup de mal à se concentrer ou à se souvenir**, contre 5 % dans l'Hexagone [45] (Figure 105).

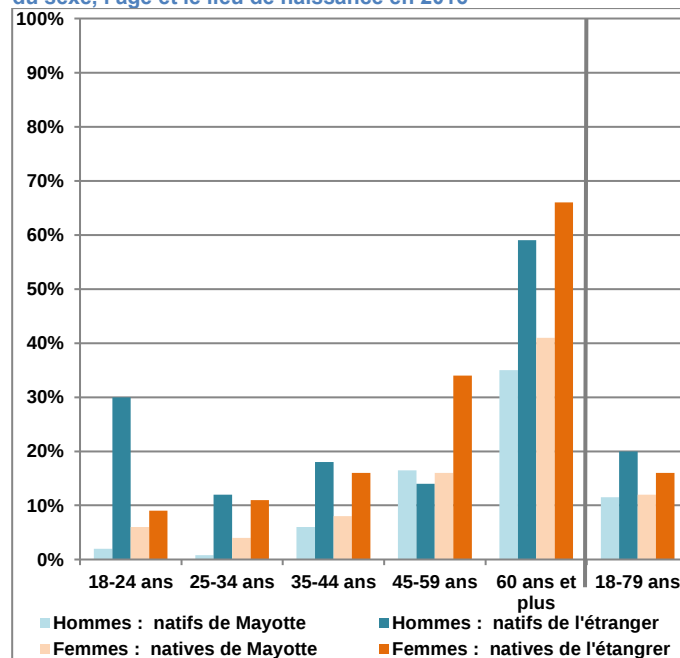
Figure 102 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe et de l'âge en 2021



Champ : Habitants de 15 ans ou plus à Mayotte

Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [45]

Figure 103 : Habitants de Mayotte déclarant une limitation d'activité depuis au moins 6 mois en fonction du sexe, l'âge et le lieu de naissance en 2016



Champ : Habitants de 18-79 ans à Mayotte

Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [49]

¹²⁸ Sans standardisation, et pour la déclaration de restrictions d'activité, Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière l'Hexagone et la Martinique (32 %), la Guadeloupe (30 %), La Réunion (22 %) et la Guyane (20 %) [53]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la troisième place (28 %), à égalité avec la Guyane devant La Réunion (24 %) et l'Hexagone, derrière la Martinique (30 %) et la Guadeloupe (29 %) [53].



ARS MAYOTTE

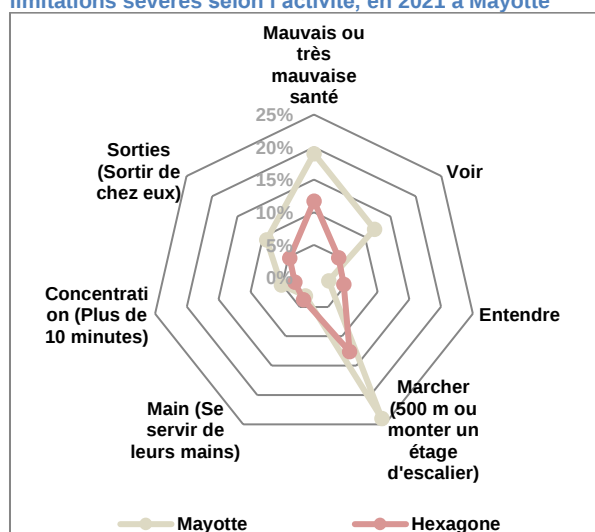
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

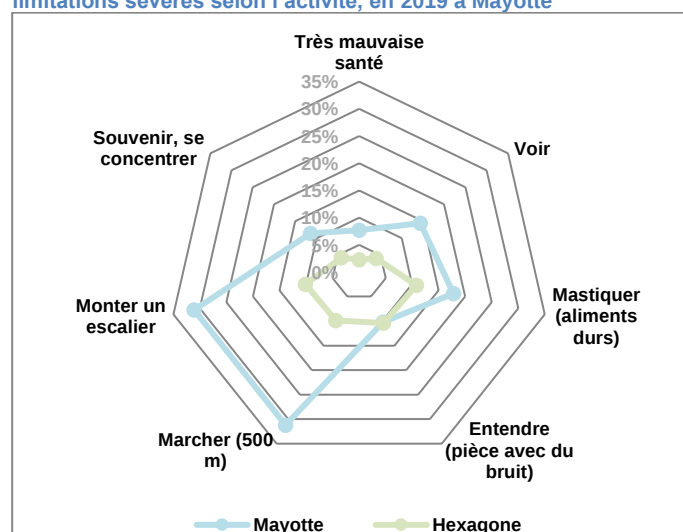


Figure 104 : Part des personnes de 55 ans ou plus se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères selon l'activité, en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 55 ans ou plus à Mayotte se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [45]

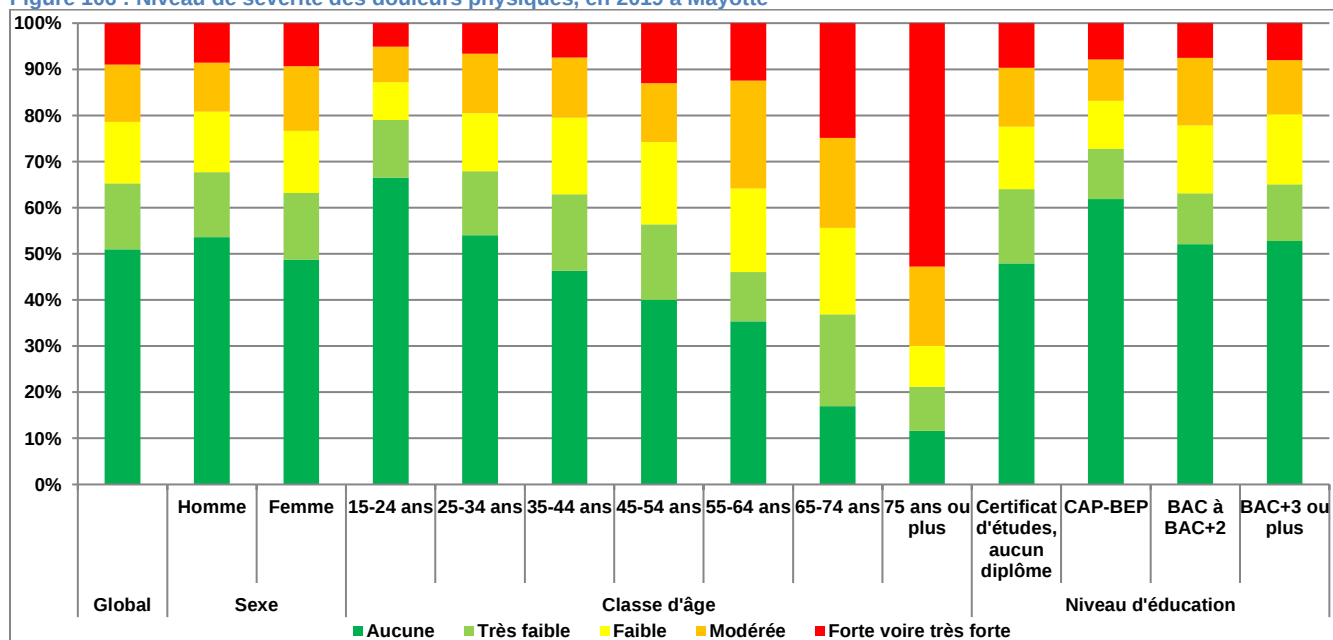
Figure 105 : Part des personnes de 55 ans ou plus se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères selon l'activité, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 55 ans ou plus à Mayotte se déclarant en très mauvaise santé et évoquant des limitations sévères
Source : Insee, enquête EHIS de 2019 [57]

Un individu sur deux de 15 ans ou plus déclare en 2019 être atteint de douleur physique, ce qui est plus important que dans l'Hexagone : 49 % contre 40 % [52]. Pour 9 % des habitants de Mayotte le niveau d'intensité est estimé comme fort voire très fort, équivalent à l'Hexagone : 10 % [52]. Toutefois, à structure de population équivalente, si le taux global devient équivalent à l'Hexagone, celui pour une intensité forte voire très forte devient 1,6 fois plus important¹²⁹ [52]. En effet, les taux par classe d'âge demeurent proches de l'Hexagone pour les moins de 65 ans. Au-delà, ils deviennent au moins deux fois supérieurs pour Mayotte : 25 % contre 12 % dans l'Hexagone chez les 65-74 ans et 53 % contre 20 % chez les 75 ans ou plus (Figure 106).

Figure 106 : Niveau de sévérité des douleurs physiques, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

¹²⁹ Sans standardisation, et pour la déclaration de douleurs fortes voire très fortes, Mayotte se retrouve à la dernière place, derrière la Martinique (18 %), la Guadeloupe (16 %), La Réunion (12 %) et la Guyane (10 %) [53]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la seconde place (16 %), à égalité avec la Guadeloupe, devant La Réunion (13 %) et l'Hexagone, la Guyane (14 %) et derrière la Martinique (17 %) [53].



En 2019, les **difficultés sévères de vue**¹³⁰ concernent 5 % des personnes de 15 ans ou plus en contre 3 % dans l'Hexagone [53]. À un **niveau « modéré »**, elles sont plus fréquentes particulièrement sur le territoire (**21 %**, contre 17 % dans l'Hexagone) [45] (*Figure 107*). Des écarts s'observent également chez la population dès 55 ans ou plus, **12 %** ont des difficultés **sévères de vue**, **2 % pour entendre**, **24 % pour marcher 500 mètres ou utiliser les escaliers**, **3 % à se servir de leur mains**, **5 % à se concentrer plus de 10 minutes** et **9 % à sortir de chez eux** [45] (*Figure 108*).

Un enfant de 10-12 sur dix¹³¹ porte des lunettes ou des lentilles correctrices, même occasionnellement (32 % chez les enfants en classe de CM2 dans l'Hexagone) [59]. Les dépistages visuels des infirmier(e)s montrent que **sept enfants de 10-12 ans**¹³² **sur dix ont 10/10 aux deux yeux et un sur dix ne portant pas de lunettes a une acuité visuelle inférieure à 7**¹³³ (6 % dans l'Hexagone¹³⁴) [59]. Ce taux est comparable à celui des enfants scolarisés en **établissement d'éducation prioritaire dans l'Hexagone** [59]. Par ailleurs, la correction visuelle dont dispose l'enfant **n'était plus toujours adaptée** au moment du dépistage puisque trois enfants sur dix équipés ont tout de même une mauvaise acuité visuelle [59].

Figure 107 : Problèmes visuels en fonction des différents profils de population, en 2019 à Mayotte

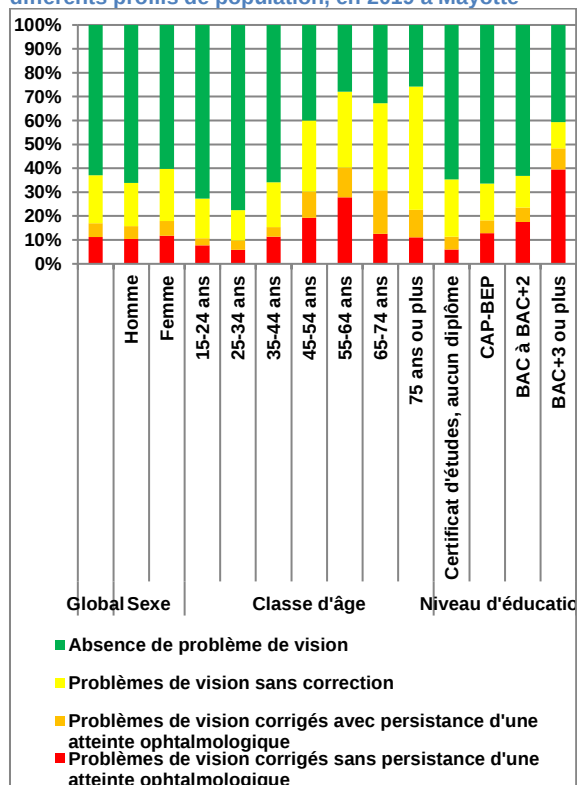
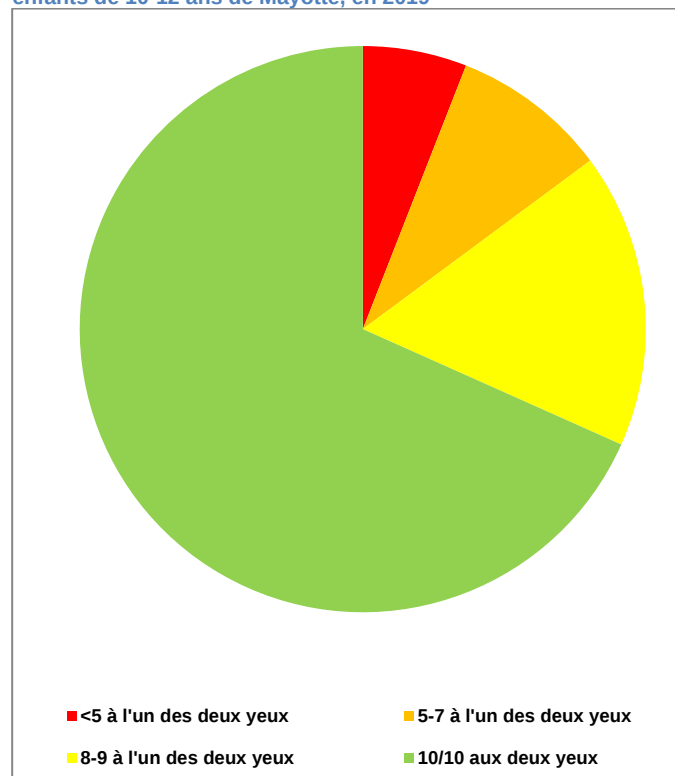


Figure 108 : Résultats du dépistage visuel chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte, en 2019



b) Les allocations pour les personnes en situation de handicap

L'AEEH est une prestation accordée par la CDAPH, instance constituée au sein de la MDPH, et destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants de moins de 20 ans en situation de handicap. **Cette allocation est attribuée aux enfants de moins de 20 ans avec un taux d'incapacité à 80 % à Mayotte.** Le décret du 04/12/2020 rend **désormais applicable l'octroi de l'AEEH pour les taux de 50-79 % à compter du 1er juin 2021.** De plus, un second décret en avril 2021 **rallonge la durée du Cerfa médical de 6 mois à 1 an.**

¹³⁰ Sans standardisation, et pour la déclaration de restrictions d'activité, Mayotte se retrouve à la seconde place, derrière la Martinique et la Guyane (6 %), la Guadeloupe (5 %) et La Réunion (3 %) [53]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte grimpe à la première place (9 %), devant la Guyane (8 %), la Martinique (6 %), la Guadeloupe (5 %) et La Réunion (4 %) [53].

¹³¹ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹³² Le dépistage visuel a été réalisé avec l'échelle de Monnoyer à 3-5 mètres.

¹³³ A l'un des deux yeux.

¹³⁴ Chez les enfants inscrits dans les « autres » établissements, la part est de 5 % [59].

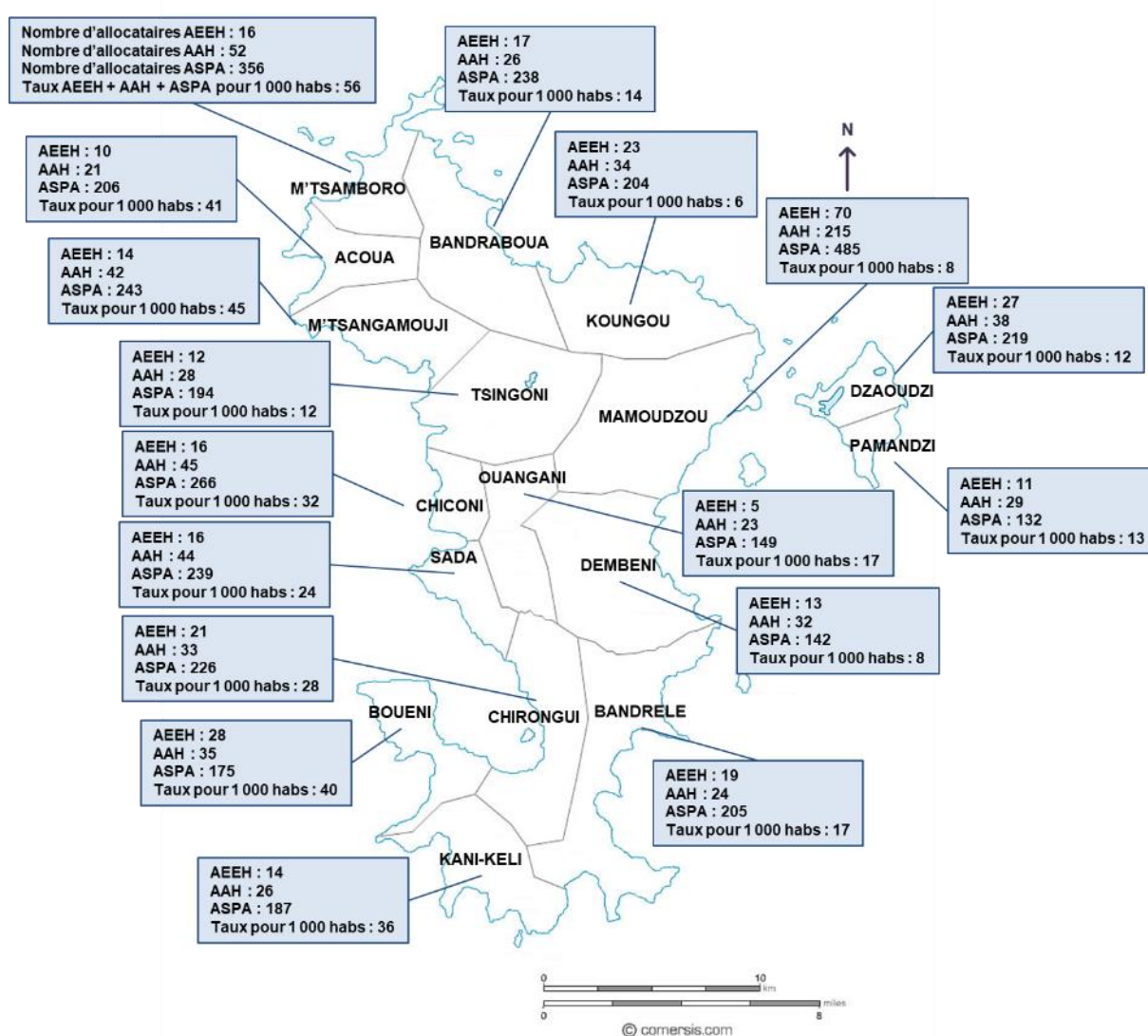


En 2021, **844 demandes** de prestation ont été enregistrées par la CDPAH (multipliées par 2,4 depuis 2016), dont **77 % ont été accordées** (contre 79 % en 2016).

L'AAH est une aide financière accordée aux adultes et versée sous conditions : d'avoir 20 ans et plus et d'avoir un taux d'incapacité reconnu à 80 %, **seul taux retenu à Mayotte pour l'accès à cette prestation**. Elle est aussi attribuée par la CDAPH.

En 2021, **455 demandes** de prestations¹³⁵ ont été enregistrées (+70 % par rapport à 2016), dont **60 % ont été accordées** (contre 79 % en 2016).

Figure 109 : Taux d'allocataires de l'AAEH (moins de 20 ans), de l'AAH (20 à 64 ans) et de l'ASPA (65 ans ou plus) par commune en 2023



Méthode : La population de référence par commune est déterminée après application des répartitions observées en 2017 sur l'estimation au 1^{er} janvier 2023.

Source : CSSM, *tableau de bord* [92]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Parallèlement à l'AAEH, l'AAH et l'ASPA, **la scolarisation des enfants en situation de handicap demeure une priorité nationale**. Un enfant porteur de handicap peut être accueilli en milieu scolaire dès lors que son handicap ou son comportement ne risque pas de poser de problème dans une classe ordinaire. Des efforts importants en matière d'intégration scolaire ont été consentis par le Rectorat de Mayotte. En **2006**, le territoire comptait déjà **25 classes spécialisées** : 18 classes pour inclusion scolaire, 4 Unités pédagogiques d'intégration, 4 classes PPF-ASH et 1 classe pour les enfants de la

¹³⁵ La MDPH se mobilise pour l'extension de l'AAH-2 depuis le 1er octobre 2021 qui s'applique aux personnes ayant un taux compris en 50 % et 79 % et présentant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. Ainsi, 25 AAH-2 au titre de l'article L821-2 ont été attribuées depuis, soit 36 % des AAH accordées depuis l'application du décret.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



lune. En **2013**, le nombre de classes spécialisées a doublé : **56** pour les **ULIS**. Plus particulièrement il a triplé pour les **PPF-ASH** : **14**. **Le travail en réseau avec les enseignants référents ainsi que l'aide précieuse du référent scolarisation de la MDPH représentent un appui important** pour l'encadrement pédagogique de ces enfants. En **2021**, **344 orientations scolaires** dont 17 en UEEA ont été réalisées.

La RQTH est un autre dispositif accordé par la CDAPH qui permet aux personnes en situation de handicap de bénéficier de mesures spécifiques favorisant leur insertion professionnelle. À Mayotte, toutes entreprises privées d'au moins vingt salariés doivent embaucher des personnes en situation de handicap dans une proportion de 2 % de l'effectif total (6 % dans les autres régions). Cependant, **cette obligation d'emploi de travailleur handicapé n'est pas respectée par les entreprises**. En **2021**, la MDPH a enregistré **416 demandes** de RQTH (+14 % par rapport à 2016), dont **76 % ont été accordées** (contre 66 % en 2016).

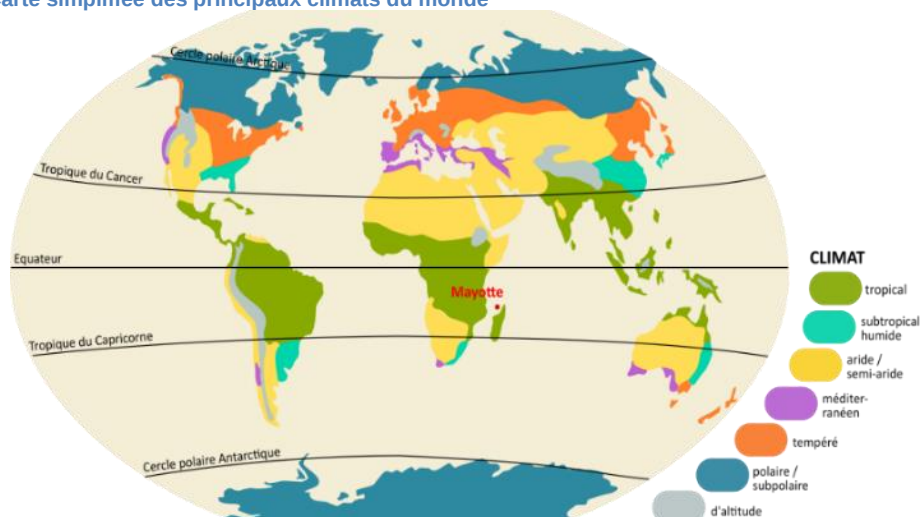
Enfin, les établissements et services médico-sociaux permettent de **répondre à des besoins plus spécifiques** destinés aux personnes en situation de handicap. Comme pour l'accès au droit des prestations (AAH, AEEH), l'orientation vers les établissements et services médico-sociaux nécessite une **décision de la CDAPH**. En **2021**, les orientations vers les établissements ou services médico-sociaux pour les adultes de 20 ans ou plus sont **légèrement plus faibles** (64) par rapport à 2016 (75, après un pic de 110 en 2019). Pour les orientations chez les **enfants** (moins de 20 ans) : **elles ont doublé** en 2021 (773) vis-à-vis de 2017 (377).

12 – Santé environnementale

a) Climat et relief

Le climat tropical de l'île de Mayotte est de **type chaud-humide propice au développement du moustique** et des maladies infectieuses [93]. Il se sépare en **deux périodes** : la **saison sèche**¹³⁶ (associée à son paysage de savane tropicale) et la **saison des pluies**¹³⁷ (associée à son paysage tropical humide et montagnard). **La température moyenne annuelle sur l'île est comprise entre 21°C et 28°C** [93]. La zone intertropicale, à laquelle Mayotte appartient, connaît des alternances de saisons sèche et humide avec des variations des températures moyennes suffisamment notables pour permettre de parler malgré tout d'un « hiver » et d'un « été » tropical/austral, assujetti à un régime de vents alizés¹³⁸ [93].

Figure 110 : Carte simplifiée des principaux climats du monde



Source : Site web <https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie> [93]

Il ne pleut pas partout avec la même intensité sur l'île (Figure 113). Et en fonction de la période : en janvier, au plus fort des pluies d'« été », il pleut en moyenne **25 fois plus qu'au mois d'août**,

¹³⁶ Appelée également « Kussini », de juin à septembre, avec un vent soufflant direction sud/sud-est [93].

¹³⁷ Appelée également « Kashkasi », avec un vent soufflant direction nord/nord-ouest, correspondant à un vent de mousson [93].

¹³⁸ Les alizés sont des masses d'air intertropicales dynamiques issues respectivement des deux hémisphères. Leur direction est dictée par la force centrifuge de la rotation de la Terre de part et d'autre d'une sorte de ligne de démarcation flottante, l'équateur thermique ou zone de convergence intertropicale [93]. Mayotte se situe à la limite méridionale de la zone de convergence intertropicale, dans l'hémisphère sud, où le front dépressionnaire estival de l'Océan Indien (mousson) la touche en janvier [93].



ARS MAYOTTE

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

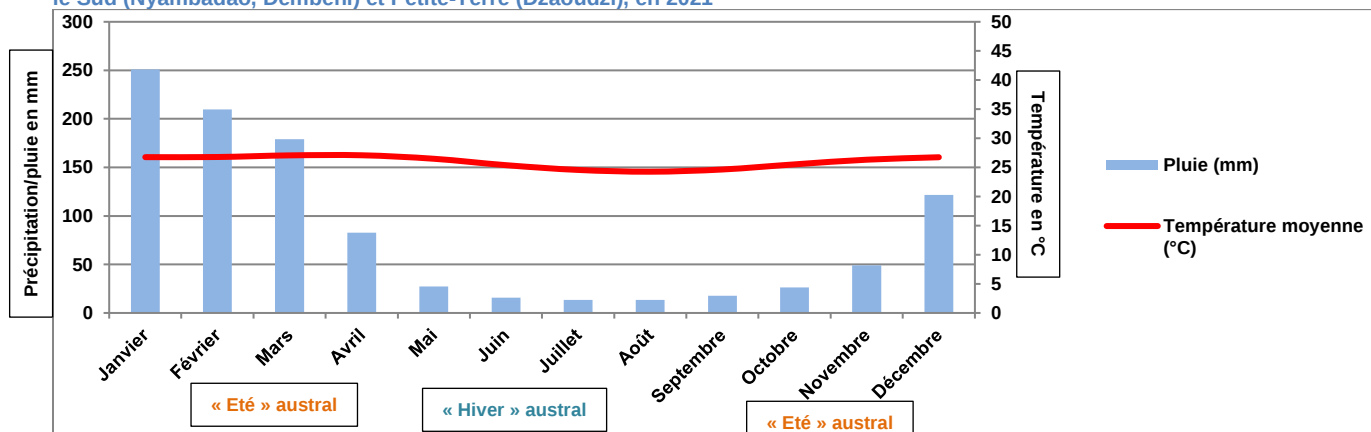
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



période de pleine saison sèche hivernale, en lien avec les vents soufflant à Mayotte ainsi que son relief [93]. Le **rapport précipitations/température**¹³⁹ pour Mayotte est alors de **2 mm de pluie pour 1°C**, mettant en évidence que lorsque le double de la valeur du total des précipitations moyennes d'un mois est inférieur à la température moyenne du même mois, on peut considérer le mois en question comme étant en état de sécheresse [93] (Figure 111).

Figure 111 : Diagramme ombrothermique moyenné sur les données du Centre de l'île (Mamoudzou), le Nord (Koungou), le Sud (Nyambadao, Dombéni) et Petite-Terre (Dzaoudzi), en 2021

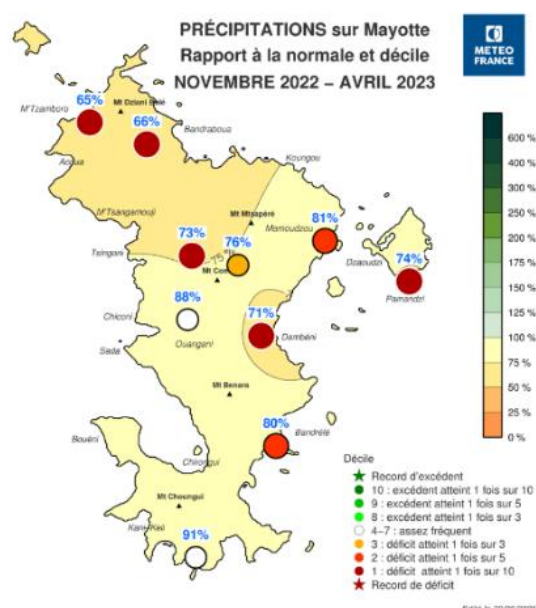


Source : Site web <https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701> [94]

Figure 112 : Carte du relief de Mayotte



Figure 113 : Cumul de pluies de novembre 2022 à avril 2023 à Mayotte



Source : Météo France [95]

b) Les moustiques

Caractéristiques entomologiques

Le moustique dominant à Mayotte est le **Culex quinquefasciatus**, n'excluant pas la présence d'autres espèces notamment vectrices du palud tels que l'**Aèdes**, l'**Anophèles gambiae** et l'**Anophèles funestus**.

En 2014, sur 420 sites contenant des larves et/ou nymphes de moustiques, **40 espèces appartenant à 15 genres** ont pu être identifiées [96]. Les plus fréquentes étaient : **Stegomyia aegypti**, **Stegomyia albopicta**, **Anophèles gambiae** et **Eretmopadites subsimplicis**, dont les trois premières étant des vecteurs confirmés de la Dengue et du Chikungunya [96]. Par site mesuré, **1 à 3,3 espèces différentes de moustique** ont pu être observées [96].

¹³⁹ De ce critère dépend de nombreux facteurs tels que l'hydrologie, la végétation, l'agriculture, les paysages, etc... [93].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



Selon les habitats ; par exemple, les **aisselles de feuilles de bananier** remplies d'eau, les **trous d'arbre** et des **trous de crabe** présentaient de **faibles richesses spécifiques**, tandis que les **bambous coupés**, les **bassins d'eau**, les **pneus abandonnés** et les **zones de marais** présentaient des richesses spécifiques **élevées** [96]. Une **association multi-espèces a été observée dans 52 %** des habitats en suggérant un lien important entre plusieurs espèces de moustiques pour la biocénose¹⁴⁰ de ces habitats aquatiques¹⁴¹ [96].

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

Lutte contre le développement du moustique

Vers la **fin des années 70**, la mise en place d'une lutte intégrée contre le paludisme avait fait ses preuves. Cette stratégie reposait sur une lutte contre les moustiques vecteurs basée sur les **aspersions murales intra-domiciliaires d'insecticides** et les **traitements des gîtes larvaires**, associée à une **chimioprophylaxie** et à un **traitement présomptif de tous les accès fébriles**.

La désorganisation de la lutte contre le paludisme à Mayotte entre 1990 et 2000, avec en particulier **l'arrêt de la lutte anti vectorielle systématique**, a eu pour conséquence une explosion du nombre de cas. Après une étude pilote concluante dans la commune de Bandraboua en 2010 et 2011, une nouvelle stratégie de la LAV a été adoptée avec la **distribution et l'installation de moustiquaires imprégnées de deltaméthrine sur tout le territoire de Mayotte de 2012 à 2016**. La méthode de lutte contre les vecteurs consistant à mener des opérations de pulvérisations murales d'insecticides était **dépassée** en raison non seulement d'une **urbanisation galopante**, du refus et de l'absentéisme de la population mais également de **l'inefficacité de ces pulvérisations sur certains supports** servant de murs des habitations comme la tôle ou le bois. Le bilan de la distribution fait état de plus de 140 000 moustiquaires¹⁴² fournies ou installées dans 47 000 foyers avec une moyenne de trois par foyer. Suite aux épidémies de Dengue (2014, 2019-2020) et de Fièvre de la Vallée du Rift (2019-2020) qui ont suivi, l'ARS de Mayotte recommande aux habitants de dormir sous une moustiquaire imprégnée de deltaméthrine afin de se protéger des piqûres de moustiques et éviter ainsi la transmission de la maladie à leur entourage.

En 2019, **chez les enfants de 10-12 ans**¹⁴³, **43 % déclarent dormir régulièrement sous une moustiquaire** [59]. C'est dans le **Nord de l'île** que le taux d'équipement est le plus important : **six enfants sur dix** [59]. Respectivement **deux et trois fois moins pour les communes de Mamoudzou et Petite-Terre** [59]. Concernant le **Sud et le Centre-ouest**, c'est **un enfant sur deux** qui déclare dormir régulièrement avec [59].

c) Qualité de l'air

Température intérieure

La température moyenne relevée dans les ménages est de **29,9 °C**¹⁴⁴, et pour 1,5 % des ménages elle était supérieure à 35 °C [97].

On retrouve une **différence en moyenne de 1,6 °C en faveur des maisons en dur par rapport à celles en bois, terre, végétal, tôle** avec, respectivement 29,3 °C et 30,9 °C [97]. **Ces dernières sont alors douze fois plus concernées par des températures supérieures à 35 °C**¹⁴⁵ [97]

En **fonction de l'heure de la mesure**, la température dans les **maisons en dur** augmente en médiane de 2 degrés, **passant de 28 °C à 30 °C** et demeurant en-dessous des 34 °C, à quelques exceptions près [97]. Cette hausse est également observée pour les **logements précaires**, mais de 29 °C aux heures les plus fraîches de la journée à une médiane de 31 °C aux heures les plus chaudes, se situant pour **un logement sur quatre entre 33 °C et 39 °C** [97] (Figure 114).

Constat d'autant plus problématique que les **équipements en climatiseur et ventilateur** sont, pour le premier, **presque inexistant dans les logements en bois, terre, matière végétale, tôle** (3 % contre

¹⁴⁰ Ensemble des êtres vivants d'un milieu donné.

¹⁴¹ La cooccurrence maximale de 6 espèces appartenant à 5 genres a été observée dans un même site [96].

¹⁴² Soit un taux de couverture de 91 %.

¹⁴³ Scolarisés en classe de 6^{ème}, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹⁴⁴ 30 °C en médiane à Mayotte [97].

¹⁴⁵ 4 % dans les logements en bois, terre, végétal et tôle contre 0,3 % pour ceux en dur [97].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

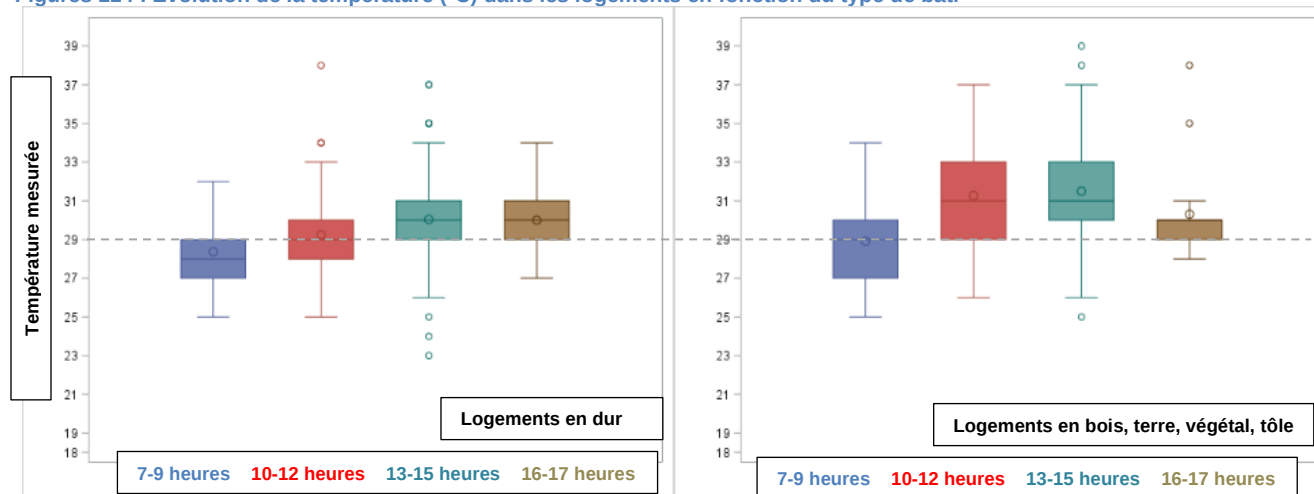
www.ars.mayotte.santé



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

44 %) et, pour le second, en dépit de son utilité toute proportion gardée, bien plus faible que dans les logements en dur (57 % contre 76 %) [97].

Figures 114 : Evolution de la température (°C) dans les logements en fonction du type de bâti



Note de lecture : Les boîtes à moustaches ou boxplot représentent la répartition des valeurs d'une information selon les différentes catégories considérées. En considérant l'information ordonnée par ordre croissant, la tige du bas/premier quartile/Q1 montre la répartition des valeurs obtenues du minimum à celle correspondant à un quart des données. Celle du haut/troisième quartile/Q3 représente la répartition de la valeur correspondant aux trois quarts des données à la valeur maximale. Le carré ou rectangle entre ces deux tiges ou interquartile, présente la distribution entre la valeur correspondant à un quart de l'échantillon et celle aux trois quart. Le trait représente la médiane et le rond du quartile la valeur moyenne. Les points avant le premier quartile et après le second quartile sont des valeurs jugées hors normes relativement à la répartition observée. Les boîtes à moustaches ont pour intérêt de présenter synthétiquement les valeurs prises par l'information étudiée et permettent visuellement d'afficher les tendances en fonction des catégories considérées.

Champ : Logements

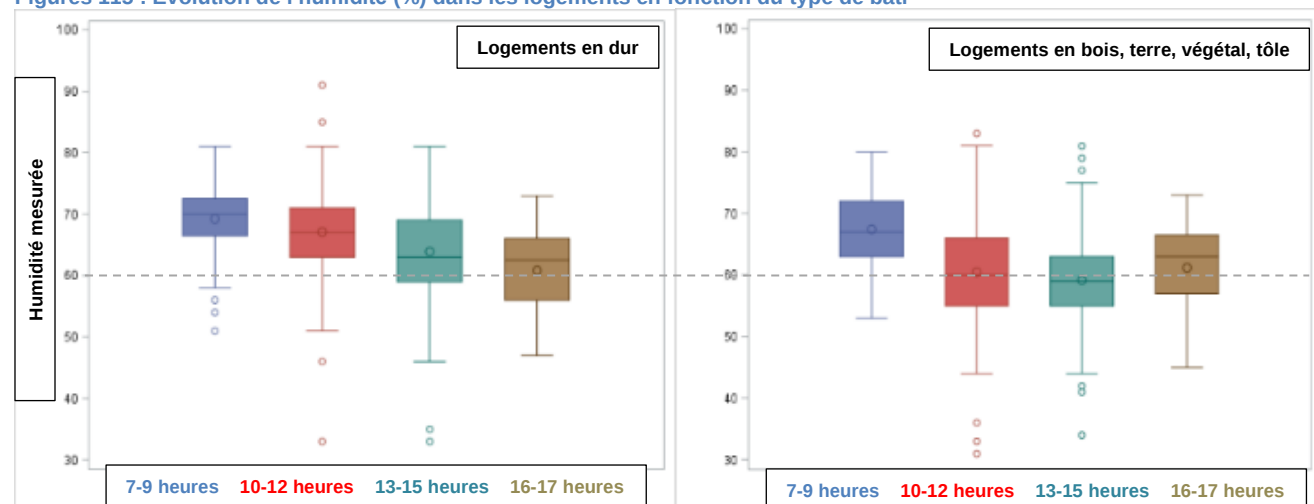
Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [97]

Humidité¹⁴⁶ intérieure

Le taux moyen d'humidité retrouvé dans les logements de Mayotte est de 64,4 %¹⁴⁷ [97]. Entre maisons en dur et en bois, terre, végétal et tôle, une différence de 5,2 points est observée (respectivement 66,4 % contre 61,2 %) [97].

Ces dernières présentant alors une part de ménages **en-dessous des 50 % d'humidité sept fois plus important** : 7 % contre 1,1 % [97]. Alors que les habitats en dur vont présenter des **taux supérieurs à 70 % deux fois plus souvent** : 28 % contre 13 % [97] (Figure 115).

Figures 115 : Evolution de l'humidité (%) dans les logements en fonction du type de bâti



Champ : Logements

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [97]

¹⁴⁶ L'Air intérieur humide est propice aux moisissures dans un logement, pouvant entraîner une sensibilité accrue aux infections respiratoires tels que la rhinite, l'asthme et la bronchite. Cette dernière pathologie fait écho aux différentes épidémies de bronchiolite qui se déclenchent sur le territoire. De plus, un enfant dormant dans une chambre en présence de moisissures et de spores a alors une fois et demie à trois fois et demie plus de risque de développer une allergie ou de devenir asthmatique en étant adulte.

¹⁴⁷ 65 % en médiane [97].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



CO et CO₂ intérieurs¹⁴⁸

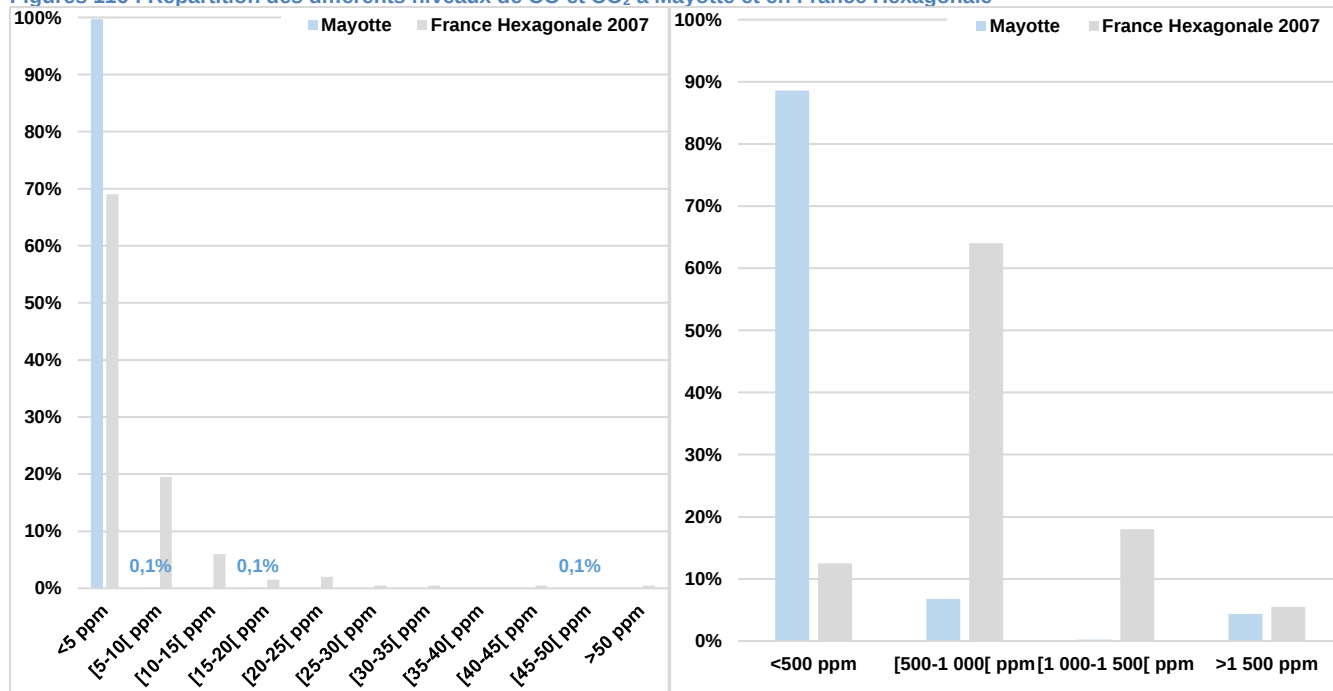
Le **niveau moyen** de **CO** mesuré¹⁴⁹ dans les ménages est de **0,06 ppm**¹⁵⁰, et de **540 ppm**¹⁵¹ pour le **CO₂**. **Ces niveaux sont alors dans la norme de ceux attendus, et nettement plus faibles qu'en France Hexagonale** [97] (Figures 116).

Sept ménages sur dix ayant des niveaux en **CO** supérieur à 5 ppm **se disent mal informés** de l'influence de la qualité de l'air à l'intérieur de leur logement sur leur santé contre 58 % pour ceux ayant des valeurs inférieures à ce seuil [97]. Pour le CO₂, 30 % des ménages avec un taux inférieur à 1500 ppm déclarent être mal informés contre **66 % pour ceux dont le CO₂ est supérieur** [97].

En adéquation avec les recommandations portées et en lien avec les fortes températures mesurées à l'intérieur des ménages de Mayotte, 97 % des adultes **aèrent** à minima une fois par jour leur logement, dont **65 % toute la journée**¹⁵² [97]. Si les effets de ces bonnes habitudes d'aération ne se font pas spécialement ressentir sur le taux de CO₂ trouvé dans les ménages, **c'est sur celui de CO qu'un effet peut être visible** [97]. Passant alors de 2 % pour un CO supérieur à 5 ppm chez les individus déclarant ne jamais aérer leur maison ou une fois par demi-journée, à 0,1 % pour ceux faisant ce geste plus fréquemment [97].

En isolant les mesures réalisées entre 11 et 14 heures de la journée, moments de la préparation des repas, on peut observer que les valeurs de **CO sont les plus importantes chez les individus utilisant à l'intérieur de leur logement le pétrole et le barbecue** (4 % de valeurs supérieures à 15 ppm) pour cuisiner alors que pour les autres modes de cuisson, aucune valeur anormale n'a pu être relevée¹⁵³ [97]. Pour le **CO₂**, seule **l'utilisation du pétrole chez soi** pour cuire ses aliments ressort fortement avec 20 % de valeurs supérieures à 1 500 ppm [97].

Figures 116 : Répartition des différents niveaux de CO et CO₂ à Mayotte et en France Hexagonale



Champ : Logements

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [97]

¹⁴⁸ Le CO est un gaz toxique, mortel, incolore, inodore qui se forme lors de la combustion incomplète de matières carbonées tel que le charbon, pétrole, essence, fioul, gaz, bois. Il est plus particulièrement associé à la première cause domestique de mortalité accidentelle. Quant au CO₂, s'il est bien moins nocif que le CO, un niveau trop élevé peut entraîner de nombreuses gênes, dont respiratoire, et notamment une augmentation du rythme cardiaque.

¹⁴⁹ Les mesures de CO, CO₂, température et d'humidité relative ont été réalisées à l'intérieur des logements à l'aide de capteurs portables multisondes KIMO HQ 210. L'appareil a été placé à l'intérieur du logement, au centre de la pièce principale, loin de toutes sources de pollutions directes et des moyens d'aérations (fenêtre, brasseur d'air, etc.). Chaque paramètre a été suivi sur une période de 30 min au rythme d'une mesure par minute. La valeur retenue pour l'étude correspond à la moyenne des mesures réalisées sur la période.

¹⁵⁰ 0 ppm en médiane [97]. Pour le CO, la valeur seuil de 5 ppm correspond à environ un dixième de la VGAI de l'Anses pour une exposition de 30 min [98].

¹⁵¹ 376 ppm en médiane [97]. La valeur seuil de 1500 ppm correspond à la concentration à partir de laquelle le renouvellement de l'air est considéré comme insuffisant [98].

¹⁵² Et 4 % pour une fois par demi-journée, 25 % la moitié de la journée, 3 % une fois toutes les heures, 3 % jamais [97].

¹⁵³ A l'exception de l'utilisation à l'intérieur du gaz avec quelques cas au-dessus de 15 ppm : 0,3 % [97].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Air intérieur

Sur les différents ménages mesurés, 87 % présentent les conditions nécessaires au calcul de l'indice de chaleur¹⁵⁴ [99] [97]. Dès lors, en 2023 et parmi eux, on observe que **59 %** des logements ont des risques potentiels (**inconfort extrême**) sur la santé de leur(s) occupant(s), **6 %** d'insolation, crampes et syncopes de chaleur probables (**danger**) et **0,1 % de danger extrême** [97].

Les **logements en dur** sont **1,5 % classés à risque probable et aucun pour un danger identifié**¹⁵⁵, tandis que pour les maisons dont le bâti est en **bois, terre, matière végétale, tôle** sont, respectivement, **12 % et 0,2 %**¹⁵⁶ [97].

En 2023, **un quart des habitants sont insatisfaits de la qualité de l'air à l'intérieur**¹⁵⁷ de leur logement [97]. Parmi les motifs d'insatisfactions cités : 66 % l'air chaud¹⁵⁸, 40 % les poussières et particules, 33 % l'humidité¹⁵⁹, 24 % les odeurs, 23 % le manque de renouvellement de l'air, 11 % l'air extérieur trop pollué et 4 % la trop grande fréquence des courants d'air [97].

Globalement, **les adultes vivant dans des habitats précaires vont citer plus souvent chacun des items vis-à-vis de ceux des logements en dur à l'exception des odeurs** : respectivement 19 % et 32 %, et l'air chaud : respectivement 60 % et 73 % [97]. **L'une des deux différences les plus notables est alors l'insatisfaction liée aux poussières et particules** où 52 % d'habitants de maison en bois, terre, végétal et tôle s'en plaignent contre 32 % de ceux de maison en dur [97]. **L'autre concerne l'humidité**, plus souvent déclarée comme un défaut dans les maisons en dur (37 %) que dans l'habitat précaire (29 %) [97]. Tandis que concernant le manque de renouvellement de l'air, le trop de courant d'air et l'air extérieur considérée comme trop polluée, on ne constate quasiment pas de différence entre les deux profils de bâti (0 à 3 point-s- de différence) [97].

Les personnes insatisfaites de la qualité de l'air dans leur logement déclarent **trois fois plus souvent en avoir ressenti ses effets** par rapport à ceux qui en sont satisfaits : 27 % contre 9 % [97].

Air extérieur¹⁶⁰

En 2023, **deux habitants sur dix estiment que l'air à l'extérieur de leur logement est dégradé voire très dégradé** [100]. Les individus déclarant négativement la qualité de l'air extérieur, sont quasiment **deux fois plus à estimer qu'ils courent un risque** d'avoir une maladie grave du fait de leur environnement : 59 % contre 35 %¹⁶¹ de ceux l'estimant bonne voire très bonne [100].

Parmi les symptômes ressentis en lien avec une exposition à une mauvaise qualité de l'air extérieur, ressortent les **maux de tête** : 56 %, qui restent moins cités par les 65 ans ou plus : 44 % contre 56-57 % [100]. Les plus âgés évoquant alors plus souvent les **allergies** : 33 % contre 27-28 % [100]. Autre symptôme plus souvent déclaré par les plus jeunes cette fois-ci : les **problèmes d'odorat**, 28 % des 18-34 ans contre 19 % des 65 ans ou plus [100]. Enfin, et sans distinction avec l'âge, 2 % déclarent avoir fait un **malaise** à cause de la mauvaise qualité de l'air extérieur à leur logement [100].

L'association Hawa mène chaque année depuis 2015 des **mesures des PM2.5**¹⁶² dans l'air ambiant sur la zone Nord de Kawéni. En 2021, la moyenne annuelle était de 15,3 µg/m³ et **était en hausse par**

¹⁵⁴ L'indice de chaleur est une mesure de la charge supportable de l'organisme provoquée par une combinaison entre forte humidité de l'air et températures élevées. Si cet indicateur reste à relativiser du fait que de nombreux facteurs entrent également en jeu tel que l'âge, le poids, le sexe et l'état de santé, il permet néanmoins de synthétiser les effets de ces deux paramètres et d'en sortir une échelle du risque potentiel de leur logement sur la santé des populations. En effet, l'humidité n'a aucun impact sur la température ressentie lorsque cette dernière est en-dessous des 20 °C. En revanche, au-delà des 27 °C, un retentissement important sur le bien-être est visible [99].

¹⁵⁵ 49 % présentent des températures inférieures à 27 °C ou un risque au plus potentiel, 49 % un risque probable [97].

¹⁵⁶ 33 % présentent des températures inférieures à 27 °C ou un risque au plus potentiel, 55 % un risque probable [97].

¹⁵⁷ Ici le terme « qualité de l'air » est utilisé au sens large, il comprend à la fois les paramètres de confort (température, hygrométrie) et les polluants de l'air.

¹⁵⁸ Diminuant fortement en fonction des taux d'humidité : plus de la moitié des individus déclare ce défaut pour des mesures inférieures à 50 %, environ un tiers des individus pour des mesures entre 50 et 80 % et la moitié des individus pour des mesures supérieures à 80 % [97].

¹⁵⁹ Pour des mesures de l'humidité inférieures à 70 % moins d'un tiers des habitants déclarent ce défaut contre la moitié chez ceux dont la mesure était supérieure à 70 % [97].

¹⁶⁰ La pollution de l'air extérieur, est usuellement considérée comme la première source de mortalité environnementale avec environ 48 000 décès prématurés annuels en France imputés selon les estimations, et 311 000 décès prématurés annuels en Europe, dont 238 000 dues aux particules fines, 49 000 au dioxyde d'azote, 24 000 à l'ozone.

¹⁶¹ Dont, respectivement, 38 % et 18 % pour un risque élevé [97].

¹⁶² Les particules appelées PM2.5 sont des particules dont le diamètre est de 2,5 microns (µm) dites « fines ». Elles sont constituées d'un mélange de différents composés chimiques et sont émises principalement lors des phénomènes de combustion ou formées par réactions chimiques à partir de gaz précurseurs présents dans l'atmosphère. Ces particules sont reconnues comme ayant des effets nuisibles sur la santé, l'exposition chronique contribue à augmenter le risque de contracter des maladies cardiovasculaires et respiratoires, ainsi que des cancers pulmonaires. Les particules fines, inférieures à 2,5 µm, impactent à long terme la santé cardiovasculaire. Les particules PM2.5 issues du trafic routier altèrent aussi la santé neurologique (performances cognitives) et la santé périnatale.



rapport à 2020 : +19 % (12,9 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)¹⁶³ [101]. Ce taux classe ce secteur de Mayotte entre le seuil d'évaluation inférieur et supérieur [101]. En comparaison avec les mesures des niveaux respirés à proximité du trafic routier en Ile-de-France, il en est plus proche de la borne haute : 14 à 16 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ [102]. Sur l'année 2021, on constate que l'évolution de la **mesure du PM2.5 est régulièrement au-dessus du seuil de vigilance fixé par l'OMS** de 15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (2021) [101].

En 2020 et sur ce même secteur, les mesures sur les polluants tels que le dioxyde d'azote, les oxydes d'azote, les PM2.5 (partiellement), le dioxyde de soufre, l'ozone et le monoxyde de carbone **respectaient les normes** en lien avec la Santé humaine et végétale, **contrairement aux PM10**¹⁶⁴ [103]. En 2018, d'autres mesures ont été réalisées en fonction des différents secteurs d'activité de l'île. Concernant les émissions (*Figure 117*) :

- Dans les **carrières** de Mtsamoudou, Kougou (entreprise ETPC) et Miangani (entreprise IBS), pour 76 % il s'agit de **particules totales en suspension**¹⁶⁵ et 31 % pour les PM10 [104] ;
- Des **centrales d'enrobage au bitume de matériaux routiers**, pour 73 % il s'agit de **particules totales en suspension** et 20 % des PM10 [104] ;
- Liées à la production des **centrales thermiques** des Badamiers et de Longoni, pour 97 % il s'agit d'**oxydes d'azote** [104] ;
- Des **stations-services** de l'île, pour 57 % il s'agit de **gazole** et 39 % pour le sans plomb [104] ;
- Liées au **traitement des ordures ménagères et résiduelles**, pour 73 % il s'agit du **CO₂** et 27 % pour le méthane [104] ;
- Liées au **traitement et le rejet des eaux usées**, pour 98 % il s'agit du **méthane** [104] ;
- Du **trafic routier**, pour 75 % il s'agit des **oxydes d'azote** soit un volume de 14 001 tonnes/an et 15 % du CO, soit un volume de 2 760 tonnes/n [104] ;
- Du **trafic aérien**, pour 58 % il s'agit des **oxydes d'azote** et 26 % du CO [104] ;
- Du **trafic maritime** (navires de pêche), pour 34 % il s'agit de **composés organiques volatils non méthaniques**¹⁶⁶, 36 % des oxydes d'azote et 32 % le CO₂ [104] ;
- Liées à la **gestion des déjections animales**, pour 77 % il s'agit d'**ammoniac** et 14 % des particules totales en suspension [104] ;
- De **l'agriculture**, pour 75 % il s'agit d'**ammoniac** et 18 % des particules totales en suspension [104] ;
- Du **secteur tertiaire**, pour 48 % il s'agit du **dioxyde de soufre** et 33 % des oxydes d'azote [104] ;
- Du **secteur résidentiel**, pour 40 % il s'agit du **CO₂**, 22 % pour le dioxyde de soufre, et 16 % pour les oxydes d'azote [104].

En termes de volume d'émission, **le transport routier demeure le principal émetteur de polluants atmosphériques et de gaz à effet de serre sur le territoire** du fait de la combustion des moteurs [104]. Suivi du secteur de production et de distribution d'énergie qui contribuent fortement dans l'émission du CO₂ et des oxydes d'azote à travers son sous-secteur de production d'électricité par les centrales thermiques [104]. À ce niveau d'étude et en fonction des données disponibles, les principaux polluants émis (tonne/an) sur le territoire de Mayotte sont les oxydes d'azote [104].

De la même façon, **le principal gaz à effet de serre émis à Mayotte est le CO₂** [104]. Les secteurs résidentiel, tertiaire et les navires de pêche se partagent le reste des émissions de CO₂ [104]. **L'agriculture** quant à elle, prend la tête des **émissions de protoxyde d'azote** et du **méthane**, respectivement 71 % et 59 % [104]. Ces deux gaz à effet de serre proviennent essentiellement de la fermentation entérique¹⁶⁷ et la gestion des déjections animales dans ce secteur [104]. Le traitement et l'élimination des déchets contribuent aussi pour 41 % des émissions du méthane qui sont **favorisées**

¹⁶³ Le taux de couverture des données pour 2021 était de 92 %, 98 % en 2020. En 2019, la moyenne annuelle était de 13,2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ pour un taux de couverture de 68 %.

¹⁶⁴ La toxicité des particules en suspension est essentiellement due aux particules de diamètre inférieur à 10 μm (PM10). Elles peuvent être émises directement dans l'air par des activités anthropiques (industrie, résidentiel, agriculture, transports) et par des sources naturelles (feux de forêt, éruptions volcaniques, etc.). Des particules peuvent également se former directement dans l'atmosphère par réactions physico-chimiques entre des polluants déjà présents dans l'atmosphère.

¹⁶⁵ Regroupement des particules tout diamètre confondu.

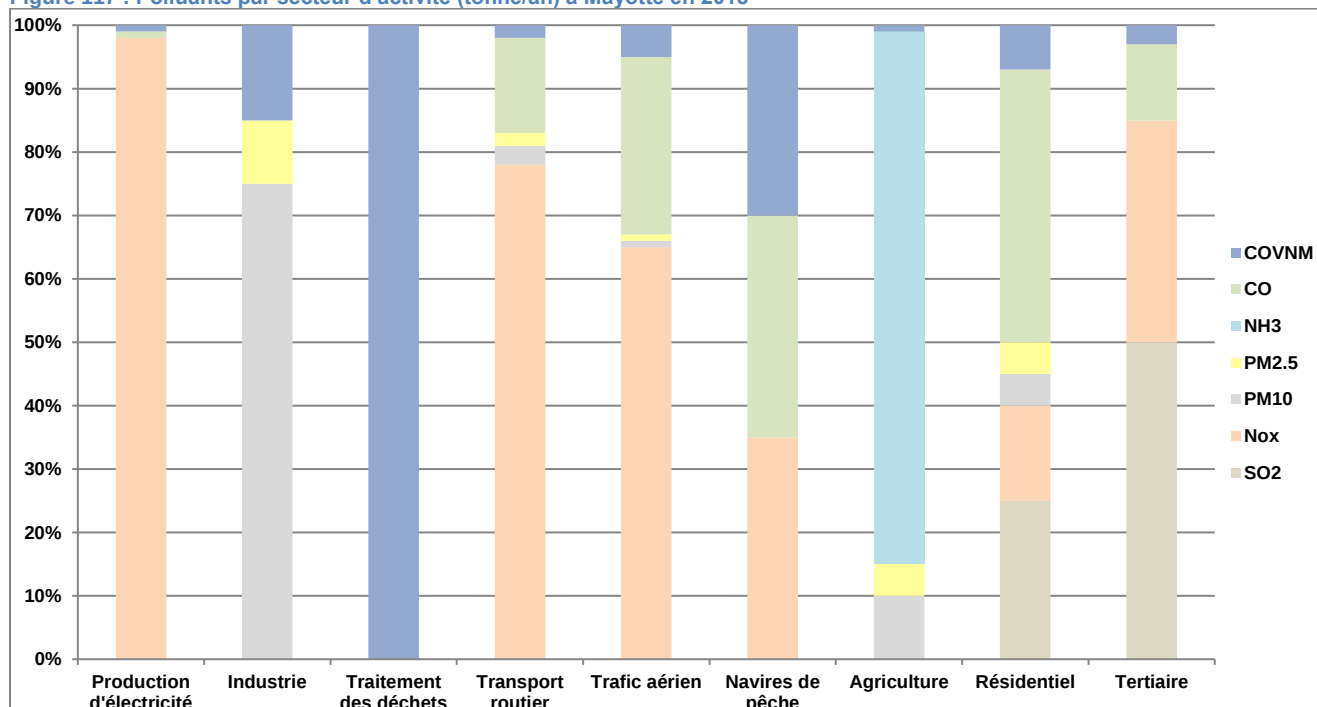
¹⁶⁶ Les composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) proviennent des transports (pots d'échappement, évaporation de réservoirs), ainsi que des activités industrielles telles que les activités minières, le raffinage de pétrole, l'industrie chimique, l'application de peintures et de vernis, l'imprimerie. Ils contiennent notamment plusieurs polluants tels que le benzène, le toluène, le xylène, etc. Les COVNM sont émis en relativement faible quantité lors de la combustion d'énergies fossiles, à l'exception des moteurs des véhicules routiers. L'émission spécifique est plus grande avec l'utilisation de la biomasse. Une part importante des COVNM provient du phénomène d'évaporation au cours de la fabrication et de la mise en œuvre de produits contenant des solvants. Outre leur impact direct sur la santé, ils interviennent dans le processus de production d'ozone dans la basse atmosphère.

¹⁶⁷ Processus digestif par lequel des micro-organismes décomposent les aliments afin de permettre leur absorption dans la circulation sanguine d'un animal.



par des climats chauds [104]. Les autres secteurs d'activité ont de faibles contributions dans le bilan des gaz à effet de serre [104].

Figure 117 : Polluants par secteur d'activité (tonne/an) à Mayotte en 2018



Note : COVNM correspond aux composés organiques volatils non méthaniques, CO au monoxyde de carbone, NH3 à l'ammoniac, NOx aux oxydes d'azote, SO2 au monoxyde de soufre.

Source : Association Hawa Mayotte, rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre [104]

Tableau 23 : Récapitulatif des gaz à effet de serre par secteur d'activité à Mayotte en 2018

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

Source : Association Hawa Mayotte, rapport sur les émissions polluantes atmosphériques et de gaz à effet de Serre [104]

En 2023, un quart de la population disent brûler « sauvagement » des déchets verts (feuilles mortes, branches, etc.).¹⁶⁸, dont 7 % au moins trois fois par semaine et 15 % pour les déchets ménagers (cartons, papiers, plastiques, alimentaires, etc.).¹⁶⁹, dont 4 % sur cette même fréquence [100].

Les déchets toxiques (peintures, vernis, piles, acides, etc.).¹⁷⁰, et extrêmement à risque, sont déclarés par 3 % des individus, dont 0,9 % souvent [100].

Plus généralement, 72 % des adultes déclarent n'avoir jamais procédé à l'incinération de déchets, les habitants des maisons en dur bien plus que ceux des logements précaires : 75 % contre 64 % [100].

En fonction de la présence ou non d'un bac à ordures, les déclarations varient [100]. Ainsi, pour les déchets verts, ceux n'en ayant pas voire au mieux un collectif sont 70-72 % à ne jamais réaliser cette tâche, contre 79 % pour ceux ayant un bac privé. 81-83 % contre 89 % pour les déchets ménagers [100]. Tandis que pour les déchets toxiques, ils sont deux fois plus à réaliser ce geste à minima au moins une fois par mois, respectivement 4-5 % et 1,5 % [100].

On constate que les individus incinérant le plus souvent des déchets verts sont plus fréquents à avouer ne rien savoir sur le lien entre qualité de l'air extérieur et influence sur sa santé : 7 % contre 12 % qui sont bien informés sur ce sujet, 7 % contre 16 % pour les déchets ménagers et 7 % contre 19 % pour les déchets toxiques [100].

¹⁶⁸ 8 % au moins une fois par semaine, et 74 % jamais [97].

¹⁶⁹ 4 % au moins une fois par semaine, et 85 % jamais [97].

¹⁷⁰ 1,3 % au moins une fois par semaine, et 97 % jamais [97].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



d) Déchets et évacuation des eaux usées

Déchets

En 2023, **28 % des individus déclarent l'absence de déchets** tel que les pneus abandonnés, les carcasses de voitures, les encombrants, les décharges ou dépôts sauvages et les dépôts de batterie de voiture, **autour de leur logement ou dans leur cour** [100]. Les logements **précaires sont un peu plus** concernés : 32 % pour au moins un type de déchets contre 26 % pour ceux en dur [100].

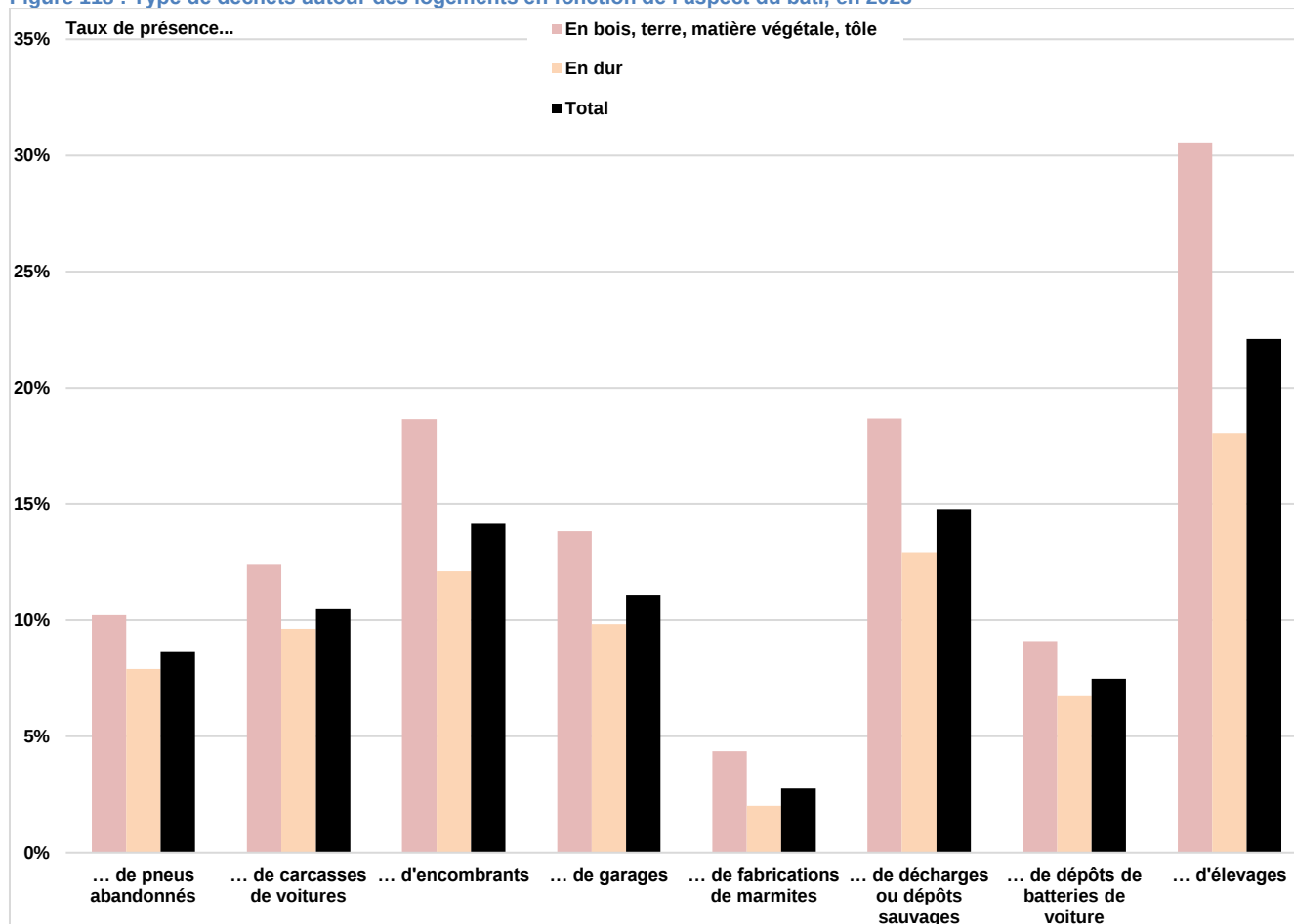
A l'extrême opposé, **2 % des adultes de 18 ans ou plus évoquent la présence de pneus abandonnés, carcasses de voiture, encombrants, décharges ou dépôts sauvages, batteries de voiture, deux fois plus pour les habitants de logement en bois, terre, matière végétale, tôle** (4 % contre 1,8 %). Dès lors, les décharges ou dépôts sauvages ainsi que les encombrants sont les plus déclarés, respectivement 15 % et 14 % [100].

Les **batteries de voiture**, signalées par **8 % des individus**, représentent une préoccupation majeure pour l'environnement et la pollution des sols¹⁷¹ [100].

Non cités dans l'indicateur cumulé, mais **présentant un haut facteur de risque de production de déchets** à risque, les **garages à proximité** sont déclarés par 11 % des ménages, les **fabriques de marmites**¹⁷² par 3 % et les **élevages** 22 % [100] (Figure 118).

Huit individus sur dix évoquent leur influence néfaste sur l'odeur, la santé, la pollution des eaux et des sols ainsi que la beauté de l'environnement [100].

Figure 118 : Type de déchets autour des logements en fonction de l'aspect du bâti, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, *étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023* [97]

¹⁷¹ Ces batteries contiennent des métaux tels que le cobalt, le nickel, le plomb et le manganèse, connus pour leur forte toxicité. Lorsqu'elles ne sont pas correctement éliminées, ces substances peuvent entraîner une contamination des réserves d'eau et des écosystèmes. De plus, des cas d'incendies ont été attribués à une gestion inappropriée des batteries au lithium dans le passé.

¹⁷² Tout comme pour les batteries de voitures, les marmites en aluminium sont reconnues pour leur contenu en plomb : les enfants jouant à proximité peuvent se contaminer par ingestion de terre ou inhalation de poussières polluées. Le saturnisme est une intoxication par le plomb dangereuse pour la santé, notamment chez les enfants et les femmes enceintes, du fait de ses effets toxiques durables sur l'organisme, même à faible dose, surtout au niveau du système nerveux, de la moelle osseuse et des reins.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Sept adultes de 18 ans ou plus **sur dix à Mayotte déclarent déposer leurs déchets¹⁷³ en dehors des bacs à ordures au moins trois fois par semaine** et à l'opposé un sur dix jamais [100]. Aussi bien individuel que collectif, la **présence du bac à ordures n'a que peu d'influence sur ces mauvais gestes**, ne diminuant que de 3 points le fait de ne jamais les réaliser alors que le **niveau d'éducation** va à nouveau avoir un effet significatif, **triplant ainsi le taux d'individus ne déposant jamais ses déchets dans la rue** : 5 % pour les non scolarisés à 19 % pour les titulaires d'un diplôme supérieur au BAC+2 ou équivalent¹⁷⁴ [100].

Lorsque l'on interroge la population sur ce qu'il faut faire des **appareils électroménagers hors d'usage** (télévision, réfrigérateur, machine à laver, etc.), les **deux tiers déclarent qu'il faut les déposer à la déchèterie** [100]. Ils sont ensuite 22 % à estimer qu'il faut les faire réparer ou les reconditionner et 11 % les laisser dans un magasin ou laisser ce dernier venir les récupérer lors de l'achat d'un nouvel appareil. **7 % pensent qu'il suffit de les jeter dans la nature.**

28 % des individus déclarent la présence de rats plus de trois fois chez eux au cours du dernier mois [100]. Cette proportion augmente en fonction du nombre cumulé de déchets ou de lieux potentiellement générateurs de déchets, passant de **27 % pour ceux** en déclarant au plus **un, 30-32 % deux à cinq, à 37 % pour ceux déclarant les six items disponibles** [100].

Les **habitats précaires**, plus concernés par un paysage à risque en termes de prolifération des déchets autour d'eux, sont logiquement beaucoup plus concernés par la présence de rats plus de trois fois au cours du dernier mois : **+18 points**, que les **habitats en dur** (22 % contre 40 %), et à contrario : 28 % pour aucune fois contre 48 % [100].

Sur la période 2020 à 2022, **4 483 déchets¹⁷⁵** ont été signalés par le service de la LAV de l'ARS Mayotte, dont **82 % sur le domaine public**. La majorité sont des **carcasses de voiture** (57 %) et des **encombrants** (23 %). Ce sont notamment pour les **pneus** que la part d'abandonnés sur le **domaine privé est la plus importante** : 39 % (Tableau 24).

Figure 119 : Répartition, par période de remontée des informations, des déchets recensés dans la nature sur la période 2020 à 2022 à Mayotte

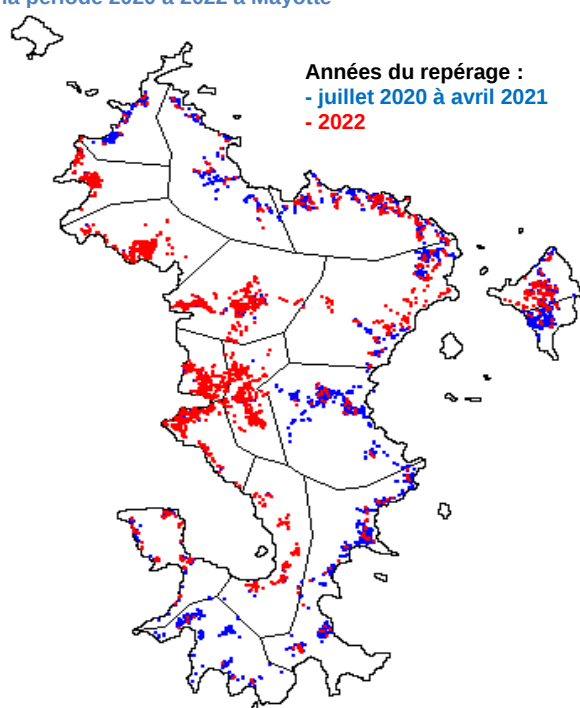
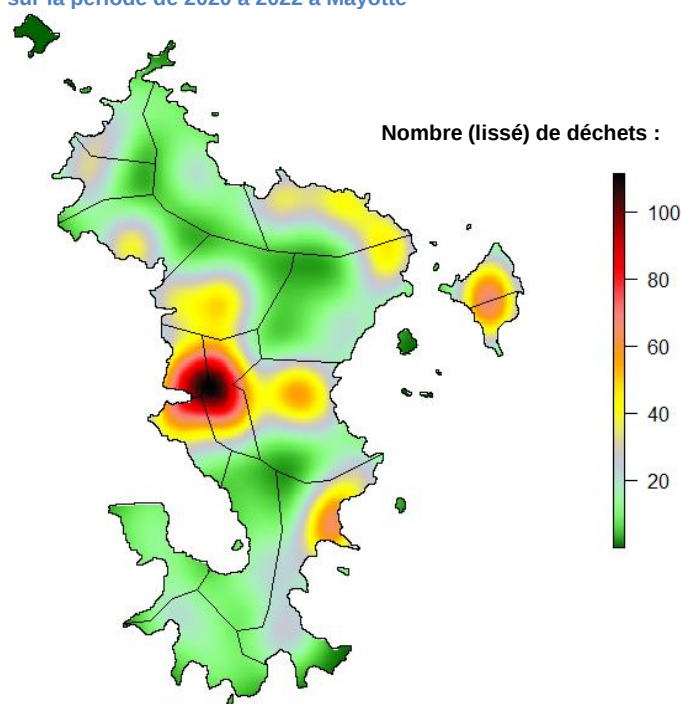


Figure 120 : Densité (lissée) des déchets recensés en sur la période de 2020 à 2022 à Mayotte



Note : Nombre lissé de déchets. Ne sont inclus que les « carcasses de voiture », « déchets dans la rivière/mer », « dépôts sauvages », « encombrants » et « pneus abandonnés ».

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

¹⁷³ Concernant le tri de déchets, un tiers des adultes de l'île le réalise, dont 22 % systématiquement [100].

¹⁷⁴ Toutefois, le manque de service permettant de les ramasser et donc de vider ces bacs à ordures fait que quel que soit le niveau d'éducation, la fréquence de « au moins trois fois par semaine » reste constante [100].

¹⁷⁵ Regroupant les carcasses de voiture, déchets dans la rivière/mer, dépôts sauvages, encombrants et pneus abandonnés.



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

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

Source : ARS Mayotte - Service de la LAV

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Evacuation des eaux

En 2017, **38 %** des résidences principales de Mayotte sont reliées à **une fosse septique ou une fosse sèche** (+3 points par rapport à 2012), **19 % pour le réseau d'égouts** (18 % en 2012) et **42 % à même le sol** (46 % en 2012) [31]. En croisant avec le type de bâti, on observe alors une forte variabilité : 21 % des maisons en **tôle, bois, végétal** pour les deux types de fosse contre **49 % pour les maisons en dur** (dont immeuble), respectivement 6 % et 28 % pour les égouts, **73 %** et 23 % pour le sol [31]. On observe également une **nette disparité en fonction des communes** : **Bouéni** (77 %), **M'tsangamouji** (72 %) et **M'tsambo** (69 %) sont celles recensant la plus de maisons reliées à **une fosse septique ou une fosse sèche** ; et **Kani-Kéli** (47 %), **Mamoudzou** (34 %), **Bandraboua** et **Dembéni** (19 %) pour le **réseau d'égouts** [31]. **Dembéni** est également la commune présentant une forte part de logements dont l'évacuation des eaux usées **se fait à même le sol** (49 %), avec **Ouangani** (57 %) et **Koungou** (56 %) [31] (Tableau 25).

Tableau 25 : Répartition type de bâti et mode d'évacuation des eaux usées en 2017 à Mayotte

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

Note : En violet les parts les plus hautes en colonne. Les sommes en ligne des deux ventilations font 100 %.

Champ : Résidences principales de Mayotte

Source : Insee, recensement de la population de 2017 [31]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

e) Nuisances sonores

En 2023, **deux adultes de 18 ans ou plus sur cinq déclarent être exposés aux nuisances sonores produites par leur voisinage**, dont un sur cinq en permanence¹⁷⁶ [105].

Les habitants des maisons en tôle, bois, matière végétale ou terre, bâti moins adapté pour filtrer efficacement le bruit, sont plus fréquents à se plaindre de leur voisinage vis-à-vis de ceux vivant dans les maisons en dur : 46 % contre 40 % [105]. **Cependant, quelle que soit la nature du bâti, ils déclarent dans les mêmes proportions être gênés en « permanence » par l'extérieur** (18 %) [105]. Dès lors, les adultes qui se déclarent satisfaits de l'isolation vis-à-vis du bruit de leur logement sont 22 % à être atteints par le bruit extérieur, dont 9 % en permanence, contre 65 % pour ceux qui en sont insatisfaits, dont 29 % en permanence [105].

De jour, le niveau moyen d'intensité du bruit mesuré au sein des ménages est de **57 décibels**¹⁷⁷, se situant alors **au-dessus du seuil d'acceptabilité** en journée de 50-55 dB(A) [106]. Seulement 14 % des ménages se trouvaient alors en dessous de cette norme et 5 % ont une mesure supérieure à 70 décibels¹⁷⁸ [105] (Figure 121).

¹⁷⁶ 18 %, 24 % souvent, 28 % rarement et 31 % jamais [105].

¹⁷⁷ Pression sonore en Pa ou décibel A de notation dB(A).

¹⁷⁸ Dont 0,04 % au-dessus des 90 dB(A) avec un maximum mesuré à 93 : soit un début de risque sérieux [105].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Qu'ils déclarent être affectés ou non par les nuisances sonores, **17 % des individus disent en ressentir les effets sur leur santé** [105].

Ils déclarent alors comme symptômes : pour 61 % la **fatigue**, notamment chez les plus de 35 ans, et pour 58 % les **problèmes de sommeil**, cette fois-ci principalement chez les moins de 35 ans [105]. Le **stress** associé au bruit concerne près d'un cas sur deux, augmentant avec l'âge : de 41 % chez les 25-34 ans à 53 % chez les 65 ans ou plus [105]. 36 % de la population de Mayotte déclarent une forte **sensibilité au bruit** suite aux nuisances sonores, diminuant de : 41 % chez les 18-24 ans à 31 % chez les 65 ans ou plus [105].

Enfin, une personne sur mille déclare avoir ressenti une **perte d'audition** immédiate à la suite d'une exposition trop forte au bruit, et cinq sur mille de très fort maux de tête [105].

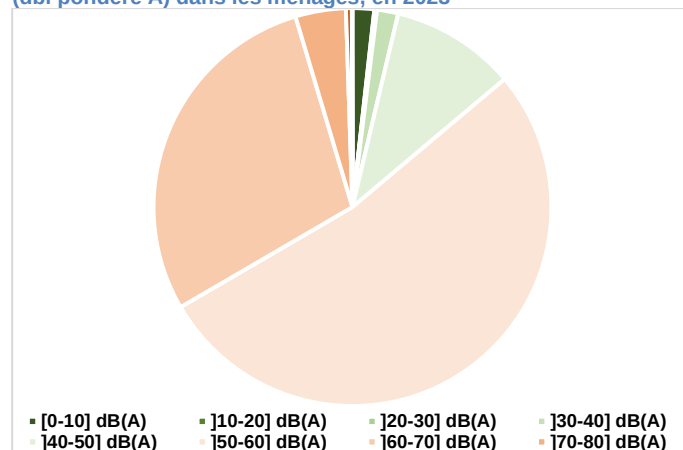
Les nuisances sonores émanant des voisins sont les plus couramment déclarées : 55 % [105].

Le taux diminue alors nettement en fonction du bâti du logement mais aussi du niveau de satisfaction de l'isolation sonore : de 61 % chez les habitants des maisons précaires se plaignant de l'isolation des murs à 51 % chez ceux des maisons en dur qui en sont satisfaits [105].

La seconde source est liée aux véhicules motorisés (43 %), où l'effet inverse est observé, avec des individus vivant dans les habitats précaires moins concernés : 47 à 51 % contre 30 à 32 % [105].

Viennent ensuite les nuisances sonores engendrées par les **travaux des chantiers en construction** (22 %), où les déclarations sont moins influencées par le bâti et l'isolation sonore [105]. Parmi les autres sources : les **animaux domestiques** (18 %) et les **sorties d'écoles** (6 %) sont également évoqués [105]. Et dans des proportions beaucoup plus faibles : les **boîtes de nuit, bars, restaurants** (1,9 %) et les **vois aériens** (1,2 %) [105]. Le territoire étant touché par une vague de délinquance croissante d'année en année, **7 % des ménages se plaignent du bruit lié aux affrontements** qui s'y déroulent fréquemment [105] (Figure 122).

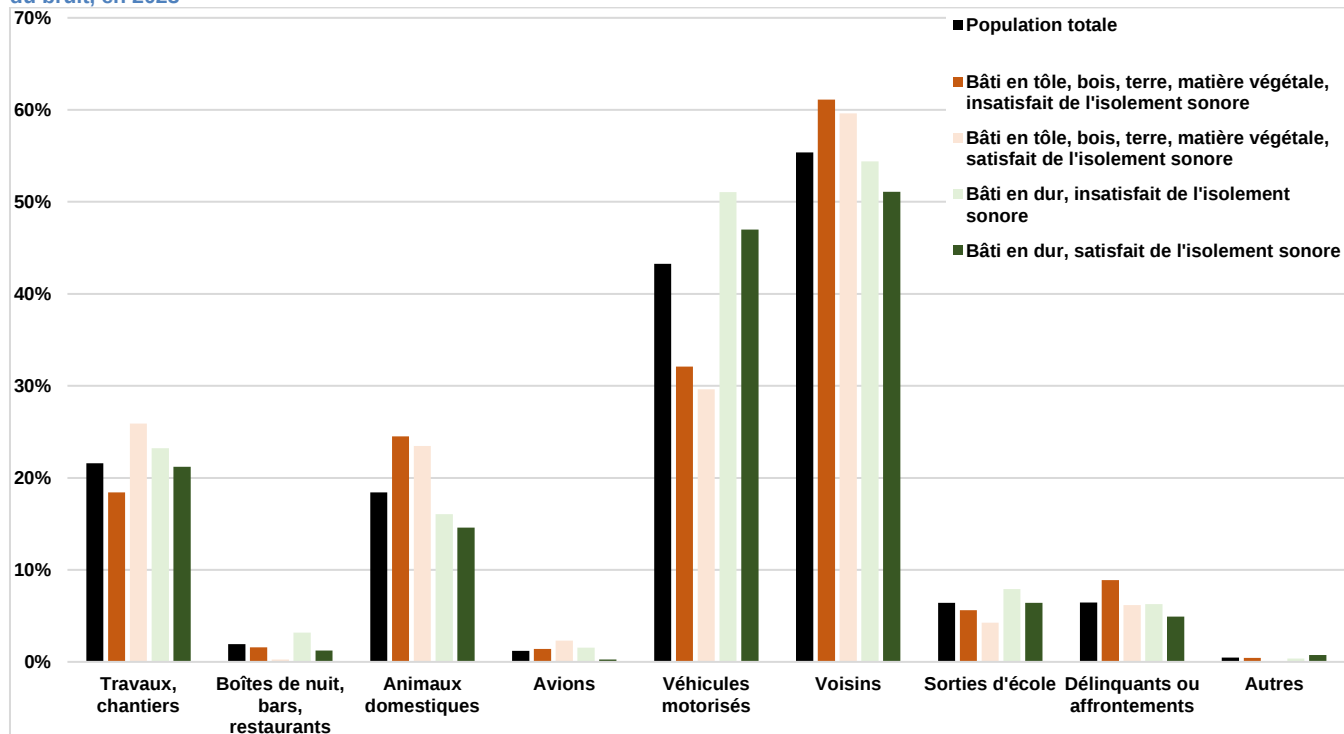
Figure 121 : Mesure du niveau de pression acoustique (dbI pondéré A) dans les ménages, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [105]

Figure 122 : Sources des nuisances sonores par type de bâtiments et niveau de satisfaction quant à l'isolation vis-à-vis du bruit, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [105]



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



f) Produits phytosanitaires

Les **contrôles** menés par le service de l'alimentation de la DAAF de 2017 à 2023 **révèlent une utilisation généralisée de pesticides illicites**, en particulier dans les cultures maraîchères informelles [107]. Ces pesticides non homologués sont **souvent introduits à Mayotte via des bateaux clandestins en provenance des îles voisines mais aussi via des importations frauduleuses** [107]. Des prélèvements effectués sur des **légumes vendus en bord de route** ont montré des **taux de non-conformité dépassant souvent les 70 %** [107].

Parmi les substances actives détectées, on trouve des **pesticides interdits dans l'UE**, dont certains sont **classés comme extrêmement toxiques pour la santé humaine et l'environnement** [107]. Par exemple, des prélèvements effectués sur des **tomates** ont révélé une contamination au **diméthoate**, un insecticide interdit dans l'UE en raison de ses effets néfastes sur la santé humaine [107].

g) Eau de consommation

La distribution d'eau potable

La **production et la distribution de l'eau potable sur l'île de Mayotte sont assurées par un syndicat unique** : le SMAE, et par un contrat de délégation de service public. L'eau utilisée pour la production des eaux de consommation humaine provient de ressources profondes exploitées par des forages et des ressources superficielles comme les **rivières**, les **retenues collinaires** et l'**eau de mer**¹⁷⁹.

Les prises d'eau superficielle essentiellement situées dans la **partie nord de l'île représentent 75 % des ressources** destinées à la production d'eau potable et 25 % proviennent des forages (Tableau 26).

Tableau 26 : Types de ressource en eau de Mayotte, débits et répartition en 2021

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

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

Au 31 décembre 2021, le **contrôle sanitaire appliqué à Mayotte concerne 46 captages en exploitation** (ressources) [108] :

- 14 captages en rivière dont 2 par drains peu profonds ;
- 6 prises d'eau en retenues collinaires dont 2 déviations de rivières alimentant la retenue de Dzoumogné ;
- 24 captages d'eau souterraine (forages) ;
- 2 prises d'eau de mer.

Ainsi que 13 stations de traitement et de production dont 6 UP et 14 UDI [108]. Afin d'assurer la sécurité sanitaire de l'eau destinée à la consommation humaine, la **mise en place des périmètres de protection des captages est en cours** [108]. Cette action vise à protéger et pérenniser les ressources en eau et les points de production par la maîtrise des activités provoquées directement ou indirectement par l'action de l'« homme » plus ou moins proches de celles-ci (urbanisme, agriculture, etc.) [108]. Le SMEAM s'est engagé dans une procédure de mise en place de ces périmètres de protection autour de l'ensemble des captages d'eau potable avec l'avancement suivant au 31 décembre 2021 [108] :

- 38 captages font l'objet d'un arrêté préfectoral de protection ;
- 9 captages sont en cours d'étude pour la définition des périmètres de protection.

Cependant, malgré la prise des arrêtés préfectoraux de captages, ceux-ci ne sont toujours pas appliqués que ce soit d'un point de vue administratif (notification des propriétaires concernés, annexion aux documents d'urbanisme) ou de celui des travaux à réaliser pour respecter les préconisations et les prescriptions arrêtées [108]. Constatant la dégradation de l'environnement et les pressions de plus en plus grandes sur la ressource en eau, il devient urgent que ces préconisations et prescriptions soient prises en compte et appliquées au risque de ne plus pouvoir disposer d'une eau en quantité et en qualité suffisante destinée à la consommation humaine [108].

L'indice d'avancement des périmètres de protection de la ressource en eau est de 53 % en 2021, -5 points vis-à-vis de 2020 (58 %), s'expliquant par la mise en service de nouveaux captages pour lesquelles la procédure d'autorisation n'a pas été finalisée (58 % en 2019, 57 % en 2018) [108].

¹⁷⁹ L'eau de mer est une ressource inépuisable et les rendements pour pouvoir faire de l'eau douce sont faibles en comparaison avec les procédés classiques. Cela n'est donc pas représentatif de la quantité d'eau potable produite.



La qualité de l'eau potable

Les analyses réalisées en 2022 par l'ARS Mayotte et la SMAE dans le cadre du contrôle sanitaire et de l'autosurveillance montrent une très **bonne qualité bactériologique et physico-chimique des eaux** destinées à la consommation humaine. Le taux de conformité bactériologique de contrôle sanitaire est **supérieur à 99 %**. Depuis 2016, le nombre de secteurs avec un **taux inférieur à 100 % a diminué drastiquement** pour finalement ne concerner plus qu'une seule commune (M'tsangamouji) en 2022 (Figure 123 & Tableau 27).

Les recherches de micropolluants, de substances radioactives et de pesticides n'ont montré aucun dépassement des normes en vigueur [108]. Les situations de non-conformité restent ponctuelles et la **qualité de l'eau est uniforme sur l'île** [108] (Figure 123).

De nombreuses coupures d'eau ont été constatées depuis 2020, s'accroissant fortement depuis 2023 suite à la crise de l'eau, et se poursuivant en 2025. **Ces coupures peuvent générer une eau trouble au moment de la remise en service et être impropre à la consommation.** Les recommandations sanitaires indiquent ainsi qu'il faut **éviter de consommer l'eau du robinet durant la première journée** suivant la remise en eau.

Figure 123 : Qualité bactériologique de l'eau de robinet pour l'année 2022 à Mayotte



Champ : Eau de robinet

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

Tableau 27 : Evolution du nombre de communes incluant au moins un secteur concerné par les différentes catégories de qualité bactériologique au robinet de 2016 à 2022

Conformité	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
85-90 %	0	0	1	0	0	0	0
90-95 %	5	3	1	0	0	0	0
95-99,9%	10	4	5	13	4	9	1
100 %	9	14	14	7	14	11	16
Total	24	21	21	20	18	20	18

Note : Le total des communes ne fait pas nécessairement 17 car certaines communes peuvent être concernées par plusieurs catégories en fonction du secteur mesuré.

Champ : Eau de robinet

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

Les bornes fontaines monétiques

Suite à l'épidémie de choléra ayant touché l'île en 2000, **80 BFM avaient été installées sur les 17 communes de Mayotte** en collaboration avec les différents partenaires : mairies, DASS, SMAE, SMEAM, pour 1,1 millions d'euros. Les critères d'implantation retenus étaient :

- une BFM **minimum par commune** ;
- une BFM pour **100 foyers** non raccordés (site) ;
- une priorité donnée aux **quartiers les plus défavorisés** et aux emplacements actuels ou historiques de robinet public.

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

Au **31 décembre 2024**, le territoire de Mayotte est couvert par un total de **95 BFM**. Les sites sont sélectionnés et retenus via une étude conjointe avec les **mairies** de Mayotte, le **SMEAM** et la **SMAE**. Les BFM sont **principalement implantées dans la commune de Mamoudzou** et ses alentours (Koungou, Tsingoni, Ouangani et Dembéli), ainsi qu'en Petite-Terre, Bandraboua et le Nord de la commune de Bandrélé. Les communes de M'tsamboro, Acoua, M'tsangamouji, Chiconi, Bouéni et Kani-



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Kéli en sont dépourvues, compensées par la **mise en place de rampes fonctionnelles** au Sud (*Figure 124*).

La consommation totale en 2013 était de 38 000 m³, rapportée à la population déclarant s'approvisionner à la BFM [46], cela reviendrait à une consommation moyenne de **14 m³ par ménage**¹⁸⁰. Elle augmente ensuite de +63 % jusqu'en 2016 (soit 20 m³ par ménage), puis chute de -11 % et se porte à 55 000 m³ (soit 17 m³ par ménage). Depuis 2017, la consommation aux BFM ne cesse de croître : de 65 000 m³ en 2019 à 166 088 en 2023 (multipliée par 2,5), soit **43 m³ par ménage** (Tableau 28).

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

Figure 124 : Emplacement des Bornes Fontaines Monétiques en décembre 2024



Source : SMAE

Exploitation : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

Tableau 28 : Nombre total de BFM à Mayotte et consommation annuelle de 2013 à 2024

Année	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
BFM Opérationnelles	95	92	93		64	50	49	46	53	54	56	47
Consommation annuelle (m³)		166 088	146 728		83 790	65 000	67 000	55 000	62 000	53 000	38 000	38 000
Consommation par ménage		42,6	38,9		23,8	19,1	20,4	17,3	20,3	18,0	13,3	13,8
Equivalent L/jour/ménage		116,5	106,5		65,2	52,3	55,8	47,4	55,6	49,2	36,5	37,8

Source : SMAE

Exploitation : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement

¹⁸⁰ Estimations basées sur le ratio consommation annuelle sur nombre de résidences principales. En 2012, le parc de logement se tenait à 53 200 résidences principales et 5 % des ménages déclaraient s'alimenter à une borne fontaine [8] [46]. En 2017, il est de 63 100 résidences principales soit un taux de croissance de +3,5 % en moyenne par an [8]. Sur cette base, il est possible d'estimer le nombre de résidences principales entre 2012 et 2017 et de 2018 à 2020 pour lesquelles sera appliqué le taux de 5 % d'approvisionnement à une borne fontaine également [46].

Usage de l'eau

Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dombéni sur les CAP au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **l'absence de compteur** serait, pour la moitié, liée au fait de **ne pas en avoir fait la demande** tandis que **13 %** mettent en cause leur **situation financière**. Pour 9 % d'entre eux, le motif serait lié à un refus de la SMAE.

En termes de coût de l'eau pour ces foyers, **46 % n'en déclarent aucun**, 43 % estiment cette dépense comprise entre 10 et 50 euros par mois, et les autres un coût supérieur à 50€, dont 3 % à 100 euros par mois.

Ces ménages déclarent alors une fréquence de récupération de l'eau majoritairement **journalière** (32 % une fois) à **deux-trois fois par jour** (61 %). 6 % se fourniraient en eau une à deux fois par semaine.

Ils sont alors **23 % à déclarer que l'eau récupérée et stockée est mauvaise pour leur santé**.

Le support utilisé pour transporter l'eau récupérée est dans **83 % des cas « à pied »** et 17 % une brouette. La grande majorité déclare alors **couvrir l'eau** qu'ils stockent : **seulement 3 % ne le font pas**.

En fonction du type d'usage, l'eau prévue pour être consommée directement est stockée par **51 % d'entre eux dans une cuve**¹⁸¹, 37 % dans une ou plusieurs bouteille(s) et 9 % dans la brouette ayant servi à la transporter.

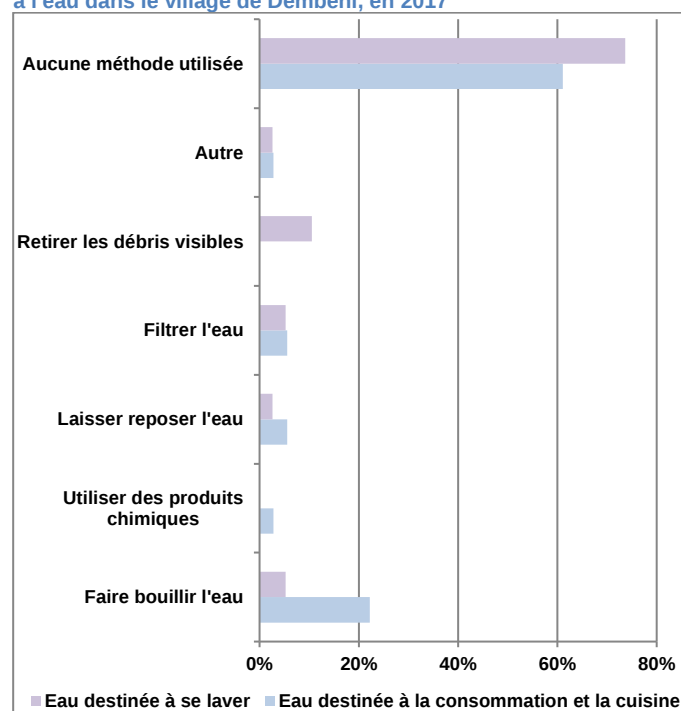
Concernant celle réservée à la préparation des repas, la **cuve** ressort également comme le principal mode de stockage : **77 %**, 9 % dans une marmite et 3 % dans une ou plusieurs bouteilles(s).

La **majorité** de ces ménages disent avoir recours à **aucune méthode pour améliorer la qualité de l'eau qu'ils stockent** : 61 % pour l'eau destinée à la consommation et la cuisine et 74 % pour celle pour se laver. Concernant le premier mode d'usage : **un quart déclare la faire bouillir**. Ils sont 3 % à utiliser des produits chimiques toutefois. Tandis que pour celle destinée à **se laver** : **11 % prennent le temps d'en retirer les débris visibles** (Figure 125).

3 % des répondants estiment qu'il n'y a **pas de corrélation entre eau de mauvaise qualité et état de Santé**.

Concernant alors l'état des connaissances nécessaires pour distinguer une eau sale d'une eau propre, 89 % déclarent faire le lien avec le **niveau de clarté**, 34 % avec **l'odeur** qui s'en dégage, 20 % avec la présence ou l'absence de **suspension**, et 14 % avec son **goût** (Figure 126).

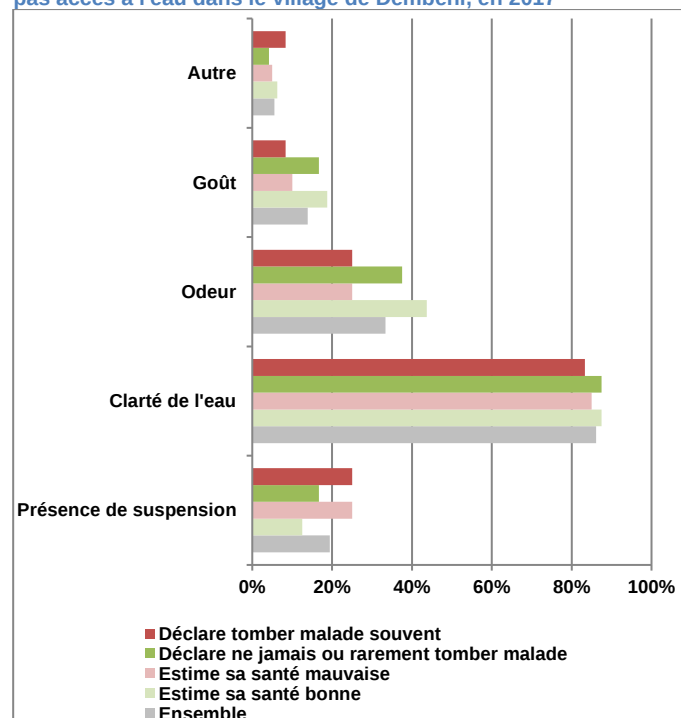
Figure 125 : Méthodes utilisées pour améliorer la qualité de l'eau au sein des ménages n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dombéni, en 2017



Champ : Ménages du village de Dombéni n'ayant pas accès à l'eau chez eux

Source : ARS Mayotte, enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dombéni de 2017

Figure 126 : Critères d'évaluation cités pour mesurer la qualité de l'eau stockée au sein des ménages n'ayant pas accès à l'eau dans le village de Dombéni, en 2017



Champ : Ménages du village de Dombéni n'ayant pas accès à l'eau chez eux

Source : ARS Mayotte, enquête connaissances-aptitudes-pratiques menée dans le village de Dombéni de 2017

¹⁸¹ Seau, jerrican, bidon, poubelle.



h) Eau de baignade

Qualité des eaux de baignade

Les établissements possédant une piscine accueillant du public sont soumis à un contrôle sanitaire afin de surveiller la qualité des eaux tant sur le plan bactériologique que physico-chimique (Code de la Santé Publique). Sur l'ensemble du territoire, **9 bassins des 8 établissements déclarés en 2023-2024 ont été soumis à ce contrôle. Le taux de conformité bactériologique est de 83 % et de 9 % pour la conformité physico-chimique**, s'expliquant par le non-respect des normes de conception des piscines et un défaut de maîtrise du traitement de l'eau.

En 2024, sur les **55 plages déclarées par les mairies**, 40 % sont classées « interdite de baignade » pour cause de non-conformités récurrentes (+2 points avec 2024). 24 % ont une qualité insuffisante voire suffisante et **37 % portent la mention « bonne » voire « excellente »**.

A noter que 20 plages sont classées à l'Union Européenne¹⁸² (Tableau 29 & Figure 127).

Tableau 29 : Evolution de la classification des plages de Mayotte contrôlées de 2013 à 2024

%	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Excellente	12%	8%	36%	26%	26%	15%	24%	15%	17%	20%	22%	15%
Bonne	35%	33%	13%	33%	31%	39%	26%	26%	20%	25%	20%	22%
Suffisante	15%	14%	8%	7%	9%	11%	15%	9%	13%	7%	13%	13%
Insuffisante	24%	22%	26%	15%	15%	15%	15%	6%	6%	9%	7%	11%
Interdite de baignade	15%	22%	17%	19%	19%	20%	20%	44%	44%	38%	38%	40%
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Plages	34	36	53	54	54	54	54	54	54	55	55	55

Champ : Plages contrôlées et non contrôlées suite à leur classification « interdite de baignade ».

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement [109]

Figure 127 : Qualité des eaux baignade de Mayotte pour l'année 2024



Champ : Plages contrôlées

Source : ARS Mayotte – Service Santé et Environnement [109]

¹⁸² Le classement des sites de baignade en mer est basé sur la directive européenne du 15/02/2006 relative à la gestion de la qualité des eaux de baignade. Cette dernière définit deux paramètres bactériologiques, témoins de contaminations fécales, qui sont utilisés pour ce classement : Escherichia Coli et Entérocoques intestinaux. La saison balnéaire commence le 01/10/Année N et se clôture le 30/09/Année N+1. Le classement de la saison balnéaire est réalisé tous les ans mais se base sur l'ensemble des résultats des quatre dernières années.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

Baignades

En 2023 et au cours des douze derniers mois, **42 % des adultes de 18 ans et plus déclarent qu'eux-mêmes ou l'un de leur(s) enfant(s) se sont baignés dans l'un des différents points d'eau présents sur le territoire [110]. Les femmes étant moins adeptes de cette pratique que les hommes avec respectivement 37 % et 48 % [110]. Tout comme les 65 ans ou plus (21 %) qui sont deux fois moins concernés que les 18 à 24 ans (51 %) [110].**

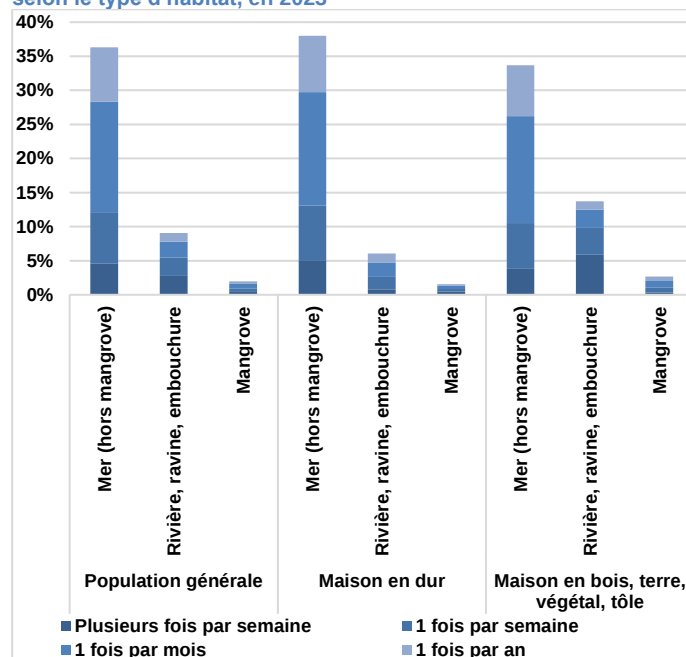
Parmi les lieux de baignades les plus cités, on trouve la mer (hors mangrove) au premier rang, avec 36 % des individus s'y rendant au moins une fois dans l'année¹⁸³, dont 5 % plusieurs fois par semaine [110].

Vient ensuite la « rivière, ravine, embouchure », citée par 9 % des adultes¹⁸⁴, dont 3 % plusieurs fois par semaine [110]. Ce taux témoigne d'une situation préoccupante car il s'agit de lieux potentiellement à risque sanitaire pour les individus, notamment suite aux signalements lancés en 2019 et 2021 sur l'utilisation de produits de lessive (y compris de substances potentiellement plus dangereuses comme la javel) pour le lavage du linge¹⁸⁵ [110]. Concernant la mangrove, 2 % déclarent s'y baigner, dont 0,4 % plusieurs fois par semaine [110] (Figure 128).

Les retenues collinaires, source d'eau potable pour alimenter la population de Mayotte, sont citées par 0,7 % comme lieu de baignade au moins une fois dans l'année, dont 0,1 % y allant plusieurs fois dans la semaine [110]. Il s'agit alors de près de deux fois plus souvent d'individus vivant dans des logements précaires : 1,0 % contre 0,6 % pour les autres, soit potentiellement près de 3 250 adultes et enfants qui s'y baignent annuellement [110]. Ce volume représente une fréquentation non négligeable qui pourrait engendrer une dégradation de la qualité de l'eau et un risque sanitaire sur l'eau de consommation humaine¹⁸⁶ [110].

Quant aux caniveaux, directement reliés à l'évacuation des eaux usées et aux risques associés sur la santé, ils sont cités par 0,8 %, dont 0,2 % plusieurs fois dans la semaine [110]. Avec les habitants des logements en tôle, bois, terre, matière végétale plus coutumiers à s'y rendre que les autres : 1,3 % contre 0,5 % [110] (Figure 129).

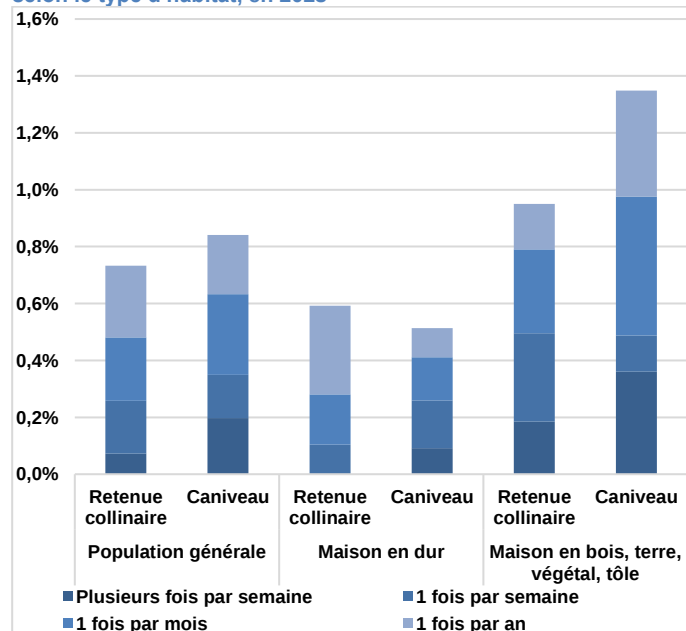
Figure 128 : Fréquence de baignades à la mer, à la rivière et à la mangrove au cours des 12 derniers mois, selon le type d'habitat, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [110]

Figure 129 : Fréquence de baignade à la retenue collinaire et le caniveau au cours des 12 derniers mois selon le type d'habitat, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [110]

¹⁸³ 34 % des habitants des logements tôle, bois, terre, matière végétale s'y baignent contre 38 % pour les habitants des maisons en dur [110].

¹⁸⁴ 14 % des habitants des logements tôle, bois, terre, matière végétale s'y baignent contre seulement 6 % pour les habitants des maisons en dur [110].

¹⁸⁵ La « rivière, ravine, embouchure » présente un risque sanitaire important également à cause la défécation à l'air libre et du rejet des eaux usées, conséquence d'un manque important d'assainissement [110].

¹⁸⁶ Mais aussi pour eux-mêmes avec la présence de métaux lourds au fond de ces réserves collinaires [110].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



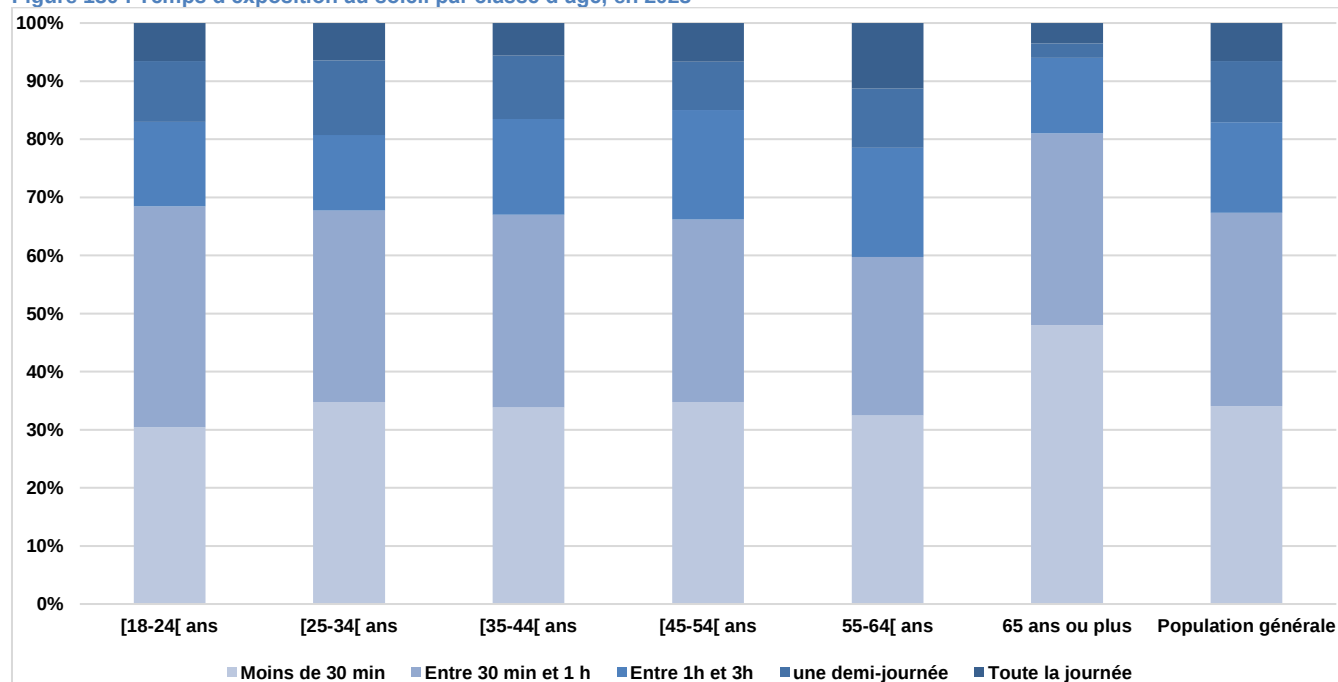
12 % des adultes déclarent avoir eu un problème de peau (longues démangeaisons, boutons persistants, etc.) **ou un abcès suite à une baignade** [110]. En fonction du lieu de baignade fréquenté au moins une fois par semaine : **14 %** déclarent un problème de peau suite à une baignade à la **mer**, **16 %** suite à celle à la **rivière, ravine, embouchure** [110]. Pour la baignade à la **mangrove**, la part est de **21 %** [110]. Et c'est alors pour les **caniveaux** et les **retenues collinaires** que les risques de problème de peau doublent : respectivement **28 %** et **29 %** [110].

Risque solaire¹⁸⁷

En 2023 et quel que soit le lieu, sur les **sept habitants sur dix** à Mayotte **passant du temps au soleil** : **quatre** le font par **contrainte**, **deux** le font par **obligation professionnelle** et seulement le **dernier** par **plaisir** [110]. On observe que les personnes les **plus âgées** (46 %) et les plus jeunes (34 %) **s'exposent le moins** au soleil¹⁸⁸ [110].

Les plus âgées (65 ans ou plus), comptant déjà parmi les fréquences d'exposition les plus faibles, **passent aussi le moins de temps au soleil** : 48 % s'y exposent moins de 30 minutes par jour, et entre 30 % et 35 % pour les autres classes d'âges [110] (Figure 130).

Figure 130 : Temps d'exposition au soleil par classe d'âge, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, *étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023* [110]

Moins les individus déclarent passer du temps au soleil et plus ils le font par plaisir : 26 % pour moins de 30 minutes contre 17 % pour toute la journée [110]. **Ces derniers sont alors plus fréquents à évoquer une exposition prolongée forcée par leur emploi professionnel** : 35 % [110].

Trois adultes de 18 ans ou plus sur dix qui passent du temps au soleil déclarent **avoir eu plus de trois coups de soleil** au cours des douze derniers mois [110]. Et ceux qui le font par **obligation professionnelle** sont les **plus touchés** : 52 % déclarent au moins un coup de soleil dont 31 % plus de trois [110]. Tandis que ceux qui le sont par contrainte et par plaisir sont 41 % à en déclarer au moins un¹⁸⁹ [110].

La durée passée au soleil va avoir également un retentissement [110]. Pour plus de **trois coups de soleil** : **61 % de ceux exposés au soleil toute la journée**, 32 % de ceux exposés pendant une demi-journée, et **16 % de ceux exposés moins de trente minutes la journée** [110].

¹⁸⁷ Le risque solaire, bien que souvent sous-estimé, demeure une menace constante pour la santé humaine. Le rayonnement ultraviolet (UV) potentiellement nocif, est capable de causer des dommages sérieux à la peau et aux yeux. Dès lors, l'exposition prolongée aux UV peut déclencher une variété de problèmes de santé, allant de la brûlure douloureuse à des lésions chroniques tel que les cancers de la peau. Selon l'OMS, deux à trois millions de cancers de la peau non mélanome et environ 132 000 cas de mélanome malin sont diagnostiqués dans le monde, ce dernier étant le plus agressif [112]. L'excès d'exposition au soleil est également responsable des rides précoces, de pigmentations irrégulières et des taches de vieillesse [111].

¹⁸⁸ 24 à 29 % chez les autres classes d'âge [110].

¹⁸⁹ Déclarent plus de trois coups de soleil : par plaisir 29 %, par contrainte professionnelle 28 % [110].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



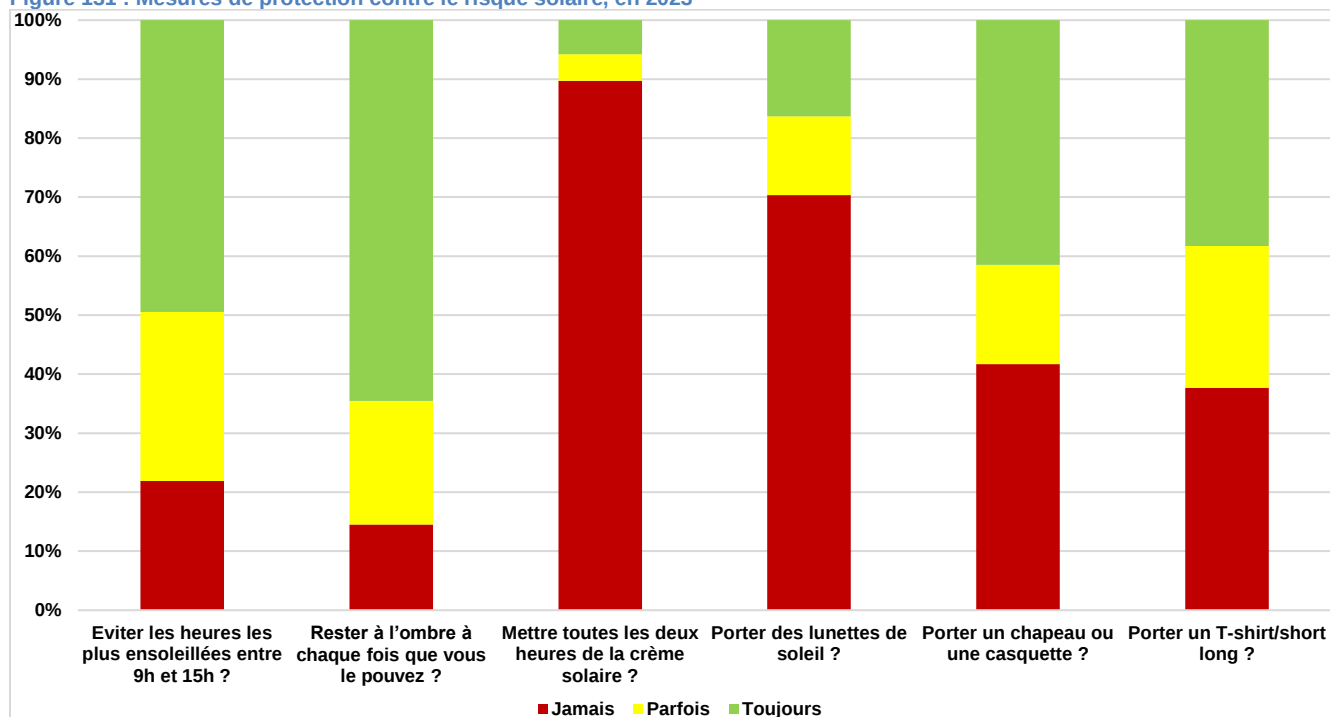
Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé !

Les adultes qui déclarent connaître les risques sur leur santé de l'exposition au soleil vont **mieux se protéger** : **six sur dix** ne citent **aucun cas de coup de soleil**, contre quatre sur dix pour les **mal informés** (43 %) ¹⁹⁰ [110].

Parmi les différentes mesures de protection contre le soleil, **rester à l'ombre** est la plus souvent déclarée : **deux personnes sur trois** y veillent systématiquement [110]. Vient ensuite le fait d'**éviter les heures les plus ensoleillées** : **la moitié** [110]. Puis à égalité, le **port d'un chapeau ou d'une casquette ou des vêtements longs** : **quatre habitants sur dix**. La **crème solaire**, appliquée et réappliquée toutes les deux heures n'est citée que par **un adulte sur dix**, dont la moitié pas systématiquement [110] (Figure 131).

Sur ces six moyens de protection, **un habitant sur cinq n'en cite aucun**, avec un taux **plus élevé chez les femmes** que chez les hommes (21 % contre 15 %), et un habitant sur cinq en cite au moins quatre ¹⁹¹ [110]. Si l'on ne constate pas de différence sur l'accumulation de ces méthodes selon l'âge, les **65 ans et plus** se démarquent avec **un quart d'entre eux qui en applique toujours au moins quatre** sur les six proposées [110]. Enfin, **l'efficacité de ces méthodes est avérée** avec **35 % n'en appliquant aucune** qui déclarent à **minima trois coups de soleil** sur l'année passée, 27 % pour ceux en appliquant un à trois et **17 % pour l'application d'au moins quatre sur six** [110].

Figure 131 : Mesures de protection contre le risque solaire, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [110]

i) Connaissances et perception de l'information sur l'environnement et santé perçue

En 2023, sur quatorze propositions visant à mesurer l'état des connaissances de la population en matière de Santé environnementale, **la moitié des adultes de Mayotte se déclare bien informée pour onze à treize d'entre elles** ¹⁹² [100]. Un individu sur quatre l'est pour la totalité et, à l'opposé, **un quart pour quatre items ou moins** [100].

Les propositions pour lesquelles la population se sent la **mieux informée** sont alors : les **effets sur la santé des déchets** (72 %), la **qualité de l'eau** (71 %), le **contact avec les nuisibles** (cafards, rats, etc. – 68 %), et à part égale viennent l'**assainissement** (eaux usées, eaux grises), l'**exposition au soleil et la chaleur** (67 %) [100].

Les autres sont alors cités par moins des deux tiers de la population [100].

¹⁹⁰ Déclarent plus de trois coups de soleil : bien informés 25 %, mal informés 42 % [110].

¹⁹¹ 17 % un seul, 25 % deux, 21 % trois, 14 % quatre, 4 % cinq et 0,8 % les six [110].

¹⁹² 8,9 en moyenne [100].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

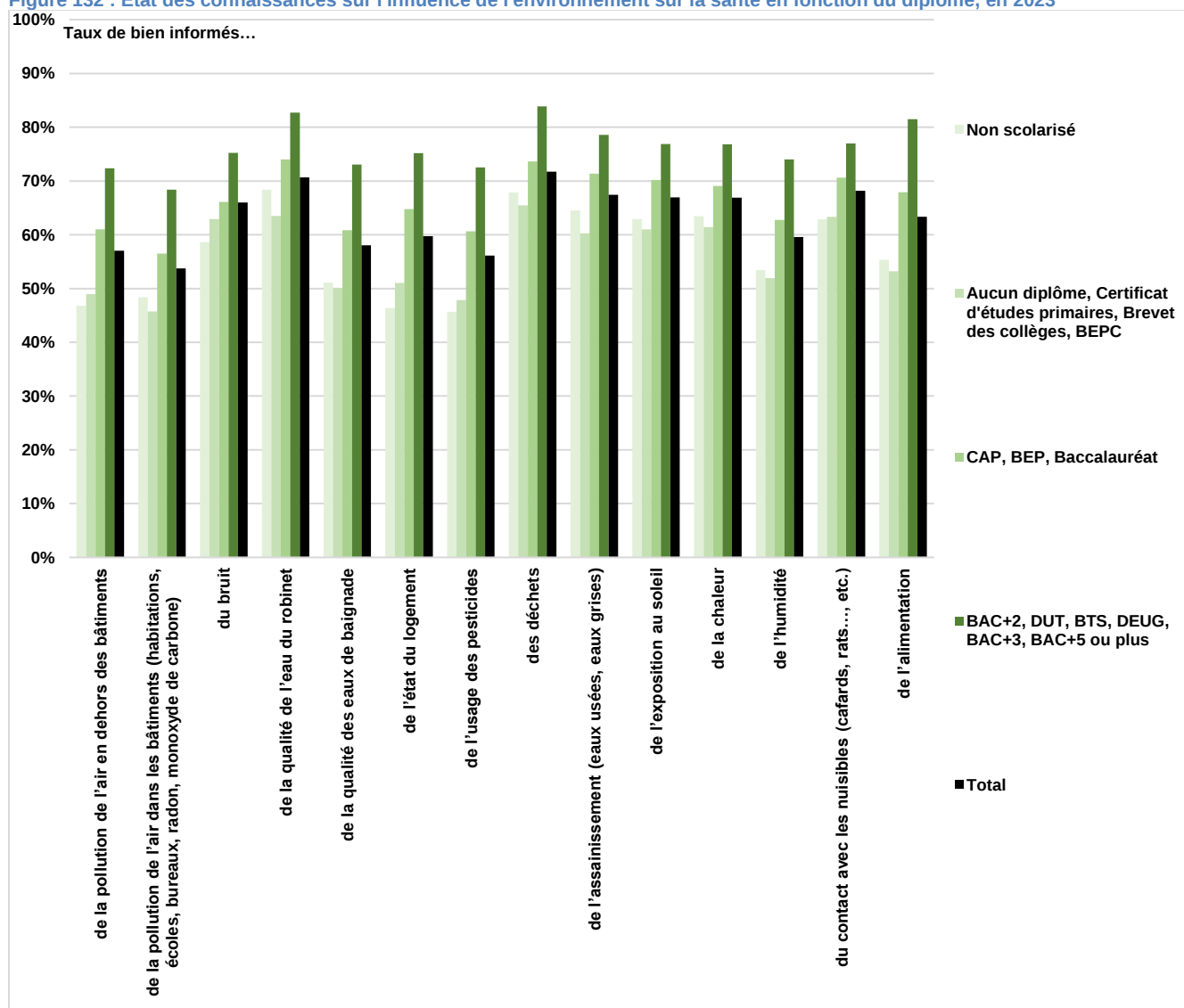
www.ars.mayotte.santé



Quelque soit l'item considéré, **ce sont les plus jeunes qui sont les mieux informés** des risques sur leur santé, comparés aux 65 ans ou plus qui déclarent cet état de connaissance beaucoup plus faiblement : -13 à -12 points pour la qualité des eaux de baignade, -11 à -9 points pour ceux de l'humidité et de la qualité de l'eau au robinet, -12 à -7 points pour l'usage des pesticides [100]. C'est essentiellement sur les effets du bruit (-6 points), des pesticides et du contact avec les nuisibles (-5 points) que l'on constate une différence entre les 18-34 ans et les 35-64 ans, ces derniers demeurant plus fréquemment la sous-population la mieux informée du territoire [100].

Le **niveau de diplôme** tient un rôle important sur l'état de ces connaissances [100]. **Plus il est élevé et plus les individus se déclarent bien informés** quelque en soit la proposition : +29 points entre les non scolarisés et les titulaires d'un niveau supérieur au BAC+2 ou équivalent sur les effets de l'état du logement sur leur santé, +27 points pour l'usage des pesticides, +26 points pour ceux de l'alimentation et la pollution de l'air en dehors des bâtiments et +13 à +22 pour les effets des autres items [100] (Figure 132).

Figure 132 : Etat des connaissances sur l'influence de l'environnement sur la santé en fonction du diplôme, en 2023



Champ : Habitants de 18 ans ou plus de Mayotte

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, étude descriptive des habitudes et des connaissances environnementales dans la population adulte de Mayotte en 2023 [97]

Un individu de 18 ans ou plus sur cinq dit avoir une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou qui le limite dans ses activités de tous les jours [100]. Ainsi, **un quart de ces derniers pense que leur pathologie est liée à l'environnement dans lequel ils vivent**, tandis que **deux individus sur cinq n'en n'évoquant pas estiment qu'ils courent un risque d'en être affecté** (dont 21 % un risque élevé) [100]. Ce sont plus généralement un tiers des habitants qui pensent que leur environnement est ou sera responsable de leurs problèmes de santé [100].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



j) Hygiène des mains

En 2019 et chez les enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} ¹⁹³, **un enfant sur trois déclare ne pas se laver les mains à l'école**, principalement dû à l'état des toilettes [59]. La **présence d'eau à l'intérieur du logement** a alors un impact : **+8 points pour le lavage des mains avant de manger** et **+14 points pour celui à la maison** [59] (Figure 133).

Ils sont **trois sur quatre à appliquer** un lavage des mains avec **du savon** et plus l'enfant se les lave fréquemment plus il en utilise [59].

Trois enfants sur quatre connaissent l'importance de se laver les mains tous les jours, ce qui a une influence positive sur leur hygiène : ils sont alors **deux fois plus à se les nettoyer régulièrement** [59] (Figure 134). **82 % déclarent utiliser du savon tandis qu'ils sont 63 % pour ceux n'ayant pas reçu d'éducation sur le sujet** [59].

Concernant l'hygiène corporelle, **85 % des enfants se douchent tous les jours** [59]. On peut relever à nouveau une **influence importante de l'accès à l'eau à l'intérieur du logement**. Ainsi, parmi les enfants ayant un point d'eau chez eux, **neuf sur dix déclarent se doucher régulièrement** alors qu'ils ne sont plus que **six sur dix** pour ceux qui en sont dépourvus [59].

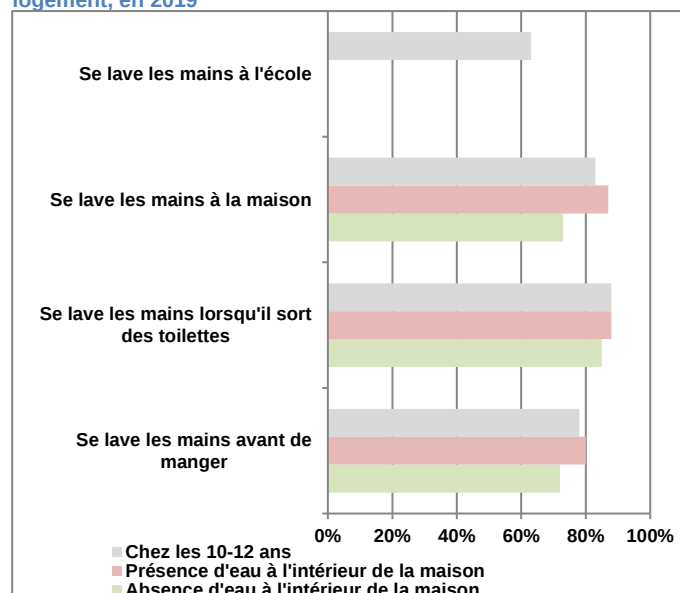
En 2023 et restreint aux lieux de baignade, **83 % des adultes de 18 ans ou plus déclarent prendre toujours une douche après s'être baignés**, et **93 % systématiquement** en utilisant du **savon** [110].

Selon l'enquête ponctuelle menée en 2017 dans le village de Dembéni sur les connaissances-aptitudes-pratiques au sein de 36 ménages dépourvus d'accès à l'eau dans leur foyer, **83 % des individus déclaraient se laver les mains avec du savon** et **14 % avec de l'eau uniquement**¹⁹⁴.

En fonction des situations proposées, c'est pour l'usage des **toilettes** (11 %), la **cuisine** (19 %) et le **repas** (14 %) que l'on constate les **plus faibles taux de non-lavage** des mains.

A contrario, **les trois quarts des personnes enquêtées ne se lavaient pas les mains après un contact avec un ou plusieurs animaux**, et **deux tiers avec des excréments humains** ou **après la visite d'une personne malade**.

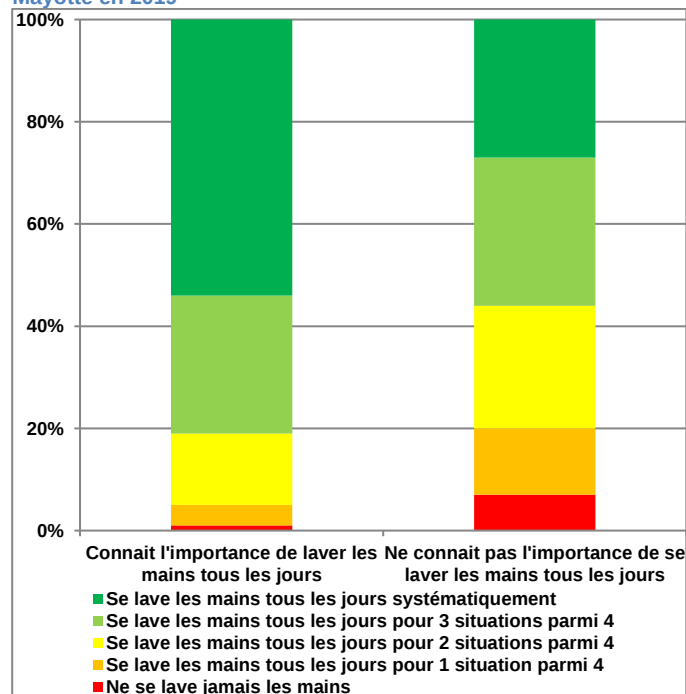
Figure 133 : Fréquences de lavage des mains, chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte, avant de manger, après être allé aux toilettes, à la maison et à l'école croisées avec la présence d'eau à l'intérieur du logement, en 2019



Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte

Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [59]

Figure 134 : Croisement entre la connaissance de « l'importance de se laver les mains » et la fréquence de lavage des mains, chez les enfants de 10-12 ans de Mayotte en 2019



Note : « Situations » évoquées en lien avec la figure 116.

Champ : Enfants de 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} à Mayotte

Source : ARS Mayotte-Rectorat Mayotte, enquête Santé des jeunes de 2019 [59]

¹⁹³ Soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31].

¹⁹⁴ 3 % pour un lavage des mains avec de l'eau et des lingettes.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

k) Accidents de la vie courante

En 2023, **15 %** des adultes de 18 ans ou plus déclarent ainsi **un accident de la vie courante** dans les douze derniers mois précédents l'enquête, et **parmi eux un sur cinq a entraîné une hospitalisation** [113]. La grande majorité (63 %) ont lieu au domicile tandis qu'environ **un quart (28 %)** s'est déroulé sur **la voie publique** [113].

Les **chutes concernent particulièrement les personnes âgées**, (un sur dix en déclarent une), tandis que les **brûlures** (un adulte sur cinquante) sont mises en évidence deux fois plus chez **les femmes**, et à des niveaux de gravité également plus importants [113].

Autre cause d'accidents de la vie courante importante : les **coupures et plaies** (une personne sur vingt), qui sont alors l'apanage des plus **jeunes** [113].

Sur ces trois causes détaillées, l'**influence de l'emploi informel**, mais aussi de l'**habitat précaire** sur leurs niveaux de gravité (durée d'hospitalisation) est également observée [113].

Enfin, les autres causes comme les collisions (0,6 %), électrocutions (0,2 %), suffocation (0,2 %) et ingestions de produits toxiques (0,1 %), quoi que bien présentes, ressortent plus faiblement [113].

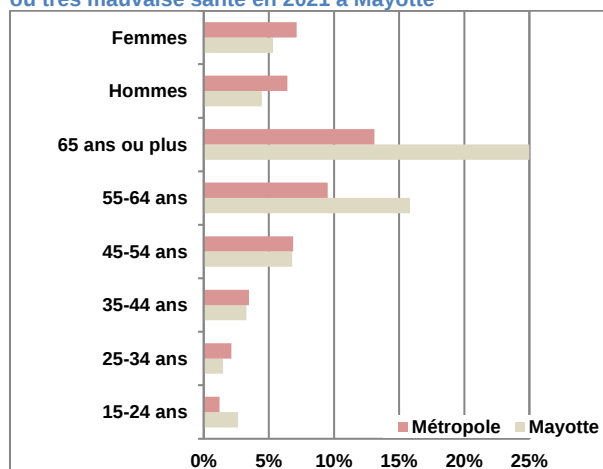
En 2019, **3 % des 15 ans ou plus déclarent avoir déjà connu un accident de la circulation** (contre 1,6 % dans l'Hexagone) et **7 % pour un accident domestique ou de loisir** (contre 8 % dans l'Hexagone) [52]. Les **hommes sont deux à quatre fois plus concernés** : 4 % pour ceux de la circulation, contre 1,2 % chez les femmes, et 9 % pour ceux domestiques ou de loisirs, contre 4 % chez les femmes [52].

Chez les 10-12 ans scolarisés en classe de 6^{ème} (Soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [31]), **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 [59]. Quelle que soit l'année de l'événement, dans **un cas sur trois** l'accident déclaré a entraîné **une hospitalisation** d'au moins un jour [59]. Il s'agit le plus souvent d'accidents ayant lieu **à domicile** (42 %) et **dans la rue** (34 %) [59]. Les accidents **à l'école** ne représentent qu'**un cas sur dix** [59]. **Un accident sur trois** est lié à une **chute** et **un sur dix à une brûlure** [59]. Les collisions et les coupures ressortent dans des proportions équivalentes (8 %) [59]. Dans **7 %** des situations, l'accident est arrivé suite à une **agression** et dans 1 % à une bagarre [59].

13 – Indicateurs de morbidité

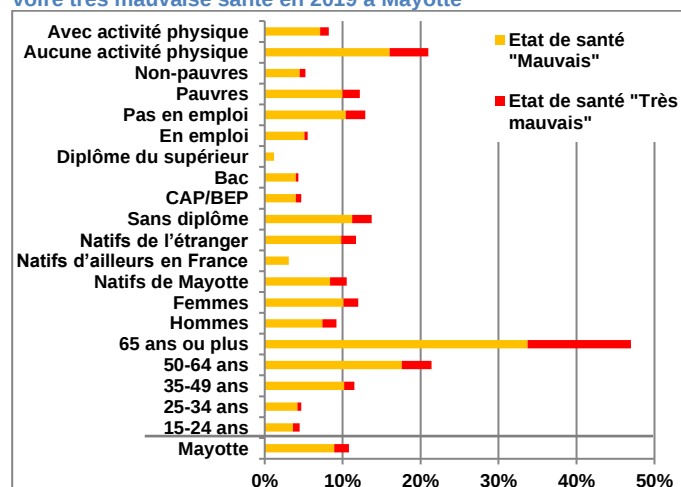
La jeunesse de la population de l'île explique en bonne partie des indicateurs favorables de morbidité déclarés comparés à ceux de l'Hexagone. Ainsi, **huit individus sur dix de 15 ans ou plus s'estiment en bonne, voire en très bonne santé en 2021** (deux sur trois en 2019¹⁹⁵), taux similaire à la France Hexagonale [45] (Figure 135). Le nombre de personnes de 60 ans ou plus devrait tripler d'ici 2050 [5], une forte baisse de ces indicateurs est à prévoir dans les années à venir [57].

Figure 135 : Taux d'individus se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [45]

Figure 136 : Taux d'individus se déclarant en mauvaise voire très mauvaise santé en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants 15-64 ans de Mayotte
Exploitation : ORS Mayotte
Source : Drees-Insee, enquête EHIS de 2019 [52]

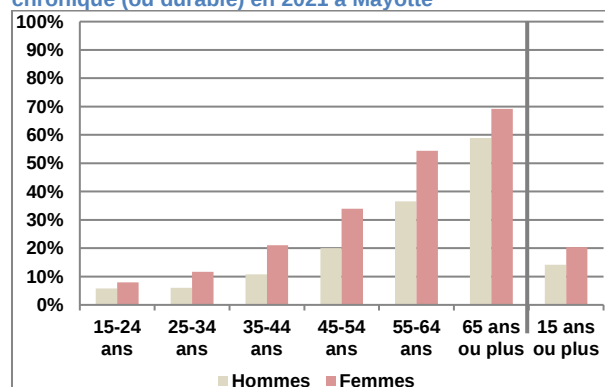
¹⁹⁵ 68 % chez les Français, 64 % chez les étrangers [52].



À structure de population équivalente et en 2019, **21 % des habitants de Mayotte se déclarent en mauvaise voire très mauvaise santé contre 7 % dans l'Hexagone**¹⁹⁶ [57]. La précarité a un effet important sur cette estimation négative [57]. Ainsi, les « pauvres » sont deux fois plus à se déclarer dans une telle situation que les « non-pauvres » (12 % contre 5 %) [57], tout comme les « sans emploi » par rapport à ceux en emploi (13 % contre 6 %) [57]. Enfin, les individus dépourvus de diplôme sont 14 % à se déclarer en mauvaise voire très mauvaise santé, tandis que les titulaires d'un diplôme supérieur ne sont que 1 % [57].

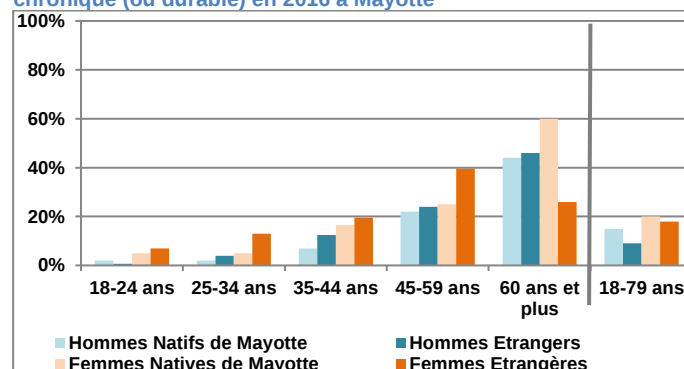
En 2021, **17 % des habitants de 15 ans ou plus déclarent un problème de Santé chronique**¹⁹⁷ (30 % dans l'Hexagone) (Figure 137). Dès **45-54 ans**, une personne interrogée sur quatre déclare un problème de santé chronique.

Figure 137 : Individus déclarant un problème de santé chronique (ou durable) en 2021 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees, enquête Vie quotidienne et Santé de 2021 [45]
Exploitation : ORS Mayotte

Figure 138 : Individus déclarant un problème de santé chronique (ou durable) en 2016 à Mayotte



Champ : Habitants de 18-79 ans de Mayotte
Source : Ined-ARS Mayotte, enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016 [49]
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

14 – Principales pathologies

a) Motifs de séjour au centre hospitalier de Mayotte

D'après les données du PMSI (diagnostics principaux) sur la période 2021-2023, les principales pathologies pour les séjours en soins hospitaliers sont essentiellement dominées par les « grossesses, accouchements et puerpéralité¹⁹⁸ » qui correspondent à 26 % des séjours hospitaliers à Mayotte, contre 4 % dans l'Hexagone.

Si l'on fait abstraction de ce motif de séjours, ainsi que des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé¹⁹⁹ » (47 %, 46 % dans l'Hexagone) et des « Codes d'utilisation particulière » (0,6 %, 0,9 % dans l'Hexagone), ce sont : Les « **maladies de l'appareil respiratoire** » (15 %, 5 % dans l'Hexagone), les « **lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes** » (11 %, 9 % dans l'Hexagone) et les « **maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané** » (10 %, 2 % dans l'Hexagone) qui ressortent comme étant les **trois premiers** motifs de séjour au CHM (Tableau 30).

¹⁹⁶ Sans standardisation, et pour une estimation d'un état de Santé « bon » voire « très bon », Mayotte se retrouve à la troisième place, derrière l'Hexagone et la Guyane (68 %), et devant La Réunion (65 %), la Guadeloupe (58 %) et la Martinique (55 %) [53]. Cependant, après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte chute à la dernière place (52 %) loin derrière les autres Drom, 61 % pour la Guyane et La Réunion, 59 % pour la Guadeloupe et 58 % pour la Martinique [53].

¹⁹⁷ 20 % en 2019 [53], 22 % chez les Français et 19 % chez les étrangers, contre 38 % dans l'Hexagone [52]. Sans et avec standardisation, et pour la déclaration d'une maladie chronique, Mayotte se retrouve à la dernière place (32 % en taux standardisé vis-à-vis de l'Hexagone), Hexagone : 38 %, Martinique : 49 % (47 % en taux standardisé), Guadeloupe : 46 % (45 %), La Réunion : 39 % (42 %), Guyane : 28 % (36 %) [53].

¹⁹⁸ Nomenclature regroupant les motifs : « Grossesse se terminant par un avortement », « Œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité », « Autre pathologie maternelle principalement liée à la grossesse », « Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement », « Complications du travail et de l'accouchement », « Accouchement », « Complications principalement liées à la naissance, post-partum », « Autres conditions obstétricales, non classées ailleurs ».

¹⁹⁹ Nomenclature regroupant les motifs : « Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers », « Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles », « Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction », « Sujet ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques », « Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales », « Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs » et « Sujet dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections ».



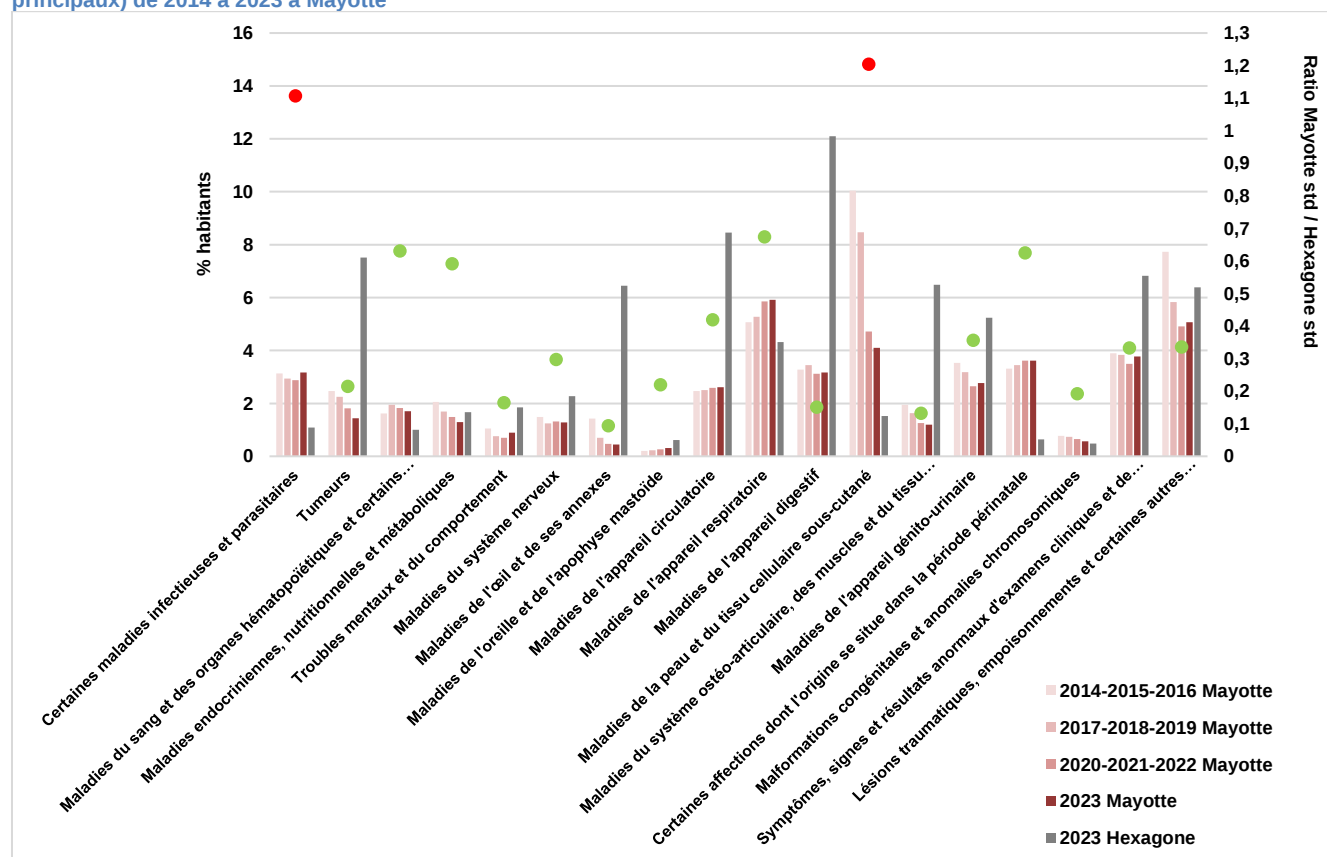
Tableau 30 : Principaux motifs de séjour (diagnostics principaux) en soins hospitaliers de 2019 à 2023 à Mayotte

CIM10	Mayotte				Hexagone	
	Taux (%) de variation*** 2019-2021 (%)	Taux (%) de variation*** 2021-2023 (%)	Volume 2023	Durée moyenne de séjour 2021-2022-2023 (En jours)	Répartition (%) 2021-2022-2023 sans * et **	Répartition (%) 2021-2022-2023 sans * et **
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	-3,3	+16,5	1 031	5,8	1,8	6,5
Maladies de l'appareil respiratoire	+15,0	+3,5	1 926	4,8	4,0	14,5
Maladies de l'appareil digestif	-8,5	+11,8	1 032	5,4	2,0	7,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-23,6	+0,2	1 334	10,5	2,6	9,6
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-9,1	+11,7	387	11,0	0,7	2,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	-7,6	+7,6	901	5,4	1,7	6,1
Grossesse, accouchement et puerpéralité*	+5,0	-2,3	12 420	4,3	26,0	
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	+5,9	+2,7	1 177	19,2	2,3	8,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	-3,5	-0,5	186	9,4	0,4	1,5
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	-3,4	+8,6	1 228	3,1	2,2	8,1
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-4,2	+9,2	1 647	5,3	3,1	11,3
Tumeurs	-13,3	-2,1	468	10,4	1,1	3,8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé**	+3,7	+0,5	23 510	3,4	46,6	
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	+1,5	-0,1	553	4,2	1,1	4,2
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	-8,5	+3,1	421	8,8	0,9	3,1
Troubles mentaux et du comportement	-2,5	+17,6	292	2,8	0,5	1,9
Maladies du système nerveux	+5,3	+2,6	416	7,9	0,8	3,0
Maladies de l'œil et de ses annexes	+0,0	-1,0	144	4,9	0,3	1,2
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-2,6	+15,5	100	3,3	0,2	0,7
Maladies de l'appareil circulatoire	+4,8	+5,5	851	7,6	1,6	6,0
Total	+1,6	+0,4	50 024	4,9	100	100

Note : La nomenclature CIM-10 « Codes d'utilisation particulière » n'est pas considérée dans ces analyses (N = 35 en 2023, 112 en 2022, 606 en 2021, 405 en 2020 et 0 en 2019). *** Taux de variation annuel moyen.

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

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

Figure 139 : Taux de recours brut²⁰⁰ et ratios standardisés au CHM en fonction des différentes pathologies (Diagnostics principaux) de 2014 à 2023 à Mayotte

Note : Les ratio standardisés sont en rouge lorsque supérieur à 1 et en vert lorsqu'inférieur. Par exemple, le recours au CHM pour les maladies infectieuses est 1,2 fois supérieur à Mayotte que dans l'Hexagone ; tandis que celui pour les tumeurs est 1/0,21 = 4,8 fois inférieur.

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

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

²⁰⁰ Déterminé par nombre de séjours en lien avec la pathologie observée sur nombre d'habitants estimés au 1^{er} janvier 2023. Cet indicateur ne prend pas en compte le recours multiple d'un même individu.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 140 : Répartition des différents motifs de séjour hors « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé », « grossesses, accouchements et puerpéralités » et « codes d'utilisation particulière » chez les femmes et les hommes sur la période 2021 à 2023 à Mayotte



Note : Les nomenclatures CIM-10 « Codes d'utilisation particulière », « Grossesses, accouchements et puerpéralités » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » ne sont pas considérées dans ces analyses.

Source : PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

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



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



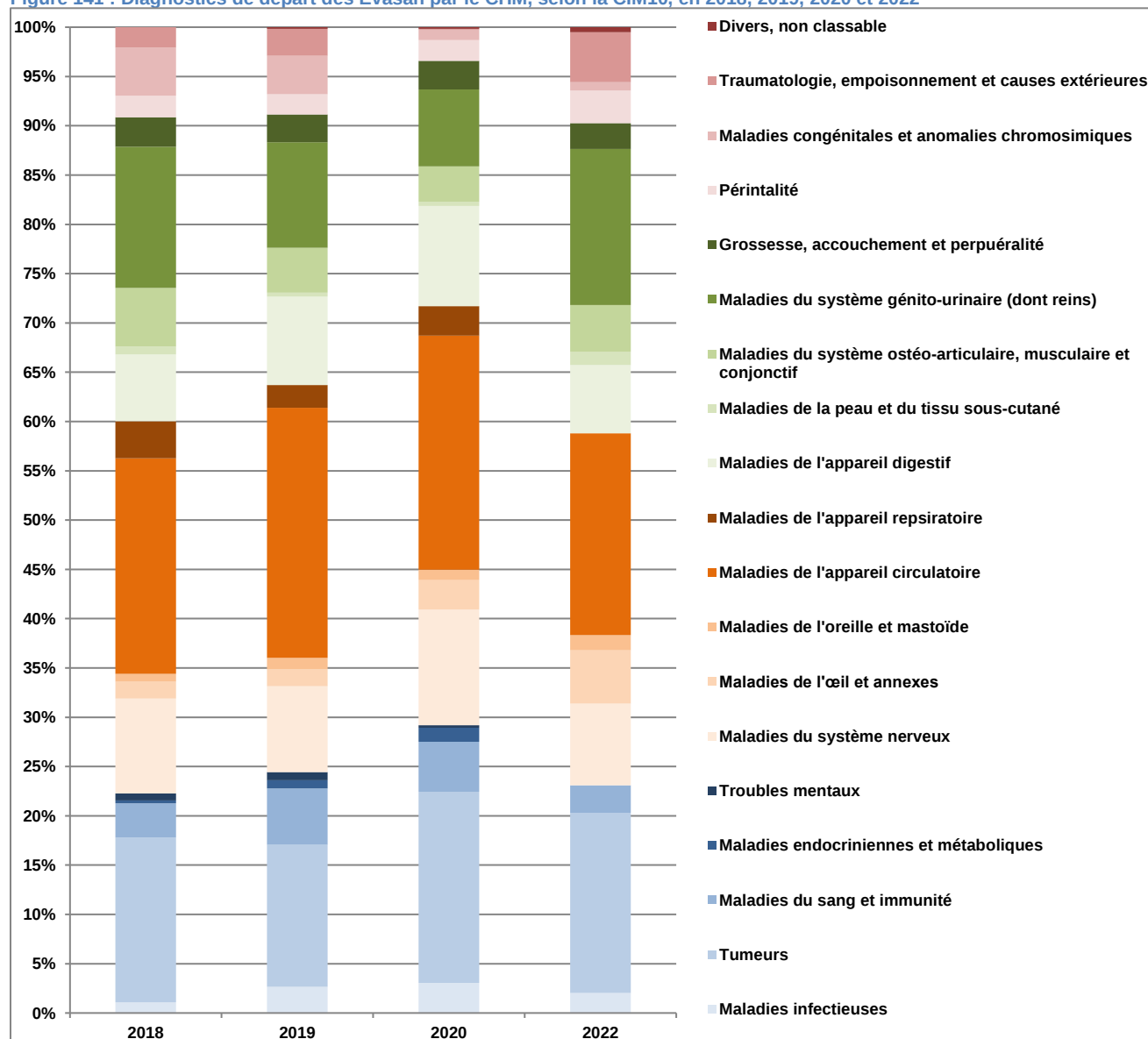
Maescha dé Unono*
*La vie, c'est la santé!

b) Motifs d'évacuations sanitaires

En 2022, la majorité des pathologies à l'origine d'Evasan concerne les « **maladies de l'appareil circulatoire** » (15 %), les « **tumeurs** » (14 %), les « **maladies du système génito-urinaire** » (12 %) et les « **maladies du système nerveux** » (6 %) [65] (Figure 141).

Les évacuations pour « **maladies de la peau et du tissu sous cutané** » (+220 %) et « **maladies du système génito-urinaire** » (+110 %) sont celles qui ont le plus augmenté entre 2020 et 2022, alors que sur la précédente (2019 à 2020), c'étaient les « **maladies endocriniennes et métaboliques** » et celles des « **maladies de l'œil et annexes** » qui ont le plus augmenté : +60 %.

Figure 141 : Diagnostics de départ des Evasan par le CHM, selon la CIM10, en 2018, 2019, 2020 et 2022



Champ : Habitants ayant eu recours aux évacuations sanitaires
Source : CHM [65]

c) Motifs de recours aux Urgences

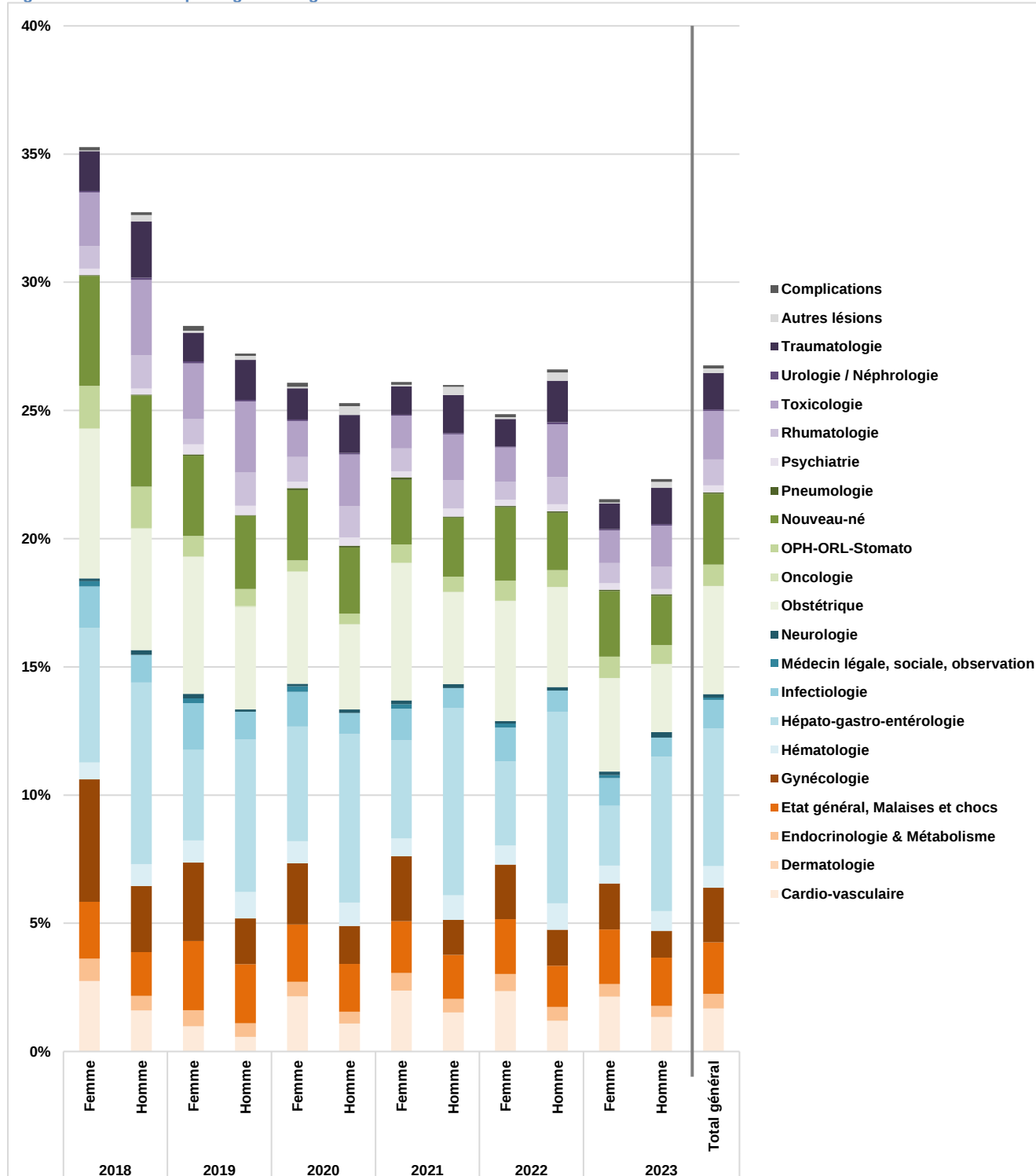
De 2018 à 2023, les trois quarts des passages aux Urgences ne sont pas renseignés. Le taux a même augmenté de 2018 (66 %) à 2023 (80 %) (Figure 142).

Sur cette dernière année, chez les **femmes** le premier motif bien renseigné de passage est l'**obstétrique** (4 %), suivi du **nouveau-né** (3 %) puis de l'**hépatogastro-entérologie** (2 %).

Ce motif est le premier chez les hommes (6 %), suivi de l'**obstétrique** (3 %) et, à ex-aequo, du **nouveau-né** et de l'**état général, malaise et choc** (1,9 %).



Figure 142 : Motifs de passage aux Urgences de 2018 à 2023



Source : PMSI – Motifs de passage aux Urgences
Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

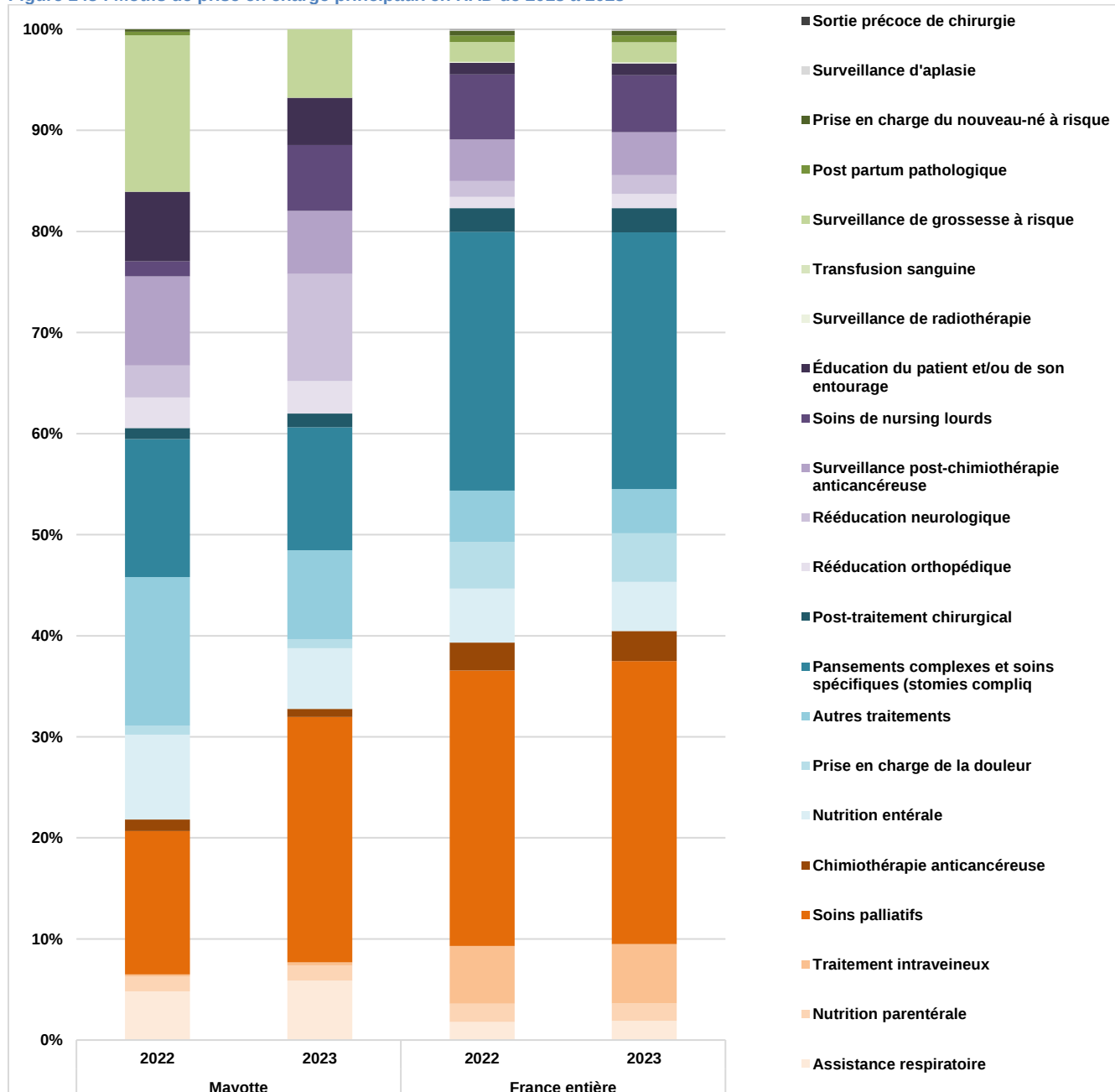
d) MPP en HAD

En 2023, les premiers MPP en HAD sont les **soins palliatifs** : 24 % (contre 28 % en France entière), suivis des **pansements complexes et soins spécifiques** : 12 % (contre 25 %), et enfin la **rééducation neurologique** : 11 % (contre 2 %) (Figure 143).

Les **traitements intraveineux** et les **soins de nursing lourds**, troisième MPP en France entière, ne ressortent pas pour le premier à Mayotte (0 %), et similairement pour le second (7 %).



Figure 143 : Motifs de prise en charge principaux en HAD de 2018 à 2023

e) Motifs de prise en charge²⁰¹

Sur la période 2021 à 2022, les **hospitalisations hors pathologies repérées** représentent le premier motif de prise en charge accordée aux **hommes** (19 %, -4 points vis-à-vis de la période 2015 à 2017), suivies du **diabète** (15 %, +1 point) puis des **traitements du risque vasculaire** (13 %, +1 point).

Ce dernier motif est alors le second chez les **femmes** (14 %, +3 points), dont la première est celle associée à la « **Maternité** » (23 %, -2 points). Enfin, à troisième rang ex-aequo (13 %) : le **diabète** (+1 point) et les **hospitalisations hors pathologies repérées** (-3 points).

Comparé à la France Hexagonale, le premier rang est tenu par ces hospitalisations (20 % chez les hommes, 18 % chez les femmes), suivies des traitements du risque vasculaire (respectivement 15 et 18 %) et des maladies cardionéurovasculaires pour les hommes (14 %) et pour les traitements psychotropes (14 %).

²⁰¹ Données représentatives des assurés sociaux seulement, soit 67 % des habitants de Mayotte en 2023 [50], contre un sur deux en 2012 [49].



ARS MAYOTTE

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

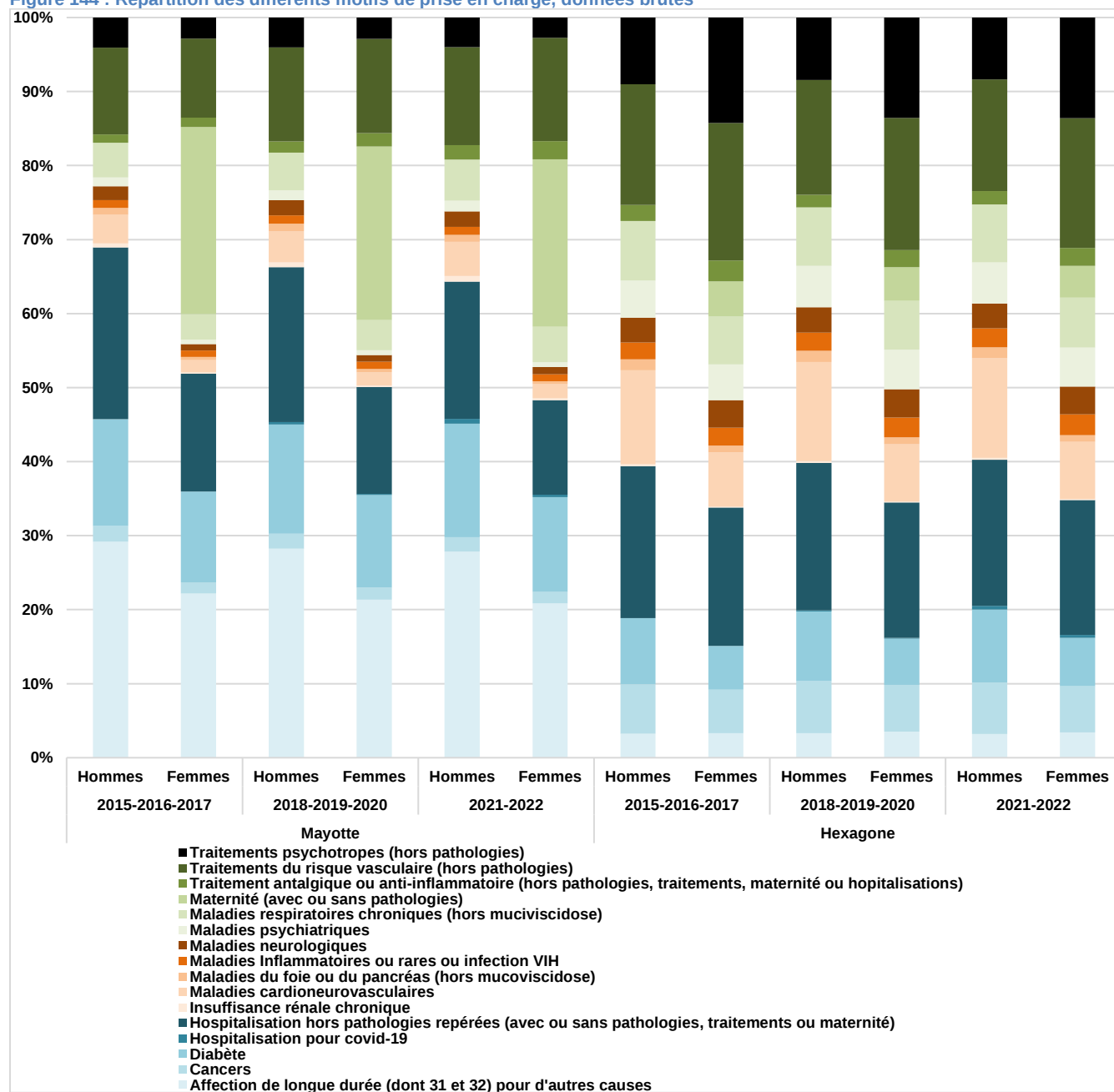
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



A noter que les ALD 31 et 32²⁰² pèsent pour 28 % (chez les hommes) à 21 % (chez les femmes) à Mayotte contre 3 % (quel que soit le sexe) (Figure 144).

Figure 144 : Répartition des différents motifs de prise en charge, données brutes²⁰³



Champ : Assurés sociaux bénéficiaires d'une prise en charge

Source : Assurance Maladie

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

²⁰² 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.

²⁰³ Les traitements dits « hors pathologies » et les traitements sans mention (« avec ou sans pathologies ») ne sont pas construits de la même façon. Par exemple, les traitements neuroleptiques « hors pathologies » prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année mais qui n'ont pas de code diagnostique de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS. Les traitements neuroleptiques sans mention prennent en compte les personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments neuroleptiques dans l'année et qui peuvent avoir ou non un code diagnostique de pathologie psychiatrique repéré dans le SNDS.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

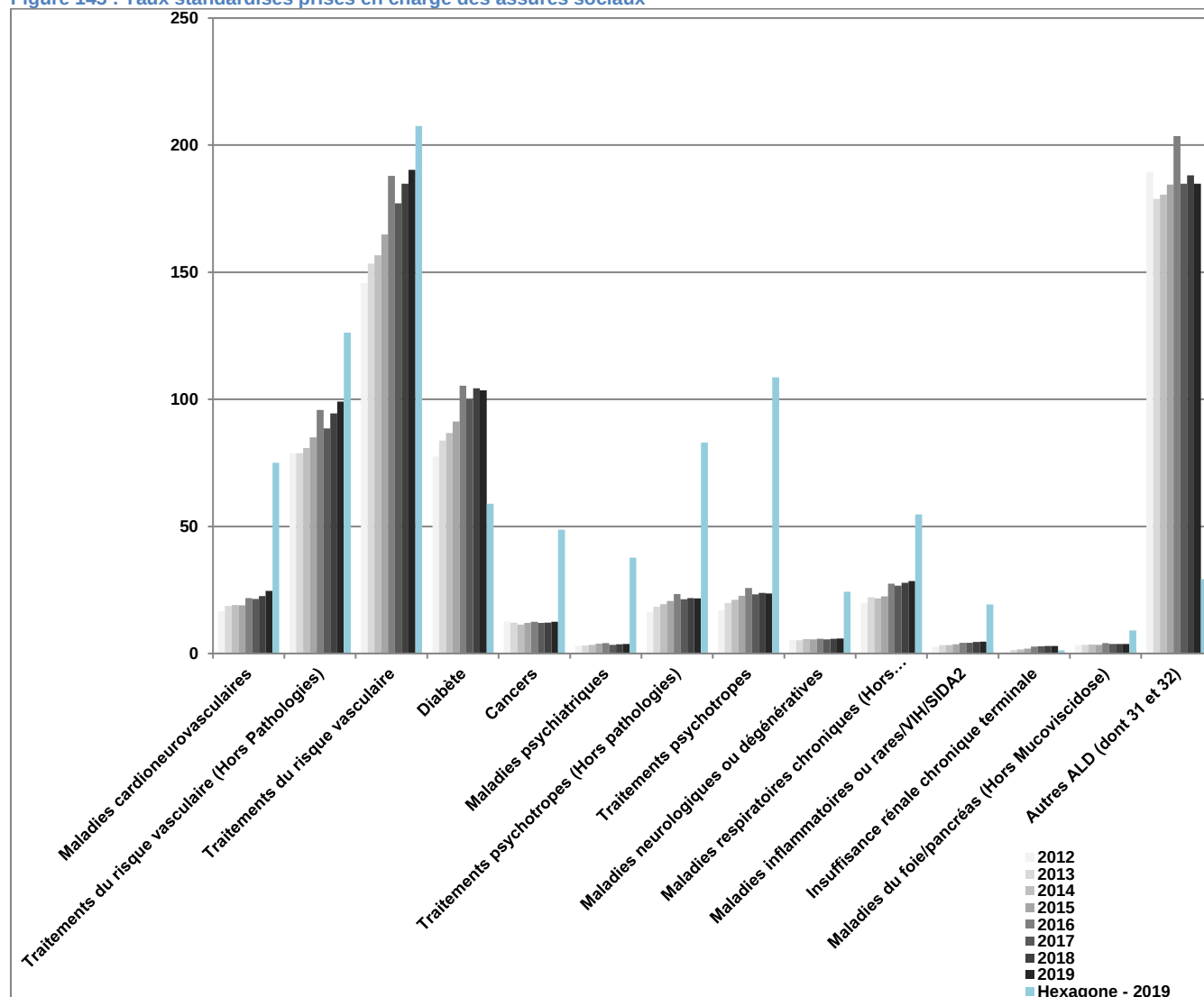
www.ars.mayotte.santé



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

D'après les données standardisées de l'Assurance maladie de 2019, les **traitements du risque vasculaire** représentent le regroupement de pathologies le plus fréquent justifiant d'une prise en charge à Mayotte avec un taux de 190 ‰ (contre 208 ‰ en France entière), suivi de loin par le **diabète** : 104 ‰ (contre 59 ‰) et les **traitements du risque vasculaire (hors pathologie)** : de 99 ‰ (contre 126 ‰). Ces taux standardisés nécessitent de nombreuses précautions d'usage du fait du taux de couverture maladie à Mayotte. De ce fait, ils représentent des bornes à minima de la situation réelle. Cependant, pour deux pathologies la prévalence reste deux fois supérieure à l'Hexagone : le diabète et l'**insuffisance rénale chronique terminale** (Figure 145).

Figure 145 : Taux standardisés prises en charge des assurés sociaux



Champ : Assurés sociaux bénéficiaires d'une prise en charge

Source : Assurance Maladie

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

En 2019, et à **structure de population équivalente**, les pathologies les plus déclarées à Mayotte par les 15 ans ou plus et vis-à-vis de l'Hexagone sont : les **BPCO/emphysèmes** (11 %, contre 6 % dans l'Hexagone), les **infarctus du myocarde** (3 % contre 1,3 %), les **maladies coronariennes** (10 % contre 2 %), l'**HTA**²⁰⁴ (24 % contre 17 %), les **AVC** (2 % contre 1,2 %), le **diabète**²⁰⁵ (13 % contre 7 %) et la **cirrhose hépatique** (0,9 % contre 0,3 %). Enfin, une mauvaise voire très mauvaise **santé bucco-dentaire** ressort également (19 % contre 13 %) [52] (Figure 147).

²⁰⁴ Après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte, et la Guadeloupe, est le second territoire déclarant le plus souvent un statut d'HTA, derrière la Guyane (26 %), à un niveau proche de la Martinique (23 %) et au-dessus de La Réunion (20 %) et l'Hexagone [53].

²⁰⁵ Après standardisation vis-à-vis de l'Hexagone, gommant l'avantage du territoire de par la jeunesse de sa population, Mayotte est le territoire déclarant le plus souvent un statut diabétique à un niveau proche de La Réunion, la Guyane et la Guadeloupe (12 %) et au-dessus de la Martinique (10 %) et l'Hexagone [53].



ARS MAYOTTE

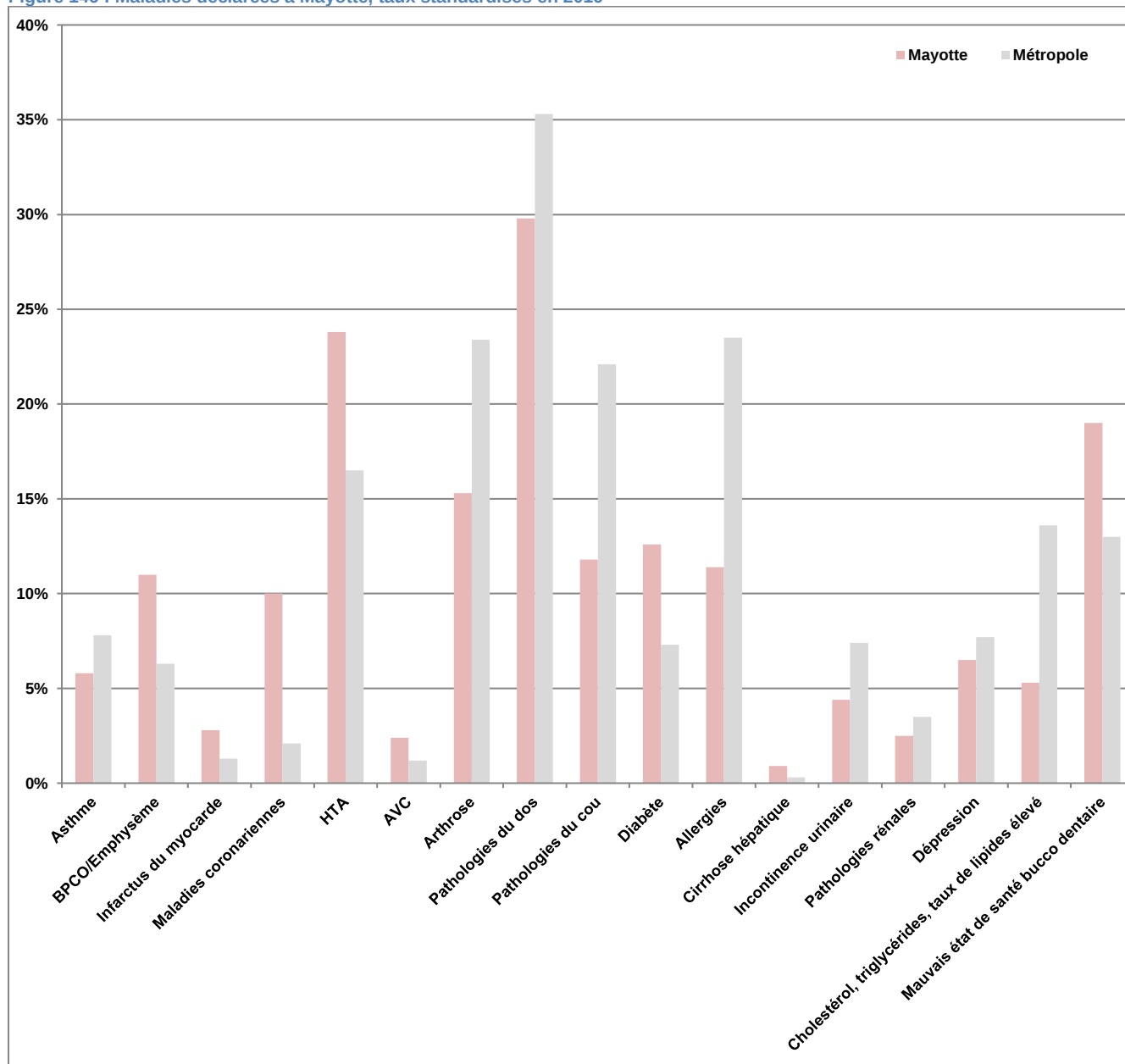
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 146 : Maladies déclarées à Mayotte, taux standardisés en 2019



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
 Source : Drees-Insee, extraction de l'enquête EHIS de 2019 [52]
 Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

f) Diabète

En 2019, 11 % des personnes âgées de **15 à 69 ans** sont prédiabétiques²⁰⁶ tandis que le diabète connu s'élève à 7 % et non connu à 4 %, portant la **prévalence globale du diabète à Mayotte à 11 %** [116]. Ces taux sont plus hauts chez les femmes de 18-69 ans : 8 % contre 6 % pour le diabète connu et 5 % contre 4 % pour le diabète non connu, soit en cumul un taux de diabétiques de 13 % chez les femmes contre 10 % chez les hommes [116] (*Tableau 31*).

En 2008 et selon une méthodologie différente, la prévalence était de 11 % chez les 30 à 69 ans (14 % pour le prédiabète) [76], 18 % selon la méthodologie de 2019 sur cette même classe d'âge [116].

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) [116].

²⁰⁶ La notion de prédiabète renvoie à l'absence de déclaration d'un diabète par la personne et un taux d'HbA1c comprise entre 6 % (inclus) et 6,5 % (exclu) [116].



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 glyquée²⁰⁷ de 8 %** (identique pour le diabète non connu) [116].

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)** [116]. Enfin, 43 % sont natifs de Mayotte et 55 % des Comores (respectivement 37 % et 57 % pour le diabète non connu) [116].

Tableau 31 : Prévalence du diabète connu et non connu (dépisté) à Mayotte selon l'âge et selon deux méthodologies différentes, en 2008 et 2019

		2008* [76]			2019** [116]		
		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 [76], Enquête Unono Wa Maoré de 2019 [116]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

g) Hypertension artérielle

En 2019, la **prévalence de l'HTA est de 38 %** chez les 18-69 ans (**3 % pour celle de grade 3**) [115]. Comparativement avec **2008** et sur la classe d'âge des 30-69 ans, **elle a augmenté de 4 points** (44 % [76] contre 48 % en 2019) [115]. **Six habitants sur dix déclarent avoir mesuré leur pression artérielle il y a moins d'un an** [52].

Ce taux était similaire entre les hommes et les femmes de 30-69 ans [115] tandis qu'en 2008 il était plus élevé chez les hommes : 50 % contre 37 % [76]. La prévalence augmente avec l'âge, passant de **19 % chez les 18-29 ans** (dont 0,1 % de grade 3) à **83 % chez les 60-69 ans** (dont 12 % de grade 3) [115]. Parmi les hypertendus, la moitié connaît son diagnostic d'HTA [115] (un tiers chez les 30-69 ans en 2008 [76]). **Les femmes ont plus souvent connaissance de leur statut que les hommes** : 56 % contre 38 % [115].

Les individus présentant une HTA déclarent plus souvent un diabète : 13 % contre 4 % pour ceux non touché par l'HTA [115]. Ils sont également **plus fréquemment en surpoids ou situation d'obésité** : dont 75 % contre 53 % [115].

On dénote cependant l'absence de lien avec le statut tabagique et la consommation d'alcool [115].

h) Maladies sexuellement transmissibles

VIH

En 2023, le **taux de dépistage VIH²⁰⁸ était de 110 sérologies VIH pour 1 000 habitants**, en légère baisse depuis 2021 [117]. Ce taux était de 99 pour 1 000 habitants en France hexagonale hors Île-de-France et supérieur à 200 pour 1 000 habitants dans les autres Drom, hormis La Réunion, où il était de 171 pour 1 000 habitants [117].

La proportion de **femmes découvrant leur séropositivité²⁰⁹ (64 %) était plus importante que celle sur la période 2018-2022 (55 %)** [117]. Elle était **deux fois supérieure** à celle retrouvée en **France Hexagonale**, hors Île-de-France (33 %) [117]. La proportion de personnes de **moins de 25 ans** était

²⁰⁷ HbA1c, l'hémoglobine glyquée représente le biomarqueur de référence permettant de déterminer le statut diabétique d'un individu.

²⁰⁸ Selon les données de l'enquête déclarative des sérologies VIH.

²⁰⁹ Le dépistage, suite à une grossesse, représentait 39 % des motifs de dépistage, alors que cette proportion était de 27 % sur la période 2018-2022 [117]. Cette proportion n'était que de 6 % pour la France Hexagonale, sans l'Île-de-France. À l'inverse, le dépistage orienté représentait 16 % des motifs, contre 25 % sur la période 2018-2022 [117].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



également **deux fois plus importante** que celle retrouvée en France hexagonale, hors Île-de-France (35 % contre 17 %) [117].

Le stade clinique présentait la même répartition que sur la période 2018-2022, avec la très **grande majorité des personnes asymptomatiques** (84 %), proportion plus importante que celle retrouvée pour la France hexagonale, hors Île-de-France (63 %) [117].

Les découvertes de séropositivité concernaient principalement des personnes nées aux Comores, à Madagascar, aux Seychelles ou à l'île Maurice (64 %) [117]. Le mode de contamination était principalement hétérosexuel (87 % en 2023), alors qu'en France Hexagonale, hors Île-de-France, cette proportion se répartissait entre contamination hétérosexuelle (53 %) et rapports sexuels entre homme (43 %) [117].

En 2019, la **séroprévalence globale** pour l'infection par le **VIH** chez les 15-69 ans de Mayotte était de **0,3 %** [118].

Syphilis

En 2023, le **taux de dépistage** tout sexe, tout âge pour la syphilis, était de **24 pour 1 000 habitants** [117]. Ce taux était compris entre 86 et 123 pour les autres Drom, et de 62 pour l'Île-de-France [117]. Il était **en augmentation depuis 2014**, celle-ci étant **plus marquée depuis 2020** [117].

Ce taux de dépistage était très important chez les **femmes de 26-49 ans** (89 pour 1 000 habitants), très certainement en lien avec une grossesse [117].

Le **taux de positivité**²¹⁰, tout sexe tout âge, était de **0,1 %**, équivalent à celui des autres Drom [117]. En Île-de-France, il était de 0,3 %. Sur la période 2019-2023, ce taux était en diminution [117].

En 2019, la **séroprévalence globale** pour l'infection pour la **syphilis** chez les 15-69 ans de Mayotte était de **0,4 %** [118].

Gonocoque²¹¹

En 2023, le **taux de dépistage**²¹² tout sexe, tout âge pour les infections à gonocoques, était de **15,2 pour 1 000 habitants** [117]. Ce taux était compris entre 83 et 107 pour les autres Drom, et de 56,9 pour l'Île-de-France [117]. Il était **en augmentation depuis 2014**, celle-ci étant **plus marquée depuis 2020** [117].

Ce taux de dépistage, de 58 pour 1 000, était le plus important chez les **femmes de 26-49 ans**, très certainement en lien avec une grossesse, et faible chez les femmes de 15-25 ans (22,6 pour 1 000) [117].

En 2019, la **séroprévalence globale** pour l'infection pour la **gonococcie** chez les 15-69 ans de Mayotte était de **0,8 %** [118].

Hépatite B

En 2024, **3,6 % des 18 ans ou plus** présentent une infection en cours de l'hépatite B²¹³ alors que la prévalence estimée en France la même année est de 0,4 % [70]. Ce taux était de **3,0 % chez les 15-69 ans** en 2019 [119]. Il augmente des 18 à 24 ans (2,9 %) au 45 à 64 ans (4,4 %) : +1,5 points, avant d'être divisé par deux chez les 65 ans ou plus (2 %) [70].

Pour les autres catégories, **25 % révèlent une infection ancienne et guérie** (28 % en 2019 [119]), et dans 41 % des cas l'absence d'infection, mais aussi d'immunité (42 % en 2019 [119]) [70] (Figure 148).

En 2019, et en fonction du fait d'avoir eu un **rapport sexuel au cours de sa vie**, le taux d'infection en cours ou (anciennement) guérie est **sept fois plus important** : 35 % chez ceux en ayant eu un contre 5 % chez les autres [119]. De même pour l'**utilisation du préservatif lors du premier rapport** : **21 %** pour ceux concernés **contre 38 %** pour ceux n'en ayant pas utilisé [119].

Enfin, la prévalence de la **co-infection hépatite B-hépatite Delta**²¹⁴ est de **0,7 %** sur le territoire [119].

²¹⁰ Déterminé depuis le SNDS, infections diagnostiquées en secteur privé et traitées [117].

²¹¹ La gonococcie (également appelée blennorragie, gonorrhée ou encore « chaude pisse ») est une infection d'origine bactérienne. Elle provoque des brûlures et/ou un écoulement jaune par la verge, le vagin ou l'anus. Cette infection se transmet lors de rapports sexuels, bucco-génitaux, vaginaux ou anaux.

²¹² Déterminé depuis le SNDS, dépistages remboursés en secteurs privé et public, hors hospitalisations publiques [117]

²¹³ 13 % des adultes de 18 ans de Mayotte déclarent n'avoir jamais entendu parler de l'hépatite B, 30 % ne savent pas s'ils l'ont eue, 54 % savent ne jamais l'avoir eue, 2 % déclarent l'avoir eue dont 0,4 % confirmé par un test diagnostic [70]. Pour 2,7 % des personnes persuadées de ne pas l'avoir eue, on retrouve une infection en cours [70].

²¹⁴ L'hépatite D est une inflammation du foie provoquée par le VHD, qui a besoin du VHB pour se répliquer. Il ne peut pas y avoir d'hépatite D en l'absence de VHB. La co-infection VHD-VHB est considérée comme la forme la plus grave d'hépatite virale chronique en raison de l'évolution rapide vers la mort par atteinte hépatique et carcinome hépatocellulaire. La vaccination contre l'hépatite B est la seule méthode de prévention de l'infection par le VHD.



ARS MAYOTTE

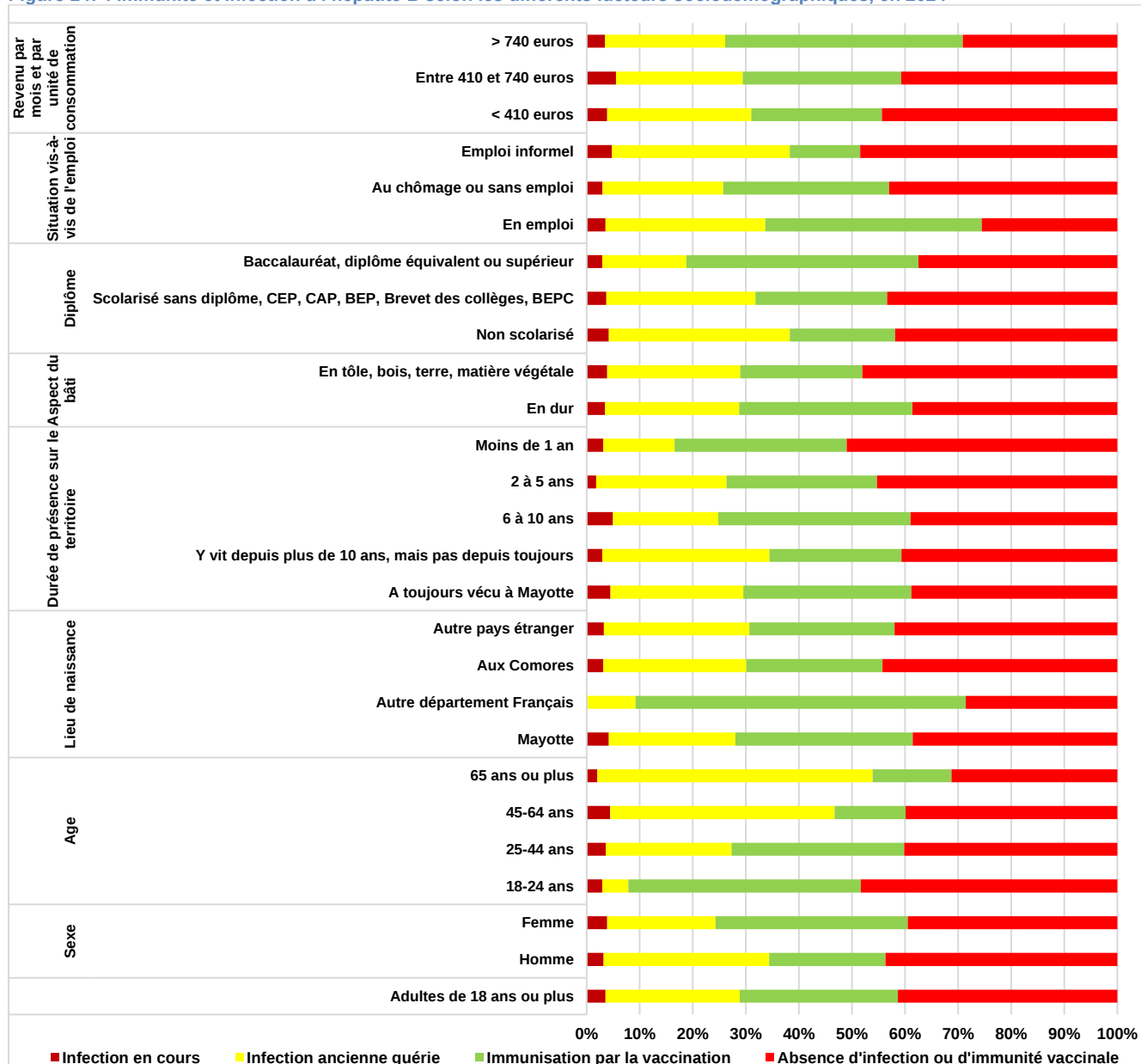
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 147 : Immunité et infection à l'hépatite B selon les différents facteurs sociodémographiques, en 2024



Champ : Habitants de 18 ans ou plus

Source : ARS Mayotte-ORS Mayotte, enquête EpiMay 2024 [70]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Hépatite C

En 2019, la **prévalence de l'infection actuelle ou passée** à l'hépatite C est estimée à **0,2 %**, pour un âge moyen de 56,3 ans et sans réelle distinction en fonction du sexe [119]. Ces résultats confirment que **Mayotte est une zone de faible endémie pour le VHC** [119].

Chlamydia trachomatis

En 2019, la **prévalence globale** de l'infection à **Chlamydia trachomatis**²¹⁵ est de **9 %** chez les 15-69 ans [118]. **Les femmes sont plus concernées que les hommes** : 12 % contre 7 %, les chômeurs (13 %) et les non assurés sociaux (12 %) [118]. La classe d'âge la plus touchée est celle des **20-29 ans** : 14 % contre 6 % chez les 15-19 ans, 11 % chez les 30-44 ans et 5 % chez les 45-69 ans [118].

²¹⁵ L'infection à Chlamydia ne provoque aucun symptôme dans 60 à 70 % des cas, elle est dite alors « silencieuse », ce qui n'empêche pas son développement. C'est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes, particulièrement chez les moins de 25 ans. Elle touche les hommes comme les femmes et peut entraîner de graves complications. C'est l'une des premières causes de stérilité en France. Chez les femmes, la Chlamydia peut causer des écoulements vaginaux anormaux, des saignements vaginaux entre les règles ou pendant ou après des relations sexuelles, des douleurs abdominales ou dans le bas du dos, une sensation de brûlure en urinant et des douleurs au moment des rapports sexuels.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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

En 2023, le **taux de dépistage**²¹⁶ des infections à Chlamydia trachomatis chez les 15 ans ou plus est de **12 pour 1 000 habitants** de cette classe d'âge, très inférieur à celui des autres Drom, où il était compris entre 80 et 107 pour 1 000 habitants [117]. Pour l'Île-de-France, il était de 54 pour 1 000 habitants [117]. Ce taux était en **augmentation depuis 2014**, celle-ci étant plus marquée depuis 2021 [117]. Il était très important chez les femmes de 26-49 ans (42 pour 1 000) et très faible chez celles de 15-24 ans (16 pour 1 000) [117].

Le **taux de diagnostics positifs est alors de 1,1 %**²¹⁷ **pour les 15 ans ou plus**, contre 1,2 à 1,7 % pour les autres Drom et 2,2 % en Île-de-France [117]. Ce taux était le plus important chez les **hommes de 26 ans et plus** (32,8 pour 100 000) [117]. Dans un contexte de hausse des dépistages, il présentait une baisse dans les différentes classes de sexe et d'âge, sauf chez les hommes entre 15 et 25 ans [117]. Chez les hommes de 26 ans et plus, cette baisse avait débuté en 2022 [117].

Trichomonas vaginalis

En 2019, la **prévalence globale**, de l'infection à Trichomonas vaginalis²¹⁸ est de **8 %** chez les 15-69 ans [118]. **Les femmes sont près de six fois plus concernées que les hommes** : 13 % contre 2 % [118]. Parmi les autres profils qui ressortent : les non diplômés (11 %), les inactifs (13 %) et les femmes hétérosexuelles (15 %) [118].

C'est **à partir des 20-29 ans que l'on observe une hausse importante** du taux d'infection (9 % contre 1,2 % chez les 15-19 ans), qui se stabilise sur les classes d'âge plus avancées (10 % chez les 30-44 ans et 9 % chez les 45-69 ans) [118].

i) MDO et pathologies suivies par le DésUS

Le DésUS²¹⁹ assure au sein des ARS les missions de réception, d'analyse et de gestion des signalements à impact sanitaire sur l'ensemble du champ de la veille et de la sécurité sanitaire. Elle assure également la coordination du contrôle sanitaire aux frontières.

Le paludisme

Avant 2011, plus de 300 cas de palud étaient déclarés **annuellement** sur le territoire. Ce volume avait **diminué fortement** les années suivantes : 99 cas en 2011 puis 19 en 2021. Depuis, il est **reparti à la hausse avec 120 nouveaux cas déclarés en 2024** (Figure 149 & Tableau 32). Si entre 2014 et 2017 moins de 20 cas avaient été **acquis localement, depuis 2018 plus aucun n'est concerné**, pas même en 2024 malgré la recrudescence épidémique. Le « paludisme » reste une maladie pour laquelle les actions de prévention sont nécessaires suite aux épidémies qui ont frappé le territoire en 2006 : 560 cas et 2010 : 433 cas. Depuis 2014, **l'OMS a fait entrer officiellement Mayotte dans une phase d'élimination du paludisme**.

En 2024, quatre cas cinq provenaient de l'Union des Comores (contre trois cas sur cinq en 2023), les autres de Madagascar ou d'Afrique [121]. A l'exception de Chiconi, **toutes les communes sont concernées par au moins un cas importé** [121]. Six cas sur dix sont des **hommes**, principalement de **25 à 44 ans** (44 %), contrairement aux **femmes** où il s'agit des **45 ans ou plus** (44 %) [121].

La leptospirose

La leptospirose constitue un **réel problème de santé publique** sous surveillance depuis plusieurs années, **123 cas en 2024** (124 en moyenne par an de 2011 à 2023, et seulement quatre fois en-dessous de la barre des 100 cas) (Figure 149 & Tableau 32). Il s'agissait **essentiellement d'hommes** (79%), l'âge médian était de **31 ans** [122]. Les femmes âgées de 30 à 64 ans sont les plus représentées (65 %), les 15 à 44 ans pour les hommes (61 %) [122]. Contrairement aux extrémités de l'île, plus épargnée, **les communes de Ouangani et Chirongui présentent les taux d'incidence les plus importants** [122].

En 2011, la **séroprévalence de la leptospirose chez les 5 ans ou plus était de 17 %** [123]. Les facteurs associés au risque de la maladie étaient une durée de présence à Mayotte supérieure à 10 ans, être agriculteur ou sans emploi, être de sexe masculin, être en contact avec des animaux d'élevage, avoir joué dans son enfance dans des poubelles [123].

La saisonnalité de cette pathologie est très marquée avec une **recrudescence en fin de saison des pluies** (pic habituellement observé vers le mois d'avril).

²¹⁶ Déterminé depuis le SNDS, dépistages remboursés en secteurs privé et public, hors hospitalisations publiques.

²¹⁷ Déterminé depuis le SNDS, infections diagnostiquées en secteur privé et traitées.

²¹⁸ Trichomonas vaginalis est un parasite de l'être humain appartenant à la famille des protozoaires. Il est responsable d'infection sexuellement transmissible, le plus souvent bénigne. Il se transmet par contact sexuel. Les symptômes chez les femmes sont des pertes vaginales anormales et abondantes, habituellement décrites comme verdâtres et sentant mauvais ; des brûlures et démangeaisons au niveau de la vulve et du vagin ; et des douleurs lors de la miction (action d'uriner).

²¹⁹ Ancienne Veille et Sécurité Sanitaire (VSS).



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

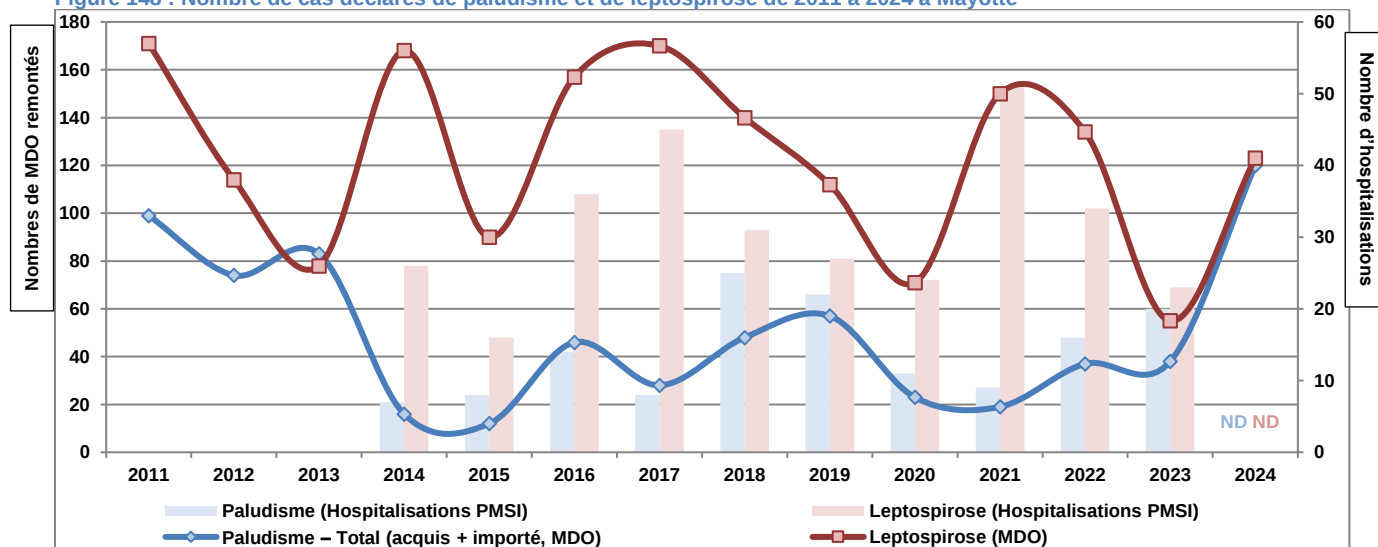


Les autres pathologies sous surveillance²²⁰

Concernant la **fièvre typhoïde** : 58 cas ont été remontés en 2024, alors que sur les années précédentes (2011 à 2023) en moyenne **42 nouveaux cas** étaient dénombrés (Figure 145 & Tableau 33). Les **maladies à transmission oro-fécale restent endémiques à Mayotte**, notamment au vu du contexte d'hygiène et général précaire.

Sur la période 2011 à 2022, la « **tuberculose** » oscille autour des **44 nouveaux cas en moyenne par an** [124] (Figure 150 & Tableau 32). Enfin, si l'**absence** de cas de « **lèpre** » a pu être observée en **2021 et 2022**, sur la période précédente elle tournait autour d'une moyenne proche de **35** par an (Figure 151 & Tableau 32).

Figure 148 : Nombre de cas déclarés de paludisme et de leptospirose de 2011 à 2024 à Mayotte

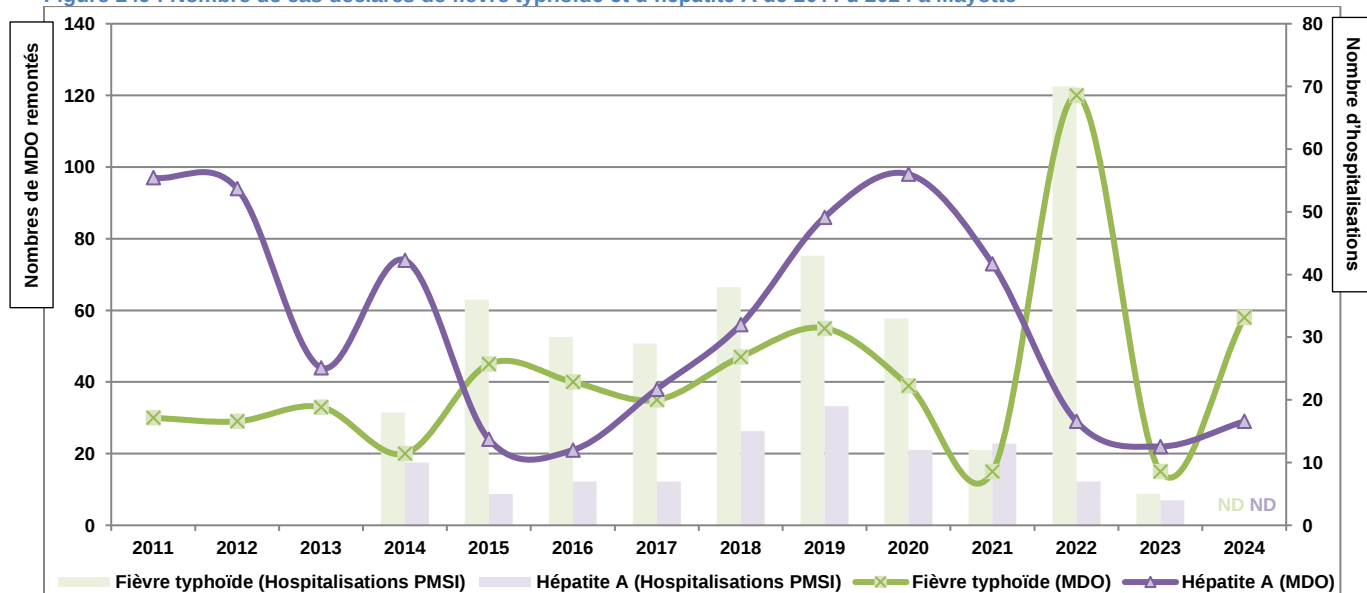


Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, concernant le palud, les nomenclatures : « B50-Paludisme à plasmodium falciparum », « B51-Paludisme à plasmodium vivax », « B52-Paludisme SAI », « B54-Paludisme, SAI » ; concernant la leptospirose : « A27-Leptospirose ».

Source : ARS Mayotte – DésUS, PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 149 : Nombre de cas déclarés de fièvre typhoïde et d'hépatite A de 2011 à 2024 à Mayotte



Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, concernant la fièvre typhoïde, la nomenclature : « A01-Fièvre typhoïde et paratyphoïde » ; concernant l'hépatite A : « B15-Hépatite aig. A ».

Source : ARS Mayotte - DésUS, PMSI – Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

²²⁰ Depuis les données du PMSI, il est possible de récupérer des informations sur les motifs de séjour au CHM liés spécifiquement aux maladies hydriques. Ainsi, des cas d'**amibiase**²²⁰ (1,6 en moyenne par an entre 2014 et 2023), d'**ascariadiase**²²⁰ (1,7 en moyenne par an) et de **schistosomiase**²²⁰ (0,5 en moyenne par an) ont également été diagnostiqués sur le territoire au cours des huit dernières années.



ARS MAYOTTE

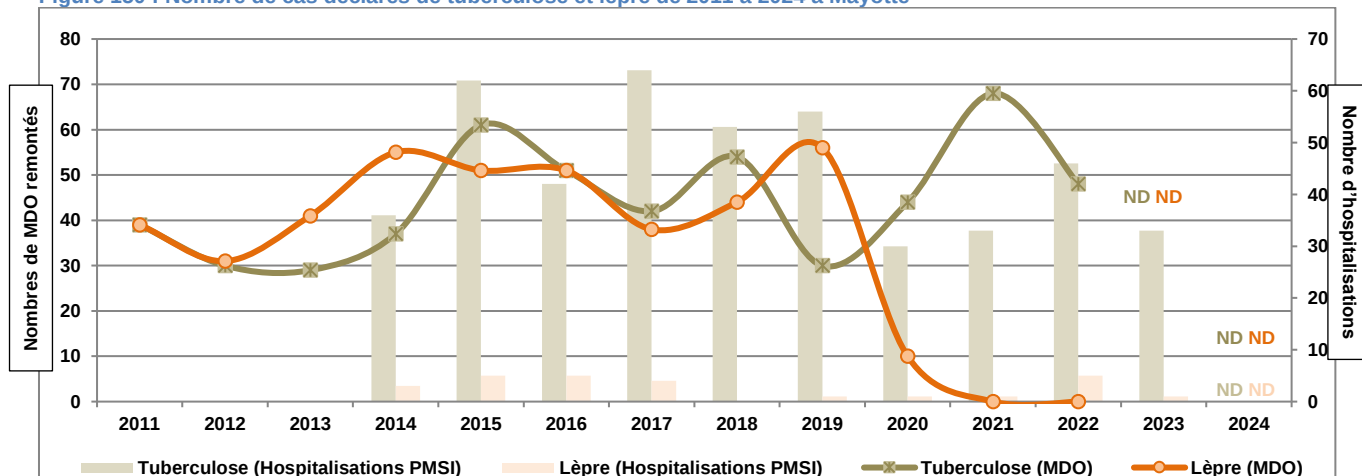
Centre Kinga – 90, route Nationale 1 - Kawéni – BP 410 – 97600 MAMOUDZOU

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Figure 150 : Nombre de cas déclarés de tuberculose et lèpre de 2011 à 2024 à Mayotte



Note : Ont été utilisées pour les hospitalisations, concernant la lèpre, la nomenclature : « A30-Lèpre » ; concernant la tuberculose : « A15-tuberculose de l'appareil respiration, avec confirmation », « A16-tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation », « A17-tuberculose du système nerveux », « A18-tuberculose d'autres organes », « A19-tuberculose miliaire », « M490-Tuberculose vertébrale ».

Source : ARS Mayotte - DésUS, PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal

Exploitation : ARS Mayotte - Département Etudes et Statistiques

Figure 151 : Répartition des MDO « cumulées » sur la période 2019-2022-2021 à Mayotte

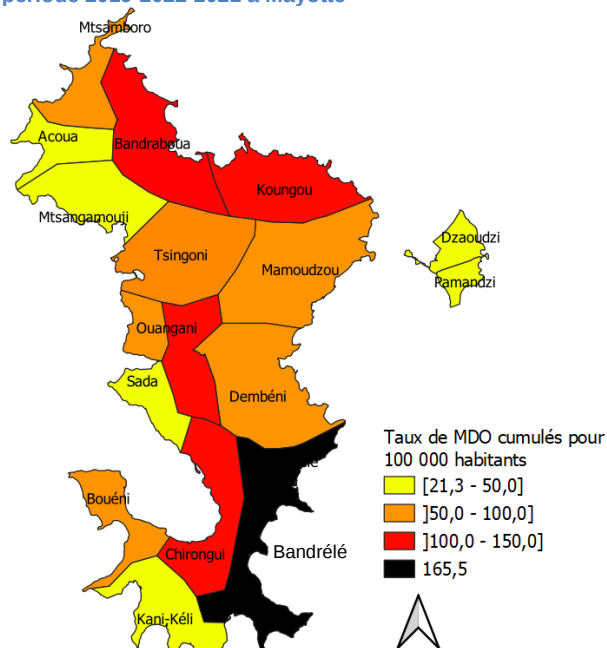
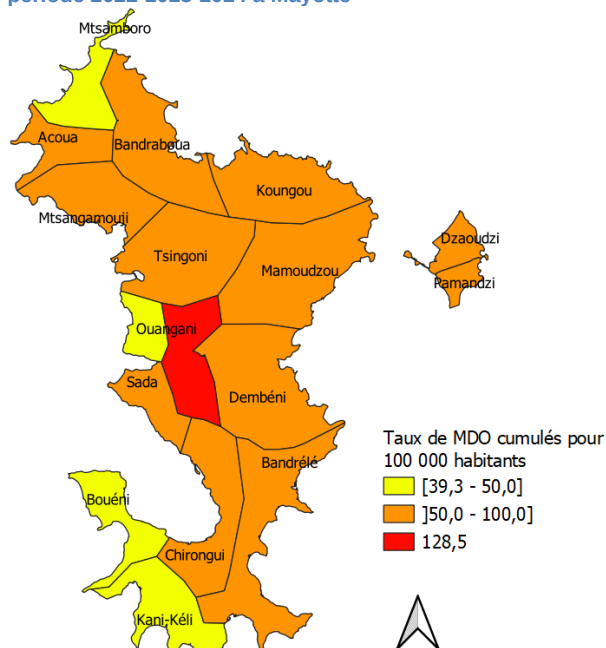


Figure 152 : Répartition des MDO « cumulées » sur la période 2022-2023-2024 à Mayotte



Note : Nombre de cas cumulés de Diphtérie, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Lèpre, Leptospirose, Listériose, Paludisme et Intoxication alimentaire. Les taux pour 100 000 habitants sont déterminés depuis la moyenne de cas déclarés une période et sur la moyenne des populations estimées par l'Insee au 1^{er} janvier sur cette même période puis ventilée selon les répartitions par commune observée en 2017, partant du principe qu'un individu ne peut contracter que l'une des pathologies de la liste fixée et qu'une seule fois.

Source : ARS Mayotte - DésUS

Exploitation : ARS Mayotte - Département Etudes et Statistiques

Tableau 32 : Nombre de cas de MDO déclarées et de pathologies suivies à Mayotte de 2011 à 2024

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Paludisme – Total (acquis + importé, MDO)	99	74	83	16	12	46	28	48	57	23	19	37	38	120
Leptospirose (MDO)	171	114	78	168	90	157	170	140	112	71	150	134	55	123
Fièvre typhoïde (MDO)	30	29	33	20	45	40	35	47	55	39	15	120	15	58
Hépatite A (MDO)	97	94	44	74	24	21	38	56	86	98	73	29	22	29
IIM	4	0	2	1	0	0	0	1	2	0	0	3	0	0
Dengue, zika (aucun cas à Mayotte), Chikungunya	4	54	5	494	21	1	1	2	208	4 200	16	5	54	81
Diphtérie		7	0	1	2	1	1	0	5	5	5	14	2	3
Tuberculose (MDO)	39	30	29	37	61	51	42	54	30	44	68	48		
Lèpre (MDO)	39	31	41	55	51	51	38	44	56	10	0	0		
Hépatite B aigue	3	0	0	2	1	1	2	2	1	5	14	16	0	8
Tétanos			0	1	3	0	0	2	0	0	0	2	1	0

Source : ARS Mayotte - DésUS



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



15 - Principales épidémies et crises²²¹

a) La Covid-19

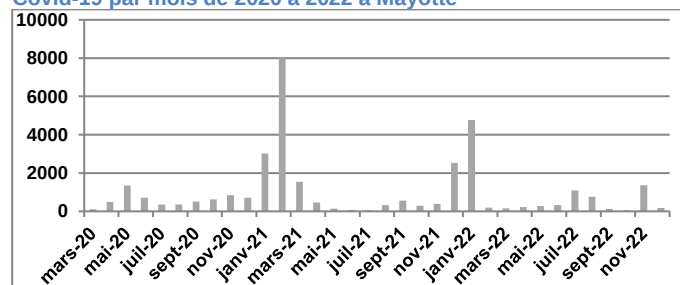
Le 13 mars 2020 est documenté le premier cas positif à la Covid-19 sur le territoire de Mayotte. À la date du 31 décembre 2022, près de **33 000 contaminations**²²² ont été observées, soit **11 % de la population**²²³ (Figure 154). Dans 55 % des cas il s'agit de femmes et les classes d'âge les plus représentées sont les 20-29 ans (22 %) et les 30-39 ans (23 %). Les moins de 9 ans sont 1,5 % à avoir été dépistés « positif » à la Covid-19, 3 % pour les plus de 70 ans.

2 069 hospitalisations²²⁴ pour « Covid-19 » ont été observées au CHM, dont **17 %** incluant au moins un passage en service de **réanimation** (Figure 155). On observe autant d'hommes que de femmes, et un sur dix est un jeune de moins de 20 ans. Les 50 ans ou plus représentent la moitié des hospitalisations. **166 décès**²²⁵ confirmés liés à la Covid-19 ont été observés et 15²²⁶ autres sont suspectés. Sur ces 181 décès, **63 % ont eu lieu en 2021**. Pour 60 %, il s'agit d'hommes et la moitié des décès concerne un individu de 70 ans ou plus²²⁷.

À la date du 31 décembre 2022, l'épidémie de Covid-19 sur le territoire peut se décliner en cinq vagues distinctes : **la première de mars à juillet 2020, la seconde de décembre 2020 à avril 2021, la troisième de novembre 2021 à février 2022, la quatrième de juin à septembre 2022 et la cinquième de novembre à décembre 2022.**

Les travaux menés avec l'Université de Dembeni [125], la plateforme MODCOV19²²⁸ et l'ARS de Mayotte ont permis de mettre à disposition des outils innovants pour la gestion de crise. Ces travaux ont été réalisés pour chacune des trois premières vagues et ont été particulièrement performants. Ils permettent de fournir, selon différents scénarios possibles, la forme prévisionnelle de la courbe épidémique à venir et d'adapter les mesures sanitaires pour la lutte contre la Covid-19.

Figure 153 : Nombre de nouveaux cas positifs à la Covid-19 par mois de 2020 à 2022 à Mayotte

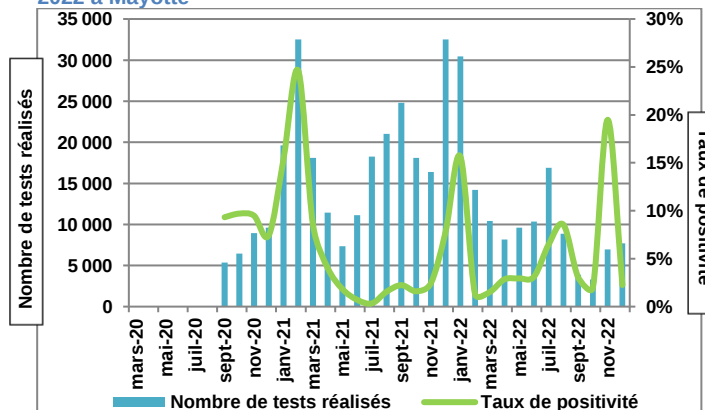


Champ : Individus prélevés à Mayotte

Source : ARS Mayotte – Contact tracing DésUS, Si-dep

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 154 : Nombre de tests réalisés pour le dépistage de la Covid-19 et taux de positivité par mois de 2020 à 2022 à Mayotte

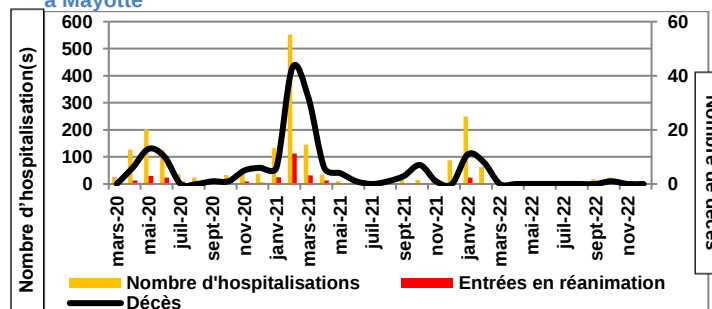


Champ : Individus prélevés à Mayotte

Source : Si-dep

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

Figure 155 : Nombre de nouvelles hospitalisations et de décès pour motif « Covid-19 » par mois de 2020 à 2022 à Mayotte



Champ : Individus hospitalisés à Mayotte

Source : CHM, Si-Vic

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

²²¹ A l'exception des données Covid-19 produites par le Département Etudes et Statistiques de l'ARS Mayotte, les données présentées ici proviennent du DésUS de l'ARS Mayotte.

²²² Données Si-dep et du contact-tracing du DésUS de l'ARS de Mayotte, cas prélevés à Mayotte.

²²³ Selon l'estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

²²⁴ Données du CHM.

²²⁵ Données Si-vic et de l'ARS Réunion.

²²⁶ Données du contact-tracing du DésUS de l'ARS de Mayotte.

²²⁷ Données du CHM.

²²⁸ Afin d'aider à la coordination des actions de modélisation sur la Covid-19 en France autour des multiples facettes de la crise, la plateforme MODCOV19 a été mise en place en mars 2020 grâce à l'INSMI, au CNRS et le réseau Mathrice.



ARS MAYOTTE

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

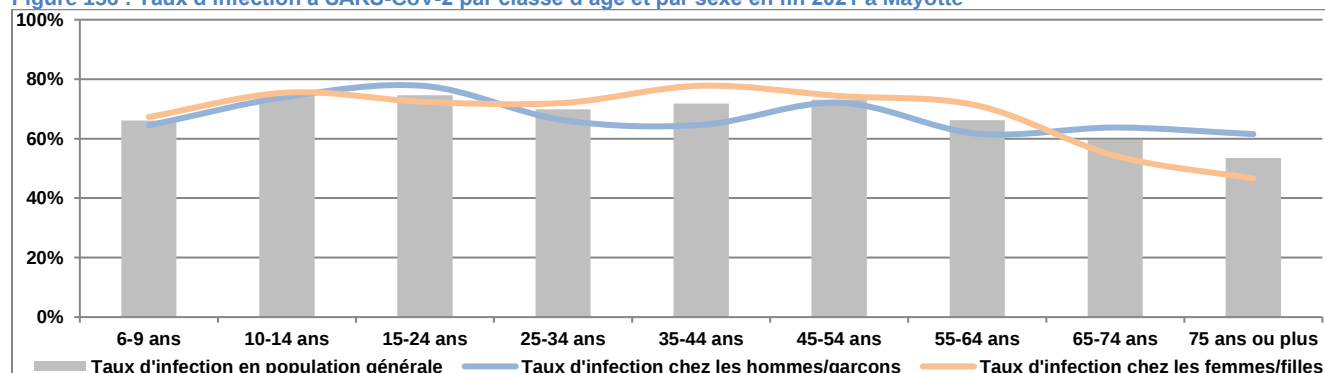
Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



À la date du 21 octobre 2021, 71 % de la population de 6 ans ou plus habitant à Mayotte avaient été touchées par la Covid-19 [68] (Figure 157). Le virus a alors atteint toutes les classes d'âge et toutes les catégories de la population [68].

Figure 156 : Taux d'infection à SARS-CoV-2 par classe d'âge et par sexe en fin 2021 à Mayotte

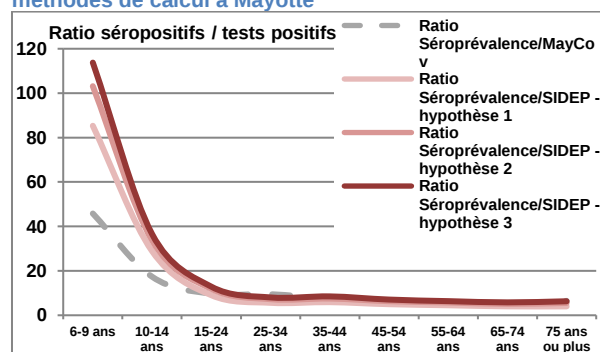


Champ : Habitants de Mayotte de 6 ans ou plus pour lesquels les résultats des analyses sanguines ont pu conclure sur leur statut d'infection

Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19-ORS Mayotte, enquête MayCov de 2021 [68]

Le taux de détection global de la Covid-19 est de 1 cas détecté pour 8 à 12 non détectés [68] (Figure 158). Le **milieu scolaire** est le principal lieu **déclaré** de la transmission du virus pour les **enfants**, tout comme le **milieu professionnel** pour les **adultes** [68]. Début 2021 représente la période où Mayotte a été la plus touchée et concentrant la majorité des contaminations par la Covid-19 : les modèles de la plateforme MODCOV19 estiment alors un taux d'infection global de 33 % en fin 2020 [68] (Figure 159). En dépit d'un **respect important des mesures barrières** au début de l'année 2021, neuf habitants sur dix déclaraient les appliquer souvent voire quotidiennement, ce taux a **chuté nettement à six habitants sur dix** plusieurs mois plus tard [68]. **La Covid-19 est une maladie moins prise au sérieux par les plus jeunes** : la moitié estime qu'il s'agit d'une maladie très grave. Ils sont trois individus de 75 ans ou plus sur quatre à avoir le même ressenti [68].

Figure 157 : Ratio taux d'infecteds sur taux de testés positifs (taux de détection) par classe d'âge selon trois méthodes de calcul à Mayotte

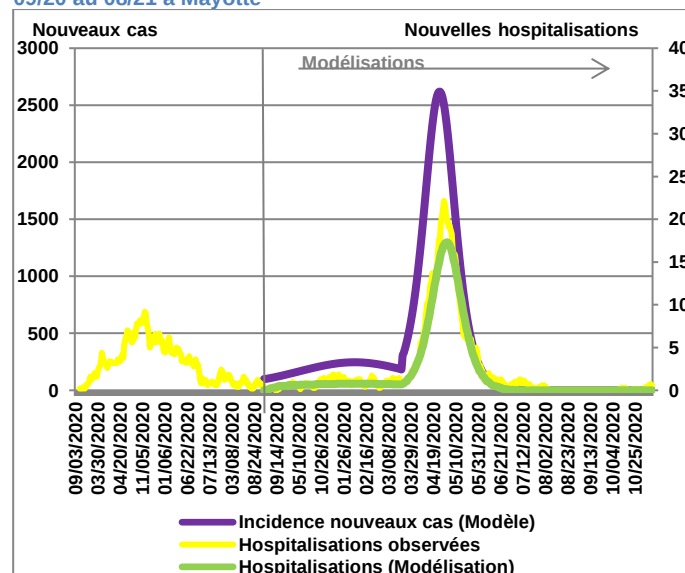


Note de lecture : Les hypothèses sont liées à la période prise en compte. Sur l'hypothèse 1, le taux de positifs depuis l'enquête de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte est divisé par le taux de testés positifs par classe d'âge sur la période du 9 mars 2020 au 21 octobre 2021. Pour l'hypothèse 2, la période considérée est celle du 1er novembre 2020 au 21 octobre 2021. Pour l'hypothèse 3 : du 1er janvier 2021 au 21 octobre 2021. Le terme MayCov désigne le nom de l'étude de séroprévalence à SARS-CoV-2 à Mayotte.

Champ : Habitants de Mayotte de 6 ans ou plus pour lesquels les résultats des analyses sanguines ont pu conclure sur leur statut d'infection

Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19-ORS Mayotte, enquête MayCov de 2021 [68]

Figure 158 : Reconstruction de la courbe des incidences nouveaux cas et hospitalisations après inférence de trois paramètres libres sur la période du 09/20 au 08/21 à Mayotte



Source : ARS Mayotte-Plateforme MODCOV19-ORS Mayotte, enquête MayCov de 2021 [68]

Toutes choses égales par ailleurs, les profils de population qui sont **les plus à risque** de l'infection à la Covid-19 à Mayotte sont **les plus jeunes** et les individus vivant en **grande précarité** [68]. Assez logiquement, les habitants ne **respectant pas « globalement » les mesures préventives** sont les plus vulnérables face à l'infection [68].

La mesure qui ressort avec les meilleurs effets protecteurs est le **port du masque** [68].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

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



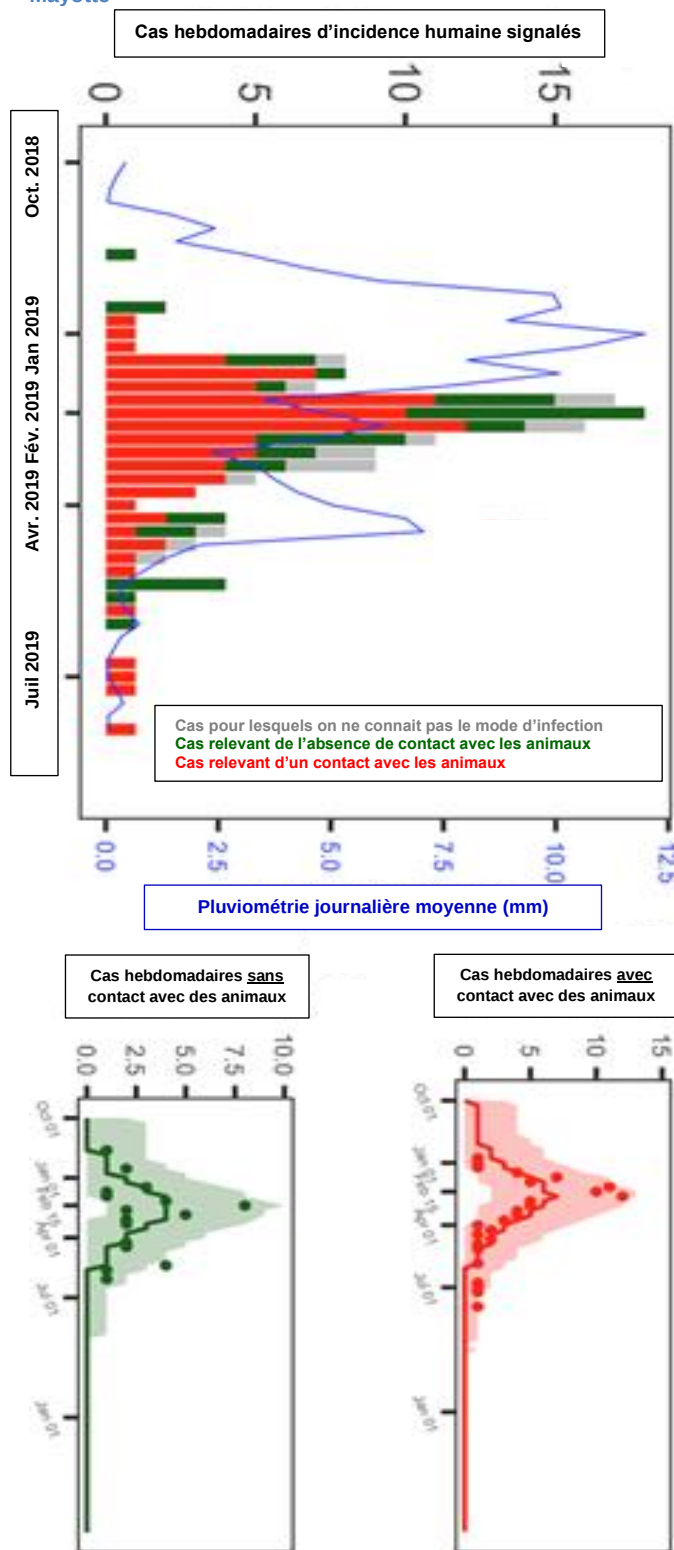
b) La FVR

La FVR est une arbovirose zoonotique (Phlebovirus, Famille Phenuiviridae) **affectant principalement le bétail**, et **transmissible à l'humain par voie vectorielle** (moustiques du genre *Aedes* et *Culex*), et par **contact direct avec le bétail infectieux** (ou ses produits). La maladie²²⁹ est présente en Afrique, dans la Péninsule arabique, Madagascar et dans l'archipel des Comores [126]. La FVR cause chez le bétail des avortements et une surmortalité chez les jeunes animaux [126]. **Chez l'homme**, les symptômes s'apparentent le plus souvent à un syndrome **dengue-like**, avec cependant des **formes sévères rapportées** (méningo-encéphalites, fièvres hémorragique et décès).

Etudiée sur l'île par les acteurs de la Santé humaine et animale **à partir de 2008**, la **maladie est décrite à Mayotte depuis au moins 2004**. Deux épidémies espacées d'une dizaine d'années ont été rapportées en **2007/2008**²³⁰ et **2018/2019**. La mise en place d'une surveillance conjointe santé animale/santé humaine : événementielle chez l'homme et le bétail et prophylaxie²³¹ annuelle chez le bétail, a permis de mieux comprendre son épidémiologie sur l'île [126]. Tout d'abord, les données génomiques et des **modélisations de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de l'équipe IPLESP de l'Inserm** ont mis en avant que ces deux émergences ont résulté vraisemblablement de **réintroductions du virus sur le territoire par des animaux infectés** [126]. Suite à ces travaux, des recommandations ont pu être remontées afin de lutter contre la FVR comme des **dépistages systématiques sur les animaux arrivant sur l'île** [126].

Ces travaux ont également mis en évidence que les **communes centrales de l'île semblent être les plus à même de détecter précocement une réémergence chez l'animal en raison d'un réseau de transport plus intense** permettant le renforcement de la surveillance directement sur certains secteurs de Mayotte [127] (Figure 160). Dès lors, la surveillance conjointe mise en place est primordiale pour continuer à réduire le risque d'infection, notamment dans le secteur central de l'île [126].

Figure 159 : Nombre de cas de FVR de 2018 à 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de Mayotte
Source : Inserm [128]

²²⁹ Décrite pour la première fois en 1930 dans la Corne de l'Afrique [126].

²³⁰ Non documentée du fait d'un déficit de l'Observation. Suite à cette première épidémie, deux dispositifs de surveillance de la FVR (chez les animaux et chez les humains) ont été mis en place. Ces dispositifs nécessitent un travail de coordination et de collecte de données sur le long terme de vétérinaires et de leur service, d'épidémiologistes (en Santé animale et humaine), de virologues, d'éleveurs et d'agents de Santé publique humaine [126].

²³¹ Ensemble des mesures à prendre pour prévenir des maladies.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Concernant l'épidémie de 2018/2019 : **143 cas ont été recensés, 60 % ont été en contact direct avec des animaux d'élevage**, ou avec leurs liquides biologiques et **13 % vivaient à proximité d'élevage** [120].

Les travaux de l'Inserm²³², analysant le nombre de cas, les **précipitations** observées et le **niveau de sérologie chez les animaux d'élevage** [128] (Figures 161 & 162), ont pu conclure que la moitié des cas résulteraient, en fait, d'**infection par piqûre de moustique**, et dans l'autre par **contact direct avec les animaux**. Il s'agit là de résultats innovants et majeurs pour la lutte contre la FVR, permettant en cas de réémergence de mettre l'accent sur la prévention aussi bien auprès de la population générale (lutte contre les moustiques) qu'auprès des éleveurs (population plus en contact avec le bétail) [126]. De ces travaux ressort aussi l'**efficacité d'une vaccination rapide des animaux** dès la première détection de cas humain pour endiguer l'épidémie, ainsi qu'une coordination des dispositifs de surveillance de la maladie [126].

Un autre modèle a été utilisé pour reconstituer la trajectoire de l'épidémie de 2018-2019 au sein de la population [129]. Une **estimation de 10 797 individus de 15 ans ou plus infectés** par le virus de la FVR au cours de l'épidémie a pu être réalisée, parmi lesquels **1,2 % auraient été signalés au système de surveillance** et mettant en évidence un **taux d'asymptomatiques** (ou de personnes n'ayant pas recouru à des soins médicaux) **particulièrement élevé** [129].

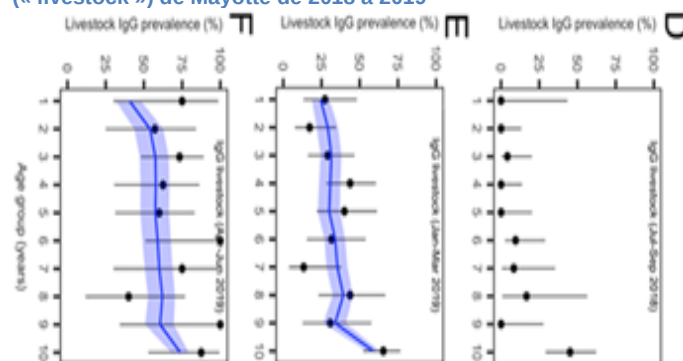
La **séroprévalence** des IgG contre le virus FVR serait **passée d'environ 6 % avant l'épidémie à environ 13 % par la suite dans la population générale** [129]. En l'absence de circulation documentée du virus FVR entre 2011 et 2018, la séroprévalence FVR antérieure à l'épidémie 2018-2019 des moins de 15 ans doit être négligeable [129].

c) La Gale

La Gale n'étant pas une maladie à déclaration obligatoire, le nombre de signaux relatifs et portés à la connaissance de l'ARS était historiquement faible jusqu'en 2021. Ainsi, en 2020 par exemple, on observait 50 des cas symptomatiques, la grande majorité sur le premier semestre de l'année.

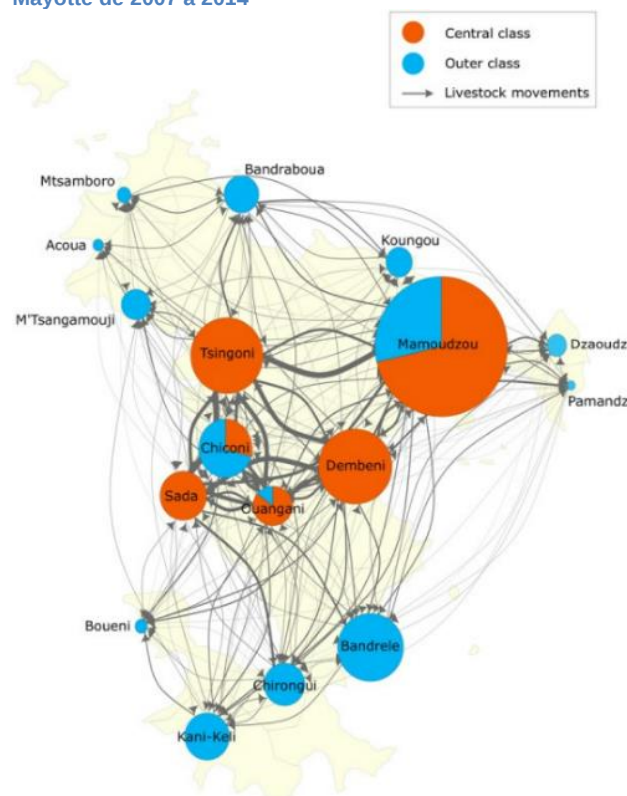
En novembre 2021, 3 cas index en provenance d'un lieu de vie à Sada ont été portés à la connaissance de l'ARS. Des investigations ont été menées autour de ces 3 cas, permettant la **découverte de 82 contacts dont 60 cas symptomatiques**. La multiplication des signalements ont conduit l'ARS à

Figure 160 : Prévalence IgG chez les animaux (« livestock ») de Mayotte de 2018 à 2019



Note : On peut alors observer la faible prévalence en IgG du bétail (« Livestock ») en phase pré-épidémique (figure D), son augmentation au moment du pic de l'épidémie (figure E) puis post-épidémique (figure F)
Champ : Bétail (« Livestock ») de Mayotte
Source : Inserm [128]

Figure 161 : Trajectoire du bétail (« Livestock ») de Mayotte de 2007 à 2014



Note : La taille du « rond » est proportionnelle au volume de bétails par commune. Les « flèches » indiquent les différentes trajectoires d'une commune à l'autre. La taille de la « flèche » est proportionnelle au volume de mouvement par commune.
Champ : Bétail (« Livestock ») de Mayotte
Source : Inserm [127]

²³² Approche interdisciplinaire « One Health » visant à analyser de façon conjointe les données animales, humaines et environnementales et étudiant les circonstances au cours desquelles l'humain peut se contaminer. Cette approche a notamment montré toute son utilité pour le contrôle de la FVR, une infection zoonotique [126].



développer une stratégie de réponse adaptée au territoire de Mayotte en s'appuyant sur les protocoles dits de « mass treatment » développés par l'Ethiopie en partenariat avec l'OMS. Les investigations et les traitements ont débuté avec le concours de la Réserve sanitaire et l'appui de l'association Mlézi Maoré afin de faire face à cette épidémie inédite.

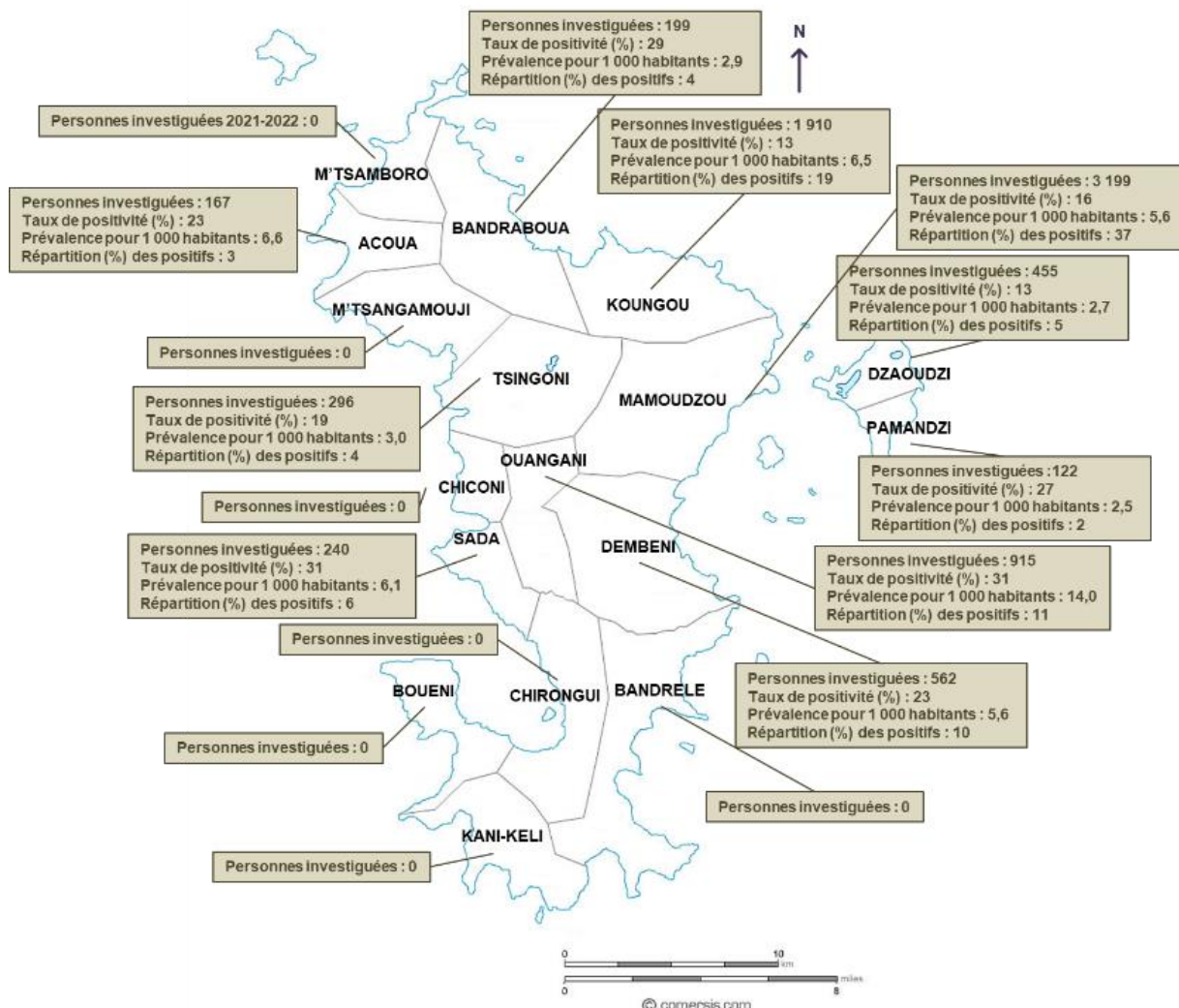
Fin 2022, après 60 semaines d'opération, **8 065 personnes** vivant au sein de 1 695 foyers ont été reçues en consultation, **pour un taux global de séroprévalence de 17 %** [130]. L'indication d'une **administration de masse de traitement a été retenue après 67 investigations** (10 497 personnes traitées) ; 25 investigations ont entraîné des traitements localisés (1 175 personnes traitées) [130]. Le **traitement environnemental a été réalisé au sein de 2 602 foyers** [130]. La prévalence maximale de diagnostic positif au sein d'un quartier de 20 foyers a été de 38 % [130]. Une prévalence à J30 supérieure à celle évaluée au cours des investigations a été notée 3 fois [130]. **Le nombre total de personnes traitées représente 4 % de la population** de Mayotte [130].

Plus des trois quarts des investigations réalisées après notification de cas groupés de gale ont conduit à la réalisation de traitements de masse **confirmant la circulation épidémique de *Sarcoptes scabiei* au sein des quartiers précaires** [130].

En parallèle de ces investigations et traitements, l'ARS de Mayotte a **mis en place un système de signalement des cas de Gale semblable à celui des maladies à déclaration obligatoire**, de manière à suivre et investiguer finement les nouveaux cas.

En **2023, 106 cas symptomatiques** ont été remontés, la grande majorité dans la continuité de l'épidémie de 2022. En **2024, seulement 9 cas** sont observés.

Figure 162 : Répartition des investigations et cas positifs de l'épidémie de Gale de novembre 2021 à décembre 2022



Note : Les taux pour 1 000 habitants sont déterminés depuis la population estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2022 puis ventilée selon les répartitions par commune observée en 2017.

Source : ARS Mayotte - DÉSUS

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



d) La gastro-entérite

En 2024, tout comme chaque année une recrudescence de la Gastro-entérite est observée à Mayotte **entre juin et septembre**. La classe d'âge la plus impactée par la gastro-entérite est celle des **moins de 5 ans**.

En **2016**, l'une des années les plus marquées par la gastro-entérite, **582** passages aux **Urgences** avaient été observés et **17 % des moins de deux ans ont été hospitalisés**. L'année suivante, **393** passages aux Urgences avaient été remontés et un **taux d'hospitalisation similaire** à 2016 avait été constaté (12 % en 2018).

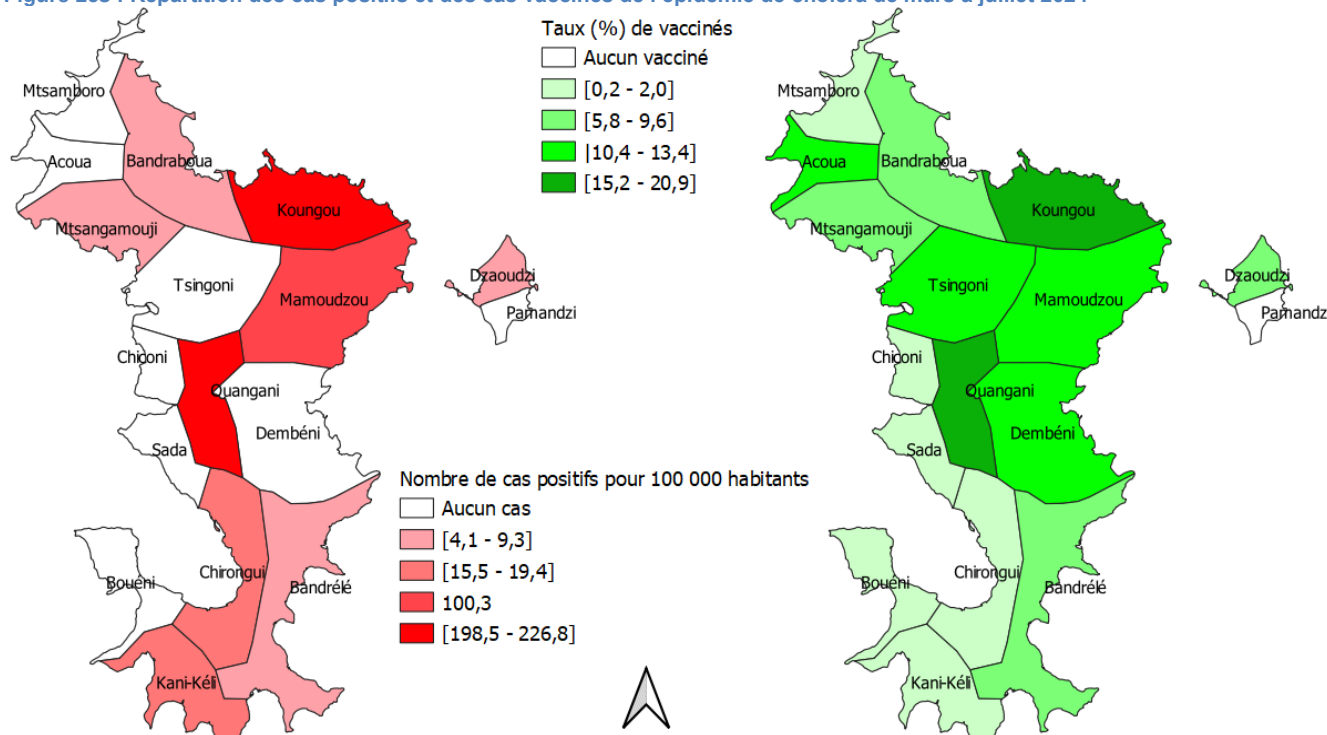
e) Le choléra

Suite à l'épidémie de choléra aux Comores ayant démarré en février 2024, et à l'intensification de la circulation du virus à Anjouan, **un premier cas de choléra a été notifié à Mayotte en mars de cette même année, date du début de l'épidémie qui s'est alors achevée en octobre**.

Le bilan total est de **221 cas** dont **7 décès**²³³ et 14 cas graves ayant nécessité une hospitalisation en réanimation [131]. A noter que le dernier malade a été observé en juillet, il s'agissait alors d'un cas importé²³⁴, cette catégorie pesant alors pour 10 % des cas à Mayotte [131].

Afin de lutter contre l'épidémie, l'**ARS de Mayotte a déployé une vaste campagne de vaccination**²³⁵ avec 33 932 doses administrées à la population, soit **près d'un habitant sur dix**.

Figure 163 : Répartition des cas positifs et des cas vaccinés de l'épidémie de choléra de mars à juillet 2024



Note : Les taux pour 1 000 habitants sont déterminés depuis la population estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2024 puis ventilée selon les répartitions par commune observée en 2017.

Source : ARS Mayotte – DÉSUS, SpF [131]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

f) La Variole du singe

Le **27 août 2022**, le **premier cas** de Variole du singe a été observé sur le territoire. **Depuis, seul un second cas supplémentaire a été diagnostiqué**.

g) La grippe

Depuis fin janvier 2025, Mayotte est en **phase épidémique de grippe** [132].

Au premier trimestre le **taux de positivité aux virus grippaux est de 21 %**²³⁶, en hausse par rapport aux semaines précédentes (15 %) [132]. Toutefois, ce taux est à interpréter avec précaution en raison

²³³ Contre 10 342 cas notifiés et 149 décès aux Comores.

²³⁴ Le dernier cas autochtone correspondant au même mois, à quelques jours d'intervalle du dernier importé.

²³⁵ Dukoral ou Vaxchora.

²³⁶ Données issues du CHM, des CMR et autres CDS.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



d'une baisse importante du nombre de tests réalisés recherchant le virus grippal (-55 % par rapport à la semaine précédente) [132]. Il s'agissait **principalement de virus respiratoires** identifiés, devant les rhinovirus et le VRS [132].

La précédente épidémie de grippe s'était étalée sur la période d'octobre 2023 à février 2024 et avait été particulièrement importante avec environ 400 cas remontés.

h) La bronchiolite

Depuis début décembre 2024, Mayotte est en **phase épidémique de bronchiolite** [132].

Le **taux de positivité au VRS** est de **12 %**, en **nette diminution** par rapport aux semaines précédentes : 21 % [132]. Chez les **enfants de 0 à 24 mois** le taux de positivité était de **25 %** (contre 40 % la semaine précédente) [132]. Toutefois, ces taux sont à interpréter avec précaution en raison d'une baisse importante du nombre de tests réalisés recherchant le VRS (-58 % par rapport à la semaine précédente) [132].

Mayotte demeure un terrain propice aux épidémies d'ampleur de bronchiolite. En **2012, 75 enfants avaient été hospitalisés**. En **2017, 656 passages aux Urgences** chez les enfants de moins de 2 ans avaient été enregistrés, dont **37 % ont été suivis d'une hospitalisation**. La **recrudescence** de la bronchiolite est habituellement observée pendant la **saison des pluies**.

Sur les années 2022 à 2024, les épidémies de bronchiolite connaissent une phase **précoce** (un mois) couplée à une **durée plus élevée** par rapport aux saisons précédentes.

i) La coqueluche

En **2024, 125 cas** ont été rapportés (contre, respectivement, 8 et 17 en 2022 et 2023), avec une hausse principalement observée **en juin et août**. L'épidémie a concerné principalement les **enfants de moins d'un an** (55 %), ainsi que les communes de Mamoudzou (73 PCR positives pour 100 000 habitants), Koungou, Dombéni (38), Bandraboua, Tsingoni (36) et Sada (18). **Cette recrudescence à un niveau d'intensité élevée s'inscrit dans un contexte national et européen** [133].

En 2017 et 2018, autres années considérées comme périodes épidémiques, respectivement 15 et 21 cas avaient été remontés. 80 % des cas diagnostiqués depuis 2017 n'avaient aucune couverture vaccinale. Cette année-là, deux nourrissons atteints de cette pathologie sont décédés en réanimation.

j) La dengue²³⁷

Quatre épidémies de dengue ont pu être documentées sur le territoire : en **2010** avec 108 cas, **2014** avec 494 cas, **2019-2020** avec près de 4 600 cas et la dernière en **2024** avec 81 cas. **Celle de 2019-2020 a été la plus importante** avec un nombre d'hospitalisations record : environ 230.

Sur les années suivantes : 2010, 2012, 2014, 2019, 2020 et 2024, la Dengue a touché **aussi bien les hommes** que les **femmes**. Il s'agissait essentiellement d'individus **âgés de 15 à 64 ans**. En 2012 et 2014, les secteurs les plus concernés étaient le **Centre et le Sud**, tandis qu'en 2019-2020 il s'agissait de Mamoudzou et particulièrement du village de **M'tsapéré**. Enfin, en 2024, la **Petite-Terre** était le secteur où la dengue a le plus sévit.

Lors de l'épidémie de **2014**, le **sérotype 2** était le plus observé, contrairement à celle de 2020 où le **sérotype 1** ressortait le plus²³⁸.

La **séroprévalence** globale de la dengue sur la période **2018-2019** était estimée à **36 %** chez les 15-69 ans [134]. Elle était comparable entre les sexes et **augmentait avec l'âge** : de 12 % chez les 15-17 ans à 52 % chez les 50-69 ans ; et était plus élevée sur les secteurs de Mamoudzou (43 %) et de Petite Terre (39 %) [134]. Une réactivité vis-à-vis du **sérotype 1** du virus de la Dengue a été retrouvée chez 28 % des individus, 38 % pour le **sérotype 2**, 36 % pour le **3** et 3 % le **4** [134]. Environ un tiers présentait une **réactivité pour plusieurs sérotypes** [134].

Le niveau de séroprévalence observé était indicatif d'un potentiel épidémique pour la Dengue, du fait de la part importante de la population immunologiquement naïve, constituant un réservoir de susceptibles pour la diffusion du virus [134]. La période 2019-2020 qui suivie est venue confirmer l'épidémie de Dengue sérotype 1 avec plus de 4 000 cas confirmés [134].

En 2021, **deux tiers de la population des 6 ans ou plus de Mayotte relevaient d'une infection ancienne ou récente à la Dengue** [73].

²³⁷ La dengue est une infection virale transmise à l'homme par la piqûre d'un moustique du genre Aedes. Les signes cliniques se manifestent en moyenne quatre à dix jours après la piqûre de moustique infecté. Les syndromes dengue-like sont les suivants : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ d'apparition brutale, associée à un ou plusieurs symptôme(s) non spécifique(s) – douleurs musculo-articulaires, manifestations hémorragiques, céphalées frontales, asthénie, signe digestifs, douleurs rétro-orbitaires, éruptions maculo-papuleuse – en l'absence de tout autre point d'appel infectieux. Quatre sérotypes de la Dengue existent, pour lesquelles l'immunité produite n'est durable que contre le sérotype infectant, mais n'entraîne pas d'immunité croisée. De plus, le risque de forme grave augmente en cas d'infections secondaires.

²³⁸ Données à prendre avec précaution du fait que la recherche du sérotype n'est pas systématiquement réalisée.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

k) Le chikungunya²³⁹

En 2006, 37 % des deux ans ou plus présentaient des anticorps au chikungunya suite à la première épidémie officiellement répertoriée sur le territoire [135]. En 2019, de nouveaux indicateurs de séroprévalence viennent confirmer l'**absence d'épidémie** entre ces deux années, avec une **séroprévalence chez les 15 à 69 ans de 35 %**, proche de celle observée en 2006 [136].

Parmi les **facteurs de risque constaté** : résider à Mamoudzou ou dans le Nord de l'île, être né aux Comores, être étudiant ou stagiaire non rémunéré, vivre dans un logement précaire, utiliser les cours d'eau pour se baigner et savoir que le paludisme est une maladie transmise par les moustiques [136]. À l'inverse, la séropositivité était moins fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et vivant dans des foyers disposant d'un accès à l'eau courante et à des toilettes [136].

Ces résultats indiquent une immunité persistante après une exposition au chikungunya. Cependant, la **séroprévalence** actuelle de la population n'est **pas suffisante pour prévenir de futures épidémies** [136]. Les personnes **n'ayant jamais été exposées au chikungunya et vivant dans des conditions socio-économiques précaires** sont susceptibles d'être à haut risque d'infection lors de futures épidémies [136].

En 2025, et en lien avec la proximité de Mayotte avec l'île de La Réunion, un foyer important d'épidémies de chikungunya, un premier cas importé a été remonté le 5 mars. Le 26 mars, le premier cas autochtone est observé. A la date du 15 avril, au total **une vingtaine de cas sont recensés** sur le territoire.

l) La conjonctivite

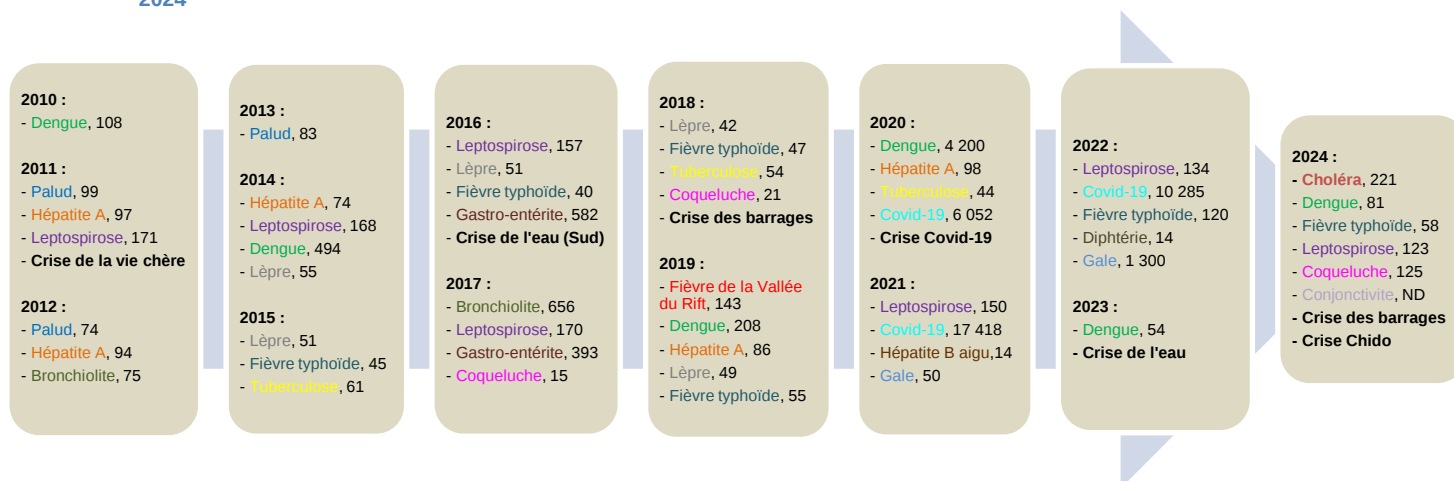
Sur le **mois de janvier 2024**, une **épidémie de conjonctivite** a sévi sur le territoire, avec notamment une augmentation des délivrances de médicaments à usage ophtalmique de **+137 % vis-à-vis de la semaine précédente** de ce même mois : passant d'environ 130 médicaments vendus en première semaine de janvier à 400 la suivante puis 930 la troisième [137].

Ces hausses ont alors été observées dans les communes de Tsingoni, Mamoudzou, Dembèni, Sada, Chirongui et Kani-Kéli [137].

Il faut remonter à **2012 pour retrouver une autre épidémie d'une ampleur supérieure, avec 6 % de la population atteinte** [138]. Partie de la commune de Sada, elle s'était alors étendue sur quatre mois : de février à mai, et notamment dans le Nord, Mamoudzou et Petite-Terre [138].

m) Chronologie

Figure 164 : Chronologie (nombre de cas) des différentes épidémies (hors grippe) sur le territoire de Mayotte de 2010 à 2024



Source : ARS Mayotte – DésUS

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

n) Crise de l'eau

Le département de Mayotte a été confronté à une **sécheresse sans précédent avec un déficit de pluviométrie inédit** sur la période de juin 2023 à février 2024. La conséquence directe est un niveau de remplissage des retenues collinaires et des nappes phréatiques exceptionnellement bas.

La **précédente crise de l'eau remonte à la période de décembre 2016 à mars 2017**, qui avait alors concerné 8 communes (du centre et du sud de l'île) sur 17 et un rythme de coupures allant jusqu'à deux jours consécutifs pour un jour d'approvisionnement en eau [139].

²³⁹ Le chikungunya est une maladie arbovirale provoquant des arthralgies pouvant évoluer en une arthrite chronique invalidante.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

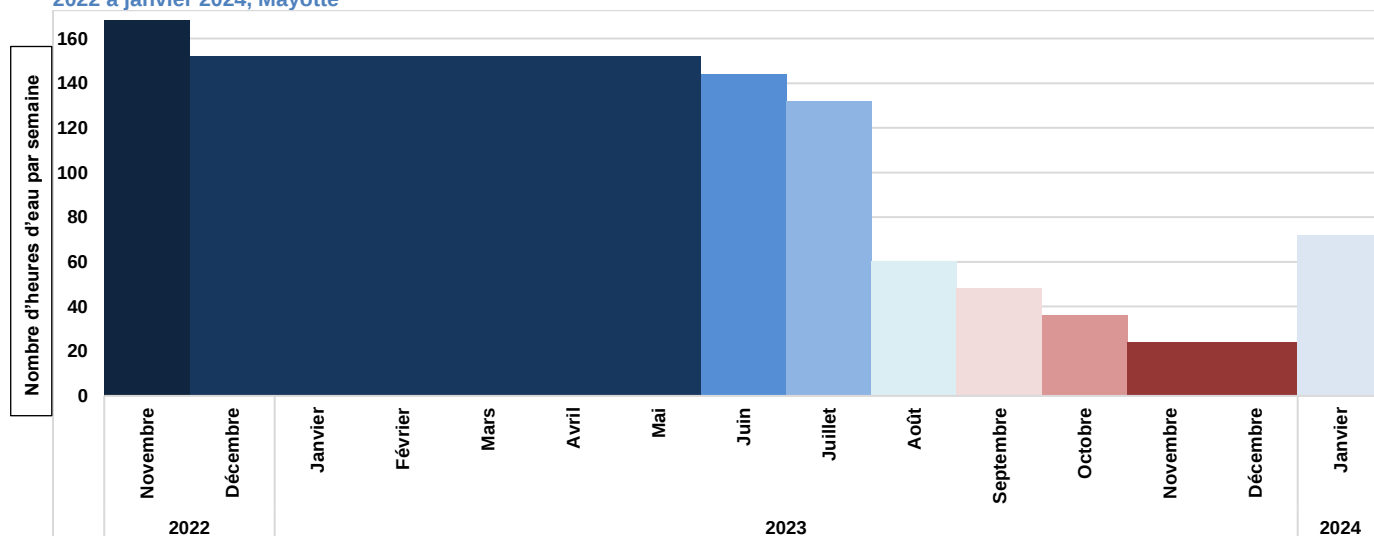
www.ars.mayotte.santé



En 2023 et vers la fin du mois de janvier, il avait plu 40 % de moins que sur une année normale aussi bien à Dzoumogné qu'à Combani, localités abritant les deux retenus collinaires du département. La **sécheresse sans précédent suite au déficit de pluviométrie le plus bas mesuré depuis 1997** et, par conséquent, les niveaux exceptionnellement faibles de réserves d'eau ont conduit le comité de suivi de la ressource en eau sous l'égide du préfet à décider de la mise en place de **coupures d'eau**²⁴⁰ beaucoup plus précocement que les années précédentes (*Figure 160*).

Si la **rupture d'approvisionnement d'eau** peut exposer la population notamment à des risques sanitaires important, d'autant qu'une grande partie de la population se trouve en situation de précarité, il est alors intéressant de souligner malgré une hausse du taux d'activité pour diarrhées aiguës et des taux de positivité à au moins un pathogène entérique observées [137], **aucune épidémie n'a vu le jour au cours de cette crise**.

Figure 165 : Nombre d'heures d'accès à l'eau du robinet par semaine pour la situation la plus défavorable de novembre 2022 à janvier 2024, Mayotte



Note sur les codes couleurs : situation initiale, deux coupures hebdomadaires (17h à 7h), trois..., quatre..., quatre coupures hebdomadaires (16h-8h), coupures quotidiennes (16h-8h) ou trois coupures hebdomadaires de 24h (16h-16h), coupures de 48h toutes les 72h sur Grande Terre hors Kawéni, coupures de 54h toutes les 72h hors Kawéni, coupures de 24h toutes les 48h

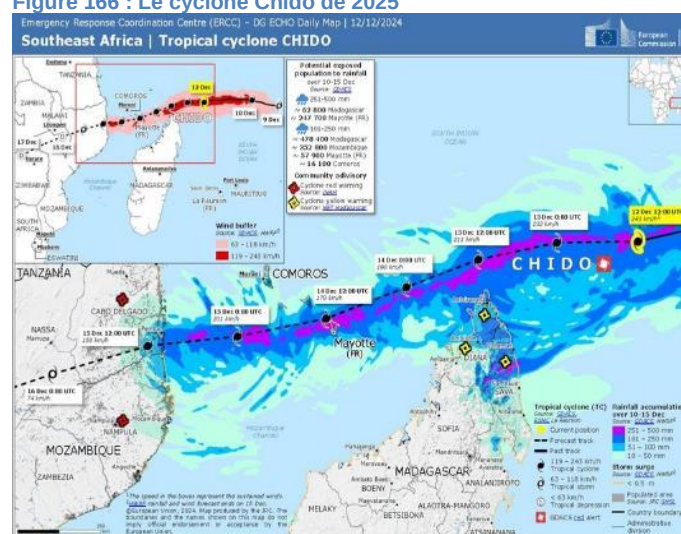
Source : SpF, points épidémiologiques [137]

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques

o) Crise « Chido »

Depuis le 5 décembre, le CMRS de La Réunion suivait un potentiel **développement cyclonique** dans la zone nord-est du bassin océanique. Le 9 décembre la perturbation est classée en **dépression tropicale** et le 10 décembre en **tempête tropicale** modérée, puis **forte**. La tempête se dirige alors vers la pointe Nord de Madagascar. Le 11 décembre, **Chido** devient un **cyclone tropical intense de catégorie 3** sur l'échelle de Saffir-Simpson. Les **alertes cycloniques** sont alors **émises** pour Mayotte, Madagascar et les Comores, et le 12 décembre Chido devient un **ouragan de catégorie 5** qui commence à faiblir lentement. C'est le 13 décembre que la **trajectoire vers Mayotte est confirmée**, Chido franchissant exceptionnellement la pointe Nord de Madagascar avec des vents soufflant à 185

Figure 166 : Le cyclone Chido de 2025



²⁴⁰ Ce manque d'approvisionnement en eau peut alors engendrer : un recours à une eau impropre à la consommation, une hydratation insuffisante, une impossibilité d'appliquer les mesures d'hygiène de base, dont le lavage des mains, un défaut d'assainissement et l'impossibilité d'évacuer les excréments, un stockage d'eau impropre à l'alimentation ou susceptible de constituer des gîtes larvaires.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé

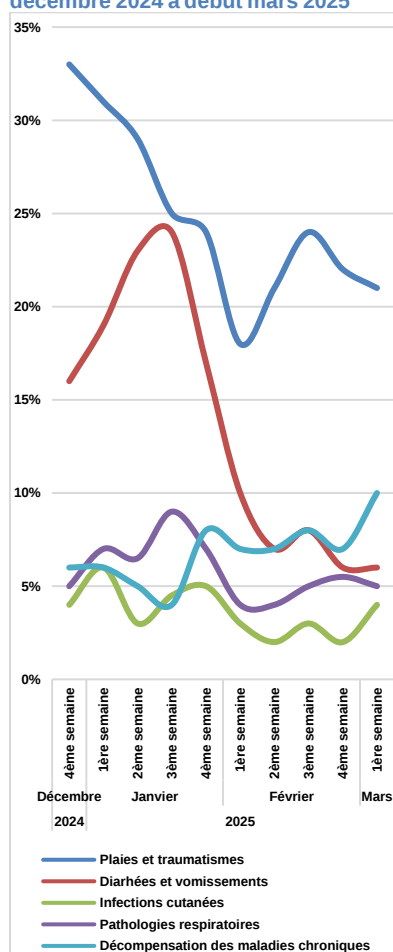


Maescha de Unono®
"La vie, c'est la santé !"

km/h. Mayotte, en alerte jaune depuis le 11 décembre, est alors placée en alerte orange dans la matinée, puis rouge le soir-même. Le **14 décembre**, le territoire passe en alerte violette, **Chido traverse alors Mayotte**, la secouant à coup de **rafales de vent à 179 km/h**, son œil passant par la commune de Bandraboua pour ressortir environ 30 minutes après vers la ville d'Acoua, puis part vers le Mozambique. Le cyclone Chido a ainsi causé un lourd bilan humain à Mayotte, avec des **milliers de blessés**. Les **destructions ont été également importantes**, affectant à la fois les habitations et les infrastructures essentielles, notamment les hôpitaux, les écoles, ainsi que les réseaux électriques, hydrauliques, de transport et de communication. Il faut **remonter à 1984** (90 ans), le cyclone Kamisy, pour retrouver trace d'une tempête tropicale ayant touché Mayotte. En effet, la quasi-intégralité des cyclones se formant dans cet endroit du monde vont d'abord frapper Madagascar où ils perdent leur énergie pour arriver affaiblis dans le canal du Mozambique, ce qui ne fût pas le cas cette fois-ci.

Tout au long de la crise « Chido », **plusieurs systèmes de surveillance ont été déployés** afin de bâtir des indicateurs de suivi et de gestion de crise sanitaire :

Figure 167 : Répartition des principaux motifs de recours aux urgences du CHM, de fin décembre 2024 à début mars 2025



Source : SpF, points épidémiologiques [140]

Figure 168 : Répartition des principaux motifs de recours à l'Escrim et la SSFMT, de fin décembre 2024 à début mars 2025

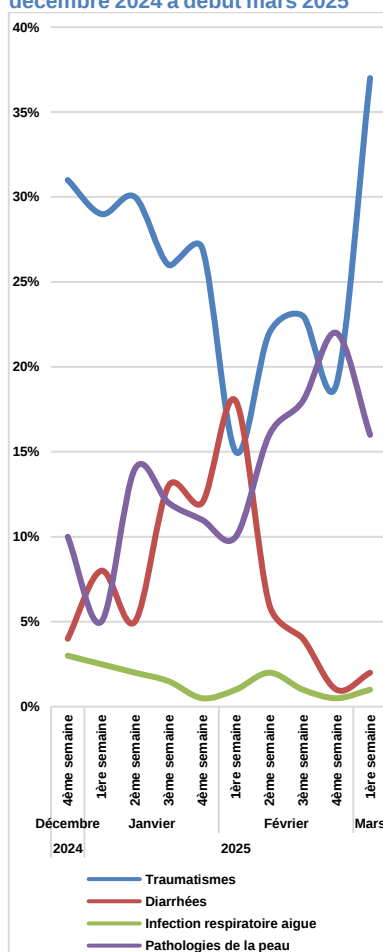
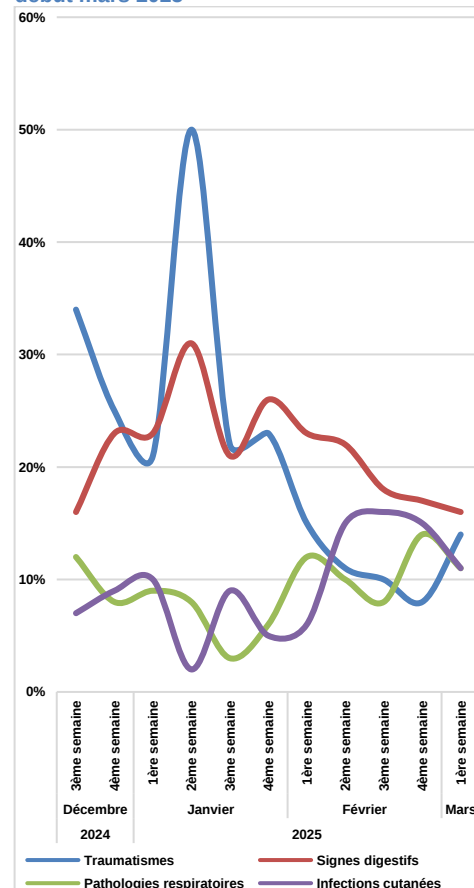


Figure 169 : Répartition des principaux motifs de consultation dans les CMR et centres de périphériques de la troisième semaine de décembre 2024 à début mars 2025



Le CHM et les Urgences

Du lendemain du passage du cyclone jusqu'au 3 mars 2025, et sur une période de deux mois à deux mois et demi, près de 14 500 hospitalisations au CHM ont été relevées, la grande majorité en pédiatrie. Près de 9 000 passages aux Urgences ont eu lieu également [140].

Les **plaies et traumatismes** restent depuis le début de la crise le premier motif de recours aux Urgences, diminuant toutefois de près de 15 points [140]. Ce sont les **diarrhées et vomissements** qui étaient le second motif jusqu'à janvier : près de 15 % la dernière semaine de décembre 2024 à 25 % pour celle de janvier 2025 [140]. Depuis ce type de recours a nettement diminué, passant après les **décompensations de maladies chroniques** [140] (Figure 168).



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

L'Escrim et la SSFMT

Le 24 décembre 2024, l'Escrim a été déployé sur le territoire afin de soutenir l'offre de soins sévèrement touchée par « Chido ». Un peu plus de 5 000 patients pris en charge jusqu'à sa fermeture le 3 février, laissant place à la SSFMT [140]. A son tour, cette dernière a pris à charge au 3 mars 2025 et en totalité près de 2 000 patients [140].

Les traumatismes ont nettement dominé les motifs de prises en charge sur toute la période considérée [140]. Les **diarrhées**, en augmentation, de près de 5 % en fin 2024 à près de 18 % en début février, ont depuis **nettement diminué** [140]. Enfin, les **pathologies de la peau** retiennent l'attention, en **croissance permanente** depuis fin 2024 jusqu'à fin février : environ **+11 points**, malgré une forte baisse sur la première semaine de mars [140] (Figure 163).

Les CMR et centres périphériques

Les CMR et centres périphériques ont également permis d'ériger un bilan évolutif de la situation sanitaire sur le territoire, confirmant la prédominance du recours pour **traumatismes** jusqu'à mi-janvier avec un pic à 50 %, **laissant ensuite place aux signes digestifs** à partir de février [140]. Sur le mois de février et la première semaine de mars les signes digestifs vont également **diminuer** de près de 25 % à 15 %, rejoignant ainsi les quatre autres types de recours sous surveillance **autour des 10 à 15 %** [140] (Figure 164).

Les réseaux sentinelles

La diminution des diarrhées visible sur ces trois systèmes de surveillance est également confirmée par l'activité des **pharmacies sentinelles** avec la **baisse de la vente des anti-diarrhéiques**, après avoir doublé de fin décembre 2024 à fin janvier 2025 : environ 4 à 8 % [140].

Suite à la rentrée scolaire fin janvier 2025, le système de surveillance des **infirmières scolaires sentinelles** de l'EN a été relancé dans les collèges et les lycées. Les indicateurs remontés confirment à leur tour la **baisse des diarrhées aiguës** et la **hausse des affections cutanées** sur fin janvier [140] [141] [142] [143]. Ils mettent également en évidence qu'un **enfant sur vingt présente des troubles psychologiques** [141] [142] [143] (Tableau 33).

Tableau 33 : Indicateurs remontés par les infirmières scolaires sentinelles de mi-février à début mars

	Février			Mars
	2nde semaine [143]	3ème semaine [142]	4ème semaine [141]	1ère semaine [140]
Nombre d'infirmières participant au dispositif	8	10	12	6
Nombre de consultations réalisées	489	753	919	467
Consultations pour diarrhées aiguës	9%	9%	7%	6%
Consultations pour affections cutanées	9%	5%	10%	3%
Difficulté alimentaires	2%	5%	5%	5%
Difficultés pour consommation/accès d'eau		0,3%	6%	
Troubles psychologiques		3%	5%	5%

Source : SpF, points épidémiologiques [143] [142] [141] [140]

Le réseau de Santé communautaire

La SBC est un dispositif mis en place par l'ARS de Mayotte et collectant des données épidémiologiques de manière « flash » au travers d'un dispositif de type « aller vers ».

Dès le 24 décembre, de premières maraudes dans différents quartiers de la commune de Tsingoni ont permis de mettre en évidence l'absence de décès et le recensement de **nombreux cas de blessures** (3 foyers sur 10) [144]. La moitié des personnes investiguées remontait des **troubles psychologiques** (48 %), couplée à des **cas de diarrhée, toux** (16 %) ou **fièvre** (9 %) [144].

Les nouvelles maraudes menées de **mi à fin janvier** mettaient en évidence un **accès à l'eau en bouteille très faible** (<10 % des foyers), même si les deux tiers disposaient d'un accès à l'eau du réseau pour boire et **85 % consommaient l'eau du réseau** [145] [146]. **En diminution** vis-à-vis de la dernière semaine de 2024, **32 %** des foyers investigués continuaient tout de même de déclarer des **problèmes psychologiques** [145] [146]. **Les symptômes de diarrhées, de fièvre et de toux quant à eux persistaient** et les trois quarts déclaraient des **difficultés à se procurer de la nourriture** [145] [146]. Avec la prolifération des déchets suite au passage du cyclone et par voie de conséquence, celle des gîtes larvaires : **85 % des foyers déclaraient se faire souvent piquer par les moustiques** [145] [146].

Sur la **première semaine de mars**, la situation ne s'était guère améliorée : **6 %** des foyers investigués ont **accès à l'eau en bouteille** seulement [140]. **Un quart des foyers** comptait au moins un adulte ou un enfant avec des **problème psychologiques** [140]. **16 % pour des cas de diarrhées ou vomissement chez les enfants et 6 % chez les adultes** [140]. Enfin, **93 %** déclaraient se faire souvent piquer par les **moustiques**, et **77 %** à avoir des **difficultés à se procurer de la nourriture** [140].



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

c) Taux de mortalité

En 2022, Mayotte est le département français où le nombre de décès par habitant est le plus faible : **3,1 décès pour 1 000 habitants**, du fait de la jeunesse de sa population. Cependant, **à structure de population équivalente**²⁴², le taux de mortalité à Mayotte serait **1,5 fois plus élevé que dans l'Hexagone** avec un indice comparatif²⁴³ de mortalité 33 % plus élevé pour les hommes mahorais et 75 % plus élevé pour les femmes mahoraises (Tableau 35).

Une surmortalité plus prononcée chez les femmes de 60 ans ou plus peut être observée. En effet, si pour les 20-59 ans le surcroît de mortalité à Mayotte par rapport à l'Hexagone est plus faible, c'est après 60 ans que de nettes différences sont constatées.

Tableau 35 : Taux de mortalité pour 1 000 habitants par sexe et tranche d'âge en 2016, 2019 et 2022 à Mayotte

	Chez les hommes						Chez les femmes						Ensemble					
	Mayotte			Hexagone			Mayotte			Hexagone			Mayotte			Hexagone		
	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022
De 0 à 4 ans	3,2	3,0	2,9	0,8	0,9	1,0	2,9	2,0	2,2	0,7	0,7	0,8	3,1	2,5	2,6	0,8	0,8	0,9
De 5 à 19 ans	0,5	0,3	0,5	0,2	1,5	0,2	0,2	0,8	0,3	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1
De 20 à 39 ans	1,5	1,4	1,4	0,8	0,8	0,9	0,5	1,0	0,8	0,3	0,3	0,4	0,9	1,2	1,1	0,5	0,6	0,6
De 40 à 59 ans	3,8	4,0	4,6	3,9	3,7	4,0	3,4	3,6	4,2	2	1,9	2,0	3,6	3,8	4,4	2,9	2,8	3,0
De 60 à 74 ans	24,2	19,8	20,5	16,1	15,2	16,2	21,9	22,2	22,0	7,6	7,3	8,1	23,1	21	21,2	11,6	11	11,9
75 ans ou plus	91,9	88,6	94,3	77,4	74,9	77,3	79,9	82,5	106,3	62,6	63,1	66,2	85,5	85,4	100,6	68,2	67,6	70,6
Ensemble	3,4	3,1	3,4	9,3	9,4	10,3	2,5	2,7	2,9	8,8	9,0	9,8	2,9	2,9	3,1	9,0	9,2	10,0

Source : Insee, Cépi-DC – Insee, Bilan démographique de 2016 [148]

Exploitation : ORS Mayotte

En 2023, sur 1 000 enfants nés vivants, **10,5 n'atteignent pas l'âge d'un an** (10 en 2016 [148]) : 4,0 nourrissons sur 1 000 décèdent avant une semaine et 6,5 entre une semaine et un an (respectivement 2,8 et 7,3 en 2016 [148]), ce qui représente **un taux trois fois plus élevé que dans l'Hexagone** [148].

En 2021, les indicateurs de mortalité périnatale sont deux à trois fois plus importants que dans l'Hexagone avec un taux de **mortinatalité** de 17,9 pour 1 000 naissances totales (8,1 dans l'Hexagone) ; de **mortalité infantile** de 8,6 pour 1 000 naissances vivantes (3,4 dans l'Hexagone) ; et de **mortalité néonatale** de 5,3 ‰ (2,6 dans l'Hexagone) [83] (Tableau 37).

Tableau 36 : Indicateurs de mortalité périnatale à Mayotte de 2016 à 2021

	‰	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de mortinatalité ²⁴⁴	Mayotte	15,3	13,3	12,7	14,7	15,8	17,9
	Hexagone	8,7	8,6	8,4	7,8	8,2	8,1
Taux de mortalité infantile ²⁴⁵	Mayotte	10,1	8,8	9,8	8,5	9,5	8,6
	Hexagone	3,5	3,6	3,6	3,6	3,4	3,4
Taux de mortalité néonatale ²⁴⁶	Mayotte	5,1	4,8	4,8	5,1	5,3	5,3
	Hexagone	2,6	2,6	2,4	2,6	2,5	2,6
Taux de mortalité néonatale précoce ²⁴⁷	Mayotte	2,8	3,6	2,7	3,4	3,9	3,2
	Hexagone ²⁴⁸	1,4	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8
Taux de mortalité néonatale tardive ²⁴⁹	Mayotte	2,2	1,2	2,1	1,7	1,4	2,1
	Hexagone	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8

Source : ARS Mayotte-Répéma, Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2021 [83]

d) Causes de décès, données brutes

En moyenne sur la période 2018 à 2020, **839 décès annuels par an ont été observés**.

Les deux premières causes de décès (dont la cause est identifiée) relèvent des « **maladies de l'appareil circulatoire** » (17 %) et des « **cancers** » (14 %), soit **deux décès sur cinq**.

Deux causes tiennent le troisième rang : les « **causes externes de blessure et d'empoisonnement** » et les « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** » (6 %) (Figure 166).

²⁴² Le taux de mortalité standardisé est le taux de mortalité d'une population présentant une distribution standard par âge. Il est ici calculé en moyenne sur trois ans. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité entre périodes et entre territoires. Ces taux visent ainsi à chiffrer les décès indépendamment des différences impactées par les pyramides des âges des populations.

²⁴³ L'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observés dans le département et le nombre de décès attendus. Ce dernier indicateur est calculé en appliquant à la population du département les taux de mortalité nationaux par âge et sexe. Lorsque l'indice est supérieur à 100, la mortalité du département est supérieure à la moyenne française, indépendamment de la structure par âge et sexe de la zone en question.

²⁴⁴ Nombre de fœtus morts expulsés après 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g pour 1 000 naissances totales.

²⁴⁵ Nombre d'enfants domiciliés à Mayotte décédés dans leur première année de vie pour 1 000 naissances vivantes.

²⁴⁶ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie pour 1 000 naissances vivantes.

²⁴⁷ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et la première semaine de vie pour 1 000 naissances vivantes.

²⁴⁸ Mortalité hospitalière uniquement.

²⁴⁹ Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la deuxième semaine (inclusive) et le premier mois de vie pour 1 000 naissances vivantes.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

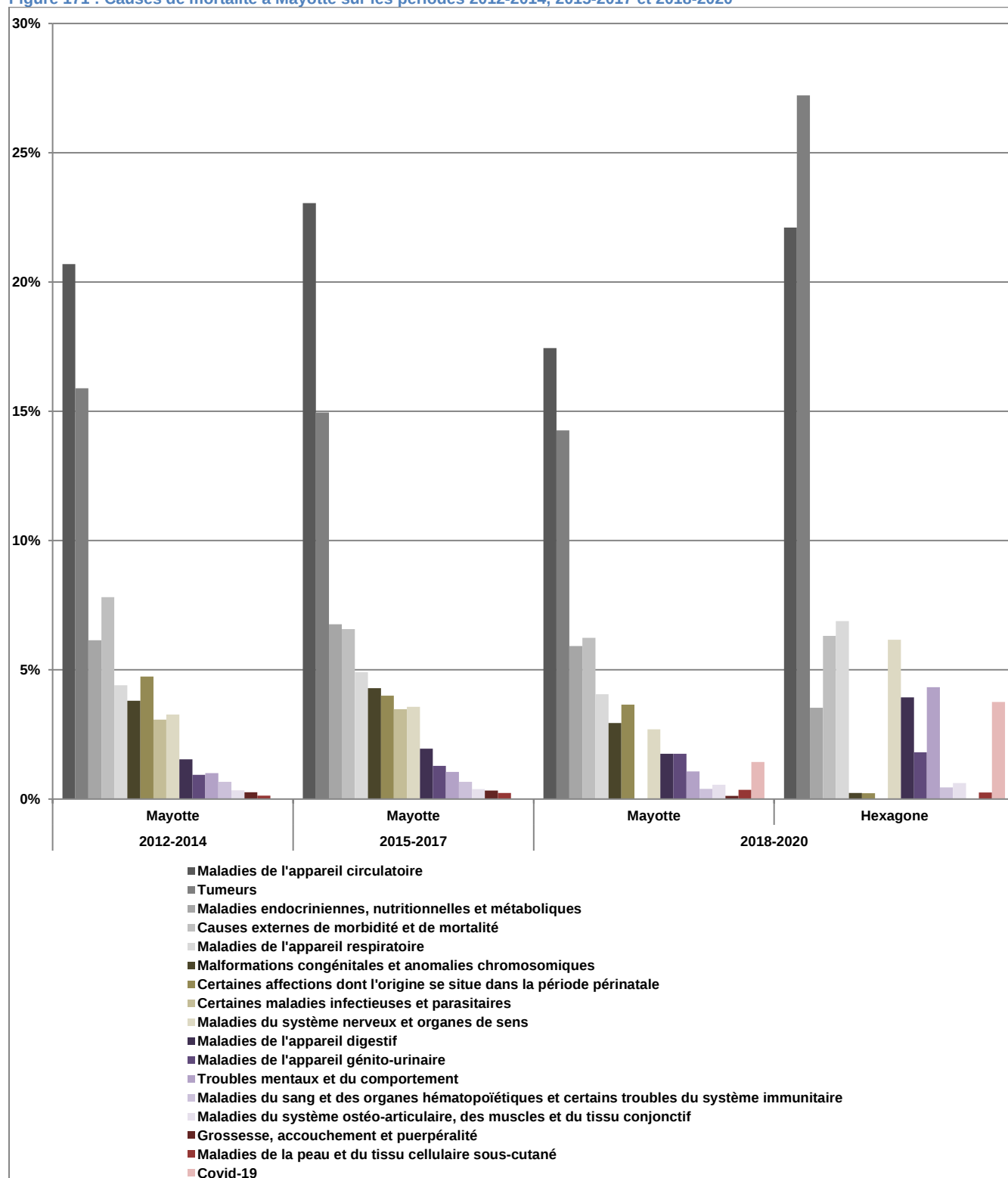
www.ars.mayotte.santé



Pour les hommes et les femmes, les deux premières causes de décès (dont la cause est identifiée) restent les mêmes. Pour le troisième rang se sont les « **causes externes de blessures et d'empoisonnements** » pour les **hommes** ; et pour les **femmes** il s'agit des « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** » (Figure 172).

Un décès sur trois reste indéfini (10 % dans l'Hexagone), demeurant la « première cause de mortalité » à Mayotte (3^{ème} dans l'Hexagone).

Figure 171 : Causes de mortalité à Mayotte sur les périodes 2012-2014, 2015-2017 et 2018-2020



Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



e) Causes de décès, données standardisées

Sur la période 2018 à 2020, à **structure de population équivalente**, la mortalité est, toutes causes confondues, plus importante à Mayotte que dans l'Hexagone, pour les « **maladies de l'appareil circulatoire** » (2 fois plus), pour les « **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** » (4 fois plus), pour le **diabète sucré** (5 fois plus) et pour les « **maladies infectieuses et parasitaires** » (4 fois plus) (*Tableau 37*).

À contrario, une sous-mortalité peut être remarquée pour les « **tumeurs** » (1,4 fois moins), les « **causes externes de blessure et d'empoisonnement** » (1,3 fois moins), les « **troubles mentaux et du comportement** » (1,4 fois moins), les « **suicides** » (10 fois moins), et du « **système nerveux et des organes des sens** » (près de 2 fois moins) (*Tableau 37*).

Tableau 37 : Causes de mortalité à Mayotte de 2018 à 2020 - Données standardisées

Grande cause initiale de décès (libellé CIM10)	Mayotte			Hexagone		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	55,8	37,7	46,6	16,3	10,2	12,62
Tumeurs	172,65	161,9	165,4	281,0	159,5	210,06
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4,13	3,3	3,6	4,0	2,6	3,14
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	103,575	85,3	94,3	30,1	20,7	24,6217
- Diabète sucré	79,18	59,2	69,0	16,8	10,0	12,87
Troubles mentaux et du comportement	16,8586	24,8	20,8	32,6	25,5	28,9928
- Abus d'alcool, y compris psychose alcoolique	4,27		2,1	6,0	1,2	3,46
Maladies du système nerveux et des organes de sens	28,4344	20,6	24,9	47,6	39,2	43,1227
Maladies de l'appareil circulatoire	291,89	289,7	291,5	196,7	118,5	150,9
Maladies de l'appareil respiratoire	84,9	56,8	70,5	67,1	34,9	47,2
- Asthme	4,3	4,0	4,2			
Maladies de l'appareil digestif	20,6	29,8	25,6	39,1	21,0	29,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1,7	7,8	5,0	1,6	1,7	4,8
Maladies du système ostéoarticulaires, des muscles et du tissu conjonctif	5,0	5,2	5,2	4,8	4,1	4,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	36,4	13,6	25,0	17,1	9,4	12,1
Grossesse, accouchement et puerpéralité		0,7	0,4		0,1	0,1
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	4,6	3,4	4,0	2,7	2,1	2,4
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	6,4	3,8	5,0	2,4	2,1	2,2
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	451,1	473,4	460,4	90,2	58,1	72,8
Causes externes de morbidité et de mortalité	57,0	21,4	38,6	71,0	31,2	49,0
- Accident de la circulation	4,7	0,4	2,3	5,7	1,4	3,5
- Suicides	1,8	0,7	1,2	20,6	5,8	12,7
Covid-19	34,4	15,6	24,6	36,3	18,9	25,7
Toutes causes confondues	1 375,70	1254,9	1310,9	940,7	559,6	720,1

Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès

Source : Inserm Cépi-DC

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outils OR2S

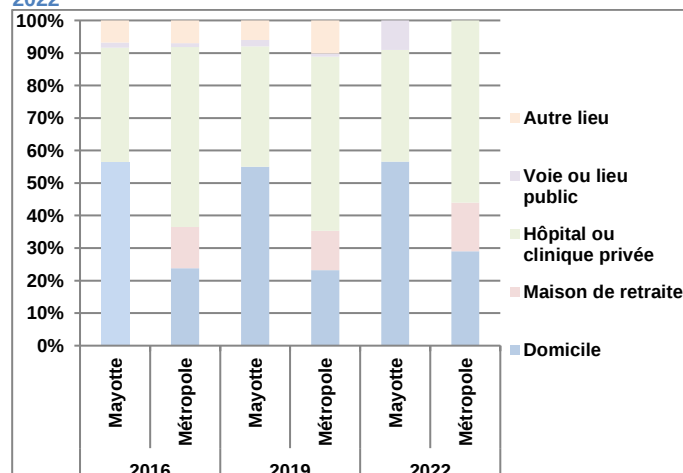
f) Lieux de décès

À Mayotte en 2022, **plus de la moitié des décès ont lieu à domicile** : 56 % contre 29 % dans l'Hexagone, stable depuis 2016 (*Figure 173*).

Dans l'Hexagone, la majorité des décès surviennent à l'hôpital. La culture mahoraise, les rites funéraires et les coûts associés (transport funéraire...) conduisent un grand nombre de familles à organiser un retour au domicile à l'approche du décès.

De plus, il n'y a **pas de maisons de retraite à Mayotte** (15 % des décès dans l'Hexagone). Par ailleurs, 3 % des décès ont eu lieu en milieu hospitalier à La Réunion.

Figure 172 : Lieu du décès à Mayotte en 2016, 2019 et 2022



Champ : Décès domiciliés, causes initiales de décès

Source : ARS Mayotte-Insee, Bilan démographique de 2016

[148]

Exploitation : ORS Mayotte, Fnors outils OR2S



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



En plaçant le curseur sur le lieu de domicile des personnes décédées pour l'année 2023, il ressort que la commune de **Bouéni** présente le plus haut taux de mortalité avec **4,4 décès pour 1 000 habitants** de la commune. Viennent les communes de **M'tsamboro**, **M'tsangamouji**, **Acoua**, **Chirongui** et **Mamoudzou** avec des taux compris entre **3,2 et 3,9 décès pour 1 000 habitants**.

Enfin, les communes restantes ont des taux de **2,1 à 3,0 décès pour 1 000 habitants** (Figure 174).

Dans 32 % des cas le décès a eu lieu à Mamoudzou et 11 % à Koungou. Concernant les autres communes, la répartition est plus ou moins homogène et comprise entre 2 et 6 %.

Figure 173 : Taux de décès par commune et pour 1 000 habitants en 2023

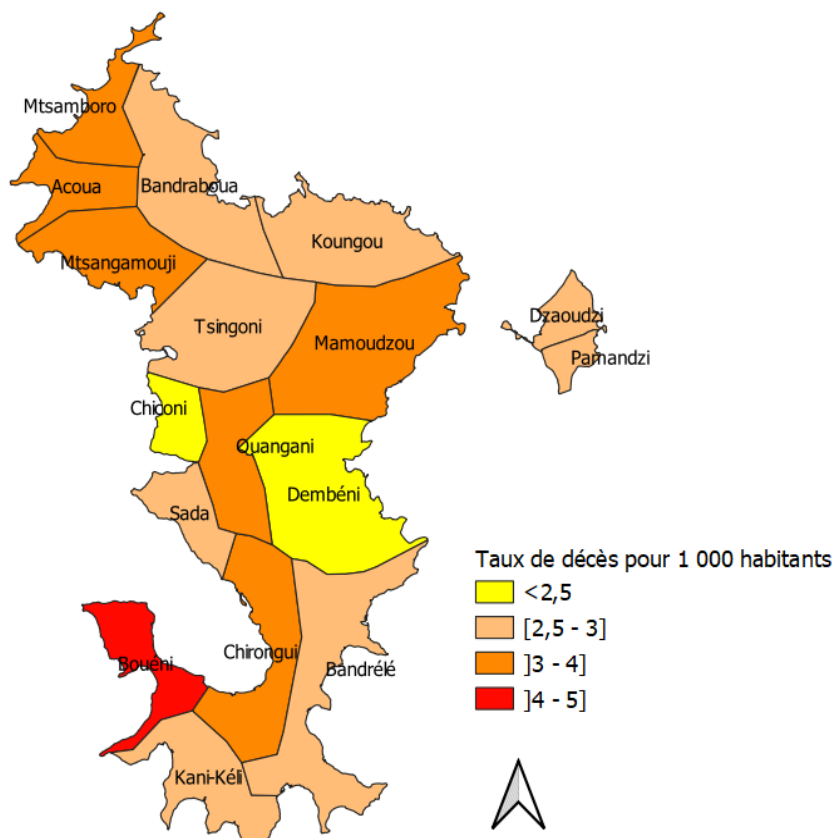


Figure 174 : Taux de décès par commune et pour 1 000 habitants sur la période 2017-2019

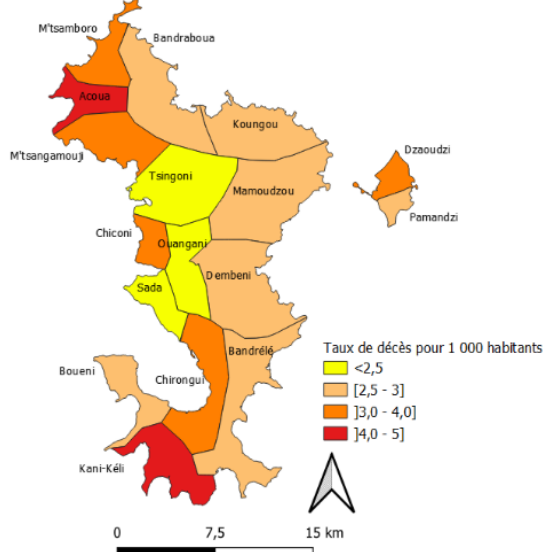
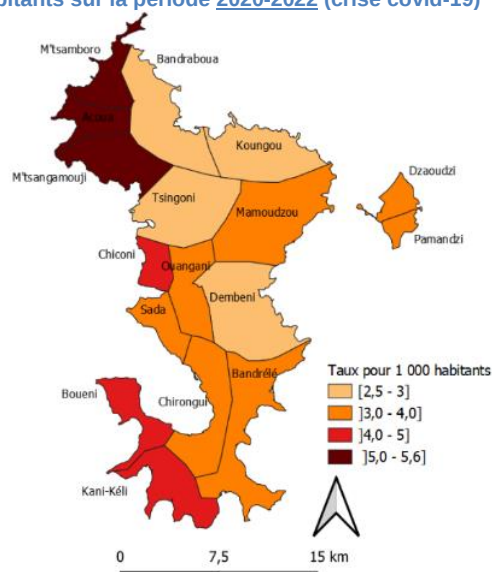


Figure 175 : Taux de décès par commune et pour 1 000 habitants sur la période 2020-2022 (crise covid-19)



Champ : Décès domiciliés

Source : Insee, fichiers d'état civil

Exploitation : ARS Mayotte – Département Etudes et Statistiques



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



Synthèse

CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

Au 1^{er} janvier 2025, 330 000 habitants sont estimés sur le territoire, soit une densité de population particulièrement importante, la 7^{ème} de tous les départements. Le territoire se caractérisait alors en 2017 par un taux d'accroissement annuel moyen de +3,8 %, le plus fort de France, soit 7 700 personnes de plus, chaque année. L'Insee prévoit alors une population qui pourrait doubler vis-à-vis de celle de la dernière estimation fournie : entre 440 000 et 760 000 habitants attendus pour 2050.

La pyramide des âges met en évidence la jeunesse de la population : la moitié des habitants ont moins de 18 ans (*contre un sur cinq pour la France Hexagonale*) et à l'opposé seulement une personne sur vingt a 60 ans ou plus (*contre un quart*). La précarité est omniprésente avec une franche opposition entre le secteur Ouest, aux meilleures conditions de vie, et le secteur Est, plus concerné par la précarité. Le territoire cumule les indicateurs de précarité : les trois quarts de la population vivent en-dessous du seuil de pauvreté national, un adulte actif sur trois est au chômage (*contre un sur vingt*), un quart des 15 ans ou plus sort du système scolaire avec un diplôme qualifiant (*contre sept sur dix*) et un quart de la population est en situation irrégulière, soit près de 82 500 individus (la moitié des habitants étant de nationalité étrangère à Mayotte).

L'habitat insalubre peuple le paysage de Mayotte, deux résidences principales sur cinq en tôle, se substituant au fil des années passées à l'habitat traditionnel en bois, matière végétale ou terre alors que l'habitat en dur est resté stable depuis 1997. On notifie également le surpeuplement des logements avec une moyenne de 1,4 personne par pièce sur tout le territoire (*contre 0,6*).

On relève un très fort déficit d'accès à l'eau à l'intérieur des logements, trois ménages concernés sur dix en 2017, sans progression puisque ce taux était déjà observé en 2012 alors qu'il avait diminué de moitié par rapport à 2007. Les politiques en santé développent alors une stratégie d'implantation des BFM et des rampes afin d'apporter à la fois aux plus démunis de l'eau de consommation de bonne qualité mais aussi lutter contre l'apparition d'épidémie de maladies oro-fécales.

A ces multiples strates successives de précarité s'ajoute également un coût de la vie plus élevé de 10 % par rapport à l'Hexagone, avec un pic à +54 % pour l'alimentation et les boissons non alcoolisées.

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

De 2021 à 2023, on observe plus de 10 000 naissances (+40 % en 10 ans), plaçant le CHM au rang de première maternité de France, l'indice conjoncturel de fécondité s'élève à 4,5 enfants par femme (*contre 1,8 en France Hexagonale*) et est fortement lié au niveau de scolarisation.

Trois couples sur dix unissent une personne née dans un pays étranger et une personne née à Mayotte ou ailleurs en France (*une sur dix*), la moitié des nouveau-nés ont alors au moins un de leur deux parents français. Par ailleurs, on constate à Mayotte que ce désir d'enfants important diminue d'une génération à l'autre, et les cas extrêmes sont portés ni par les natifs de Mayotte ni par les femmes de tout horizon mais par les hommes nés à l'étranger. Quant aux taux de grossesses chez les mineures, de 4 %, il place le 101^{ème} département au second rang après la Guyane.

Cet indicateur est à opposer au taux de familles monoparentales d'un tiers des ménages (*contre un sur cinq*), justifiant certaines difficultés à encadrer les nouvelles générations. Le principal avantage déclaré pour la parentalité est l'aide apportée par les enfants au sein du foyer. On retrouve également ce concept chez les adultes vis-à-vis de leurs aînées, la société Mahoraise se démarquant par une solidarité intergénérationnelle particulièrement forte et permettant de briser de nombreux freins soulevés par la précarité ambiante.

L'espérance de vie est nettement plus faible qu'en France Hexagonale : 6 ans de moins chez les hommes et 12 ans de moins chez les femmes, en 2023. Sans surprise, le taux de mortalité standardisé est 1,5 fois plus important et on observe une surmortalité particulièrement plus prononcée chez les femmes de 60 ans ou plus. Pour autant, cela ne doit pas masquer le fait qu'aux âges les plus jeunes la mortalité est également bien plus haute : 2,6 pour 1 000 enfants de moins de quatre ans (*contre 0,9*) et 0,4 pour les cinq à dix-neuf ans (*contre 0,1*).

DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

De par son caractère insulaire, Mayotte fait par défaut face à toute un panel de défis.

A cela s'ajoute des enjeux essentiels sur la gestion des déchets puisque, en 2023, sept habitants sur dix en déclarent la présence chez eux ou autour de leur logement. Et avec la même proportion jetant régulièrement ses poubelles en dehors des bacs à ordures ou encore un sur dix qui pense que le matériel électroménager défectueux peut être jeté dans la nature, un renforcement des actions de sensibilisation mais aussi des infrastructures prend tout son sens. D'autant plus que la prolifération des déchets est



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

un facteur de risque essentiel de l'expansion des gîtes larvaires des moustiques (pneus abandonnés, etc.) et des rats (trois ménages sur dix subissent fréquemment ces nuisibles), pour ne citer que deux vecteurs importants de maladies. Près d'un ménage sur dix évoque la présence de batteries abandonnées, un polluant et un contaminant important des sols.

Si l'air à l'intérieur des logements et dans les villes est de bonne qualité, la surveillance doit primer avec un individu sur cent qui brûle sauvagement des déchets toxiques et six logements sur dix classés en risque sanitaire selon l'indice de chaleur, dont 0,1 % en risque extrême. Les nuisances sonores sont aussi présentes à Mayotte : deux adultes sur cinq s'en plaignent, en provenance notamment des voisins et des véhicules motorisés.

Le lagon, la richesse de sa biodiversité et les plages représentent l'un des attraits particulièrement forts de Mayotte. Pourtant deux sites de baignade sur cinq déclarés par les mairies sont interdits suite aux contrôles sanitaires réalisées par l'ARS. Ils sont alors 36 % des adultes ou leurs enfants à aller s'y baigner en 2023. D'autres sites sont également recourus, 9 % pour les rivières, ravines, embouchures, 2 % pour la mangrove, 0,7 % pour les retenues collinaires et 0,8 % pour les caniveaux. Et c'est d'ailleurs pour ces deux derniers lieux de baignade que les problèmes de peau sont les plus souvent déclarés.

Concernant l'exposition au risque solaire, quel que soit le lieu, sur dix habitants seulement un seul s'y expose par plaisir, six autres par contraintes. Quatre habitants sur dix disent être vigilant et se protéger du soleil, et on constate que plus c'est le cas et moins ils déclarent de coups de soleil.

Enfin sur quatorze items distincts de la connaissance du retentissement des facteurs environnementaux sur sa santé, les adultes de l'île se disent bien informés en moyenne pour neuf d'entre eux.

OFFRE DE SOINS

L'offre de soins, aussi bien sur sa composante sanitaire que médico-sociale, est en plein essor avec l'implantation et le développement de multiples structures totalement absentes du territoire il y a encore quelques années (CDS, MSP, HAD, CTPS, clinique privée et.).

Du fait d'un maillage optimal, Mayotte dispose aujourd'hui de structures la couvrant intégralement. Sa pierre angulaire est alors le CHM situé au centre de l'île. Il s'appuie sur son réseau de centres de consultations, de maternités et de permanences des soins répartis sur les différentes communes. L'ensemble est alors complété par les pharmacies, les PMI, les quatre maisons de santé pluridisciplinaire et les trois centres de santé également présents sur les extrémités du département. Enfin, le sud de l'île et la Petite-Terre s'organisent désormais selon un dispositif en CPTS récemment mis en place. Les établissements médico-sociaux et les associations de prévention permettent à leur tour de couvrir un spectre très large de thématiques en santé.

Pour autant, si ce maillage permet d'assurer une offre de soins de proximité, les faibles densités de professionnels de santé à Mayotte, avec notamment une densité de médecins généralistes cinq fois plus faible qu'en France Hexagonale, expliquent les difficultés rencontrées par le système de santé. Elles sont d'ailleurs visibles au travers du taux de renoncement aux soins de 45 % par la population (*contre 29 % en France Hexagonale*). En effet, on dénombre un très faible volume d'ophtalmologues, dermatologues, rhumatologues, chirurgiens et autres spécialités pourtant essentielles à l'épanouissement de l'offre de soins, d'autant plus au regard des pathologies présentes sur le territoire. De plus, si les structures sont belles et biens présentes, elles demeurent encore trop faiblement équipées avec seulement 1,42 lit en 2023 au CHM (*contre 3,33*) ou encore 2,0 en SESSAD (*contre 3,4*). Seuls les SSIAD et SPASAD présentent un meilleur taux d'équipement pour 1 000 individus que la France Hexagonale : 53,9 (*contre 18,0*), ayant triplé en 6 ans.

Les difficultés identifiées à l'attractivité des professionnels de santé sont : l'insécurité, l'éducation de leurs enfants et l'accès aux transports alors que les points positifs principaux remontés sont la nature du travail, la coordination d'équipe, la confiance des patients et les diverses pathologies spécifiques à Mayotte. Des pistes de réflexion qui permettent d'orienter l'ARS de Mayotte pour son plan d'attractivité. Le système de santé est également adapté au déficit de couverture à la sécurité sociale où seulement deux tiers de la population sont affiliés en 2023, et de mutuelle avec un souscripteur sur dix en 2019. Les deux motifs principaux de renoncement aux soins sont les problèmes d'accessibilité et le manque de moyen financier, expliquant entre autres qu'à Mayotte seulement six individus sur dix ont consulté un médecin généraliste il y a moins d'un an (*contre 85 %*), et 22 % un dentiste (*contre 57 %*). En 2016, la médecine traditionnelle était quant à elle bien présente avec 15 à 17 % des adultes pour un recours en première intention et une pathologie jugée sans gravité, et 3 % y avaient recours quel qu'en soit cette perception.

En termes de volume en 2023 : le CHM comptabilise 51 000 séjours (-2 % vis-à-vis de 2022), les Urgences représente un volume de 55 300 passages (+18 % vis-à-vis de 2022), les centres de consultations 191 000 séjours (-30 % vis-à-vis de 2022), 61 000 pour les permanences de soins (-10 % vis-à-vis de 2022) et 280 HAD (-29 % vis-à-vis de 2022). On constate aussi 145 000 prises en charge



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

en 2022 (+8 % vis-à-vis de 2022) et pour l'activité libérale : 224 000 consultations à un médecin (+25 % vis-à-vis de 2022), 60 200 à une sage-femme (+38 % vis-à-vis de 2022), 3 300 à un chirurgien-dentiste (-7 % vis-à-vis de 2022) et 3 225 000 actes infirmiers (+38 % vis-à-vis de 2022). Il ressort des différents profils ayant recours aux différentes offres de soins publiques qu'il s'agit souvent de femmes qui, en 2023, avaient également réalisé 23 200 consultations dans l'une des PMI de l'île, et 32 300 pour les enfants (-6 % vis-à-vis de 2021). En réponse à l'absence de plusieurs filières de prise en charge primordiales, des EVASANS sont organisées et l'on a ainsi observé 1 800 transferts réalisés en 2023 (+13 % vis-à-vis de 2022).

PRINCIPALES PATHOLOGIES

A structure de population équivalente, trois fois plus d'habitants de Mayotte s'estiment en mauvaise santé qu'en France Hexagonale : 21 % contre 7 %. Dès lors, ils sont 17 % à déclarer un problème de santé chronique et 11 % un handicap limitant, et c'est notamment dès 45 ans que les déclarations augmentent fortement. 4 % déclarent des difficultés sévères pour voir (*similaire à la France Hexagonale*), 9 % à se concentrer ou se souvenir (contre 5 %) et un individu sur deux être atteint de douleur physique dont 9 % très intense (*équivalent à l'Hexagone*).

Selon les données standardisées de l'Assurance maladie, les traitements du risque vasculaire représentent le regroupement de pathologies le plus fréquent justifiant d'une prise en charge à Mayotte : 190 ‰ (*contre 208 ‰*), suivi de loin par le diabète : 104 ‰ (*contre 59 ‰*) et les traitements du risque vasculaire (hors pathologie) : de 99 ‰ (*contre 126 ‰*). Le taux pour l'IRCT, bien que faible, attire l'attention en étant l'un des seuls à être deux fois supérieur à l'Hexagone : 3 ‰ (*contre 1,3 ‰*).

L'indicateur sur le diabète est confirmé par celui de 2019 faisant état d'un adulte de Mayotte sur dix atteint. Il s'ajoute à une prévalence de l'hypertension artérielle de deux individus sur cinq. L'hépatite B doit retenir l'attention, avec un taux en 2024 de 3,6 % d'adultes ayant une infection en cours (*contre 0,4 %*). Et sur le sujet de la santé sexuelle, on rappellera que Mayotte était faiblement impactée par les différentes maladies sous surveillance : 0,3 % pour le VIH, 0,4 % pour la syphilis, 0,8 % pour le gonocoque et 0,2 % pour l'hépatite C, chez les 15-69 ans.

Les « grossesses, accouchements et puerpéralité » représentent le premier motif de séjour au Centre hospitalier de Mayotte : 26 % (*contre 4 %*). Si l'on en fait abstraction, ainsi que des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » : 47 % (*contre 46 %*) et des « Codes d'utilisation particulière », ce sont les « maladies de l'appareil respiratoire » : 15 % (*contre 5 %*), les « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » : 11 % (*contre 9 %*), et les « maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané » : 10 % (*contre 2 %*) qui ressortent comme étant les trois premiers motifs de séjour. Ces dernières présentent également avec « certaines maladies infectieuses et parasitaires » des taux de recours standardisé 1,1 à 1,2 fois supérieur à la France Hexagonale. Pour les EVASANS, les principaux motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire : 15 %, les tumeurs : 14 %, expliquant en partie leur sous-représentativité observée à Mayotte, et les maladies du système génito-urinaire : 12 %.

Sur les trois données sur dix renseignées quant au passage aux Urgences, l'obstétrique et le nouveau-né prennent le TOP. C'est ensuite l'hépto-gastro-entérologie pour les femmes et l'état général, malaise et choc pour les hommes. Sur l'HAD, les MPP dominant sont les soins palliatifs : 24 % (*contre 28 %*), les pansements complexes et soins spécifiques : 12 % (*contre 25 %*) et la rééducation neurologique : 11 % (*contre 2 %*). Sur le pan exclusivement déclaratif, les BPCO/emphysème et les maladies coronariennes présentent des taux standardisés nettement aux dessus de l'Hexagone.

A noter que 15 % des adultes déclarent un accident de la vie courante dans les douze derniers mois et principalement à domicile, dont 3 % entraînant une hospitalisation. Les chutes concernent notamment les personnes âgées, les brûlures les femmes et les coupures ou plaies les jeunes.

De 2018 à 2020 et à structure de population équivalente, la mortalité est plus importante à Mayotte que dans l'Hexagone pour les « maladies de l'appareil circulatoire », les « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », en lien avec le taux d'obésité important, le « diabète sucré » et les « maladies infectieuses et parasitaires ». En indicateur brut, on mettra en évidence que la troisième cause de mortalité chez les femmes sont les « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », et chez les hommes les « causes externes de blessures et d'empoisonnements ».

CRISES SANITAIRES SUCCESSIVES

Mayotte, située en zone tropicale, présente de nombreuses prédispositions au développement des maladies infectieuses, justifiant le taux standardisé de recours au CHM associé plus important qu'en France Hexagonale. La précarité fortement présente exacerbe alors ces facteurs de risque.

Sans commune mesure le territoire est frappé par de multiples crises sanitaires dont la fréquence s'accroît d'année en année. Mayotte enchaîne ainsi avec l'épidémie de choléra de 1999-2000, de



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

chikungunya en 2006, la crise de la vie chère en 2011, l'épidémie de dengue de 2014, la première crise de l'eau de 2016, la première crise des barrages de 2018, l'épidémie de FVR de 2019, l'épidémie de dengue de 2019-2020 et la crise Covid-19 de 2020, l'épidémie de gale de 2022, la seconde crise de l'eau de 2023, les épidémies de choléra et de conjonctivite et la seconde crise des barrages de 2024, ponctuée en fin d'année par les crises Chido et Dikéli.

Auxquels s'ajoutent, chaque année ou presque, des épidémies de leptospirose, fièvre typhoïde, GEA, coqueluche, diphtérie et autres plus classiques comme la bronchiolite et la grippe. Sans surprise on évoquera alors que lors de la crise Covid-19, sept habitants sur dix justifiaient d'une infection passée (2021), deux tiers pour la dengue (2024) et un tiers pour le chikungunya (2019).

Ces conditions complexifient nettement le travail des acteurs en santé présents sur le territoire, qui doivent alors non seulement continuer de développer l'offre de soins mais aussi rechercher et trouver des solutions pour lutter sans relâche contre ces multiples crises sanitaires.

LA PREVENTION

Le développement des actions de sensibilisation et « aller-vers » doit poursuivre, d'autant plus que la moitié des 15 ans ou plus présentent des difficultés en littératie en santé en 2019 (*contre 11 % en France Hexagonale*) et que la population se fait dépister beaucoup moins souvent qu'ailleurs : 8 % n'ont jamais mesuré leur tension artérielle (*contre 2 %*), 87 % des femmes n'ont jamais réalisée de mammographie (*contre 39 %*), 59 % pour le dépistage du col de l'utérus (*contre 20 %*), 94 % des adultes pour celui du cancer colorectal (*contre 72 %*), 97 % pour la coloscopie (*contre 77 %*) et 39 % pour la glycémie (*contre 13 %*). Ce constat justifie la mise en place d'un réseau d'associations au dimensionnement important et de campagnes massives et continues de rattrapage vaccinal et de dépistage depuis 2018.

Sur les aspects plus préventifs et parmi les autres indicateurs qui interpellent fortement, on relève qu'en 2021 trois 18 ans ou plus sur dix sont en situation d'obésité (*contre trois sur cent*), dont un sur dix sévère ou morbide, notamment chez les femmes : 41 %, et 15 % chez les hommes. Pour autant l'autre versant est aussi bien présent avec un jeune de 5-14 ans sur cinq en situation de maigreur.

La couverture vaccinale, demeure encore plus un enjeu primordial à Mayotte qu'ailleurs. Ainsi, entre 2010 et 2019, elle ne s'est améliorée que pour une partie des vaccins et des classes d'âge. A l'exception du ROR, les 7-11 ans sont ceux pour lesquels le recul de la vaccination est visible : -41 points pour la coqueluche, -20 points pour le DTP et l'HiB, -14 points pour le BCG. Même constat, dans des constats beaucoup moins marqués, pour les 24-59 mois. Cependant, concernant les 14-15 ans et sauf pour le DTP, la couverture progresse sur toutes les valences : +45 points pour le HiB, +20 points pour le ROR et +15 points pour la coqueluche. Les données recueillies chez les adultes laissent présager que si chez les enfants la couverture vaccinale est trop faible, chez les plus grands le rattrapage se fait naturellement. On observe ainsi des taux d'anticorps suffisants dans le sang pour 91 % des 18 ans ou plus pour la poliomyélite, par extrapolation le DTP, et 86 % pour la rubéole, par extrapolation le ROR. Si pour la très grande majorité des vaccinés au DTP/DTPc les taux dans le sang confirment le déclaratif, pour le ROR un sur cinq se croit vacciné et n'est pas immunisé. Effet encore plus accentué pour l'hépatite B : seulement deux sur cinq sont immunisés. Un habitant sur quart renonce volontairement à la vaccination, évoquant alors le manque de temps, la PAF et le manque de moyen financier.

Sur le sujet de la santé sexuelle, là aussi les indicateurs sont édifiants puisque malgré l'implication des professionnels de santé, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant en 2021 : seulement trois sur dix déclarent avoir réalisé plus de trois échographies recommandées (*contre 86 %*). Le non-recours à la contraception reste fort chez celles de 18-44 ans : 44 %, particulièrement lié au nombre d'enfants eus ou d'unions vécus. Les contraceptifs privilégiés sont alors : la pilule pour 64 % des femmes de la classe d'âge évoquée, et l'implant pour 27 %. A relever que 6 % d'entre elles utilisent un moyen de contraception à fort taux d'échec. Quant au recours à l'IVG, le taux est de 15,5 pour 100 naissances vivantes (*contre 30*).

Sur le plan de la Santé mentale, 20 % des habitants de 15 ans ou plus présentent des symptômes dépressifs (*contre 11 %*), dont 6 % majeurs, notamment les jeunes de 15 à 29 ans. Toutefois, chez les enfants de 10 à 12 ans, les indicateurs demeuraient assez optimistes en 2019, même si la moitié avoue des problèmes de concentration fréquents.

Pour les consommations de tabac et d'alcool, les prévalences sont bien plus faibles à Mayotte qu'en France Hexagonale. Pour autant, les drogues sont bien présentes : 6 % déclarent une expérimentation au cannabis, 3 % chez les mineurs. Et 5 % à la chimique, 4 pour 1 000 pour les 10-12 ans.

Enfin, le renforcement de la politique de prévention est une nécessité puisqu'en 2025 la part de 60 % des moins de 25 ans chutera à 40 %, tandis que celle des personnes âgées de 65 ans ou plus devrait doubler de 4 % à 8-10 % de la population de Mayotte, soit un volume d'individus compris entre 35 000 et 76 000 individus, contre les 10 250 de 2017.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

Références

- [1] Insee, V. Genay et S. Merceron, «256 500 habitants à Mayotte en 2017 : la population augmente plus rapidement qu'avant,» *Insee Analyses*, 2017, Décembre.
- [2] Insee, J. Balicchi, J.-P. Bini, V. Daudin et J. Rivière, «Mayotte, département le plus jeune de France,» *Insee Première*, février 2014, Février.
- [3] Insee, X. Besnard, C. Demaison, A. Dugué, F. Gateau, P. Glénat, P. Goarant, L. Grivet, C. Lesdos, V. Quénechdu, A. Saint-Orens, O. Samson et C. Tchobanian, «France, portrait social,» *Insee Références*, 2021.
- [4] Insee, «Estimations de la population au 1er janvier».
- [5] Insee, L. Besson et S. Merceron, «Entre 440 000 et 760 000 habitants selon l'évolution des migrations - La population de Mayotte à l'horizon 2050,» 2020, Juillet.
- [6] Ined, C.-V. Marie, D. Breton et M. Crouzet, «Mayotte : plus d'un adulte sur deux n'est pas né sur l'île,» 2016, Novembre.
- [7] Insee, J.-P. Bini, V. Daudin et A. Levet, «Recensement : 212 600 habitants à Mayotte en 2012. La population augmente toujours fortement,» *Insee*, 2012, Novembre.
- [8] Insee, C. Chaussy, S. Merceron et V. Genay, «À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère,» *Insee Première*, 2019, Février.
- [9] Ined, D. Breton, C. Beaugendre et F. Hermet, «Quitter Mayotte pour aller où ?,» 2019, Septembre.
- [10] Ined-Insee, C.-V. Marie, D. Breton, M. Crouzet, E. Fabre et S. Merceron, «Migrations, natalité et solidarités familiales : La société de Mayotte en pleine mutation,» *Insee Analyses*, mars 2017, Mars.
- [11] Insee, C. Trouillard, C. Louachéni et M. Morando, «Mayotte : recensement de la population de 2007 - Une population multipliée par quatre en 30 ans,» *Insee Première*, 2009, Avril.
- [12] Insee et M. Morando, «Recensement Général de la Population de Mayotte : 186 452 habitants au 31 juillet 2007,» *Insee Infos*, 2007, Novembre.
- [13] Insee et S. Merceron, «Revenus et pauvreté à Mayotte en 2018 - Les inégalités de niveau de vie se sont creusées,» *Insee Analyses*, 2020, Juillet.
- [14] Insee, M. Brasset et L. Le Pabic, «Enquête budget de famille : Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation,» *Insee Analyses*, 2014, Décembre.
- [15] Insee, M. Dublin et C. Monteil, «Produit intérieur brut 2014 : le pouvoir d'achat individuel augmente de 5 % pour la deuxième année consécutive,» *Insee Flash*, 2017, Octobre.
- [16] Insee et P. Thibault, «Produit intérieur brut : +8,4 % à Mayotte en 2022 dans un contexte de forte hausse des prix,» *Insee Flash*, 2024, Novembre.
- [17] Insee, F. Rageot et C. Planchat, «Le PiB augmente malgré la crise sanitaire. Produit intérieur brut 2020 à Mayotte (résultats provisoires),» *Insee Flash*, 2022, Décembre.
- [18] Insee et P. Luu, «Le revenu des habitants de Mayotte en 2005 : hausse des niveaux de vie et baisse des inégalités,» *Insee Infos*, 2007, Février.
- [19] Insee et C. Grangé, «La consommation stagne et reste très éloignée des standards métropolitains - Enquête Budget de famille 2018,» *Insee Analyses*, 2020, Juillet.
- [20] Insee et J. Mekkaoui, «À Mayotte, des prix plus élevés de 10 %, jusqu'à 30 % pour l'alimentaire,» *Insee analyses Mayotte*, 11/07/2023.
- [21] Insee et F. Rageot, «A Mayotte, la situation sur le marché de l'emploi se dégrade depuis 2019,» *Insee Flash*, 2024, Septembre.
- [22] Insee, A. Fleuret et P. Paillole, «Enquête Emploi Mayotte 2017 - Une hausse de l'emploi qui profite aux femmes,» *Insee Flash*, Février 2018, Février.
- [23] Insee et V. Daudin, «Enquête Emploi 2009 - Un marché de l'emploi atypique,» *Mayotte infos*, 2010, Décembre.
- [24] Insee, A. Fleuret et A. Jonzo, «Un taux de chômage de 30 % - Enquête emploi,» *Insee Flash*, 2019, Novembre.
- [25] Insee, L. Audoux et A. Wilcynski, «Le halo autour du chômage 2,5 à 5 fois plus présent dans les DOM qu'en France Métropolitaine,» *Insee Focus*, 2023, Juin.



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

- [26] Insee et A. Jonzo, «2 000 emplois de moins qu'avant la crise sanitaire et forte hausse du chômage - Enquête Emploi 2022 à Mayotte».
- [27] Insee et A. Jonzo, «3 000 emplois en moins pendant le premier confinement,» *Insee Flash*, 2021, Mars.
- [28] Insee, A. Fleuret et P. Paillole, «Un emploi pour trois adultes - Evolution du marché du travail mahorais de 2009 à 2018,» *Insee Flash*, 2019, Septembre.
- [29] Insee et P. Thibault, «Des conditions de vie inégales entre les villages - Les villages de Mayotte en 2017,» *Insee Analyses*, 2019, Octobre.
- [30] Insee, A. Fleuret et P. Paillole, «L'insertion sur le marché du travail à Mayotte - Le diplôme, clé de l'insertion professionnelle,» *Insee Analyses*, 2019, Septembre.
- [31] Insee, «Extraction des données du recensement de la population de 2007, 2012 et 2017».
- [32] Insee, V. Daudin et F. Michaillesco, «Les difficultés face à l'écrit en langue française : quatre jeunes sur dix en grande difficulté à l'écrit à Mayotte,» *Insee Mayotte Infos*, février 2014, Février.
- [33] ARS Mayotte, J. Balicchi et A. Barbail, «Structural and Predictive Analysis of the Birth Curve in Mayotte from 2011 to 2017,» *Editions Wiley*, 2020, Février.
- [34] Insee et M. Ah-Woane, «Baisse des naissances en 2023, Bilan démographique 2023 à Mayotte, premiers éléments sur 2024,» *Insee Flash*, 2024, Novembre.
- [35] Insee et C. Touzet, «Plus de 10 000 naissances en 2021 et décès en forte hausse,» *Insee Flash*, 2022, Septembre.
- [36] Insee et C. Touzet, «La baisse des naissances se conjugue à la hausse de la mortalité - Bilan démographique 2020 à Mayotte, premiers éléments sur 2021,» *Insee Flash*, 2021, Septembre.
- [37] Insee et C. Touzet, «Les naissances au plus haut comme en 2017 - Bilan démographique 2019 à Mayotte,» *Insee Flash*, 2020, Août.
- [38] Insee et C. Touzet, «Les naissances baissent légèrement,» *Insee Flash*, 2019, Septembre.
- [39] Insee, S. Sui-Seng et C. Touzet, «9 800 naissances en 2017 - Naissances domiciliées en 2017 à Mayotte,» *Insee Flash*, 2018, Septembre.
- [40] Insee, T. Allard et J. Mekkaoui, «Une fécondité toujours élevée. Bilan démographique 2022 à Mayotte, premiers éléments sur 2023,» *Insee Flash*, 2023, Décembre.
- [41] Insee et P. Thibault, «Beaucoup de familles nombreuses - Familles avec enfant(s) mineur(s) à Mayotte en 2017,» *Insee Flash*, 2020, Janvier.
- [42] Insee, S. Merceron et C. Touzet, «Les couples à Mayotte en 2017 - Trois couples sur dix sont mixtes,» *Insee Flash*, 2020, Juillet.
- [43] Insee, C. Louachéni, C. Trouillard et M. Morando, «La croissance démographique reste dynamique,» *Mayotte Infos*, 2009, Avril.
- [44] ARS Mayotte, J. Balicchi, F. Chauvin, A. Barbail et N. Guy, «Enquête Migrations-Famille-Vieillesse : Perception de la parentalité et contraception,» 2020, Octobre.
- [45] Drees, «Extraction des données de l'Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) de 2021,» Février 2023.
- [46] Insee, «L'Etat du logement à Mayotte fin 2013 - Des conditions précaires d'habitat,» *Insee Dossier*, 2017, Juin.
- [47] Insee et P. Thibault, «Evolution des conditions de logement à Mayotte : Quatre logements sur dix sont en tôle en 2017,» *Insee Analyses*, 2019, Août.
- [48] Insee, E. Clain, V. Daudin et H. Le Grand, «Les villages de Mayotte en 2012 : Des conditions de vie meilleures sur le littoral ouest,» *Insee Analyses*, 2014, Décembre.
- [49] ARS-Ined, J. Balicchi, R. Antoine, D. Breton, C.-V. Marie et E. Mariotti, «Une bonne perception de la santé, mais qui se dégrade dès 45 ans malgré la progression de la couverture maladie,» *In Extension*, 2019, Mai.
- [50] CSSM, «Tableau de bord à destination de l'ARS Mayotte».
- [51] CSSM, «Rapports d'activité».
- [52] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».
- [53] 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.
- [54] ARS Mayotte/OI, «Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social».



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

- [55] SI-DIAMANT, «Extraction des données des professionnels de Santé».
- [56] ARS Mayotte, H. Nzaba-Loundou, K. Said Halidi, J. Balicchi et P. Boutie, «Enquête Attractivité & Pérennisation des Professionnels de Santé à Mayotte : Malgré des difficultés identifiées, trois professionnels de Santé sur cinq recommanderaient l'exercice,» 2022, Octobre.
- [57] 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.
- [58] 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.
- [59] 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.
- [60] ARS OI, «Situation sanitaire Réunion et Mayotte,» 2017, Janvier.
- [61] ATIH, «Indicateurs Scan Santé».
- [62] Conseil départementale, «Schéma directeur 2023».
- [63] PMI et A. Prual, «Rapport d'activité 2021 des PMI».
- [64] Ined, Extraction des données de l'enquête Migrations-Famille-Vieillesse de 2016.
- [65] CHM, «Rapports Evasan».
- [66] Drees, «Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale,» Juin 2023.
- [67] SpF, «La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique,» Mai 2019.
- [68] ARS Mayotte-CNRS-ORS Mayotte-Eurofins Biomnis, J. Balicchi, MODCOV19, A. Aboudou, M. Jean et C. Coignard, «Sept habitants sur dix ont été atteints par la Covid-19,» *In Extenso*, 2022, Juin.
- [69] Drees, «Extraction des données sur la littératie en santé à Mayotte en 2019,» Juin 2023.
- [70] ARS-ORS-URPS Infirmiers OI-Eurofins Biomnis, J. Balicchi, A. Aboudou, M. Ransay-Colle, C. Coignard et A. Soares, «Une très forte méconnaissance de sa propre situation vaccinale à Mayotte,» *In Extenson*, 2025, Mars.
- [71] SpF, «Rapport enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2019,» 2022.
- [72] SpF-ARS, M. Subiros, A. Barbail et C. Larsen, «Evaluation épidémiologique de la campagne de rattrapage vaccinal chez les enfants de moins de 6 ans à Mayotte,» 2018, Juin.
- [73] ARS Mayotte, «Extractions de l'enquête de séroprévalence Covid-19 à Mayotte de 2021».
- [74] 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.
- [75] 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.
- [76] InVS, J. Solet et N. Baroux, «Étude Maydia 2008 : Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte,» 2008.
- [77] 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.
- [78] 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.
- [79] Insee, L. Audoux et C. Mallemanche, «En 2017, les dépenses de consommation des ménages des DOM sont moindres qu'en métropole,» 2020, Janvier.
- [80] ARS-Mayotte-SpF, «Santé Périnatale à Mayotte. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021).,» Septembre 2023.
- [81] ARS-SpF, F. Parenton et Y. Hassani, «Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte,» *In Extenso*, 2018, Octobre.



- [82] Inserm-EPOPé, H. Cinelli, N. Lelong et C. Le Ray, «Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2021,» 2022, Octobre.
- [83] Répéma-ARS, «Panel des indicateurs de santé périnatale à Mayotte,» 2021.
- [84] OMS, «Santé mentale en population générale : Images et Réalité - Mayotte,» 2019.
- [85] Insee, E. Floury, J. Mekkaoui, S. Meceron et P. Thibault, «A Mayotte, des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents qu'en métropole,» *Insee Analyses*, 2022, Février.
- [86] Insee et C. Grangé, «Six habitants sur dix se sentent en insécurité - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Flash*, 2021, Novembre.
- [87] Insee et C. Grangé, «Une délinquance hors norme - Cadre de vie et sécurité à Mayotte,» *Insee Analyses*, 2021, Novembre.
- [88] 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.
- [89] ORS et M. Ricquebourg, «Les conduites addictives à Mayotte,» 2017, Mars.
- [90] SpF, R. Andler, M. Ruello, J.-B. Richard, Y. Hassani, R. Guignard, G. Quatremère et V. Nguyen-Thanh, «Consommation de substances psychoactives à Mayotte - Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maoré 2019,» 2022, Octobre.
- [91] A. Cadet-Taïrou et M. Grandilhon, «L'offre, l'usage et l'impact des consommations de "chimiques" à Mayotte : une étude qualitative,» 2018, Mai.
- [92] CSSM, «Tableau de bord».
- [93] <https://geographiemayotte.wordpress.com/03-climatologie/>.
- [94] <https://fr.climate-data.org/europe/france/mayotte-701>.
- [95] <https://meteofrance.yt/fr/actualites/la-saison-des-pluies-2021-2022-mayotte>.
- [96] G. Le Goff et V. Robert, «Les moustiques (Diptera : Culicidae) de Mayotte : protocole d'étude, inventaire des espèces, structures des communautés, et biogéographie,» 2014, Février.
- [97] ARS Mayotte-ORS Mayotte, J. Balicchi, Y. Kilani, N. Paragot, H. G. Nzaba-Loundoun, H. Rumaux, A. Andjilani, M. Courtois, S. Manou-Abi, A. Aboudou, M. Ransay-Colle et A. Akbaraly, «Etude Unono Langa : Une photographie du paysage mahorais,» *In Extenson*, 2025, Mars.
- [98] Anses, «https://www.anses.fr/fr/system/files/Tableau_VGAI_Avril2021.pdf,» 2021, Avril.
- [99] G. Winterling, «The Assessment of Sultriness. Part I : A temperature-humidity index based on human physiology and clothing science,» *Journal of applied meteorology and climatology*, 1979, Juillet.
- [100] ARS Mayotte, ORS Mayotte, Association Hawa Mayotte, Université de Mayotte, J. Balicchi, Y. Kilani, N. Paragot, H. Nzaba-Loundou, H. Rumaux, A. Andjilani, M.-L. Courtois, S. Manou-Abi, A. Aboudou et A. Akbaraly, «Une photographie du paysage Mahorais - Etude Unono Langa,» *In Extenso*, 2024, Décembre.
- [101] Association Hawa Mayotte, «Bilan de l'évaluation préliminaire des PM2.5 dans l'air ambiant à Mayotte - 2019 à 2021».
- [102] <https://www.airparif.asso.fr/les-particules-fines>.
- [103] Association Hawa Mayotte, «Bilan des mesures de la qualité de l'air à Kawéni en 2020».
- [104] Association Hawa Mayotte, «Bilan des émissions de polluants atmosphériques et Gaz à Effet de Serre à Mayotte,» 2022, Février.
- [105] ORS Mayotte, ARS Mayotte, U. Rustico Alanmenou, J. Balicchi, A. Andjilani, M.-L. Courtois, H. Rumaux, M. Ransay-Colle et A. Aboudou, «Mayotte et la réalité méconnue des nuisances sonores,» *In Extenso*, 2025, Mars.
- [106] Bruit Parif, «Echelle des décibels,» 2024, Juillet.
- [107] DAAF, «<https://daaf.mayotte.agriculture.gouv.fr/danger-des-pesticides-dans-les-vegetaux-a-mayotte-a661.html#:~:text=Les%20contr%C3%B4les%20men%C3%A9s%20par%20le,conformit%C3%A9%20d%C3%A9passant%20souvent%20les%2070%25.,,>» 2024, Août. [En ligne].
- [108] ARS Mayotte, «Qualité de l'eau aux robinets».
- [109] ARS Mayotte, «Qualité des eaux de baignade».



- [110] ARS Mayotte, ORS Mayotte, Z. Toibibou, J. Balicchi, N. Metayer, A. Andjilani, M. Ransay-Cole et A. Aboudou, «Lieux de baignade et risque solaire - Etude Uno Langa,» *In extenso*, 2024, Décembre.
- [111] esthederm, «Soleil et vieillissement de la peau,» Institut Esthederm, 30 05 2022. [En ligne]. Available: <https://www.esthederm.fr/blog/post/soleil-et-vieillissement-de-la-peau.html>. [Accès le 08 04 2024].
- [112] Organisation mondiale de la Santé, «Rayonnement ultraviolet (UV) et cancer de la peau,» Organisation mondiale de la Santé, 16 10 2017. [En ligne]. Available: [https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer). [Accès le 06 04 2024].
- [113] ARS Mayotte, ORS Mayotte, J. Balicchi, U. Rustico Alanmenou, H. Rumaux, A. Andani, M. Ransay-Cole et A. Aboudou, «Etude Unono Oulanga : Accidents de la vie courante,» *In Extension*, 2024, Décembre.
- [114] ORS Mayotte et A. Aboudou, «L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale à Mayotte,» *Tableau de bord*, 2018, Septembre.
- [115] SpF-CHM, C. Grave, L. Calas, M. Subiros, M. Ruello, Y. Hassani, A. Gabet, O. Pointeau, M. Angue et V. Olié, «L'Hypertension artérielle à Mayotte : prévalence, connaissance, traitement et contrôle en 2019,» *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, mars.
- [116] 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.
- [117] SpF, «Surveillance et prévention des infections à VIH et des IST bactériennes. Bilan des données 2023,» *Bulletin de Santé Publique*, 2024, Novembre.
- [118] SpF-CNR hépatites B, C, D-ARS Mayotte, C. Brouad, N. Ndeikoundam Ngangro, F. Lot, F. Cazein, S. Chevaliez, E. Gordien, M. Jean, H. Youssouf et M. Ruello, «Prévalence des IST bactériennes, du VIH et des hépatites B, C et delta en population générale à Mayotte, enquête Unono Wa Maore 2018-2019,» *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*, 2022, Juin.
- [119] SpF-CNRHV-ARS, C. Brouard, F. Parenton, Y. Hassani, S. Chevaliez, E. Gordien, M. Jean, M. Bruyand, S. Vaux, F. Lot et M. Ruello, «Hépatites B, C et Delta en population générale adulte vivant à Mayotte, enquête Unono Wa Maoré 2018-2019,» 2022, Février.
- [120] SpF, «Surveillance de la grippe à Mayotte,» *Le point épidémio*, Août 2022.
- [121] SpF, N. Fournet, M. Soler, K. Madi, A. Lapostolle et H. Youssouf, «Le paludisme - Bilan 2024,» *Bulletin Epidémiologique Régional : Surveillance épidémiologique*, 2025, Mars.
- [122] SpF, V. Henry, A. Lapostolle, K. Madi, M. Soler et H. Youssouf, «La leptospirose à Mayotte, bilan des épidémies précédentes,» *Bulletin Epidémiologique Régional*, 2024, Novembre.
- [123] CHM, L. Collet, S.-C. leptospirose-CHM, T. Lernout, P. Bourhy, L. Collet, E. Durquétty et A. Aboubacar, «La leptospirose, une maladie à surveiller à Mayotte (France). Résultats d'une étude de séroprévalence,» 2013, Juillet.
- [124] SpF, «Tuberculose à Mayotte. Données épidémiologique 2015- 2020,» *Point épidémiologique*, Août 2022.
- [125] Cufr-Université de Poitiers-ARS Mayotte, S. Manou-Abi, Y. Slaoui et J. Balicchi, «Estimating the state of the Covid-19 epidemic curve in Mayotte during the period without vaccination,» 2022, Janvier.
- [126] R. Métras, «L'approche "One Health" pour mieux contrôler les infections zoonotiques,» *Tribune Lefigaro*, 2022, Janvier.
- [127] Y. Kim, L. Dommergues, A. Ben M'sa, P. Mérot, E. Cardinale, J. Edmunds, D. Pfeiffer, G. Fournié et R. Métras, «Livestock trade network : potential for disease transmission and implications for risk-based surveillance on the island of Mayotte,» 2018, Août.
- [128] Inserm-SpF, R. Métras, J. W. Edmunds, C. Youssouffi, L. Dommergues, G. Fournié, A. Camacho, S. Funk, E. Cardinale, G. Le Godais, S. Combo, L. Filleul, Y. Hassani et M. Subiros, «Estimation of Rift Valley fever virus spillover to humans during the Mayotte 2018-2019 epidemic,» 2020, Septembre.
- [129] Inserm-SpF, J. Bastard, G.-A. Durand, F. Parenton, Y. Hassani, L. Dommergues, J. Paireau, N. Hozé, M. Ruello, G. Grard, R. Métras et H. Noël, «Reconstructing Mayotte 2018-2019 Rift Valley Fever outbreak in humans by combining serological and surveillance data».



ARS MAYOTTE

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

Standard : 02 69 61 12 25

www.ars.mayotte.santé



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

- [130] ARS Mayotte-Mlézi Maoré, J. Perez, A. Ahmed, T. Cholin, H. Nzaba Loundou, J. Balicchi, E. Destres, O. Brahic et M. Jean, «Epidémies de gale dans un territoire d'outremer,» *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*, 2023, Mai.
- [131] SpF, «Choléra à Mayotte,» *Point épidémio*, 2024, Juillet.
- [132] SpF, C. Durand, E. Hassan, V. Henry, G. Heuzé, A. Lapostolle, K. Madi, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation au 19 mars 2025,» *Bulletin de surveillance épidémiologique à Mayotte*, 2025.
- [133] SpF, V. Henry, A. Lapostolle, K. Madi, M. Soler et H. Youssouf, «La coqueluche,» *Bulletin de surveillance*, 2024, Septembre.
- [134] SpF, «Extraction de l'enquête Unono Wa Maoré de 2019».
- [135] SpF-ARS Mayotte-CHM-CHU Bordeaux, D. Sissoko, A. Moendandze, D. Malvy, C. Giry, K. Ezzedine, J.-L. Solet et V. Pierre, «Seroprevalence and Risk Factors of Chikungunya Virus Infection in Mayotte, Indian Ocean, 2005-2006: A Population-Based Survey,» *PLOS one*, 2008, Août.
- [136] SpF-CNR Arboviroses-Inserm-ARS Mayotte, G. Ortu, G. Grard, F. Parenton, M. Ruello, M.-C. Paty, G. A. Durand, Y. Hassani, H. De Valk et H. Noël, «Long lasting anti-IgG chikungunya,» *PLOS One*, 2023, Mai.
- [137] SpF, «Semaine 03 (du 15 au 21 janvier 2024),» *Point épidémio*, 2024, Janvier.
- [138] SpF, «Epidémie de conjonctivites à Mayotte,» *Point épidémio*, 2012, Avril.
- [139] SpF, M. Ruello, M. Subiros, Y. Hassani, E. Brottet, P. Vilain, J.-L. Solet et L. Filleul, «Dispositif de surveillance épidémiologique à Mayotte pendant la période des coupures d'eau en 2016-2017,» *BEH*, 2017, Juillet.
- [140] SpF, C. Durand, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique à Mayotte*, 2025, Mars.
- [141] SpF, C. Durand, L. Filleul, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - surveillance épidémiologique à Mayotte*, 2025, 27 Février.
- [142] E. Fougere, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, P. Malfait, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone Chido*, 2025, 20 Février.
- [143] SpF, E. Fougère, V. Henry, A. Herteau, G. Heuze, A. Lapostolle, K. Madi, P. Malfait, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone Chido*, 2025, 13 Février.
- [144] SpF, A. Lapostolle, K. Madi, Q. Mano, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique adaptée suite au cyclone Chido*, 2024, Décembre.
- [145] SpF, L. Filleul, V. Henry, A. Herteau, G. Heuzé, A. Lapostolle, K. Madi, Q. Mano, D. Pognon, M. Soler et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone Chido*, 2025, 15 Janvier.
- [146] SpF, V. Henry, D. Pognon, G. Heuze, A. Herteau, A. Lapostolle, K. Madi, Q. Mano, M. Soler, L. Filleul et H. Youssouf, «Point de situation,» *Bulletin - Surveillance épidémiologique spécifique suite au cyclone chido*, 2025, 23 Janvier.
- [147] Insee, «Espérances de vie par département».
- [148] 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.



De la V2.0.0 à la V3.0.0

- **Découpage** du chapitre II en fiches téléchargeables à part ;
- **Découpage** Chapitre III en fiches téléchargeables à part ;
- **Découpage** Chapitre IV en fiches téléchargeables à part ;
- **Suppression** du préambule ;
- **Mise à jour** coquilles, syntaxes et mises en page ;
- **Substitution** des densités par département de 2019 par celles de 2018 publiées officiellement par l'Insee. Le rang de la densité de Mayotte est mis à jour par conséquent, passant du 8ème au 7ème, p.6 ;
- **Ajout** de l'estimation au 1er janvier 2025 afin de comparer avec les projections de l'Insee, *Figure 2*, p.6 ;
- **Ajout** de la carte des densités de 2012 par commune, *Figure 3*, et mise au même format que celle de 2017 pour permettre une comparaison directe, p.7 ;
- **Mise à jour** de la carte des estimations de population par commune, *Figure 11*, au 1er janvier 2025, p.9 ;
- **Ajout** des données sur le budget des familles de 1995 et 2005 sur les déciles de revenu en euros par mois et par unité de consommation, *Tableau 1*, p.10 ;
- **Mise à jour** des données du PiB avec les données de 2022, p.10 ;
- **Ajout** des données sur le budget des familles de 1995 et 2005, Drom 2017 sur la structure de consommation moyenne par ménage, *Tableau 2*, p.11 ;
- **Mise à jour** des données 2023 sur l'emploi et le chômage, p.11 à 12 ;
- **Ajout** des données 2014 à 2018, 2020, 2022 et 2023 sur l'emploi, *Figure 14*, p.12 ;
- **Mise à jour** des données sur les nombres de naissances domiciliés et survenus 2023 et 2024, *Figure 19*, *Tableau 4*, p.14 ;
- **Correction** du nombre de naissances domiciliés en 2022 avec les données consolidées de l'Insee : 9 770 ► 9 768 pour 2019, ~~10 610~~ ► 10 613 pour 2021, ~~10 773~~ ► 10 770 pour 2022, ~~10 280~~ ► 10 278 pour 2023, *Tableau 4*, p.14 ;
- **Ajout** du nombre de naissances hors département de 2021, *note de bas de page N°19*, p.14 ;
- **Mise à jour** du nombre de naissances hors département de 2023, *note de bas de page N°19*, p.14 ;
- **Mise à jour** des données sur la nationalité des parents en 2022 et 2023, *Figure 20*, p.14 ;
- **Mise à jour** du taux de grossesse chez les mineurs de 2023, p.15 ;
- **Ajout** du taux de grossesse chez les mineurs de 2022, p. 15 ;
- **Ajout** des naissances survenues ventilées par maternité en 2023 et 2024, *Tableau 5*, p.15 ;
- **Correction** du nom de la commune d'une des quatre maternités périphériques : **Pamandzi** ► Dzaoudzi, p.15 ;
- **Mise à jour** de la courbe des naissances survenues décryptées avec les données 2023 et 2024, *Figure 21*, p. 16 ;
- **Suppression** des figures "Proportion de personnes apportant une aide financière ou en recevant une par sexe et par âge en 2016 à Mayotte" et "Proportion de personnes apportant une aide non financière ou en recevant une par sexe et âge en 2016 à Mayotte" ;
- **La fiche "Santé environnementale" du Chapitre II a été positionnée directement dans le document central**, d'où sa suppression également de ce chapitre. De ce fait la partie logement se voit augmenter de ses principaux indicateurs sur ce volet : profil d'habitat en fonction du lieu de naissance, p.19, accès à l'eau, *Figures 30 & 31*, p.20, défauts du logement, *Figures 32 & 33*, p.21. Par ailleurs, toute la partie sur le logement a été **réagencée** différemment ;
- **Mise à jour** de l'estimation du nombre de logements au 1er janvier 2024, *note de bas de page N° 30*, p.19. L'estimation au 1er janvier 2025 n'a pas été réalisée, en lien avec l'impact du cyclone Chido sur le territoire ;
- **Suppression** des figures "Loyer mensuel (en euros/mois) selon le secteur locatif en 2013 à Mayotte" et "Part des ménages vivant dans un logement sans ou avec défauts ou selon le quintile de revenu par UC en 2013 à Mayotte" ;
- **Simplification** de la partie sur la couverture maladie en restreignant les indicateurs à la dernière année : 2019, les données 2016 ont été conservées uniquement le taux de couverture chez la population étrangère, p.23 ;
- **Mise à jour** des éléments sur l'offre de soins à Mayotte à la date du 31/03/2025, p.24 ;
- **Mise à jour** de la carte sur l'offre de soins à Mayotte à la date du 31/03/2025, *Figure 41*, p.25 ;
- **Mise à jour** des éléments sur l'offre médico-sociale à Mayotte à la date du 31/03/2025, p.26 ;



- **Correction** du taux d'équipement MCO en 2022 suite à la mise à jour des estimations de population au 1er janvier de l'Insee, p.27 ;
- **Mise à jour** des données sur les équipements lits et places au CHM en 2023, *Tableau 6*, p.27 ;
- **Mise à jour** des données sur les équipements lourds en 2023, *Tableau 7*, p.28 ;
- **Mise à jour** des taux d'équipements en structures médico-sociales en 2023, p.28 ;
- **Mise à jour** de nombre de naissances par sage-femmes sur les données 2023, *note de bas de page N° 45*, p.28 ;
- **Ajout** des données comparatives EHIS-Drom sur l'hospitalisation complète, *note de bas de page N°52*, p.34 ;
- **Ajout** des données comparatives EHIS-Drom sur le recours au médecin généraliste, *note de bas de page N°56*, p.34 ;
- **Ajout** des données comparatives EHIS-Drom sur le recours au dentiste, *note de bas de page N°58*, p.34 ;
- **Ajout** des données comparatives EHIS-Drom sur la consommation médicamenteuse, *note de bas de page N°63*, p.37 ;
- **Mise à jour** des indicateurs sur le recours au CHM avec les données 2023 du PMSI, *Figure 56*, p.37 à 38 ;
- **Mise à jour** des indicateurs sur le recours au CHM par commune/regroupement de communes avec les données 2023 du PMSI, **désormais présentée** non plus comme un volume cumulé mais comme un volume moyen, *Figure 57*, p.38 ;
- **Mise à jour** des indicateurs sur les consultations aux médecins libéraux par commune/regroupement de communes avec les données 2023 de la CSSM, **désormais présentée** non plus comme un volume cumulé mais comme un volume moyen, *Figure 58*, p.38 ;
- **Mise à jour** des graphiques des parts d'hospitalisation complète et partielle en MCO depuis les données 2023 du PMSI, *Figures 59 & 60*, p.38 à 39 ;
- **Ajout** des premières données sur les SSR, p.39 ;
- **Ajout** des premières données sur la HAD, *Figure 61*, p.39, *Figure 143*, p. 97 à 98 ;
- **Mise à jour** des données sur les centres de consultations avec les données du CHM de 2023, p.40 ;
- **Ajout** de la courbe du nombre de consultations aux centres de consultations de 2020 à 2023, *Figure 63*, p.40 ;
- **Mise à jour** des ventilations par classes d'âge aux centres de consultations avec les données du CHM de 2023, *Figure 64*, p.41 ;
- **Mise à jour** des ventilations par heures de venue aux centres de consultations avec les données du CHM de 2023, *Figure 65*, p.41 ;
- **Mise à jour** de la carte complète de fréquentation des différents centres de consultations avec les données du CHM de 2023, *Figure 66*, p.41 ;
- **Mise à jour** des données sur les permanences des soins avec les données du CHM de 2023, p.42 ;
- **Ajout** de la courbe du nombre de consultations aux permanences des soins de 2020 à 2023, *Figure 67*, p.42 ;
- **Mise à jour** de la carte complète de fréquentation des différentes permanences des soins avec les données du CHM de 2023, *Figure 68*, p.42 ;
- **Mise à jour** des ventilations par classes d'âge aux permanences des soins avec les données du CHM de 2023, *Figure 69*, p.42 ;
- **Mise à jour** des ventilations par heures de venue aux permanences des soins avec les données du CHM de 2023, *Figure 70*, p.42 ;
- **Mise à jour** de la courbe du nombre de prises en charge par année avec les données de l'Assurance Maladie 2022 et **ajout** de la répartition par classe d'âge, *Figure 73*, p.43 à 44. A noter que celle partie a été scindée pour être **déplacée** avec tout le chapitre sur le « Recours aux soins » ;
- **Suppression** du tableau "Effectifs en santé et social des PMI de Mayotte en 2021" ;
- **Mise à jour** des volumes de femmes et enfants ayant consulté les PMI en 2023 selon les données du Conseil Départementale, p.44 ;
- **Mise à jour** volumes des Evasan en 2023 avec les données du CHM, *Figure 77*, p. 46 à 47 ;
- **Ajout** des volumes de moins de 16 ans et de plus de 60 ans évasanés de 2019 à 2021, *Figure 77*, p.47 ;
- **Création** de la section "10 - Prévention", p.49 à 65, regroupement les éléments sur la littératie en santé, p.49 à 50, les dépistages, p.50 à 51, quatre grandes thématiques et les données sur les associations, p.65 ;
- **Insertion** des principaux éléments de la fiche Chapitre II sur la Couverture vaccinale, p. 51 à 54 ;
- **Mise à jour** des indicateurs principaux de la publication EpiMay 2024 - Immunité vaccinale, *Figure 85*, *Tableau 12*, p.51 à 52, *Figure 143*, p.99 ;



- **Ajout** des indicateurs sur la campagne de rattrapage vaccinale de 2022 et 2023 menées par le DésUS, p.54 ;
- **Ajout** des principaux éléments de la fiche Chapitre II sur « l'alimentation et l'indice de masse corporelle », p.54 à 57 ;
- **Ajout** des principaux éléments de la fiche Chapitre II sur « la santé sexuelle », p.57 à 60, p.102 à 105 ;
- **Ajout** des principaux éléments de la fiche Chapitre II sur « la santé mentale », p.60 à 62 ;
- **Ajout** des principaux éléments de la fiche Chapitre II sur « les addictions », p.62 à 65 ;
- **Mise à jour** des éléments sur les associations en Santé, p.65 à 66 ;
- **Déplacement** des éléments sur les limitations d'activité depuis au moins six mois (Chapitre 11 – Indicateurs de morbidité) dans la partie handicap, p.66 à 67 ;
- **Ajout** d'une section "11 - Handicap", p.66 à 70, regroupement les principaux éléments de la fiche Chapitre II du même nom ;
- **Correction** des données sur les difficultés de la vue, ~~année 2021~~ ► année 2019, prévalence de ~~4 %~~ ► 5 %, ~~15 %~~ modéré ► 21 % pour Mayotte et ~~19 %~~ ► 17 % pour l'Hexagone, p.68 ;
- **Création** d'une section "12 - Santé environnementale", p.70 à 92, regroupement les principaux éléments de la fiche Chapitre II du même nom ;
- **Ajout** des indicateurs principaux de la publication BSE 2023 - Une photographie du paysage mahorais sur les températures et taux d'humidité, p.72 à 73, *Figures 114 & 115*, taux de CO et de CO₂, p.74, *Figures 106*, air intérieur, extérieur et indice de chaleur, p.75, incinérations de déchets, p.77, les déchets autour du ménage, p.78, *Figure 118*, comportements sur la gestion des déchets, présences de rats autour du logement, p.79, niveau de connaissances générales, p. 89 à 90, *Figure 132* ;
- **Ajout** des principaux indicateurs de la publication BSE 2023 - Nuisances sonores, p. 80 à 81, *Figures 121 & 122* ;
- **Ajout** des principaux indicateurs de la publication BSE 2023 - Baignades et risque solaire, p. 87 à 89, *Figures 128, 129, 130 & 131* ;
- **Ajout** des principaux indicateurs de la publication BSE 2023 - Accidents de la vie courante, p.92 ;
- **Mise à jour** des données sur les motifs de séjour au CHM depuis le PMSI 2023, p.93 à 95, *Tableau 30, Figures 139 & 140* ;
- **Ajout** des motifs de recours aux Urgences de 2018 à 2023 depuis les données du PMSI, *Figure 142*, p.96 à 97 ;
- **Ajout** des données brutes de l'Assurance Maladie par sexe et regroupement de trois années, avec comparaison Hexagone, *Figure 144*, p.98 à 99 ;
- **Ajout** d'une section sur le diabète à Mayotte, *Tableau 31*, p.101 à 102 ;
- **Ajout** d'une section sur l'HTA à Mayotte, p.102 ;
- **Mise à jour** des données sur le palud fournies par le DésUS (2023 et 2024), extraites du PMSI (2023) et du bulletin d'épidémiologique régional de SpF (2024), *Figure 149, Tableau 32*, p.105 à 106 ;
- **Mise à jour** des données sur la leptospirose fournies par le DésUS (2023 et 2024), extraites du PMSI (2023), éléments caractéristiques depuis la publication (2011) et depuis le bulletin d'épidémiologique - régional (2024) de SpF, *Figure 149, Tableau 32*, p.105 à 106 ;
- **Mise à jour** des données sur la fièvre typhoïde fournies par le DésUS (2023 et 2024) et extraites du PMSI (2023), *Figure 150, Tableau 32*, p.106 ;
- **Mise à jour** des données sur l'hépatite A fournies par le DésUS (2023 et 2024) et extraites du PMSI (2023), *Figure 150, Tableau 32*, p.106 ;
- **Mise à jour** des données sur la tuberculose fournies par le DésUS (2023) et extraites du PMSI (2023), *Figure 151, Tableau 32*, p.106 à 107 ;
- **Mise à jour** des données sur la lèpre fournies par le DésUS (2023) et extraites du PMSI (2023), *Figure 151, Tableau 32*, p.106 à 107 ;
- **Mise à jour** et **développement** de la carte de prévalence des MDO cumulées par commune en deux productions, l'une pour la période 2019 à 2021 et l'autre pour la période 2022 à 2024, *Figures 152 & 153*, p.107 ;
- **Mise à jour** du tableau complet des MDO avec les données 2023 et 2024 du DésUS, *Tableau 32*, p.107 ;
- Afin de permettre une fluidité plus cohérente du document, la partie sur les principales épidémies (et crises) **devient** une section à part entière (Chapitre 15) et est mise juste après celle sur les données du DésUS, p.108 à 118 ;
- **Complétion** des éléments sur l'épidémie de gale et production d'une carte de la répartition des cas par commune, *Figure 63*, p.111 à 112 ;
- **Ajout** d'une section sur le choléra depuis les données du derniers Point Epidémiologique de SpF en faisant mention et du DésUS, *Figure 164*, p.113 ;



- **Mise à jour** des éléments sur la grippe à Mayotte depuis le dernier Point Epidémiologique de SpF, p.113 à 114 ;
- **Mise à jour** des éléments sur la bronchiolite à Mayotte depuis le dernier Point Epidémiologique de SpF, p.114 ;
- **Mise à jour** des éléments sur la coqueluche à Mayotte depuis le dernier Point Epidémiologique focal de SpF, p.114 ;
- **Ajout** d'une section sur le chikungunya depuis les données de l'étude Unono Wa Maoré de 2019 de SpF et des données du DÉSUS, p.115 ;
- **Ajout** d'une section sur la conjonctivite depuis les données du Point épidémiologique de SpF en faisant mention, p.115 ;
- **Mise à jour** de la frise des épidémies à Mayotte, *Figure 165*, p.115 ;
- **Complétion** des éléments sur la crise de l'eau de 2023, *Figure 166*, p.115 à 116 ;
- **Ajout** d'une section sur la crise Chido, *Figures 167, 168, 169 et 170, Tableau 33*, p.116 à 118 ;
- **Correction** des espérances de vie 2022 des hommes 72,3 ► 73,9, et des femmes 74,3 ► 74,4, suite à la mise à jour sur le site de l'Insee, *Tableau 34*, p.118 ;
- **Mise à jour** des données Insee sur l'espérance de vie 2023, *Tableau 34*, p.118 ;
- **Correction** courbes décès, suite à la mise à jour sur le site de l'Insee, *Tableau 34 Figure 171*, p.118 ;
- **Mise à jour** des données Insee sur les décès en 2023, *Figure 171*, p.118 ;
- **Mise à jour** des indicateurs sur le taux d'enfants décédés de moins d'un an, moins d'une semaine, une semaine à un an qui décèdent en 2023, p.120 ;
- **Ajout** de la carte des taux de décès par commune pour l'année 2023, *Figure 174*, p.123 ;
- **Rédaction** de la synthèse du Panorama Statistique de la Santé à Mayotte, p.124 à 127 ;
- **Ajout** de la page de contacts, p.138.



MAYOTTE

Plus d'informations sur :

mayotte.ars.sante.fr

ors-mayotte.org

Pour toute demande d'accès aux données :

julien.balicchi@ars.sante.fr

a.aboudou@ors-mayotte.org

Pour accéder aux fiches des chapitres II, III et IV :

<https://www.mayotte.ars.sante.fr/le-panorama-sante-de-lars-mayotte>

