

EpiMay 2025

**Hausse de l'obésité
à Mayotte**

**Entre 2006 et 2025, le taux d'obésité a
significativement augmenté à Mayotte**

Hausse de l'obésité à Mayotte

Entre 2006 et 2025, le taux d'obésité a significativement augmenté à Mayotte : +17 points chez les femmes de 18 ans ou plus et multiplié par 3 chez les hommes du même âge. En 2025, près de la moitié des femmes et un quart des hommes sont en situation d'obésité. La situation est telle qu'une nouvelle catégorie fait son apparition sur le territoire : la super-obésité, concernant désormais 7 femmes et 12 hommes sur 1 000.

Cette hausse est exacerbée par l'âge, dès 35 ans la moitié des adultes de 18 ans ou plus sont en obésité. Et c'est dans le sud de l'île que l'on retrouve le plus d'individus avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé. L'obésité concerne alors aussi bien les plus pauvres que les plus aisés. A l'opposé, près d'un adulte sur vingt est en situation d'insuffisance pondérale.

Le diabète est un enjeu majeur sur l'île de Mayotte connue pour présenter une prévalence plus importante que dans la grande majorité des autres départements français. L'étude EpiMay permet d'actualiser les indicateurs en lien avec cette pathologie et met en exergue une hausse portée exclusivement par les femmes, passant de 13 % en 2019 à 15 % en 2025 (+2 points), alors que chez les hommes la prévalence reste stable à 11 %.

En six ans la connaissance de son statut s'est améliorée avec désormais 1 diabétique supplémentaire sur 10 se sachant diabétique. De plus, la pathologie est connue

quasiment par tous à Mayotte.

On retrouve ensuite des facteurs similaires à l'obésité, avec une multiplication par 8 du diabète des plus jeunes aux plus âgés et de la précarité. C'est la Petite-Terre qui a la plus haute fréquence d'individus diabétiques.

Afin de fournir une mesure de la dénutrition dans un contexte post-cyclonique où les structures de l'état ont été fortement touchées et l'accès aux denrées nettement diminué, l'index PINI, combinaison de multiples biomarqueurs mesurés, a été calculé. Il en ressort alors que 9 adultes sur 100 se trouvent en risque *a minima* faible de dénutrition à Mayotte.

Les personnes âgées sont les plus touchées (18 %), ainsi que celles en situation d'obésité (12 %). La commune de Koungou regroupe la population la plus fréquemment en situation de dénutrition.

Enfin, dernier indicateur recherché au cours de l'étude, l'Insuffisance rénale chronique (IRC). On retrouve notamment sur le territoire une prévalence des stades 3 à 5 légèrement supérieure à celle de l'Hexagone.

Ce sont les hommes, les français et les personnes âgées qui ont les plus fortes prévalences. On constate quatre fois plus d'adultes de 18 ans ou plus en stade 3 à 5 d'IRC chez les diabétiques, et trois fois plus chez ceux qui ont un index PINI défavorable.

Julien Balicchi (ARS Mayotte), Mathieu Epinoux (ARS Mayotte), Achim Aboudou (Observatoire régionale de la Santé - ORS - Mayotte)

En 2025 et à Mayotte, 47 % des femmes de 18 ans ou plus¹ et 24 % des hommes du même âge sont en situation d'obésité^{2 3}. En Hexagone la part est, pour les deux sexes, de 17 % [1]. Ces parts n'ont cessé d'augmenter depuis 2006 [2] [3], soit vingt années plus tard +15 points pour les femmes (32 %), et le triple pour les hommes (8 %) [4].

Le surpoids⁴ et l'obésité cumulés concernent deux tiers de la population adulte (67 %). Le secteur Sud⁵ est le plus touché par ces deux catégories d'IMC (74 %), suivi de la commune de Mamoudzou (71 %) puis de la Petite-Terre (66 %). Cette dernière est particulièrement proche du taux des communes du secteur Nord (65 %). Enfin, la commune de Koungou (58 %) et le secteur Centre (61 %) sont les moins concernés (Figure 1).

Une obésité de plus en plus sévère, voire massive

Chez les hommes, si l'obésité de type 2 et 3⁶ était particulièrement faible, voire absente du territoire en 2006 (1 %) [4] en 2025 un sur dix (11 %) est désormais dans cette situation. Alors que chez les femmes, la part a doublé et près d'une sur quatre (27 % contre 12 % en 2006 [4]) est concernée en 2025.

Phénomène nouveau à Mayotte, la part d'individus classés au-dessus de l'obésité de type 3, en « super obésité⁷ », fait alors son apparition chez 0,7 % des femmes et 1,2 % des hommes (Figure 1).

Un état des lieux préoccupant étant donné que le lien entre l'obésité sévère, morbide ou stade supérieur et l'accroissement de certaines maladies est aujourd'hui connu. On rappelle alors que les maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques représentent la troisième cause de décès chez les femmes à Mayotte [5].

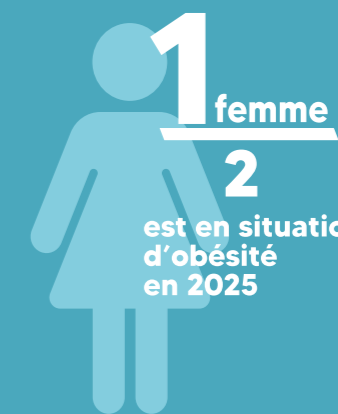
¹ Hors femmes enceintes.

² Déterminé selon la formule : $x = \frac{\text{Poids}}{\text{Taille}^2}$, avec le poids en kilogrammes (kg) et la taille en mètres (m).

³ IMC > 30 kg/m².

⁴ IMC > 25 kg/m².

⁵ Afin de maximiser la puissance statistique, les communes du nord de Mayotte ont dû être regroupées en une seule entité, la commune de Koungou disposant d'un effectif nécessaire à pu être considérée à part. Pour le secteur Centre, une approche similaire a dû être utilisée, Mamoudzou étant la seconde commune pouvant bénéficier d'une analyse à part. Même constat pour les communes restantes au sud et celles de Petite-Terre.



Un IMC qui augmente fortement en fonction de l'âge

La part d'obésité est multipliée par quatre chez les personnes de 18 à 24 ans (13 %) et celles de 55 ans ou plus (46 %), avec un pic observé chez les 35 à 44 ans (52 %).

Les personnes unies à une autre par un contrat de mariage ou traditionnellement sont bien plus souvent en situation d'obésité que les personnes seules, respectivement 42 % et 28 %. Sur la structure du ménage, les familles monoparentales sont également les plus fréquentes : 51 %, puis les personnes en couple avec enfant(s) : 47 %. Les membres des autres types de ménages sont 25 % (couples sans enfant) à 32 % (personnes vivant seules) concernés par cette catégorie d'IMC (Figure 1).



Un effet non-linéaire de la précarité sur l'IMC

La précarité a une influence à deux vitesses sur la part d'adultes en situation d'obésité au sein des différentes sous-populations de Mayotte.

Ainsi, d'un côté les chômeurs ou sans emploi sont plus concernés que ceux en emploi formel avec 17 points de différence en leur défaveur (41 % contre 23 %). Plus le revenu augmente, plus l'obésité diminue jusqu'à 15 points en moins (42 % à 30 %).

Et de l'autre, les personnes qui vivaient dans des maisons en dur⁸ sont plus fréquemment en situation d'obésité que celles des maisons précaires avec 8 points de plus (39 % contre 31 %). Constat confirmé par les autres indicateurs de précarité tel que l'accès à l'eau^{9,10}, ou encore à l'électricité^{11,12}.

Le niveau d'éducation symbolise cette ambivalence, les non-scolarisés et les non-diplômés sont les adultes les plus souvent en situation d'obésité, respectivement 40 % et 47 %. La part diminue à 19 % chez les titulaires d'un BEPC, BEP, CAP et croît à nouveau à 30 % chez les mieux diplômés (Figure 1).

⁶ IMC > 35 kg/m².
⁷ IMC > 50 kg/m².

⁸ Avant le passage du cyclone, choix réalisé afin de se baser sur une mesure pertinente de la précarité.

⁹ Avant le passage du cyclone, choix réalisé afin de se baser sur une mesure pertinente de la précarité.

¹⁰ 41 % chez ceux ayant accès à l'eau à l'intérieur de leur logement contre 15 % chez ceux n'ayant pas l'eau dans leur foyer.

¹¹ Avant le passage du cyclone, choix réalisé afin de se baser sur une mesure pertinente de la précarité.

¹² 38 % chez ceux pourvus d'électricité contre 23 % chez les dépourvus.

¹³ L'insuffisance pondérale s'illustre généralement par une fatigue inhabituelle, une perte de muscles, une altération de la santé mentale, une dénutrition ainsi qu'une sensibilité plus importante aux infections. Dès lors un lien est rencontré entre maigreur ou surpoids et symptômes ressentis actuellement.

¹⁴ Il y a trois mois, 11 à 15 % pour ceux en insuffisance pondérale ou en surpoids, 7 % pour ceux de la norme.

¹⁵ Il y a trois mois, 10 % pour ceux en insuffisance pondérale, 5 % pour ceux de la norme ou au-dessus.

¹⁶ Il y a trois mois, 35 % pour ceux en insuffisance pondérale, 8 % pour ceux de la norme, 15 % pour ceux au-dessus.

¹⁷ Il y a trois mois, 34 % à 35 % pour ceux en insuffisance pondérale ou en surpoids, 24 % pour ceux de la norme.

Près d'un adulte sur vingt est en situation d'insuffisance pondérale

En 2025, 6 % des hommes de 18 ans ou plus se trouvent en situation d'insuffisance pondérale ou de maigreur. Un taux qui avait notamment doublé entre 2006 et 2019 (4 %), puis s'était stabilisé depuis 2021 (3 %). Les femmes connaissent alors un effet totalement inverse, stable entre 2006 et 2019 puis diminuant de moitié en 2021 (6 %) [2] [3] [4] et se situant à 4 % en 2025 (Figure 1).



En croisant avec les symptômes perçus au moment de l'étude, 0,6 % des adultes en insuffisance pondérale déclare des fièvres ou sensations de fièvre¹³ contre 4 % chez ceux dans la norme ou à minima en surpoids¹⁴.

Pour les frissons ou les sueurs froides, peu ou prou chez les adultes en insuffisance pondérale, 4 % chez ceux dans la norme ou à minima en surpoids¹⁵. 12 % à 14 % des individus en insuffisance pondérale ou à minima en surpoids disent ressentir des fatigues inhabituelles, contre 8 % pour ceux dans la norme¹⁶.

Enfin, concernant les douleurs articulaires ou maux de tête, 17 % en insuffisance pondérale ou dans la norme en déclarent, et 24 % chez ceux à minima en surpoids¹⁷.





Le diabète dans le monde et en France [9]

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par un excès de sucre dans le sang (hyperglycémie), provenant soit d'un manque total d'insuline (hormone qui régule la glycémie), soit d'une mauvaise utilisation de cette insuline par les cellules du corps. Le glucose, carburant essentiel des cellules humaines, reste alors bloqué dans le sang, ce qui peut entraîner à long terme de graves complications cardiovasculaires, neurologiques, rénales ou ophtalmologiques.

Il existe plusieurs formes de diabète dont les plus connues sont le diabète de type 1 (généralement chez les enfants et les jeunes), le diabète de type 2 (généralement chez les adultes, même si sédentarité et montée de l'obésité repoussent d'année en année l'âge minimal), et le diabète gestationnel (présents chez certaines femmes enceintes et disparaissant alors après l'accouchement) qui est un facteur de risque du diabète de type 2 plus tard dans la vie de l'enfant qui naîtra et de la mère.

Les deux marqueurs sanguins suivis pour surveiller le diabète sont la glycémie à jeun et l'HbA1c (ou hémoglobine glyquée).



Ce dernier biomarqueur reflétant de manière fiable la glycémie moyenne sur les deux à trois derniers mois.

Entre les stades « non diabétique » et « diabétique » se situe le statut « prédiabétique » qui est une étape silencieuse et réversible entre un métabolisme normal et le diabète de type 2. Il s'agit alors d'un signal d'alerte et sans changement de mode de vie, environ 1 personne sur 2 en prédiabète développera un diabète de type 2 dans les cinq à dix ans qui suivent.

Sur le plan mondial, le diabète constitue un enjeu de santé publique majeur. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 500 millions de personnes vivent actuellement avec un diabète, et ce chiffre est en constante augmentation. Les zones les plus touchées ne sont pas forcément les plus riches : l'Asie du Sud-Est, le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord et certaines régions du Pacifique présentent des taux de prévalence très élevés, notamment en raison des transformations rapides des modes de vie (alimentation, urbanisation, baisse de l'activité physique). L'Inde et la Chine comptent à elles seules des centaines de millions de diabétiques [10].

Le diabète à Mayotte



Le problème du diabète est particulièrement important dans les DROM, Territoire d'Outremer (TOM) et collectivités d'outre-mer où la prévalence y est en moyenne bien plus élevée que dans l'Hexagone. En effet, différents facteurs en favorisent l'émergence rapide : changements des habitudes alimentaires relativement récents, alcoolisation, surconsommation de soda, changements de mode de vie avec sédentarité croissante (voiture, vie urbaine, désintérêt pour le travail en campagne, etc.), population jeune sensible à ces influences et génétiquement à risque.

À Mayotte, le nombre de motifs de séjour au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) associés au diabète était de 231 en 2013. Stable sur la période 2014 à 2016, il diminue de 23 % jusqu'en 2018.

En 2020, il accroît de 12 % puis diminue en 2021 (31 %). En 2023²⁵, on constate 197 séjours, soit une légère chute des hospitalisations de 1,5 % par rapport à 2022. Entre 2021 et 2023, la durée moyenne de séjour hospitalier est alors de 8,5 jours contre 6,4 dans l'Hexagone [11].

Chez les assurés sociaux et sur la période pré-2020, le taux standardisé était nettement supérieur à l'Hexagone, passant de 78 prises en charge pour 1 000 habitants en 2012 à 104 en 2019, presque deux fois supérieurs à l'Hexagone (59 pour 1 000 habitants). Sur la période 2020 à

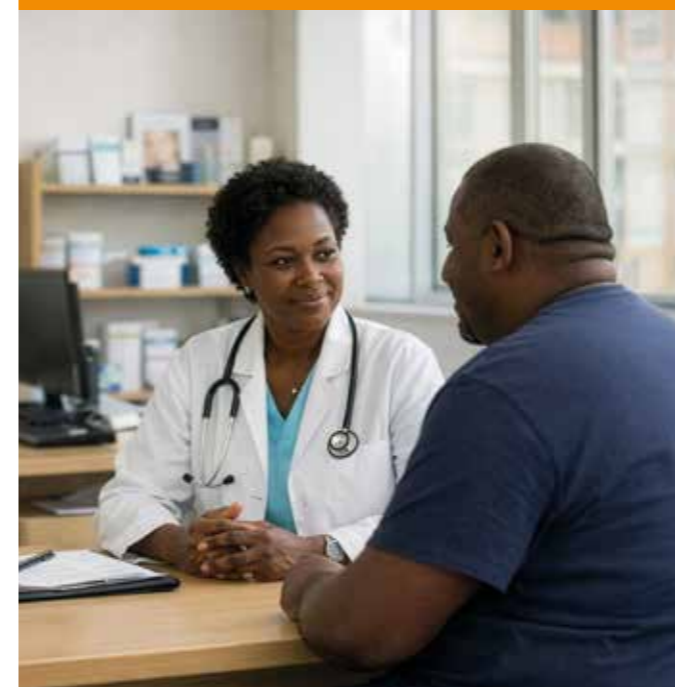
2021, 15 % des hommes assurés sociaux ont une prise en charge pour leur diabète contre 10 % en Hexagone, et 13 % pour les femmes assurées sociales, 7 % en Hexagone [12].

Le « diabète » représente 4 % des décès sur la période 2012 à 2022 (4 % chez les hommes et 5 % chez les femmes), soit en moyenne 36 décès par an d'habitants de l'île. À structure de population équivalente, les habitants de Mayotte meurent 4,5 fois plus du diabète sucré que ceux de l'Hexagone et les habitantes de Mayotte 7,7 fois plus que celles de l'Hexagone [4].

L'association Rediab'Ylang assure la promotion du dépistage et l'information sur le diabète. Pour les 2 806 personnes dépistées par l'association pour la période de 2020 à 2022, 17 % présentaient une glycémie élevée et 31 % une tension artérielle élevée [13].

Enfin en 2023²⁵, Mayotte dispose d'un centre assurant une activité d'autodialyse assistée : 22 postes utilisés (+3 vis-à-vis de 2013) pour 35 patients pris en charge (-13) et 5 366 séances (+2) ; de centre d'hémodialyse assistée : 19 postes utilisés (+3 vis-à-vis de 2014) pour 73 patients pris en charge (-4) et 10 254 séances (+3 333) ; et de dialyse médicalisée assistée : 36 postes utilisés (+20 vis-à-vis de 2016) pour 132 patients pris en charge (+85) et 20 122 séances (+15 590), géré par la société Maydia (établissements de santé privés) [14].

²⁵ Les données de 2024 n'ont pas été considérées du fait des mouvements sociaux au CHM ayant eu lieu pendant deux mois et demi, avec un retentissement significatif sur l'accès aux soins.



Une meilleure connaissance de son statut diabétique

Parmi les adultes de 18 à 64 ans catégorisés comme diabétique, 9 % ont connaissance de leur statut²³ contre 7 % en 2019 soit une hausse de deux points. Autrement dit, sept diabétiques sur dix (73 %) ont connaissance de leur statut, contre six sur dix (61 %) en 2019 [6] (Figure 2).

Ce constat met en évidence la progression du dépistage à Mayotte et justifie de l'intérêt du déploiement de campagnes de dépistage massif comme celle menée par l'ARS en 2022. Cette dernière avait alors permis à près de 10 100 individus de 18 ans ou plus de bénéficier d'un dépistage, de conseils associés gratuits et à proximité de leur lieu de vie²⁴ [15].

D'autant plus que selon l'étude, ce sont encore 5 340 adultes de 18 à 64 ans qui sont diabétiques sans le savoir sur les 19 500 diabétiques de la même classe d'âge sur toute l'île en 2025.

1/4

Un diabétique sur quatre ne sait pas qu'il est diabétique



Une pathologie bien connue à Mayotte

L'étude EpiMay montre que contrairement à de nombreux sujets en santé, le diabète ne souffre pas d'un défaut de littératie avec seulement 1,3 % des adultes qui dit n'en avoir jamais entendu parler et 3 % ne pas savoir s'ils sont ou non malades.

De plus, la part de diabétiques ne se sachant pas diabétiques²⁵ baisse d'un point, 4 % en 2025 contre 5 % en 2019. Elle devient proche de celle des autres territoires ultramarins (4 % en Martinique et Guadeloupe, 3 % à La Réunion et en Guyane) [7].

Toutefois, Mayotte présente encore un taux de connaissance trois à cinq points plus bas que dans les autres DROM : 14 % se savent diabétique à La Réunion²⁶, 12 % en Guadeloupe²⁷, Guyane²⁸ et Martinique²⁹ [6].



²³ 10 % chez les 18 ans ou plus.

²⁴ Soit un participant sur dix.

²⁵ Également appelée « petit diabète » [6].

²⁶ Soit 80 % de connaissance sur l'ensemble des diabétiques [6].

²⁷ Soit 77 % de connaissance sur l'ensemble des diabétiques [6].

²⁸ Soit 82 % de connaissance sur l'ensemble des diabétiques [6].

²⁹ Soit 74 % de connaissance sur l'ensemble des diabétiques [6].

³⁰ Un ménage complexe est un ménage constitué soit d'une famille partageant le logement avec une ou plusieurs autre(s) famille(s) et/ou une ou plusieurs autre(s) personne(s), soit de personnes sans lien de couple ou de parent/enfant entre elles.

³¹ Euros par mois et par unité de consommation.

³² Tôle, bois, terre ou matière végétale.

Le diabète, une pathologie significativement accentuée par l'âge

Le diabète prend une ampleur significative en fonction de l'âge, de 3 à 5 % chez les 18 à 34 ans à 40 % chez les 65 ans ou plus. On notera que parmi les individus arrivés récemment (moins de cinq ans), un sur dix est diabétique (12 %).

Les adultes en couple sans enfant (20 %) ou encore ceux appartenant à un ménage complexe³⁰ (17 %) ont les prévalences les plus fortes (12 % à 13 % pour les autres). Alors que ceux mariés (19 %) sont deux fois plus fréquemment diabétiques que les célibataires, divorcés ou veufs (9 %).

L'IMC est un facteur important du statut diabétique, 7 % en insuffisance pondérale ou dans la norme sont diabétiques, 14 % pour ceux en surpoids et 18 à 28 % pour les individus en situation d'obésité.

La Petite-Terre est le secteur de Mayotte le plus touché avec 32 % de diabétique, suivie de la commune de Koungou (17 %) puis de celle de Mamoudzou et le secteur Centre (16 %). Le Nord et le Centre les suivent de près (13 % à 14 %). Enfin, beaucoup plus décroché, le secteur Sud avec seulement 5 % d'adultes de 18 ans ou plus en situation de diabète (Figure 2).

Des effets de la précarité sur le diabète similaires à celui sur l'IMC

En lien avec la relation étroite vue précédemment entre le diabète et l'IMC puis la part d'habitants en situation de surpoids aussi bien chez les précaires que chez les plus aisés, des effets similaires sont visibles entre précarité et statut diabétique.

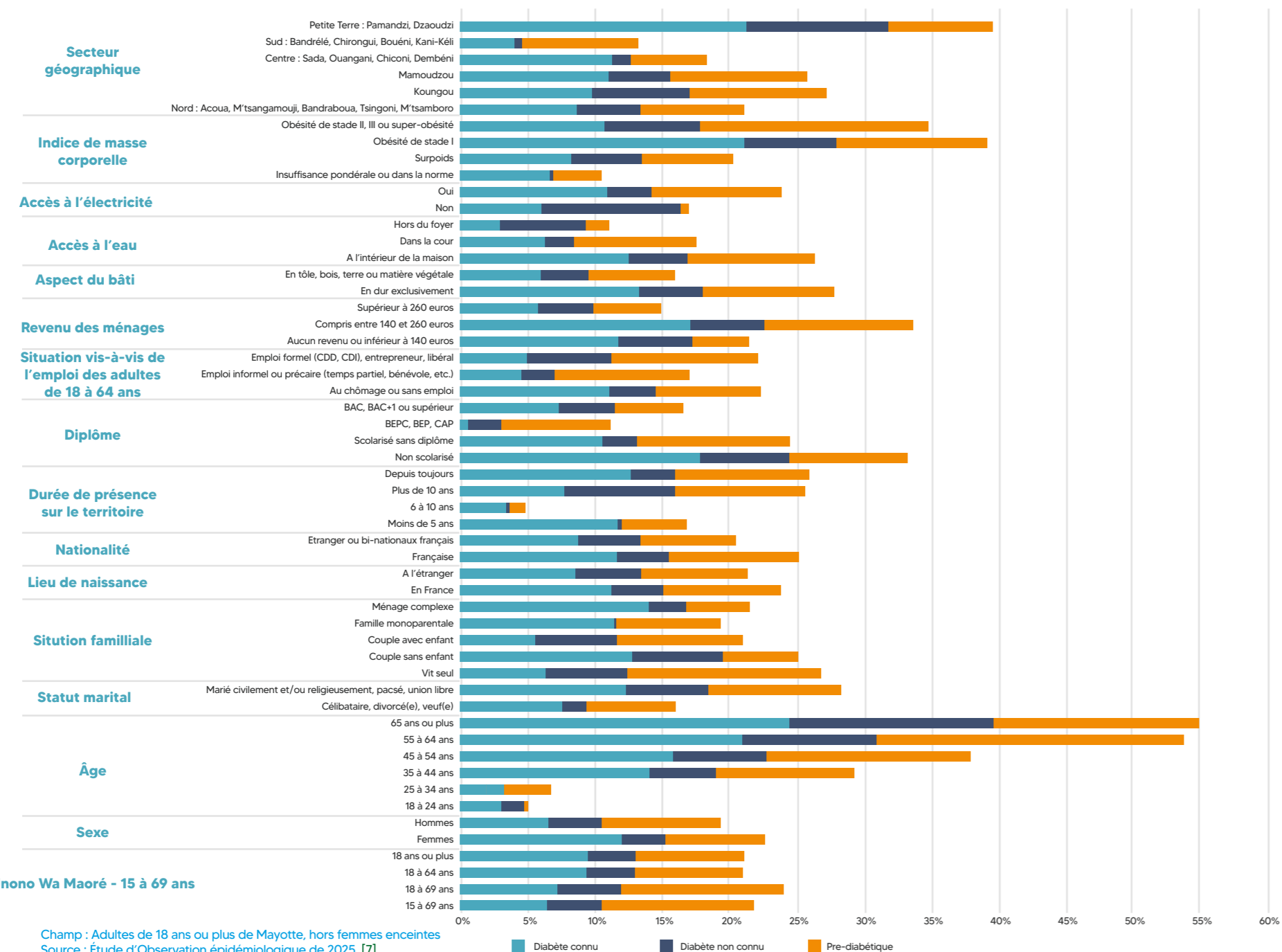
Les adultes au chômage ou sans emploi (15 %) et à l'opposé ceux en emploi (11 %), ainsi que les adultes aux revenus inférieurs à 260 €/m/UC³¹ (17 à 23 %) et à l'opposé ceux ayant un revenu supérieur (10 %) ont les prévalences les plus importantes.

L'effet est plus linéaire sur le niveau d'éducation, les individus n'ayant jamais été scolarisés présentent la prévalence la plus importante du territoire, 25 % puis 13 % pour les scolarisés sans diplôme et 3 % pour les diplômés d'un BEPC, BEP, CAP ou diplôme équivalent. Le taux remonte ensuite à 11 % chez les mieux insérés socialement.

On retrouve ce même rapport pour les facteurs environnementaux associés au ménage. Les individus vivant dans des maisons en dur sont 18 % à être diabétiques contre 10 % pour ceux des maisons précaires³² (Figure 2).



Figure 2 : Répartition du statut diabétique par profil de population, à Mayotte en 2025



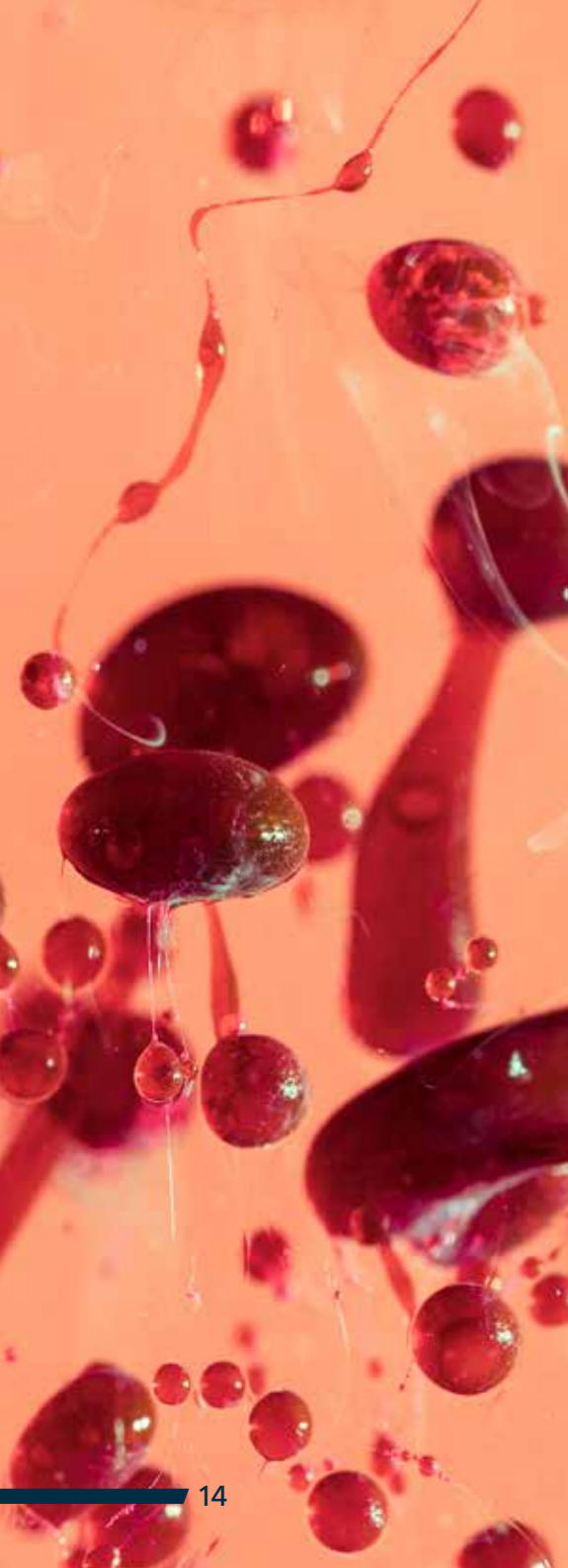
Champ : Adultes de 18 ans ou plus de Mayotte, hors femmes enceintes
 Source : Étude d'Observation épidémiologique de 2025, [7]
 Exploitation : Département Études et Statistiques – ARS de Mayotte

9 ADULTES
SUR 100 en situation de dénutrition à Mayotte

L'index de Pronostic Inflammatory and Nutritional Index (PINI) [16] est un indicateur agrégé reposant sur les résultats d'analyse de l'albumine, la pré-albumine, la protéine C-réactive (CRP) et l'orosomucoïde réalisés au cours de l'étude. Il s'agit d'un indice biologique qui permet d'évaluer simultanément l'état inflammatoire d'un patient et son état nutritionnel, caractérisant le risque de dénutrition et visant à s'affranchir du biais du déclaratif (voir partie « Les composantes de l'index PINI »).

Un individu de 18 ans ou plus sur dix (9 %) est classé à risque sanitaire *a minima* faible, selon l'index PINI. Cette catégorie (associée à une faible³³ inflammation sans retentissement nutritionnel majeur) est notamment la plus représentée. 4 pour 10 000 (0,04 %) sont en risque modéré (synonyme de premiers signes de fragilité nutritionnelle), 6 pour 10 000 (0,06 %) à risque élevé (soit une dénutrition significative) et 2 sur 10 000 (0,02 %) à risque vital associé à un stress physiologique important, révélant un risque majeur de complications organiques [16] (Figure 3).

³³ Avec une valeur moyenne de l'index PINI de 0,4, et médiane de 0,2.



Les composantes de l'index PINI

L'albumine³⁴ est une protéine fabriquée principalement par le foie, et la plus abondante dans le plasma sanguin. Elle retient l'eau dans les vaisseaux sanguins et empêche les œdèmes, véhicule de nombreuses molécules. Elle reflète l'état des protéines circulantes disponibles. On la mesure généralement pour évaluer la fonction hépatique, l'état nutritionnel, l'inflammation chronique et pour surveiller certaines maladies (cirrhose, maladies rénales avec pertes urinaires, troubles digestifs sévères). En 2025, à Mayotte, 88 % des adultes de 18 ans ou plus avaient des analyses dans la norme (entre 35 et 50 g/L). 5 % ont un taux supérieur à 50 g/L, les classant en situation d'hyperalbuminémie synonyme d'une potentielle déshydratation ou d'une hémococoncentration. Et 6 % en-dessous de 35 g/L, les classant en situation d'hypoalbuminémie, soit une dénutrition, une insuffisance hépatique ou une inflammation [17].

La préalbumine³⁵, aussi appelée transthyrétine (TTR) est une petite protéine produite principalement par le foie. Elle circule via le sang et sert surtout au transport de certaines molécules, dont la thyroxine (T4) et indirectement la vitamine A. Elle est également un marqueur sensible de l'état nutritionnel. On la mesure pour évaluer la nutrition protéique à court terme, la dégradation rapide de l'état nutritionnel et pour suivre les états inflammatoires. En 2025, à Mayotte, 85 % des adultes de 18 ans ou plus avaient des analyses dans la norme (entre 0,2 et 0,4 g/L), 15 % ont un taux inférieur à 0,2 g/L, les classant en situation de dénutrition sévère potentielle. 0,3 % ont un taux supérieur à 0,4 g/L, soit potentiellement en insuffisance rénale, hypothyroïdie, hyperandrogénie, hypercorticisme endogène ou médicamenteux [17].

La CRP³⁶ est une protéine produite par le foie en réponse à une inflammation. C'est l'un des marqueurs les plus utilisés pour évaluer rapidement l'existence et l'intensité d'un processus inflammatoire ou infectieux, participant notamment à la réponse immunitaire. On la mesure pour détecter ou suivre une infection aussi bien bactérienne que virale, évaluer l'inflammation aiguë et surveiller l'évolution d'une maladie sous traitement. À Mayotte, au moment de l'étude, 84 % des adultes de 18 ans ou plus avaient des analyses dans la norme (inférieur à 6 g/L). 16 % ont un taux supérieur à 6 g/L, dont 7 % entre 10 et 100 g/L, synonyme d'une possible infection en cours ou d'un syndrome rhumatoïde [17].

L'orosomucoïde³⁷, aussi appelée α 1-glycoprotéine acide (α 1-AGP), est une protéine produite principalement par le foie. Elle appartient à la famille des protéines de l'inflammation, et permet d'assurer le suivi d'une infection ou d'un traumatisme, de moduler la réponse immunitaire et de transporter les composés biologiques issus de la prise de médicaments basiques. On la mesure pour évaluer une inflammation prolongée ou chronique, compléter l'interprétation d'autres biomarqueurs, surveiller certaines maladies inflammatoires, infectieuses ou auto-immunes et pour apprécier la réponse de phase aiguë. À Mayotte, en 2025 : 86 % des adultes de 18 ans ou plus avaient des analyses dans la norme (entre 0,5 et 1,2 g/L), 12 % ont un taux inférieur à 0,5 g/L, synonyme d'un possible déficit hépatique, et 2 % supérieur à 1,2 g/L, synonyme d'une possible infection en cours ou d'un syndrome rhumatoïde [17].

$$\text{PINI} = \frac{\text{CRP (en mg/L)} \times \text{Orosomucoïde (en g/L)}}{\text{Albumine (en g/L)} \times \text{Préalbumine (en g/L)}}$$

, et s'interprète ainsi [21] :

- Si PINI inférieur ou égal à 1 alors « Absence de risque ».
- Si PINI compris entre 1 et 10 (inclus) alors « Risque faible ».
- Si PINI compris entre 11 et 20 (inclus) alors « Risque modéré ».
- Si PINI compris entre 21 et 30 (inclus) alors « Risque élevé ».
- Si PINI strictement supérieur à 30 alors « Risque vital ».

³⁴ IMC > 35 kg/m². La moyenne était de 42,1 g/L, 42,3 g/L en médiane.

³⁵ La moyenne était de 0,25 g/L, 0,24 g/L en médiane.

³⁶ La moyenne était de 3,3 g/L, 1,7 g/L en médiane.

³⁷ La moyenne était de 0,7 g/L, 0,7 g/L en médiane.

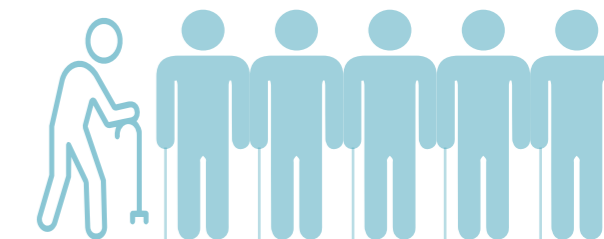
Une personne âgée sur cinq en situation de dénutrition

Une femme enceinte sur vingt (4 %) a un index PINI la classant *a minima* à risque faible. Situation d'autant plus préoccupante que la malnutrition au cours de la grossesse représente un risque accru au retard de croissance et au développement physique, mental, social et intellectuel du futur nouveau-né.

L'effet est plus marqué sur l'âge, triplant des 18 à 24 ans (5 %) aux 65 ans ou plus (18 %). La situation chez les personnes âgées interpelle puisque ce sont les 55 ans ou plus qui présentent les risques sanitaires les plus importants : 0,3 % pour modéré, 0,4 % pour sévère et 0,3 % pour un risque vital.

Les personnes les plus concernées sont celles présentes depuis plus de six ans à Mayotte sans que ce soit depuis toujours, 10 à 12 % contre 7 à 8 % pour les autres (Figure 3).

1 PERSONNE
ÂGÉE
SUR **5**



Un adulte sur dix en situation d'obésité est également à risque faible de dénutrition

L'effet observé avec l'IMC est plus surprenant : la part d'adultes *a minima* à risque faible triple des personnes en insuffisance pondérale ou dans la norme (4 %), à ceux en situation d'obésité (12 %) de concernés. Et ce sont les adultes en insuffisance pondérale ou dans la norme qui ont les risques sur leur santé les plus importants : 3 sur 1 250 concernés en risque modéré ou élevé.

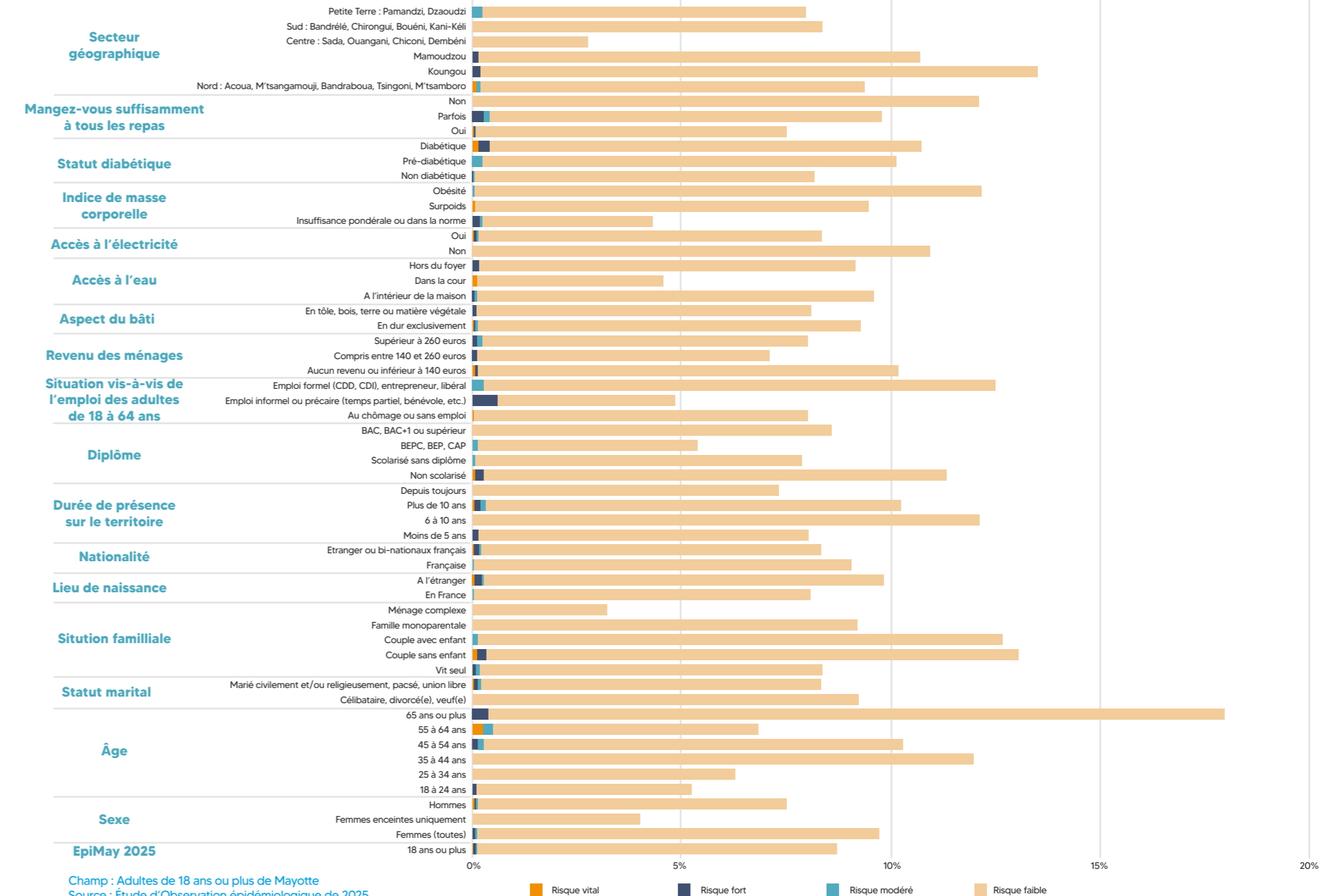
On peut ensuite observer un lien entre déclarer ne pas manger suffisamment et l'index PINI avec 12 % à risque chez les concernés contre 8 % chez ceux qui disent que ce n'est pas le cas (*Figure 3*).

Enfin, le croisement avec les symptômes au moment de l'étude ressort : 37 % des personnes à risque *a minima* faible déclarent l'un des types de symptômes contre 26 % des non concernés.

À l'exception de la fièvre ou sensation de fièvre (1,9 % pour ceux à risque et 4 % pour ceux qui ne le sont pas), les adultes à risque vont déclarer chacun des symptômes plus fréquemment : 7 % pour les frissons et sueurs froides chez les personnes à risque contre 3 % chez les autres, respectivement 14 % et 11 % pour les fatigues inhabituelles, et 29 % et 20 % pour les douleurs articulaires et maux de tête.



Figure 3 : Répartition des différentes catégories de l'index PINI par profil de population, à Mayotte en 2025



Champ : Adultes de 18 ans ou plus de Mayotte
 Source : Étude d'Observation épidémiologique de 2025
 Exploitation : Département Études et Statistiques - ARS de Mayotte

Une prévalence des stades 3 à 5 de l'IRC légèrement supérieure à l'Hexagone

Afin de quantifier l'insuffisance rénale chronique (IRC), la créatinine a été mesurée dans le sang et a permis d'estimer le débit de filtration glomérulaire (DFGe ou eGFR) en tenant compte de l'âge et du sexe de l'individu [18]. La valeur obtenue suit ensuite la classification internationale des stades d'IRC, de notation G1, G2, G3, G4 et G5 [17] (voir encadré « Équation CDK-EPI »).

En 2025, les trois quarts (75 %) des adultes ont un eGFR³⁸ correspondant au stade G1 associé à une fonction rénale normale³⁹. Ils sont ensuite 23 % au stade G2 synonyme d'une légère baisse⁴⁰ sans incidence sur la santé.

Ce sont alors plus généralement 2 % des habitants qui présentent un risque d'IRC, soit légèrement au-dessus des 18 à 74 ans en France Hexagonale⁴¹ en 2016 (1,5 %) [19]. Parmi les adultes de Mayotte concernés, 1,9 % sont à un stade d'IRC modéré à sévère, soit une diminution réelle de la fonction rénale et un risque cardio-vasculaire augmenté, nécessitant pour certains une surveillance rapprochée et un risque accru de complications d'anémie, troubles phosphocalciques. 0,1 % est en situation d'IRC sévère (G4) soit la préparation éventuelle à la suppléance (dialyse ou greffe).

Enfin, la prévalence du stade le plus grave est de 6 sur 10 000 (0,06 %), soit une insuffisance rénale terminale impliquant une fonction très altérée et une forte nécessité de dialyse (G5) (Figure 4).



Les hommes, les personnes de nationalité française et les personnes âgées ont les plus fortes prévalences d'IRC

Les grades 3 à 5 associés à une IRC avérée sont deux fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, respectivement 3 % et 1,6 %. L'âge joue un rôle attendu avec peu ou prou chez les 18 à 44 ans à moins d'un 45 à 54 ans sur cent (0,4 %), puis un 55 à 64 ans sur dix (12 %) et enfin un 65 ans ou plus sur cinq (20 %).

Les individus de nationalité française et/ou natif d'un territoire français (3 %) ont un taux plus important que ceux étrangers (1 % à 0,7 %). Et ce sont les habitants vivant depuis toujours à Mayotte qui sont également les plus concernés, 4 % contre moins de 1 % pour les autres durées de présence sur l'île.

Sur la structure du ménage, les personnes vivant seules ressortent avec 4 % aux stades 3 à 5 contre 3 % pour les couples (avec ou sans enfant) et moins de 1 % pour les autres (Figure 4).



³⁸ La moyenne était de 103,3 mL/min/1,73 m². 106,3 mL/min/1,73 m² en médiane.

³⁹ Voire élevée.

⁴⁰ Voire diminuée.

⁴¹ La prévalence variant d'un pays à l'autre étant de 1 % à 6 % [20].

Équation CDK-EPI

Les reins jouent un rôle central en filtrant le sang, éliminant les toxines, régulant la tension, maintenant l'équilibre de l'eau et produisant certaines hormones essentielles. L'IRC est une altération silencieuse puis progressive, lente et irréversible du rein, l'empêchant d'éliminer correctement du sang certains déchets métaboliques toxiques, dont l'urée et la créatinine. Au moment de l'apparition des symptômes, le constat d'une destruction rénale est déjà important, on parle de forme « sévère » de l'IRC qui, en l'absence de traitement, conduit à un risque accru d'hypertension, de maladies du cœur, d'ostéoporose, de dialyse ou de greffe voire à la mort.

L'eGFR ou DFGe est calculé à partir de la créatininémie, une substance produite par le métabolisme musculaire et éliminée presque exclusivement par les reins. Comme la créatinine varie selon l'âge, le sexe ou la masse musculaire, l'eGFR utilise des équations de référence pour corriger ces différences. Depuis 2021-2022, les équations les plus recommandées sont les formules CKD-EPI. L'eGFR est exprimé en mL/min/1,73m², valeur normalisée à une surface corporelle standard.

La formule d'usage du CKD-EPI est alors [18],

$$eGFR=142 \times \text{minimum} \left(\frac{SCr}{K}, 1 \right)^\alpha \times \text{maximum} \left(\frac{SCr}{K}, 1 \right)^{-1.200} \times 0,9938^{\text{Age}} \times S$$

, avec,

- SCr, la valeur de la créatinine sérique standardisée en mg/DL ;
- K valant 0,7 pour les femmes ou 0,9 pour les hommes ;
- α valant -0.241 pour les femmes ou -0.302 pour les hommes ;
- L'âge en année. Au cours de l'étude, seules les classes d'âge ont été collectées. Ces classes d'âge sont de 10 ans en 10 ans alors que la formule de l'eGFR nécessite l'âge révolu dans ses paramètres de calcul. De fait, c'est la médiane des classes d'âge qui sera prise en compte ;
- S valant 1,012 s'il s'agit d'une femme, 1 s'il s'agit d'un homme.

, et s'interprète ainsi :

- Si DFGe supérieur ou égal à 90 alors «G1», la fonction rénale est normale ;
- Si DFGe compris entre 60 et 90 (exclus) alors «G2», la fonction rénale est en légère baisse ;
- Si DFGe compris entre 30 et 60 (exclus) alors «G3», insuffisance rénale modérée-sévère ;
- Si DFGe compris entre 15 et 30 (exclus) alors «G4», insuffisance rénale sévère ;
- Si DFGe strictement inférieur à 15 alors «G5», insuffisance rénale terminale.

L'IRC, un problème de personne aisée à Mayotte

Ce sont les personnes en emploi qui sont les plus touchées, 4 % contre 0,6 à 0,7 % pour ceux sans travail, au chômage ou en emploi précaire voire informel. Les revenus les plus faibles sont les moins concernés, 0,8 % chez les ménages dont le revenu est inférieur à 140€/m/UC, contre 3 % chez les revenus supérieurs.

Moins les adultes sont diplômés et plus la prévalence des stades 3 à 5 de l'IRC croît, 4 % pour les non scolarisés contre peu ou prou pour les titulaires d'un bac ou plus.

Pour l'aspect du bâti, 3 % chez les habitants des maisons en dur sont en stade 3 à 5 contre 0,3 % pour celles en bois, terre, matière végétale ou tôle. Même tendance sur l'accès à l'électricité, 2 % pour les pourvus contre 0,9 % pour les dépourvus. Enfin sur l'accès à l'eau, 3 % des habitants ayant l'eau dans leur cour ont le même classement selon l'eGFR, 0,5 % pour un approvisionnement exclusivement l'extérieur (Figure 4).



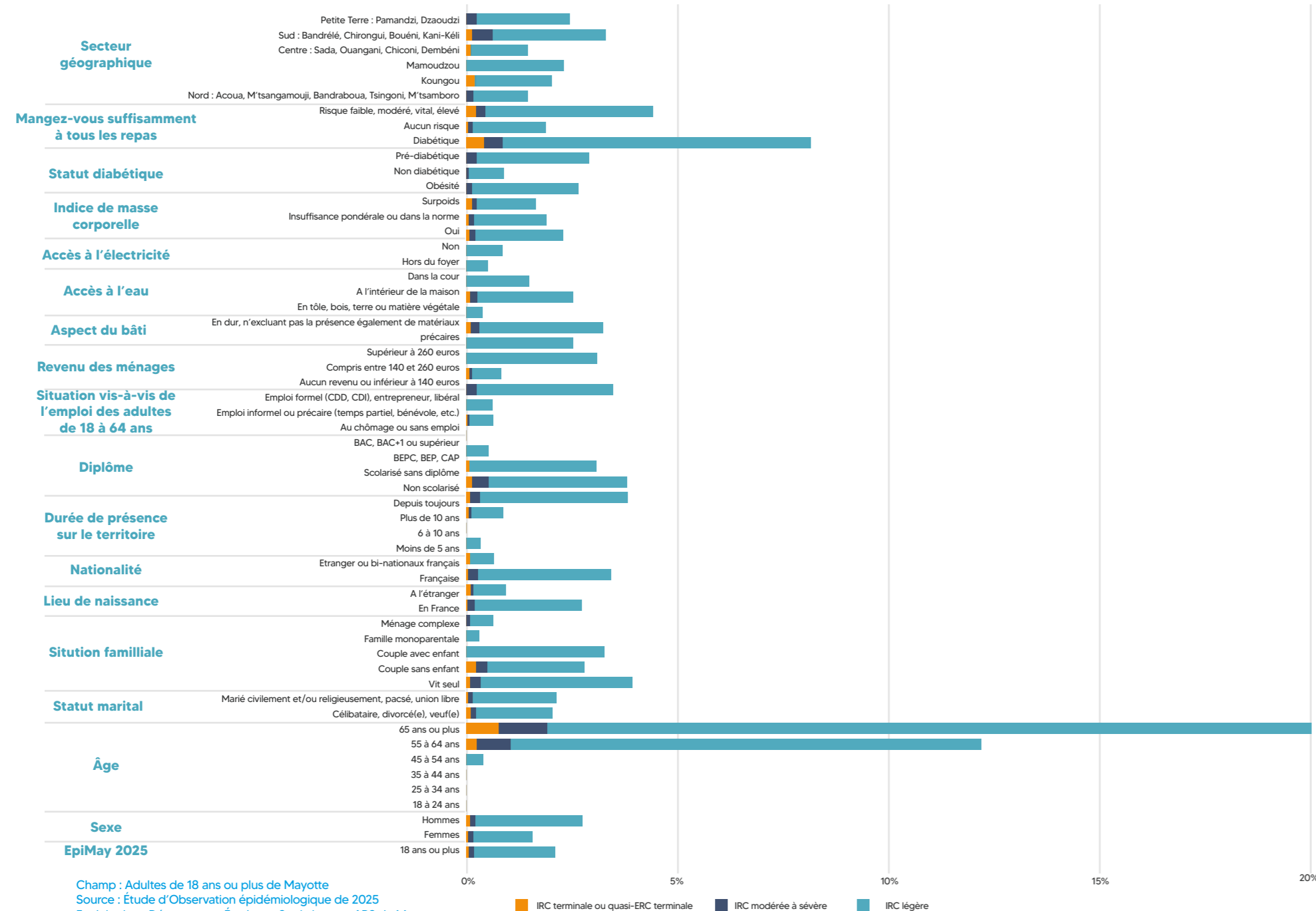
Quatre fois plus d'individus en stade 3-5 d'IRC chez les diabétiques et deux fois plus chez ceux qui ont un index PINI défavorable

Parmi les facteurs de risque de l'IRC, ressort fortement le diabète pour lequel on observe que 8 % des diabétiques sont classés au stade 3 à 5, contre 0,9 % des non diabétiques.

D'autres facteurs sont décrits tels que l'hypertension artérielle, les maladies glomérulaires, les maladies kystiques, les uropathies obstructives, etc. L'obésité en fait également partie, pour autant les différentes catégories de la population ont des taux assez proches, 3 % pour les personnes en obésité, 1,7 à 1,9 % pour ceux dans la norme, en insuffisance pondérale voire en surpoids.

Enfin, un lien est également observé avec l'index PINI où les personnes classées en risque faible *a minima* sont 4 % en stade 3 à 5 de l'IRC contre 1,9 % pour ceux dans la norme (Figure 4).

Figure 4 : Répartition des différentes catégories de l'eGFR par profil de population, à Mayotte en 2025



Données historiques sur l'IRC [21]

En dépit du manque de données exhaustives et d'informations fiables et accessibles avant la réalisation de l'édition 2025 d'EpiMay, l'IRC a fait l'objet de deux tableaux de bord en 2014 et 2018 produits par l'ORS de Mayotte.

Selon ces productions, l'IRCT affecte une part croissante de la population de Mayotte depuis plusieurs années : en 2012, le taux brut était de 18 patients pour 100 000 habitants, soit 39 patients avec un traitement de suppléance. En 2017, le taux brut de prévalence a augmenté pour atteindre 55 patients pour 100 000 habitants, soit 141 patients avec un traitement de suppléance. Les hommes étaient plus concernés que les femmes : en 2017, le sexe ratio H/F était de 1,9.

En 2015, le taux standardisé de l'IRCT traitée était plus élevé à Mayotte : 394 contre 313 dans les DOM et 163 en Hexagone. Sur le 101^{ème} département, on observait alors qu'un nouveau patient sur deux souffrait de diabète de type 2, soit une fréquence plus élevée que la moyenne nationale.

18 PATIENTS
POUR 100 000 HABITANTS



Cette situation est à mettre dans un contexte de densités de professionnels de santé largement moindres sur l'île que dans les autres DOM ou l'Hexagone. Alors que le système national de santé propose aux patients atteints d'IRCT une grande variété de modalités de traitement de suppléance qui se distinguent par la technique, mais aussi par l'organisation de la prise en charge (de la plus médicalisée à la plus autonome). Seule l'hémodialyse en centre, en unité de dialyse médicalisée (UDM), ou en unité d'autodialyse est réalisée à Mayotte depuis 2018. La greffe rénale n'est pas proposée sur place et les patients devant se faire greffer sont évacués à La Réunion ou en Métropole. La prise en charge de l'IRCT à Mayotte est très récente et reste limitée alors même que le nombre de patients à prendre en charge ne cesse d'augmenter.

Chaque année, des patients étaient envoyés à La Réunion dans le cadre des évacuations sanitaires (EVASAN) en raison d'une affection génito-urinaire (134 patients en 2017). La grande majorité est en rapport avec la prise en charge de l'IRC. Enfin, on observe que la prise en charge des malades se fait le plus souvent dans des conditions d'urgence. En 2017, 14 patients ont débuté la dialyse au service de réanimation du CHM puis ont été transférés chez Maydia, soit près de 2 patients incidents sur 3 en 2017.

Méthodologie et description de l'échantillon 2025

L'emploi, l'aspect du bâti et l'accès à l'eau a été effectué afin d'assurer l'équilibre de l'échantillon.

Les analyses suivantes ont été menées par les laboratoires Eurofins Biomnis, le Centre de Recherche National (CRN) Arboviroses et le CRN Paludisme pour la recherche : du diabète, du VIH, de l'hépatite C, de la rougeole, de la plombémie, de l'amibiase, le calcul de l'index PINI (albumine, préalbumine, orosomucoïde, protéine C-réactive - CRP -), des protides, de la créatinine, de la leptospirose, des salmonelloses (fièvre typhoïde, fièvre paratyphoïde, enteritidis, typhimur), du chikungunya et du paludisme.

À ce volet de l'étude s'ajoutent également les mesures poids-taille par balance et toise électroniques. Ces données sont ainsi croisées avec un questionnaire court permettant de recueillir les informations socio-démographiques et, pour cette édition, un questionnaire long sur pour mener un état des lieux de la situation matérielle des habitants.

L'étude EpiMay 2025 a fait l'objet d'un accord auprès du comité de protection des personnes (CPP) Iles de France VIII, le 27/03/2025.

L'ARS de Mayotte et l'ORS de Mayotte tiennent à remercier Stéphane Elaerts, Jean-Marc Vandernotte, Nihad Meknache, Laurence Guis, Dominique Engerand et Isabelle Petit, biologistes des laboratoires biologiques d'Eurofins Biomnis pour leur assistance technique et leur implication dans les analyses biologiques.

La nouvelle édition de l'étude d'observation épidémiologique (EpiMay) a été menée à Mayotte du 2 juin au 8 juillet 2025 **grâce au soutien et à l'adhésion de la population de Mayotte** sur 1 000 ménages sélectionnés aléatoirement sur tout le territoire selon un sondage à deux degrés : tirage des ménages proportionnellement à la taille des communes et tirage d'un adulte de 18 ans ou plus à enquêter au sein du ménage. Pour participer à l'étude, la personne tirée au sort devait accepter le prélèvement sanguin.

L'Étude EpiMay est une enquête cyclique se déroulant chaque année sur le territoire. L'ARS de Mayotte en assure le financement et le pilotage. L'ORS de Mayotte en tant que promoteur de la Recherche assure la gestion de la collecte des données via le déploiement de son réseau d'enquêteurs formés. Ces derniers mènent les entretiens sur tablette numérique grâce au masque de saisie développé par Capgemini, qui met également à disposition un serveur de stockage intégralement sécurisé. L'étude inclut la collecte de prélèvements sanguins réalisés par les infirmiers de l'URPS OI dans l'objectif d'ériger un diagnostic en Santé solide à Mayotte, palliant ainsi au déficit des Systèmes d'Information disponibles.

Pour cette édition 2025, 754 femmes (75 %) et 248 hommes (25 %) ont participé à l'étude. Le calage sur marge sur le sexe, l'âge, la nationalité, le lieu de naissance,



Annexe matériel et méthode

Les mesures « poids » et « taille » ont été réalisées avec une balance et une toise électronique. Elles sont présentées dans le **tableau 1** ci-dessous avant et après redressement des données par pondération (calage sur marge).

Tableau 1 : Caractéristiques des mesures taille, poids et IMC

Quantile de distribution	Données brutes			Données pondérées		
	Taille (cm)	Poids (kg)	IMC	Taille (cm)	Poids (kg)	IMC
Maximum	188	170	69,3662	188	170	69,3662
99 %	183	135	52,8889	184	142	48,6835
95 %	175	106	42,0395	177	110	43,7045
90 %	171	98	38,6485	175	101	40,2725
75 % (Q3)	165	85	33,6485	170	87	32,8731
50 % (Médiane)	160	73	28,2284	164	74	27,3797
25 % (Q1)	155	62	24,0346	156	64	23,4952
10 %	150	54	21,0938	153	55	20,5457
5 %	148	50	19,4932	149	50	18,5901
1 %	143	41	16,3265	145	40	15,7342
Minimum	138	34	13,5853	138	34	13,5853
Valeurs absentes (N)	29	29	29			

Champ : Habitants de Mayotte, hors femmes enceintes Source : Étude d'observation épidémiologique de 2025 Exploitation : ARS Mayotte - Département Études et Statistiques

Le **statut glycémique** a été évalué à partir du dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). Les analyses ont été réalisées sur un automate Capillary 3, utilisant la technique d'électrophorèse capillaire, avec le réactif CAPI 3 Hb A1c. L'HbA1c est exprimée en pourcentage (%) et en mmol/mol selon les recommandations internationales. Le diabète a été défini par une valeur d'HbA1c $\geq 6,5$ % (48 mmol/mol), conformément aux critères diagnostiques en vigueur. Les résultats sont présentés dans le **tableau 2** ci-dessous avant et après redressement des données par pondération (calage sur marge).

Tableau 2 : Caractéristiques de la mesure sur le diabète

Seuil	Catégorisation	Effectif brut	Pourcentage brut	Effectif pondéré hors *	Pourcentage pondéré hors *
< 6 %	Non diabétique	705	74,05	121 513	80,40
Compris entre 6 et 6,5 %	Prédiabète	101	10,61	13 243	8,76
Compris entre 6,5 % et 8 %	Diabétique	81	8,51	8 181	5,41
Supérieur à 8 %	Diabétique non contrôlé	57	5,99	8 206	5,43
	Volume insuffisant *	8	0,84		

Champ : Habitants de Mayotte, hors femmes enceintes Source : Étude d'observation épidémiologique de 2025 Exploitation : ARS Mayotte - Département Études et Statistiques

L'état inflammatoire et nutritionnel a été évalué à l'aide de l'**index PINI**, calculé à partir des concentrations sériques de la **CRP**, de l'**orosomucoïde** (α 1-glycoprotéine acide), de l'**albumine** et de la **préalbumine**. Les dosages biologiques ont été réalisés sur un automate Cobas 6000 c501. L'orosomucoïde a été mesurée à l'aide du réactif Tina-quant α 1-Acid Glycoprotein Gen.2, la préalbumine avec le réactif Prealbumin, l'albumine avec le réactif Tina-quant Albumin Gen.2 et la CRP avec le réactif Tina-quant C-Reactive Protein IV, tous conformes au marquage CE-IVDR (classe B). Les résultats sont présentés dans le **tableau 3** ci-dessous avant et après redressement des données par pondération (calage sur marge).

Tableau 3 : Caractéristiques des sérologies albumine, préalbumine, orosomucoïde, CRP et de l'index PINI

Quantile de distribution	Données brutes					Données pondérées				
	Albumine	Préalbumine	CRP	Orosomucoïde	Index PINI	Albumine	Préalbumine	CRP	Orosomucoïde	Index PINI
Maximum	59,9	0,47	87,30	2,35	34,7	59,9	0,47	87,3	2,35	34,7
99 %	52,1	0,36	40,50	1,36	7,5	53,2	0,40	29,9	1,31	3,4
95 %	48,1	0,32	15,50	1,15	1,9	50,2	0,34	12,6	1,13	1,5
90 %	46,2	0,30	10,45	1,06	1,2	47,9	0,31	7,7	1,04	0,8
75 % (Q3)	43,8	0,27	4,80	0,88	0,5	45,1	0,28	4,0	0,86	0,3
50 % (Médiane)	41,1	0,23	2,05	0,73	0,1	42,3	0,24	1,7	0,72	0,1
25 % (Q1)	38,6	0,20	0,80	0,60	0,1	39,6	0,21	0,7	0,58	0
10 %	36,1	0,18	0	0,51	0	36,6	0,18	0	0,47	0
5 %	34,4	0,16	0	0,43	0	34,7	0,17	0	0,41	0
1 %	27,9	0,12	0	0,31	0	25,5	0,12	0	0,30	0
Minimum	0	0,04	0	0,24	0	0	0,04	0	0,24	0
Valeurs absentes (N)	2	3	1	4	5					

Champ : Habitants de Mayotte Source : Étude d'observation épidémiologique de 2025 Exploitation : ARS Mayotte - Département Études et Statistiques

La fonction rénale a été évaluée par le dosage de la **créatinine** sérique. Les analyses ont été réalisées sur un automate Cobas 6000 c501 en utilisant le réactif Creatinine Jaffé Gen.2, conforme au marquage CE-IVDR (classe B). Les résultats sont présentés dans le **tableau 4** ci-dessous avant et après redressement des données par pondération (calage sur marge).

Tableau 4 : Caractéristiques de la mesure sur la créatinine

Quantile de distribution	Données brutes		Données pondérées	
	Créatinine	DFGe	Créatinine	DFGe
Maximum	692	144,67414	692	144,67414
99 %	159	134,10862	145	137,65211
95 %	111	128,97246	109	129,18081
90 %	98	124,55259	101	125,85104
75 % (Q3)	83	115,23490	87	120,17781
50 % (Médiane)	68	101,99050	75	106,29037
25 % (Q1)	59	84,96844	60	90,29874
10 %	53	69,15290	54	75,41474
5 %	49	57,49931	47	68,51478
1 %	40	31,65480	35	44,53872
Minimum	31	6,64384	31	6,64384

BIBLIOGRAPHIE





- [1] Assurance maladie, Surpoids et obésité de l'adulte : définition fréquence, cause et risque, 26 janvier 2026. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/definition-causes-risques&ved=2ahUKEwiisYToypSTA xUAV0EAHZXrKLMQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw3jiP 5ojgYuci6d8Q4f6ngq>
- [2] Insee, Drees, l'Enquête Santé européenne EHS 2019, 20 octobre 2025. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-sante-europeenne-ehis-edition-2019&ved=2ahUKEwiUqMCxw5STAxUBUUEAHUrP HCAQFnoECBgQAQ&ug=AOvVaw1In P2VelZazwwk8j6-YB4T>
- [3] Extraction de l'enquête MayCov 2021, ARS Mayotte, ORS Mayotte
- [4] Castetbon K, Gandin P, Malon A, Ntab B, Sissoko D, Vernay M, Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude NutriMay, 2006. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien documents/rapport-synthese/2009/alimentation-etat-nutritionnel-et-etat-de-sante-dans-l-ile-de-mayotte-l- etude-nutrimay-2006>
- [5] Système national des données de santé. <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil>
- [6] Abdullah A, Jezewski-Serra D, Ruello, Youssouf H, Piffaretti C, Fosse-Edorh S, Estimation de la prévalence du diabète et du prédiabète à Mayotte 2019, Mai 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/article/estimation-de-la-prevalence-du-diabete-et-du-prediabete-a-mayotte-et-caracteristiques-des-personnes-diabetiques-mayotte-2019>
- [7] Hernandez H, Piffaretti C, Gautier A, Cosson E, Fosse-Edorh S, Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion Résultats du Baromètre santé publique France 2021, Novembre 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/article/prevalence-du-diabete-connu-dans-4-departements-et-regions-d-outre-mer-guadeloupe-martinique-guyane-et-la-reunion.-resultats-du-barometre-de-sa>
- [8] Fédération française des diabétiques, Qu'est-ce que le diabète, les chiffres du diabète en France, Janvier 2026. <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiores-france>
- [9] Assurance maladie, Surpoids et obésité de l'adulte : définition fréquence, cause et risque, 26 janvier 2026. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/definition-causes-risques&ved=2ahUKEwiisYToypSTA xUAV0EAHZXrKLMQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw3jiP5ojgYuci6d8Q4f6ngq>
- [10] Organisation mondiale de la santé, diabète, OMS, 14 novembre 2024. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- [11] Programme de médicalisation des systèmes d'information, 20 septembre 2024. [https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Exploitation+du+Programme+d e+me%CC%81dicalisation+des+Syste%CC%80mes+d%E2%80%99information+\(PMSI\)&ie=UTF-8&oe=UTF-8](https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Exploitation+du+Programme+d e+me%CC%81dicalisation+des+Syste%CC%80mes+d%E2%80%99information+(PMSI)&ie=UTF-8&oe=UTF-8)
- [12] Exploitation des données détaillées de l'Assurance Maladie
- [13] Aboudou A, Medevielle S, Ricquebourg M, la nutrition santé à Mayotte, Mars 2019. https://ors-mayotte.org/wp-content/uploads/2024/02/22_ORSOI_TDB_nutrition_mayotte_sy_2019.pdf
- [14] La Statistique annuelle des établissements de santé, 09 janvier 2026. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique- annuelle-des-etablissements-sae>
- [15] Agence régionale de la santé Mayotte, données d'activité de la campagne HTA-Diabète 2022, Novembre 2023. <https://www.mayotte.ars.sante.fr/la-lutte-contre-le-diabete>
- [16] Synlab, Dénutrition protéino-énergétique : les nouveaux concepts de fragilité, de cachexie et de sarcopénie, Décembre 2020. https://www.synlab.fr/fileadmin/user_upload/IBC-Sarcopenie-SYNLAB.pdf
- [17] Eurofins Biomnis, référentiel des Examens, 1 juin 2025. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.eurofins-biomnis.com/services/referentiel-des-examens/page/STERB/&ved=2ahUKEwif_LXbz5WTaxVhQEEAHSajJa0QFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw0_HY5qHTUC6RvbD3LzD1qK
- [18] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, eGFR Equation for Adults, May 2025. <https://www.niddk.nih.gov/research-funding/research-programs/kidney-clinical-research-epidemiology/laboratory/glomerular-filtration-rate-equations/adults>
- [19] Blacher J, Cheddani L, Gabet A, Grave C, Halimi JM, Olié V, Stengel B, Prévalence de la maladie rénale chronique chronique en France, Esteban 2014-2016, Octobre 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/prevalence-de-la-maladie-renale-chronique-en-france-esteban-2014-2016>
- [20] Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Völzke H, Ärnlöv J, Kastarinen M, Guessous I, Vinhas J, Stengel B, Brenner H, Chudek J, Romundstad S, Tomson C, Gonzalez AO, Bello AK, Ferrieres J, Palmieri L, Browne G, Capuano V, Van Biesen W, Zoccali C, Gansevoort R, Navis G, Rothenbacher D, Ferraro PM, Nitsch D, Wanner C, Jager KJ, CKD Prevalence Varies accros the European général population, Décembre 23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26701975/>
- [21] Aboudou A, l'Insuissance rénale chronique terminale (IRCT) à Mayotte, ORS Mayotte, Septembre 2018. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.mayotte.ars.sante.fr/media/111536/download&ved=2ahUKEwiwy7mK05WTaxVH2glHHZSQIDsQFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw2m-vKjOs9wOtiHKIMYdvlL>

EpiMay

2025

Plus d'infos sur :

mayotte.ars.sante.fr

-  **ARS Mayotte**
-  **Centre Kinga - 90, route nationale 1 - kaweni
bp 410 - 97600 - mamoudzou - mayotte**
-  **0269611225**
-  **ars-mayotte-sante-prevention@ars.sante.fr**