

Synthèse du diagnostic de santé partagé

Projet de Santé La Réunion-Mayotte 2018-2028

Table des matières

I.	Introduction	4
A.	Le Projet Régional de Santé de 2^{ème} génération	4
B.	L'élaboration du PRS 2	5
C.	Les objectifs du diagnostic partagé	5
D.	La méthodologie retenue pour l'élaboration du diagnostic partagé	6
II.	Synthèse des diagnostics partagés en santé	7
A.	Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à Mayotte	7
1.	Le contexte de Mayotte.....	7
2.	Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à Mayotte	8
B.	Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à La Réunion	9
1.	Le contexte de La Réunion.....	9
2.	Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à La Réunion	10
III.	Les grands enjeux de santé retenus	12
A.	La santé de la mère et de l'enfant	12
1.	Les spécificités de Mayotte	12
2.	Les spécificités de La Réunion	12
B.	L'accès à une offre de santé pour tous	13
1.	Les spécificités de Mayotte	13
2.	Les spécificités de La Réunion	14
C.	L'impact de la nutrition sur la santé	14
1.	Les spécificités de Mayotte	14
2.	Les spécificités de La Réunion	15
D.	Les maladies chroniques	15
1.	Les spécificités de Mayotte	16
2.	Les spécificités de La Réunion	16
E.	Les conséquences du handicap et du vieillissement	16
1.	Les spécificités de Mayotte	17
2.	Les spécificités de La Réunion	17
F.	La santé environnementale	17
1.	Les spécificités de Mayotte	18
2.	Les spécificités de La Réunion	18
G.	Notre système de santé face à l'émergence de nouveaux risques	19
1.	Les spécificités de Mayotte	19
2.	Les spécificités de La Réunion	20

H.	La santé des jeunes	20
1.	Les spécificités de Mayotte	20
2.	Les spécificités de La Réunion	21
IV.	Conclusion	22

I. Introduction

A. Le Projet Régional de Santé de 2^{ème} génération

Le **Projet Régional de Santé**, ou PRS, a vocation à **guider l'ensemble des acteurs de santé** et partenaires de l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) dans leurs activités et, dans le même temps, **à servir de cadre d'action à l'ARS OI**.

Le premier Projet Régional de Santé, adopté en juin 2012, arrive à son terme en fin d'année 2017. Conçu sur trois axes structurants :

1. « bien connaître pour mieux agir » ;
2. « affirmer la démocratie sanitaire » ;
3. « promouvoir un espace favorable à la santé » ;

visant six priorités : handicap et vieillissement, santé environnement, santé mentale, maladies chroniques, périnatalité et petite enfance, et performance du système de santé ; **sa mise en œuvre a donné lieu à de nettes avancées** dans plusieurs domaines :

- une approche transversale de la santé, par la mise en place :
 - de maisons de santé pluridisciplinaires à La Réunion ;
 - d'une plateforme territoriale d'appui visant à faciliter les soins de premiers recours ;
- la structuration du champ de la prévention, en redéfinissant les rôles de chaque acteur ;
- le développement de la démocratie sanitaire par la tenue des conférences de santé et de l'autonomie à La Réunion et à Mayotte ;
- le déploiement progressif sur l'ensemble des territoires, d'une l'observation structurée de l'état de santé des populations :
 - coordination des complémentarités des acteurs par la mise en place d'une plateforme d'information des études en santé (PIES) ;
 - déploiement de l'ORS Océan Indien à Mayotte ;
- de l'amélioration de l'accès aux soins via la coopération régionale entre La Réunion et Mayotte :
 - projets de réadaptation et de coopération médicales ente le CHU de La Réunion et le Centre Hospitalier de Mayotte.

Le **Projet Régional de Santé de 2^{ème} génération ou PRS 2 de La Réunion et de Mayotte** définit, à compter du **1^{er} janvier 2018 et pour les 10 prochaines années**, les objectifs d'amélioration de la santé de la population des deux îles, et les évolutions nécessaires de l'offre de soins, de prévention et d'accompagnement médico-social pour y répondre.

Outil stratégique et de programmation, le **PRS 2 porte une vision partagée de la santé par la société civile, les associations, les collectivités, et l'ensemble des acteurs de santé**.

Il a également vocation à être **opérationnel et évolutif** :

- un Projet de Santé commun à La Réunion et à Mayotte mais qui tient compte de leurs spécificités à travers des objectifs propres à chaque territoire.
- un Projet de Santé opérationnel qui priorise les actions, et qui a vocation à être un outil de référence pour les acteurs de santé.
- un Projet de Santé adaptable à l'évolution des besoins.

B. L'élaboration du PRS 2

L'élaboration du PRS 2 est conçue en appelant largement la participation des **usagers de la santé**, mais aussi des **professionnels et institutions œuvrant au quotidien pour la santé** de la population.

Sa construction repose sur une succession de phases :



C. Les objectifs du diagnostic partagé

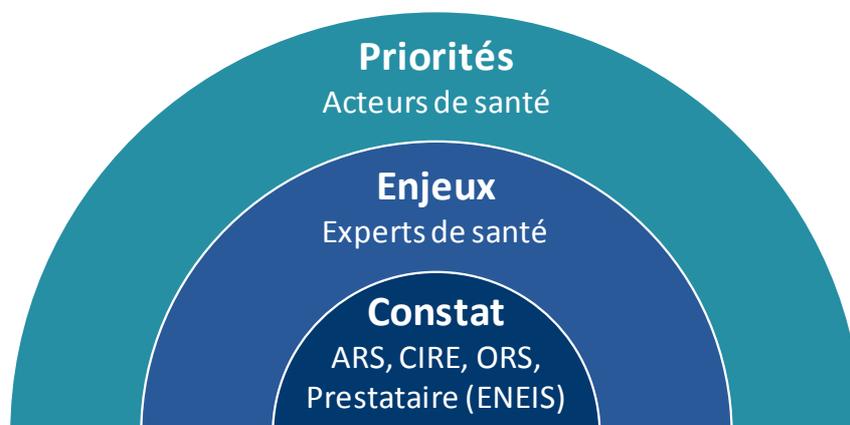
Première phase d'élaboration du PRS 2, le **diagnostic partagé a pour objectif de préparer l'ensemble des travaux à venir de construction du PRS 2**. S'appuyant sur trois outils documentaires et de plusieurs temps forts d'échange entre les acteurs œuvrant directement ou indirectement pour la santé des territoires, **il dégage les enjeux liés aux priorités identifiées de santé de La Réunion et de Mayotte**.

Son apport, issu d'un cheminement de pensées collectives co-construites et partagées au travers des ateliers et séminaires, concertées avec les instances de démocratie sanitaire, introduit **les enjeux nécessaires aux réflexions menées dans le Cadre d'Orientations Stratégiques (COS)** ; ce dernier fixe à 10 ans, les résultats attendus en termes d'amélioration de l'état de santé des populations et de lutte contre les inégalités de santé.

Ce **document synthétise** les travaux d'élaboration du diagnostic partagé. À cet effet, il résume dans un premier temps, les réflexions autour du contexte propre à chaque territoire pour ensuite préciser et étayer les défis qui ont émergé au cours des différents temps de concertation.

D. La méthodologie retenue pour l'élaboration du diagnostic partagé

Dans le but d'identifier les priorités de santé de chacun des territoires de l'Océan Indien, de manière à la fois complète et co-construite avec un élargissement progressif, l'ARS OI a opté pour une **méthodologie en trois étapes** :



- **Étape 1 : élaboration de documents servant de constat et de base de réflexions aux échanges :**
 - l'état des lieux de la situation sanitaire et des éléments de prospective, rassemblant l'ensemble des données disponibles autour la santé des populations à La Réunion et à Mayotte, produit par l'ARS OI, la CIRE OI et l'ORS OI ;
 - les retours d'expérience du PRS 1, permettant de tirer un bilan à la fois sur sa méthode d'élaboration et de suivi (document « Évaluation du PRS 1 ») et sur les actions réellement réalisées (document « Bilan du PRS 1 »), produits par les membres de l'ARS OI ayant travaillé sur l'élaboration et la mise en œuvre du PRS 1.
- **Étape 2 : identification des enjeux de santé des territoires, au travers « d'ateliers de travail » menés spécifiquement à La Réunion et à Mayotte :**
 - rassemblant des personnalités qualifiées au regard de leurs connaissances et de leurs expériences de la santé (environ une soixantaine sur chacun des territoires) ;
 - permettant, via des petits groupes interprofessionnels et multidisciplinaires, d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces des populations des deux îles en matière de santé puis d'en extraire et de classer les grands défis de santé actuels et à venir.
- **Étape 3 : identification des priorités de santé de chacun des territoires, via des « séminaires de santé » ouverts au plus grand nombre :**
 - réunissant l'ensemble des acteurs ayant un rôle direct ou indirect sur la santé des réunionnais et des mahorais (incluant les usagers) ;
 - permettant, via des débats animés autour des enjeux, de proposer les priorités de santé à retenir dans le Cadre d'Orientations Stratégiques.

II. Synthèse des diagnostics partagés en santé

A. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à Mayotte

1. Le contexte de Mayotte

Mayotte se distingue par le dynamisme de sa croissance démographique avec une évolution moyenne plus +2,7% par an. Cette dernière est soutenue par un fort excédent des naissances sur les décès qui fait de Mayotte le département le plus jeune de France : 6 mahorais sur 10 ont moins de 25 ans et les plus de 60 ans ne représentent que 4% de la population, soit 6 fois moins qu'en France métropolitaine.

En 2012, 84 600 étrangers, majoritairement comoriens, résident à Mayotte qu'ils y soient nés ou non. Entre 2007 et 2012, le nombre d'étrangers a augmenté moins vite que l'ensemble de la population (+ 12% contre + 14%). Ainsi, la part des étrangers se stabilise à 40%. Près de quatre étrangers sur dix sont des mineurs, nés à Mayotte. Mayotte demeure le département français où la part d'étrangers dans la population est la plus importante, devant la Guyane (35,5%).

La population de l'île est confrontée à de nombreuses problématiques socio-économiques dont la pauvreté, puisqu'en 2011, près de 84% de la population vivait avec des ressources en deçà du seuil de bas revenus. Selon l'INSEE, si le niveau de qualification tend à augmenter, plus de 73% de la population mahoraise n'avait pas de diplôme qualifiant en 2014. De même, le chômage concerne près de 20% de la population et touche particulièrement les jeunes dont le taux de chômage atteignait 46,5% en 2014. Cette situation est nourrie par l'importance de l'illettrisme qui touche 33% de la population contre 23% à La Réunion et 7% en France métropolitaine. Les femmes, qui accèdent tardivement à l'enseignement, sont confrontées à de plus grandes difficultés : 63% d'entre elles ne maîtrisent pas les bases écrites du français contre 53% des hommes ce qui ne peut que générer des difficultés de communication, en particulier pour suivre des recommandations faites dans le domaine de la santé.

Du reste, les problématiques liées à l'eau sont prégnantes ; une part importante de la population n'a pas accès aisément à l'eau potable. L'assainissement insuffisant, des mauvaises conditions d'hygiène et un climat tropical, font que les infections à transmission féco-orale ont ainsi un fort risque d'évolution épidémique. L'habitat insalubre est visible dans toutes les localités de l'île. De plus, les deux tiers des logements sont surpeuplés. Ces conditions sont propices à l'émergence de plusieurs risques sanitaires.

La population de l'île est ainsi exposée à la plupart des maladies infectieuses comme les arboviroses (dengue, paludisme), les maladies hydriques (fièvre typhoïde, hépatite A, méningite,...) ou entériques, mais aussi la leptospirose, la lèpre ou encore la diphtérie cutanée.

L'espérance de vie à la naissance comparativement à celle de France métropolitaine en 2014 est inférieure de 5 ans pour les hommes et entre 7 et 8 ans pour les femmes. L'étude des causes de décès à partir des certificats de décès 2008-2014, montre que les pathologies cardiaques, ensuite les cancers, se situent aux premiers rangs des causes de décès.

En dehors des prises en charge au cours de la maternité, ce sont les traitements antihypertenseurs (avec ou sans pathologies, 6 800 personnes), suivi du diabète (4 400 personnes) qui concentrent la

grande part des prises en charge médicales à Mayotte (Assurance Maladies, 2015). Pratiquement le recours aux soins de médecine ou de chirurgie du Centre Hospitalier de Mayotte sont très inférieurs aux repères métropolitains.

L'offre de soins est principalement organisée autour du Centre Hospitalier de Mayotte qui se compose d'un site principal à Mamoudzou, de 4 centres de référence et de 13 centres de consultations. Le mode d'exercice libéral est très peu développé avec 9 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 92 en France métropolitaine en 2016. Les densités des professionnels de santé quel que soit le mode d'exercice, à Mayotte sont nettement inférieures à celles de la France métropolitaine à l'exception des sages-femmes avec une densité deux fois supérieure à Mayotte. La différence est notamment très marquée pour les médecins spécialistes et les pharmaciens (4 fois inférieure à la France métropolitaine) et les masseurs-kinésithérapeutes (3 fois inférieure à la France métropolitaine).

2. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à Mayotte

 FORCES 	 FAIBLESSES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une population jeune ▪ Une culture forte, riche et mobilisable à travers les communautés et les femmes ▪ Des structures sur lesquelles s'appuyer (le CHM, les réseau associatif) ▪ Une situation et une taille propice à la proximité, la collaboration (sur l'île et avec La Réunion), l'engagement et l'innovation ▪ La modernisation en cours : développement de l'éducation, départementalisation, CHM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un climat social complexe & conflictuel : inégalités sociales, précarité immigration non maîtrisée, alphabétisation & langues... ▪ Un environnement défavorable : urbanisation anarchique, accès à l'eau, problématiques nutritionnelles ▪ Une méconnaissance des besoins en santé ▪ Des manques forts dans l'offre de soins (ressources insuffisantes en PS, saturation du CHM, offre médico-sociale embryonnaire...) ▪ La couverture sociale défailante et insuffisante et la méconnaissance des droits ▪ Un manque d'implication / coordinations des politiques publiques
 OPPORTUNITÉS 	 MENACES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formation et le développement de l'offre éducative ▪ Les filières de formation des PS ▪ Des plans et projets lancés (PRS, SNS Outre-Mer, Fonds européens, GHT...) ▪ Les nouvelles technologies (e-santé, télémédecine, moyens de communication) ▪ Les engagements vis-à-vis de la CMU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La saturation de l'offre de soins ▪ La pression démographique ▪ L'incertitude des financements ▪ L'absence de leviers pour fidéliser les PS ▪ La persistance de risques infectieux ▪ Le développement des maladies chroniques ▪ La montée des addictions ▪ La dégradation du contexte social (cité en faiblesse)

Forces, faiblesses, opportunités et menaces de Mayotte en matière de santé recensées en atelier

La départementalisation en 2011 de l'île de Mayotte lui confère un important potentiel de développement qui s'exprime à travers la modernisation des infrastructures publiques et la démocratisation de l'accès à l'éducation actuellement en cours (¼ de la population mahoraise n'avait pas de diplôme qualifiant en 2014). Enfin, le dimensionnement de l'île, sa relative proximité géographique avec La Réunion sont autant de ressources à mobiliser en matière de coopération régionale et d'expérimentation d'innovations en santé.

L'importance des inégalités sociales conjuguée à une immigration non maîtrisée en provenance des Comores entretient le phénomène de précarité. De plus la prépondérance des problématiques

environnementales (urbanisation anarchique, accès à l'eau, qualité de l'alimentation) a un retentissement sur l'organisation de l'offre de soins.

La coordination des politiques publiques est une priorité pour fédérer l'ensemble des acteurs autour de la santé et optimiser leurs actions. L'éducation à la santé représente au regard de la situation un axe fort d'amélioration. De même, la connaissance des droits, dans la mesure où la couverture sociale est jugée défailante et insuffisante, est à développer.

L'enrichissement des filières de formation aux professions de santé, la mise en œuvre de projets structurants (projet régional de santé, Groupement Hospitalier de Territoire...), le renforcement de la démographie et l'attractivité pour les professionnels de santé, le déploiement des nouvelles technologies (e-santé, télémédecine, moyens de communication) sont des pistes d'amélioration de la santé de la population à Mayotte.

À l'inverse, la saturation d'une offre de soins insuffisante associée à la pression démographique et à l'absence de leviers de fidélisation des professionnels de santé, la persistance des risques infectieux et la montée des addictions et des maladies chroniques, dans un contexte de maîtrise des dépenses, sont autant de menaces graves à considérer.

B. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à La Réunion

1. Le contexte de La Réunion

Avec une croissance moyenne de 0,7% par an et une population estimée à 843 500 habitants en 2015, La Réunion est le 26^{ème} département français le plus peuplé. Cette démographie est due à un solde migratoire négatif qui équilibre l'accroissement naturel porté par une natalité dynamique : plus de 14 000 naissances par an depuis les années 2000.

Si La Réunion est un département jeune, près 40% de la population avait moins de 25 ans en 2013, elle est maintenant confrontée aux prémices de son vieillissement : à l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler et l'âge moyen devrait donc augmenter de plus de 7 ans pour se situer à 40 ans. De même, le vieillissement démographique est accentué par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui est de 77 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes contre respectivement 78,7 ans et 85 ans en France métropolitaine en 2013. Outre une espérance de vie plus faible, les hommes accusent une surmortalité avec un taux standardisé de mortalité prématurée deux fois supérieur à celui des femmes.

Les réunionnais vivent plus longtemps, mais ils restent confrontés à des problématiques socio-économiques majeures. En 2013, 42% des réunionnais étaient en situation de pauvreté contre 13,7% des métropolitains. Cette situation est aggravée par un chômage qui est 2 fois plus répandu qu'en France métropolitaine, 22,4% de taux de chômage en 2016, et touche principalement les jeunes de moins de 25 ans non diplômés : 44% des 15-24 ans sont au chômage. Malgré un niveau de qualification moyen à la hausse, 36 % des jeunes ayant terminé leurs études sortent du système scolaire sans qualification contre 19,4% en France métropolitaine. Du reste, 22,6% des 16-65 ans ayant été scolarisés à La Réunion sont confrontés à l'illettrisme contre 7,4% en France métropolitaine en 2011.

Outre le diabète, qui représente la pathologie la plus fréquente avec un taux standardisé de 109,2‰ (contre 54,2‰ en France), La Réunion est principalement confrontée aux pathologies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) et aux maladies cardio-neuro-vasculaires (Assurance Maladie, 2013). Pratiquement, le recours aux soins en médecine dans les établissements sanitaires est similaire au taux de recours métropolitain, mais légèrement inférieur en chirurgie et supérieur en obstétrique.

En matière d'offre de soins, La Réunion compte 26 établissements de santé répartis en 34 structures dont 7 maternités. Depuis 2012, le département est doté d'un Centre Hospitalier Universitaire ayant des structures au nord et au sud de l'île. L'offre ambulatoire représente 5 900 professionnels environ dans le secteur libéral dont 2 200 professionnels médicaux et environ 3 700 professionnels paramédicaux ou psychologues. Globalement, les densités des professionnels de santé à La Réunion sont inférieures à celles observées en France métropolitaine à l'exception, pour les libéraux uniquement, des médecins généralistes, des sages-femmes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes.

2. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces, à La Réunion

 FORCES 	 FAIBLESSES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un système de santé globalement satisfaisant : l'offre, des moyens conséquents, le CHU, l'observation en santé... ▪ La Réunion et sa population : un environnement favorable et attractif, une culture sociale solidaire (famille), une population jeune et riche en diversité ▪ Les acteurs de santé de l'île sur lesquels appuyer : proximité, dynamisme, innovation, amélioration permanente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les caractéristiques socio-économiques de l'île (précarité, illettrisme...) ▪ Les prévalences des maladies chroniques, conduites à risques & violences ▪ Des manques forts dans l'offre de soins : les PMI, le médico-social, les disparités sur le territoire... ▪ Des dispositifs complexes à lire pour les PS et les usagers ▪ Les risques sanitaires spécifiques à La Réunion (vs métropole) ▪ Un manque de mobilisation / coordination des politiques publiques ▪ La place insuffisante de la prévention ▪ Le manque de mesure des impacts (évaluations des actions menées)
 OPPORTUNITÉS 	 MENACES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Réunion, île laboratoire, laissant la place pour le numérique et l'innovation en santé ▪ Les coopérations en local (partenariats naissants) et régionales ▪ Des initiatives à concrétiser : la logique de parcours, le socle SI partagé, la recherche localisée et spécialisée à La Réunion, ▪ La mobilisation des usagers et des acteurs dans le cadre de la démocratie sanitaire ▪ Des plans et projets lancés (PRS 2, OIS, SNS Outre-Mer...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque d'anticipation des grandes tendances : vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, des risques émergents ▪ Déficit d'orientations stratégiques prospectives des politiques locales au regard de l'habitat, de l'eau,... ▪ Les changements environnementaux et les modes de vie : changement climatique, développement urbain (densité, sédentarité), développement de la décohabitation ▪ Evolution des comportements à risque, du manque d'implication des usagers dans leur santé ▪ La disponibilité des financements et la fragilisation des opérateurs ▪ L'asymétrie Réunion / Mayotte (mise en place du GHT, financement)

Forces, faiblesses, opportunités et menaces de La Réunion en matière de santé recensées en atelier

Au regard de son bassin géographique, le système de santé réunionnais est relativement mature et propose une offre de soins conséquente. La qualité des infrastructures locales, la diversité des filières de soins proposées, entretiennent l'attractivité de l'île auprès des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers.

Si la structuration et l'articulation relativement avancées du système de santé appuient la qualité des soins délivrés, la multiplicité des dispositifs existants complexifient son appropriation par les professionnels et les usagers et limitent la mesure et l'évaluation des impacts sanitaires.

L'offre de soins reste donc perfectible notamment au regard de disparités territoriales qui accentuent l'isolement des communes les plus excentrées. Outre ces inégalités géographiques, La Réunion accuse également un déficit d'équipement en structures médico-sociales souligné par la croissance constante des besoins de prise en charge.

Enfin, si l'insularité de La Réunion est source de risques environnementaux et épidémiologiques accrus, elle confère également au territoire la qualité de laboratoire propice à l'expérimentation de solutions innovantes pour adresser les futurs enjeux sociodémographiques (vieillesse de la population, sédentarité, évolution des modes de vie...).

III. Les grands enjeux de santé retenus

A. La santé de la mère et de l'enfant

La Réunion accuse une surmortalité maternelle et infantile par rapport aux indicateurs métropolitains. De même, les naissances prématurées et les complications en période post-natale sont relativement plus fréquentes. En revanche à Mayotte, il est encore difficile d'estimer les taux de mortalité infantile et maternelle ou d'avoir une connaissance stabilisée sur l'ampleur de la prématurée. En revanche, la forte progression, ces dernières années du nombre de naissances est particulièrement préoccupante en termes de prise en charge : environ 9 500 naissances dénombrées au Centre Hospitalier de Mayotte en 2016.

1. Les spécificités de Mayotte

Avec un indice conjoncturel de fécondité de 4,1 enfants par femme (2,0 en France en 2012), la natalité reste forte dans le département. En 2015, 8 834 naissances ont été enregistrées par l'état-civil dont 377 naissances de mères mineures, soit 4,3% des naissances. Cette natalité dynamique fait de Mayotte le département le plus jeune de France : en 2012, six Mahorais sur dix ont moins de 25 ans, trois sur dix ont moins de 10 ans.

En 2012, 36 000 familles avec au moins un enfant mineur vivent à Mayotte. La moitié d'entre elles ont trois enfants ou plus, soit trois fois plus qu'en France. À Mayotte, 30 % des familles sont des familles monoparentales, ce qui n'exclut pas qu'elles soient souvent des familles nombreuses compte tenu qu'un quart d'entre elles ont 4 enfants ou plus.

La vie à Mayotte fondée sur une organisation matriarcale place *de facto* les problématiques de la mère et de l'enfant au cœur des préoccupations de la société. Les mères sont donc des actrices incontournables pour relayer des actions ciblées sur la santé ou celle de leur entourage. Les connaissances sur l'état de santé des mères sont encore parcellaires. Plusieurs enjeux sont ainsi à intégrer dans les réflexions visant ce public : la consolidation des structures d'accueil, le développement des actions de dépistage et de prévention, la sécurisation de la prise en charge des personnes en périnatalité.

2. Les spécificités de La Réunion

Avec 2,45 enfants par femme, l'indicateur conjoncturel de fécondité est stable depuis les années 90 et reste plus élevé qu'en France métropolitaine (1,97). Les femmes enceintes à La Réunion présentent davantage de facteurs de risque à une issue défavorable de grossesse qu'en France. Du reste, les grossesses des mineures sont surreprésentées avec un nombre d'accouchements estimé à environ 3,3% des naissances totales contre 0,5% en France métropolitaine.

La mortalité infantile est préoccupante à La Réunion : au cours des 10 dernières années (2005 à 2014), le taux de mortalité infantile moyen est de 7,3‰, soit le double du taux estimé en France métropolitaine à la même période (3,5‰). Les taux de mortinatalité, de mortalité périnatale et de

mortalité néonatale sont également beaucoup plus importants à La Réunion qu'en France métropolitaine

Les femmes en début de grossesse peinent à s'inscrire naturellement dans un parcours de soins. Ainsi, près de la moitié d'entre elles font une entrée tardive dans le parcours prénatal ce qui soulève des enjeux en termes de suivi et de santé mère-enfant. Le médecin généraliste coordonnateur de plus d'une grossesse sur 2 occupe une place centrale, il est ainsi le coordonnateur autant pour les grossesses à haut risque que pour les grossesses à bas risque. Le gynécologue-obstétricien intervient paradoxalement davantage pour les grossesses à bas risque alors qu'il est attendu pour les grossesses à haut risque. Ce constat questionne sur l'optimisation du parcours des femmes enceintes entre les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

B. L'accès à une offre de santé pour tous

L'accès à une offre de santé pour tous est un enjeu transverse relevant du champ d'action d'une pluralité d'acteurs publics et privés dont l'action coordonnée est difficilement maîtrisable. Ainsi, l'accès équitable dépasse le simple accroissement d'une offre de soins qualitative (ouverture de filières, attractivité des professionnels de santé, extension des structures médico-sociales...), il est lié aux déterminismes socio-culturels (éducation, catégorie sociale, cellule familiale...) et environnementaux (politique d'urbanisation, accès à l'eau, logement social, voirie et assainissement...).

1. Les spécificités de Mayotte

L'amélioration de l'offre de santé repose sur un renforcement du maillage territorial en renforçant les installations des professionnels de santé et en mobilisant les partenariats entre acteurs privés et publics (CHM, professionnels de santé libéraux) autour de l'offre de soins de premier recours. À ce jour, cette articulation est limitée par la faiblesse de l'offre de soins libérale : les densités des médecins généralistes et spécialistes libéraux sont inférieures à 10 pour 100 000 habitants en 2016.

L'accès équitable aux soins de premier recours est un levier du droit fondamental à la santé au bénéfice de toute personne. Pour être mis en œuvre, il nécessite le renforcement de l'offre, le développement des parcours de santé coordonnés et l'organisation de la complémentarité des prises en charge à l'intérieur du territoire mahorais, avec selon les besoins, les appuis en ressources de La Réunion et de la France métropolitaine.

Face à la pression démographique qui pèse sur le système de santé, le renforcement et l'adaptation des infrastructures et équipements existants aux besoins de la population sont à conduire de pair avec la promotion et l'extension des couvertures maladies (CMU, Aide Médicale d'État).

L'amélioration de l'observation en santé et la connaissance précise des problématiques de santé revêtent donc un caractère primordial pour adapter efficacement l'offre de soins aux besoins spécifiques du territoire.

Outre l'aspect sanitaire, l'accès équitable aux soins représente également un enjeu sociétal fort.

2. Les spécificités de La Réunion

La Réunion compte 26 établissements de santé, dont 4 publics uniformément réparties sur l'île. Si l'offre libérale de premier recours est relativement bien présente avec une densité de 98 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 92 en France métropolitaine (95% des Réunionnais sont à moins de 10 minutes en voiture d'un médecin généraliste le plus proche), la population de médecins spécialistes reste inférieure aux standards métropolitains. Néanmoins, les densités des principales professions de santé : médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et orthophonistes augmentent, plus rapidement que celles de France métropolitaine marquant ainsi une cinétique de rattrapage, confortée par la montée en charge d'une filière de formation santé à La Réunion.

Cependant, la répartition des professionnels de santé globalement satisfaisante à l'échelle de l'île, ne l'est plus à l'échelle infra territoriale. Les médecins spécialistes s'installent davantage dans les centres villes des grandes communes plutôt que dans les écarts.

La situation des habitants de l'Est mais aussi des Hauts de l'île ou du Sud rural est ainsi moins favorable que celle du Nord ou de l'Ouest. Cette répartition territoriale est à améliorer pour réduire ces inégalités, répondre à l'évolution des besoins des populations, et au vieillissement des médecins installés.

L'accès équitable aux soins repose fortement sur la couverture maladie universelle (CMU) puisque la part des bénéficiaires de la complémentaire à la CMU est 5 fois plus importante à La Réunion qu'en France métropolitaine. Seul 1% de la population vit aujourd'hui sans couverture maladie.

Ainsi, si l'accès aux soins est relativement aisé, il est à consolider en garantissant un accès aux consultations pour les patients confrontés à une contre-indication de transport et en invitant les usagers à prendre part à la préservation de leur santé en termes de ressource.

C. L'impact de la nutrition sur la santé

L'alimentation est un enjeu de santé publique complexe à traiter dans la mesure où elle requiert le concours de l'ensemble des parties prenantes participant directement et indirectement à l'état de santé du territoire (DAAF, DJSCS, CGSS, Conseil Départemental, structures associatives).

Les parents représentent des relais pour amorcer la transformation des habitudes alimentaires en promouvant l'équilibre alimentaire, l'éducation nutritionnelle, alors que les structures scolaires peuvent favoriser l'accès à la pratique des activités physiques.

1. Les spécificités de Mayotte

Mayotte est confrontée à une situation singulière qui fait cohabiter l'obésité des femmes avec la dénutrition des enfants. Ainsi, 7% des enfants souffrent de malnutrition aigüe quand 32% des femmes présentent un indice de masse corporelle supérieur à 30, caractéristique de l'obésité. Ce particularisme n'est pas sans impact sur le système de soin dans son ensemble : les hospitalisations au CHM pour malnutrition aigüe se multiplient.

Les surcoûts liés à l'insularité, la persistance de la pauvreté, sont pour l'heure des freins à l'accès à une alimentation de qualité diversifiée. En 2011, plus de la moitié de la population mahoraise déclarait disposer de moins de 384 euros par mois pour vivre. Aussi, la nourriture consommée, pour une part importante de la population à Mayotte, se caractérise par des carences en produits laitiers, calcium, fruits et légumes et thiamine.

Pour pallier à ces difficultés, des actions de prévention sont menées, avec l'ensemble des partenaires. Ainsi, la nutrition, au même titre que la santé sexuelle, les addictions et le diabète, est une des thématiques prioritaires de santé, notamment au travers du programme alimentation activité nutrition santé (PRAANS).

2. Les spécificités de La Réunion

Près 4 réunionnais sur 10 sont en surcharge pondérale, obésité incluse. Au regard des standards métropolitains, cette pathologie nutritionnelle est plus présente chez les moins de 45 ans ; elle concerne même un quart des jeunes en classe de 6^{ème}. Autre différence notable par rapport à la France métropolitaine, les femmes sont davantage concernées par l'obésité que les hommes.

L'inscription de la nutrition au rang d'enjeu de santé publique a donc une résonance particulière à La Réunion où la principale barrière au changement demeure le changement de comportement à titre individuel. En effet, bien que plus de 4 réunionnais sur 10 déclarent pratiquer une activité physique régulièrement et que les réunionnais se considèrent moins bien concernés par l'absence d'activité physique, l'étude de La Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DAAF) et de l'INSEE, diffusée en 2015, met en évidence des constats cohérents :

- une alimentation marquée par un excès de consommation de matières grasses, de produits et boissons sucrées ;
- une sous-consommation de fruits et légumes.

Ainsi, moins de 10% de la population réunionnaise suit les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS) à savoir 5 fruits ou légumes par jour, et 30% déclarent consommer des boissons sucrées au moins 4 fois par semaine, dont 20% tous les jours.

Comme à Mayotte, des actions de prévention fortes ont été menées en matière de nutrition, comme la convention-cadre multi-partenariale du 9 avril 2013 relative au PRAANS qui a pour but d'œuvrer de manière complémentaire à promouvoir une alimentation favorable à la santé et prévenir les pathologies liées à la nutrition.

D. Les maladies chroniques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les maladies chroniques regroupent « *les affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, elles représentent la première cause de mortalité dans le monde.* »

Si leur nature et leur ampleur sont peu documentées à Mayotte, les maladies chroniques à La Réunion représentent une part importante de l'activité autour du diabète, des cancers, des maladies cardio-vasculaires et rénales. Ainsi, le diabète se situe au premier rang des affections de longue

durée à La Réunion et affecte notamment près de 30% de la population âgée de plus de 65 ans ; cette pathologie est une des causes de surmortalité par rapport à la France métropolitaine.

Associée au vieillissement progressif de la population, la prévalence en augmentation de ces pathologies appelle à une amélioration constante du dépistage, facilité par le déploiement de la télémédecine et la coordination accrue des acteurs privés et publics visant à promouvoir les actions de prévention et d'éducation thérapeutique, tant à La Réunion qu'à Mayotte.

1. Les spécificités de Mayotte

À Mayotte, l'enquête MAYDIA en 2008 a par exemple révélé chez les 30 à 69 ans une prévalence du diabète connu de 4,6%, et une prévalence totale corrigée de 10,5%, sans différence entre les sexes (3% pour les 30-39 ans, 15% entre 40 et 59 ans puis 26% chez les plus de 60 ans). Par ailleurs, 13,5% des plus de 30 ans étaient en stade pré-diabétique (hyper-glycémie modérée à jeun et/ou intolérance au glucose), et 1 diabétique sur 2 ignorait sa maladie au moment de l'enquête, quel que soit l'âge.

La montée en charge progressive des possibilités d'exploitation des données de l'Assurance maladie, permet de constater que la prévalence du diabète traité semble légèrement supérieure chez les hommes, et augmente avec l'âge aussi bien chez les hommes que chez les femmes pour être maximale entre 50 et 69 ans. Les personnes diabétiques traitées avaient en moyenne 55,4 ans en 2014 contre 54,7 ans en 2013.

2. Les spécificités de La Réunion

Au 31/12/2014, 134 660 Réunionnais bénéficiaient de prestations au titre d'une affection de longue durée (ALD). Le diabète (45 540 personnes; 34%), le groupe des affections cardiovasculaires (37 200 personnes ; 28%), les affections psychiatriques de longue durée (11 200 personnes ; 8%) et les tumeurs malignes (10 500 personnes ; 8%) représentent 78% des ALD sur l'île.

Entre 2009 et 2014, le nombre d'inscriptions en ALD (en incluant l'hypertension artérielle sévère) a augmenté de 2% en moyenne par an, soit une cinétique plus rapide que celle de l'ensemble de la population. Le nombre de bénéficiaires d'une ALD a ainsi progressé de près de 14% en 5 ans sur l'île. C'est le diabète qui contribue le plus à l'augmentation du nombre d'ALD à La Réunion (à hauteur de 50%).

E. Les conséquences du handicap et du vieillissement

En matière de prise en charge du handicap, les territoires de La Réunion et de Mayotte sont engagés dans un effort de rattrapage pour le premier et de développement pour le second, compte tenu de besoins croissants dus aux effets conjoints d'un meilleur dépistage et du vieillissement de la population.

1. Les spécificités de Mayotte

Avec 6 établissements ouverts aux enfants et adolescents et 1 établissement ouvert aux adultes, l'offre de prise en charge du handicap est insuffisante au regard de la demande conjecturée ; la situation étant d'autant plus préoccupante que la croissance démographique laisse supposer une augmentation des besoins de prise en charge et d'équipements.

Pour y répondre, l'organisation des modalités d'accompagnement est à anticiper selon la nature des publics. En effet, les typologies d'handicap diffèrent suivant les catégories de population : si les déficiences intellectuelles et sensorielles sont les plus répandues chez les enfants, avec respectivement 70% et 25% des handicaps déclarés, les adultes sont davantage concernés par les déficiences motrices et psychiques, représentant respectivement 40 et 30% des situations d'handicap.

La structuration du parcours des personnes en situation d'handicap passe par l'amélioration de la prise en charge médico-sociale de l'enfant et de l'adulte, appuyée par la mise en place d'un diagnostic médical précoce et systématique et le développement des instances d'inclusion sociale des personnes en situation d'handicap.

2. Les spécificités de La Réunion

La capacité d'accueil des adultes est évaluée à 2 523 places autorisées et installées, soit un taux d'équipement de 5,6 pour 1 000 habitants contre 6,5 en France métropolitaine. De même, la capacité d'accueil offerte aux enfants est d'environ 2 853 places autorisées et installées, soit un taux d'équipement de 8,7 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 9,6 en France métropolitaine.

Or, le vieillissement progressif de la population réunionnaise - le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est supposé doubler à l'horizon 2030 avec une part de seniors dépendants estimée à environ 12% - accroîtra la pression sur l'offre médico-sociale en direction des personnes âgées alors que le taux d'équipement est actuellement entre 2 et 3 fois moindre qu'en France métropolitaine.

De même, sur la période 2013-2015, plus de 400 nouvelles admissions par an en ALD pour maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) ont été enregistrées. Le nombre annuel d'admissions en ALD pour démences suit ainsi une tendance globale à la hausse en progressant de 14% entre 2013 et 2015. À l'horizon 2040, en prenant en compte les projections de l'INSEE, près de 20 000 personnes âgées pourraient être atteintes de démences sur l'île.

L'enjeu est d'anticiper l'impact de la perte d'autonomie dans la population âgée en renforçant ou adaptant l'ensemble des offres de prise en charge.

F. La santé environnementale

Les interactions entre déterminants de santé imposent la coordination des différentes politiques publiques autour de projets partagés (observation en santé, campagnes de prévention...) et l'amélioration des échanges entre acteurs institutionnels et acteurs de terrain.

Outre le partage de connaissances, il importe de maximiser les synergies en mutualisant les moyens humains et matériels au profit d'interventions efficaces. À long terme, il s'agit d'impulser une véritable stratégie coordonnée permettant d'apporter de la visibilité à l'ensemble des parties prenantes mobilisées autour de la santé.

1. Les spécificités de Mayotte

Les milieux de vie exercent une influence directe sur l'état de santé des populations. Mayotte présente des retards très marqués en matière de qualité de l'habitat : un tiers des habitations ne sont pas dotées des équipements de confort de base et seuls 28% des logements possèdent un point d'eau en intérieur. Un programme d'installation de bornes fontaines monétiques dans les quartiers les plus précarisés a ainsi été initié au début des années 2000.

L'assainissement encore insuffisant, de mauvaises conditions d'hygiène et un climat tropical, font que les infections à transmission féco-orale ont ainsi un fort risque d'évolution épidémique. Plusieurs foyers de fièvre typhoïde ont ainsi touché l'île au cours des dernières années.

Par le passé, le brûlage des déchets ménagers en décharges brutes à ciel ouvert a conduit à la production de fumées potentiellement toxiques contenant oxyde d'azote, métaux lourds, polluants organiques persistants. Des difficultés demeurent s'agissant de la collecte et du traitement des déchets ménagers. Des dépôts sauvages de détritiques attirent les rats (porteurs potentiels de leptospires) et retiennent l'eau de pluie. Ils constituent ainsi les gîtes larvaires préférentiels des espèces de moustiques vecteurs d'arboviroses.

Ces déterminants de santé peuvent être maîtrisés à travers la mise en place d'actions de prévention et de dépistages ciblés en lien avec les collectivités locales, les syndicats intercommunaux pour l'eau et l'assainissement (SIEAM) ou pour l'élimination et la valorisation des déchets (SIDEVAM) qui permettraient ainsi de diminuer le poids des soins curatifs.

Plusieurs institutions ou associations peuvent ainsi être mobilisées : les structures d'accueil de la planification familiale qui organisent l'information et la formation des parents, les établissements scolaires et les lieux de rencontres des quartiers qui sont autant de relais de proximité pour les élus locaux, les acteurs communautaires et religieux.

2. Les spécificités de La Réunion

La Réunion se distingue par sa géologie unique (volcan actif, intérieur de l'île escarpé...) et son exposition aux risques climatiques qui soulèvent des enjeux forts en matière d'urbanisation raisonnée et d'aménagement du territoire.

Or, ces politiques induisent des impacts forts sur les déterminants de santé en influençant notamment la qualité et l'accessibilité à l'eau, les conditions de vie des populations, les niveaux de pollution...

Ainsi, les communes de La Réunion accusent un retard significatif en infrastructures publiques d'adduction d'eau de consommation humaine. Encore trop de communes connaissent une qualité d'eau non conforme à la consommation humaine par la présence intermittente, mais chronique, de matières en suspension lors des pluies. Un peu plus de la moitié des eaux distribuées par les réseaux

publics proviennent de captages d'eaux superficielles, donc très vulnérables aux sources de pollution directes (rejets d'activités anthropiques) ou aux dégradations indirectes (entraînements terrigènes liés aux pluies).

Des recherches analytiques ont mis en évidence la présence de parasites (giardia, cryptosporidium) dans des ressources en eau superficielle utilisées pour l'alimentation en eau potable même en dehors d'épisode de fortes pluies. Le risque sanitaire est donc potentiellement présent toute l'année sur certains réseaux de La Réunion et plus particulièrement pour les personnes sensibles (immunodéprimés, personnes âgées, femmes enceintes, jeunes enfants...). Par ailleurs l'incidence des gastro-entérites aiguës est estimée deux fois supérieure à La Réunion qu'en France métropolitaine.

G. Notre système de santé face à l'émergence de nouveaux risques

La Réunion comme Mayotte sont des zones endémiques aux maladies vectorielles transmises notamment par les moustiques.

Avec l'augmentation des transports des biens et des personnes, une maladie importée peut rapidement se propager si les conditions locales favorisent sa dissémination.

Afin de répondre à ces différents risques épidémiques, une politique d'éducation aux bonnes pratiques semble indispensable pour dépasser le fatalisme et impliquer la population à l'amélioration de son cadre environnemental.

1. Les spécificités de Mayotte

Mayotte est davantage exposée par la faiblesse de ses infrastructures de gestion et d'assainissement de l'eau et la jeunesse de sa politique environnementale. Ainsi, 14% des consultations d'urgences sont dues aux gastro-entérites et près de 100 cas de leptospirose sont diagnostiqués en moyenne annuellement.

De même, les pathologies infectieuses telles que la tuberculose représentent un risque important. En effet, si le taux de d'incidence de la tuberculose est à la baisse depuis 2000 (10,3 pour 100 000 habitants en 2010) il reste supérieur à celui observé à La Réunion et en France métropolitaine (respectivement 5,6 cas et 8,1 cas pour 100 000 habitants en 2010). Le BCG reste recommandé à Mayotte.

En matière de pathologie vectorielle, Mayotte a été touchée au cours des dernières années par plusieurs épisodes de dengue, survenant suite à la mise en évidence d'une circulation active du virus aux Comores. En 2014, l'île a été touchée par une épidémie de plus grande ampleur, avec 519 cas confirmés au total bien que le nombre réel de patients infectés a probablement été très supérieur étant donné la proportion de formes asymptomatiques et de patients ne bénéficiant pas d'un prélèvement biologique.

A l'inverse, si Mayotte a connu à l'instar de son bassin régional, une épidémie majeure de chikungunya en 2005 et 2006, aucune circulation active du virus n'a été identifiée dans l'île.

Enfin, le paludisme n'a pas encore été éradiqué à Mayotte. Si le virus est endémique dans l'archipel des Comores, les actions de lutte peinent à suivre l'urbanisation galopante et erratique de l'île et on observe ainsi une recrudescence des cas autochtones depuis 2016 (10 cas recensés au 31 août 2016).

2. Les spécificités de La Réunion

La Réunion a été touchée par une circulation du chikungunya à deux reprises : en 2005-2006, lors d'une épidémie majeure qui a touché un tiers de la population ; puis en 2010, avec un épisode beaucoup plus modéré entraînant la survenue de 164 cas autochtones, essentiellement dans l'ouest de l'île.

Le paludisme a été éradiqué depuis près de 40 ans à La Réunion mais du fait de la présence d'un vecteur compétent (*An. arabiensis*) le risque d'une reprise de la transmission à partir de cas importés reste possible. Une surveillance spécifique du paludisme est en place sur l'île de La Réunion. Même si l'incidence du paludisme d'importation n'a cessé de baisser depuis 2001. Aujourd'hui, bien que la principale menace concerne les cas importés de Madagascar, le risque de réémergence du paludisme à La Réunion est très faible.

H. La santé des jeunes

Les populations réunionnaises et mahoraises sont relativement jeunes : la part des moins de 20 ans représente respectivement 37% et 54% de la population. Cette jeunesse présente un potentiel important en matière de prévention et de promotion de la santé dans la mesure où elle est plus sensible aux actions de prévention et ainsi, influencer par sympathie les comportements des membres de l'ensemble de la cellule familiale.

Cependant, ce potentiel demeure inhibé par des facteurs d'ordre socio-économique. À l'ampleur du chômage et de la précarité fait écho la persistance d'inégalités sociales fortes qui alimentent des comportements à risques (addictions, risque suicidaire, violences...) et favorisent à termes, l'émergence de pathologies chroniques.

Face à ces déterminants de santé, la mobilisation des politiques publiques et des acteurs de la prévention est à accentuer en faveur d'une meilleure coordination des parcours.

1. Les spécificités de Mayotte

Si les addictions à Mayotte sont encore peu documentées, les remontées du terrain en particulier du Centre Hospitalier de Mayotte montrent que le phénomène existe alors qu'une part importante de la population est de confession musulmane, religion qui interdit l'usage de psychoactifs et des jeux de hasard. La consommation d'alcool et de tabac existe à Mayotte, en témoigne les éléments chiffrés de l'unité fonctionnelle d'addictologie du Centre Hospitalier de Mayotte, même si leur ampleur, pour ce qui concerne l'alcool n'est pas au même niveau de consommation qu'à La Réunion ou qu'en France métropolitaine.

L'alcoolisme est très présent chez les mineurs : ainsi, dans le cadre de la mise en place d'un parcours d'accompagnement, sur 876 adolescents de 13 à 18 ans, 30% déclarent consommer régulièrement des substances psychoactives associées à l'alcool.

Les substances psychoactives comme le « bangué » (similaire au cannabis) ou la « chimique » sont également fortement consommées par les jeunes.

Dans le cadre des interventions de la maison des adolescents mobile, sur 2 087 jeunes rencontrés, 82% ont déclaré avoir été en présence d'alcool, de drogues douces (« bangué ») ou de synthèse (« chimique »). Sa composition chimique variable voire combinant plusieurs principes psychoactifs dérivés rend le diagnostic pour les professionnels de santé difficile au regard des symptômes développés par le consommateur.

2. Les spécificités de La Réunion

L'alcool représente le produit psychoactif le plus consommé chez les jeunes de 17 ans comme en population générale. Les usages excessifs répétés dans l'année concernent 10% des jeunes à 17 ans lorsque l'usage régulier touche 5% des jeunes. L'alcool est également à l'origine de nombreux passages à l'acte (suicides, violences...). Les troubles mentaux en sont également une conséquence non négligeable, ainsi que les accidents de la route, les accidents du travail et les violences. Néanmoins, il est à noter qu'on observe depuis 2001, une baisse des indicateurs en ce qui concerne les pathologies associées à l'alcool : 220 décès directement liés à l'alcool en moyenne chaque année sur la période 2011-2013.

Les jeunes réunionnais de 15 à 30 ans sont également plus concernés par un tabagisme quotidien alors que le tabac représente la première cause de décès par cancer avec une moyenne de 550 décès enregistrés par an entre 2011 et 2013. De même, les usages réguliers de cannabis sont en hausse et sont plus fréquents chez cette population ; ces derniers concernaient 3% des 15-64 ans en 2014 et 8% des jeunes de 17 ans.

Les addictions comportementales (sans produit) semblent trouver dans l'île un contexte favorable à leur progression : autant pour les jeux de hasard et d'argent que pour les jeux vidéo ou internet. Le contexte local semble en effet favoriser des comportements à risque vis-à-vis des jeux : mises moyennes plus élevées pour les courses de chevaux, tendance à la hausse des demandes d'exclusion de casinos et hausse des limitations volontaires d'accès.

Une étude réalisée en 2010 au sein des étudiants à l'université de La Réunion estimait à 13%, la part des étudiants concernés par un usage problématique ou à risque d'internet (sans différence entre les sexes).

Enfin, le passage à l'acte suicidaire représente un véritable problème de santé publique chez les jeunes réunionnais. En effet, sur les 750 hospitalisations annuelles pour tentatives de suicide, 38% concernent les 15-24 ans.

IV. Conclusion

En définitive, La Réunion et Mayotte se caractérisent par des problématiques communes avec des niveaux d'expression spécifiques et des singularités propres aux populations de ces territoires.

L'expression de la confrontation entre acteurs de santé basée sur des connaissances objectivées : situation sanitaire, bilan et l'évaluation du précédent projet régional de santé, et leurs ressentis, aboutit aux enjeux suivants en termes de santé publique :

- **une santé de la mère et de l'enfant,**
- **l'accès à une offre de santé pour tous,**
- **l'impact de la nutrition sur la santé,**
- **les maladies chroniques,**
- **les conséquences du handicap et du vieillissement,**
- **la santé environnementale,**
- **le système de santé face à l'émergence de nouveaux risques,**
- **la santé des jeunes.**

Ces enjeux intégrés dans le Cadre des Orientations stratégiques, sous-tendront les actions que l'Agence de Santé Océan Indien conduira dans les 10 prochaines années.